

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

**Desenvolvimento de Competências Especializadas no Cuidado à
Pessoa em Situação Perioperatória submetida a Artroplastia Total
do Joelho: Um Contributo para a Melhoria Contínua dos Cuidados**

Fátima Catarina Tavares Rodrigues da Rocha Carvalho

Porto, junho de 2024

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

**Desenvolvimento de Competências Especializadas no Cuidado à Pessoa
em Situação Perioperatória submetida a Artroplastia Total do Joelho:
Um Contributo para a Melhoria Contínua dos Cuidados**

Fátima Catarina Tavares Rodrigues da Rocha Carvalho

Relatório final de estágio no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na
área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória orientado pela Professora
Doutora Noélia Pimenta e apresentado à Escola Superior de Saúde de Santa Maria

Porto, junho de 2024

“Seja um padrão de qualidade. As pessoas não estão acostumadas a um ambiente onde o melhor é o esperado”.

Steve Jobs

“Não quero entrar numa sala e ser a mais inteligente, porque aí não vou aprender”.

Maria Sharapova

AGRADECIMENTOS

O sucesso do presente percurso académico foi possível unicamente com o suporte, carinho e dedicação de várias pessoas, que me acompanharam durante este caminho formativo, como me acompanham ao longo da vida.

Foi também, indubitavelmente, fundamental o apoio prestado por várias entidades.

Gostaria de agradecer humildemente a todos os que participaram nesta jornada de aprendizagem e de transformação pessoal e profissional, com votos de um dia conseguir corresponder de forma tão ilustre a todo o companheirismo e amizade.

Um agradecimento especial à Exma. Sr.^a Professora Doutora Noélia Pimenta pela sua disponibilidade constante, pela orientação, pela motivação, pelos conhecimentos transmitidos, pelo rigor, pela partilha de experiências e, acima de tudo, pela crença inabalável nas minhas capacidades.

Um agradecimento especial à Exma. Sr.^a Professora Doutora Luísa Santos pela orientação, pelo incentivo e por possibilitar o intercâmbio de experiências entre diferentes realidades.

Um agradecimento à Escola Superior de Saúde de Santa Maria e à Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny, pelas oportunidades e pela excelência no ensino.

Um agradecimento à instituição onde foram realizados os estágios, pelo acolhimento e disponibilidade sempre demonstrados.

Um agradecimento especial aos Exmos. Srs. Enfermeiros e Mestres em Enfermagem Marisa Carneiro e Filipe Varejão, que se disponibilizaram para me integrar em contextos da prática clínica complexos e diferenciados, pela amabilidade, pelas oportunidades de aprendizagem, pelo apoio, pela partilha de conhecimentos, promovendo o desenvolvimento e consolidação de competências.

Um agradecimento à Exma. Sr.^a Enfermeira Gestora do Bloco Operatório Paula Guimarães, pelo apoio e compreensão demonstrados durante este percurso.

Um agradecimento especial à minha família, pelo incentivo e motivação, pelo apoio incondicional, por estarem sempre presentes e por acreditarem em mim.

Um agradecimento aos meus colegas de mestrado, pelo companheirismo, pelos momentos de aprendizagem e de partilha sobre a prática de cuidados.

E por fim, mas não menos significativo, um agradecimento especial aos meus amigos de sempre, pela infinita disponibilidade, amizade e compreensão. Eles sabem quem são.

A todos, o meu mais sincero e sentido Obrigado!

RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, da Escola Superior de Enfermagem de Santa Maria, em consórcio com a Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny, tendo como objetivos: evidenciar a consolidação das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (EEEMCPSP); demonstrar o desenvolvimento da capacidade crítico-reflexiva e de competências de raciocínio clínico e tomada de decisão, que caracterizam o Enfermeiro Especialista e Mestre; apresentar e discutir o presente relatório, demonstrando a aquisição de competências para obtenção do grau de Mestre.

A prática clínica especializada, iniciou-se com o Estágio I - Cuidar na sala operatória, que decorreu na Sala de Urgência do Bloco Operatório Central (BOC) de um Centro Hospitalar da região norte de Portugal, seguindo-se o Estágio II na Unidade de Cirurgia de Ambulatório e o estágio de opção, no BOC, da mesma instituição hospitalar. Esta prática clínica ao desenvolver-se neste contexto, teve por base o interesse/necessidade de consolidar competências especializadas no cuidado à Pessoa em Situação Perioperatória (PSP) submetida a Artroplastia Total do Joelho (ATJ), abrangendo os períodos pré, intra e pós-operatório imediato, tendo como fator norteador a promoção da segurança e a melhoria contínua do cuidado prestado à pessoa no período perioperatório.

Como resultado da aprendizagem, os diversos contextos da prática clínica especializada potenciaram a minha intervenção como Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) no que concerne ao cuidar da PSP e no maximizar a sua segurança e da equipa pluridisciplinar, desde o contexto de cirurgia de urgência, até ao âmbito da cirurgia programada, não olvidando a cirurgia em ambiente ambulatorial.

Recorri a uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva, explanando a consolidação de competências comuns e específicas do EEEMC na vertente da PSP, rumo à aquisição das competências de Mestre.

Palavras-chave: Competências, Enfermeiro Especialista, Enfermagem Perioperatória, Artroplastia Total do Joelho, Pessoa em Situação Perioperatória

ABSTRACT

This report is part of the 1st Master's Degree in Medical-Surgical Nursing in the Area of Nursing for People in Perioperative Situations, organised by the Santa Maria School of Nursing, in consortium with the S. José de Cluny School of Nursing, with the following objectives: to demonstrate the consolidation of the common and specific competences of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the Area of Nursing the Person in a Perioperative Situation (SNMSNPPS); to demonstrate the development of critical-reflective capacity and clinical reasoning and decision-making skills that characterise the Specialist and Master's Nurse; to present and discuss this report, demonstrating the acquisition of competences to obtain the Master's degree.

The specialised clinical practice began with the Internship I - Caring in the operating theatre, which took place in the Emergency Room of the Central Operating Theatre (COT) of a Hospital Centre in the northern region of Portugal, followed by the Internship II in the Ambulatory Surgery Unit and the optional internship in the COT of the same hospital. This clinical practice, developed in this context, was based on the interest/need to consolidate specialised skills in caring for the Person in a Perioperative Situation (PPS) undergoing Total Knee Arthroplasty (TKA), covering the pre, intra and immediate postoperative periods, with the promotion of safety and continuous improvement of care as the guiding factor. As a result of the learning process, the various contexts of specialised clinical practice have enhanced my intervention as a Medical-Surgical Nurse Specialist (MSNS) in terms of caring for PPSs and maximising their safety and that of the multidisciplinary team, from the context of emergency surgery to scheduled surgery, not forgetting surgery in an outpatient setting.

I used a descriptive, analytical and reflective methodology, explaining the consolidation of common and specific competences of the MSNS in the area of PPS, towards the acquisition of Master's competences.

Keywords: Skills, Nurse Specialist, Perioperative Nursing, Total Knee Replacement, Person in a Perioperative Situation

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

ATA - Artroplastia Total da Anca

ATJ – Artroplastia Total do Joelho

BOC – Bloco Operatório Central

CH – Centro Hospitalar da região norte de Portugal

CHTS – Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Clínica APIC - Clínica de Admissão Pré-Internamento Cirúrgico

CPC – Contexto da Prática Clínica

DGS – Direção Geral da Saúde

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEEMCPSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

EORNA - European Operating Room Nurses Association

EP – Enfermagem Perioperatória

ERAS - Enhanced Recovery After Surgery

GA – Gonartrose

HPI – Hipotermia Perioperatória Inadvertida

IFCPC – Idoneidade Formativa dos Contextos da Prática Clínica

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCA - Patient Controlled Analgesia

PCEA – Patient Controlled Epidural Analgesia

PQCE - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

PQCEE - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados

PSP – Pessoa em Situação Perioperatória

SPA – Sociedade Portuguesa de Anestesiologia

UCA – Unidade de Cirurgia de Ambulatório

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1. O CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA SUBMETIDA A ARTROPLASTIA TOTAL DO JOELHO: UM OLHAR SOBRE O ESTADO DA ARTE	11
1.1. A PESSOA COM GONARTROSE	12
1.2. CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIOS À PESSOA SUBETIDA A ARTROPLASTIA TOTAL DO JOELHO	15
2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA	25
2.1. A CIRURGIA EM BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL.....	26
2.2. A CIRURGIA EM AMBULATÓRIO	28
3. CONSOLIDAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA: ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA	31
3.1. CUIDA DA PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA E RESPETIVA FAMÍLIA/PESSOA SIGNIFICATIVA	34
3.2. MAXIMIZA A SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA E DA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR CONGRUENTE COM A CONSCIÊNCIA CIRÚRGICA	53
4. O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM: UM CONTRIBUTO PARA A MELHORIA CONTÍNUA DOS CUIDADOS.....	72
CONCLUSÃO.....	88
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	91

INTRODUÇÃO

A concretização do presente relatório de estágio sucede no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, da Escola Superior de Saúde de Santa Maria, em consórcio com a Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny, tendo como objetivos: evidenciar a consolidação das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, otimizadas no contexto dos estágios; demonstrar o desenvolvimento da capacidade crítico-reflexiva e de competências de raciocínio clínico e tomada de decisão, que caracterizam o enfermeiro especialista e mestre em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória; apresentar e discutir o presente relatório, demonstrando a aquisição de competências para obtenção do grau de Mestre.

A prática especializada de Enfermagem Perioperatória (EP) sustenta-se em princípios, como os Padrões da Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem à PSP, que visam promover a melhoria progressiva e contínua dos cuidados prestados. A obtenção da Especialidade em EP pressupõe o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas necessárias à prestação de cuidados especializados de enfermagem nesta área e à garantia da segurança coerente com a consciência cirúrgica (Regulamento nº 429/2018), apoiando-se nos referidos padrões, que contemplam como enunciados descritivos a satisfação da pessoa, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado da pessoa, a readaptação funcional, a organização dos cuidados de enfermagem e a segurança da pessoa.

A prática clínica especializada iniciou-se com o Estágio I – Cuidar na sala operatória, que decorreu na Sala de Urgência do BOC de um Centro Hospitalar da região norte de Portugal (CH), seguindo-se o Estágio II na Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) e o estágio de opção, no BOC, da mesma instituição hospitalar. O Estágio de Opção, ao desenvolver-se no contexto de BOC, teve por base o interesse/necessidade de consolidar competências especializadas no cuidado à PSP submetida a ATJ, abrangendo os períodos pré, intra e pós-operatório imediato, tendo como fator norteador a promoção

da segurança e a melhoria contínua do cuidado prestado à pessoa no período perioperatório.

A opção de debruçar o referido Estágio especificamente sobre a PSP do foro ortopédico, prende-se com a abrangência da especialidade de ortopedia em termos de técnicas cirúrgicas e anestésicas, material e equipamentos cirúrgicos, e posicionamentos, que implicam da parte do enfermeiro uma ação e conhecimento particulares, coerentes com as exigências desta especialidade cirúrgica. Por outro lado, a existência de uma experiência prévia no cuidado à PSP do foro ortopédico, em contexto pré e pós-operatório, tornou pertinente, até como um objetivo pessoal, voltar a “olhar” para este tipo de cuidado, agora numa perspetiva do cuidar intraoperatório.

O presente relatório de estágio encontra-se orientado segundo uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva, apoiada em evidência científica, que visa explanar a consolidação de competências comuns e específicas do EEEMC na vertente da PSP, rumo à aquisição das competências de Mestre em Enfermagem.

A estrutura do presente relatório consiste numa divisão em 6 partes: introdução; componente investigativa com um olhar sobre o estado da arte em cuidados de enfermagem perioperatória à pessoa submetida a ATJ; caracterização dos locais de estágio; análise reflexiva sobre o percurso e atividades encetadas com vista à consolidação das competências específicas do EEEMCPSP; análise reflexiva do percurso e atividades desenvolvidas para a aquisição das competências de Mestre em Enfermagem, salientando os contributos para a melhoria dos cuidados prestados enfatizando a consolidação das competências comuns dos Enfermeiros Especialistas; finalizando com a apresentação das conclusões que emergiram ao longo do caminho percorrido.

Este documento foi redigido segundo a 7ª Edição das normas de referenciação da American Psychological Association, vigente na Escola Superior de Enfermagem de Santa Maria para realização de trabalhos académicos.

1. O CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA SUBMETIDA A ARTROPLASTIA TOTAL DO JOELHO: UM OLHAR SOBRE O ESTADO DA ARTE

O presente capítulo visa proporcionar um olhar sobre o estado da arte no que concerne ao cuidado prestado atualmente à Pessoa em Situação Perioperatória submetida a Artroplastia Total do Joelho.

Objetivando a consolidação de competências na área do cuidado especializado em enfermagem à PSP submetida a ATJ, considerou-se basilar a realização de uma pesquisa prévia sobre a evidência existente neste campo. Como tal, procedeu-se a uma revisão de literatura com o intuito de obter uma visão atual sobre o estado da arte, aprofundar conhecimentos e compreender conceitos pertinentes, no âmbito da temática em foco.

Dentro da especialidade de ortopedia, a ATJ é uma das cirurgias mais significativas no BOC, pela frequência com que se realiza. São várias as cirurgias deste tipo que se efetuam, semanalmente, nas instituições hospitalares por todo o país, tratando-se de um momento cirúrgico que implica a prestação de cuidados de enfermagem específicos, relacionados com o procedimento anestésico-cirúrgico, e que exige do enfermeiro uma ação concertada.

A ATJ é um procedimento cirúrgico confiável para aliviar a dor e restaurar a função da articulação do joelho, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da pessoa com Gonartrose (GA). O número de procedimentos de ATJ tem aumentado anualmente e a demanda futura por este tipo de cirurgia deverá crescer a nível mundial (Culliford et al., 2015; Inácio et al., 2017; Rupp et al., 2020). Segundo Tavares et al. (2023), em Portugal, entre 2021 e 2023, foram realizadas cerca de 3494 cirurgias de ATJ. No CH onde decorreram os estágios são realizadas anualmente cerca de 220 ATJ (Araújo et al., 2023).

Decorrente tanto da patologia prévia em si, como dos processos cirúrgicos que visam a sua resolução ou correção, a pessoa submetida a ATJ perde temporariamente a capacidade para desempenhar as suas atividades da vida diária, necessitando de cuidados de enfermagem adequados e capazes de prover a melhoria das suas capacidades funcionais. Os cuidados de enfermagem devem ter como propósito assistir e/ou substituir

o doente naquilo que ele não consegue fazer de forma autónoma, mas que faria de forma independente se tivesse a força, a vontade ou o conhecimento necessário, visando como objetivo último a recuperação da sua independência (Flamínio, 2018).

Posto isto, parece sumamente pertinente investir nos cuidados perioperatórios à PSP submetida a ATJ, com o objetivo ulterior de contribuir para a melhoria contínua dos cuidados prestados a estes doentes.

Assim, seguidamente, pretende-se lançar um olhar sobre a Pessoa com GA, patologia predisponente para a realização de ATJ, seguindo-se um outro subcapítulo com uma visão sobre os cuidados atualmente prestados à PSP submetida a este tipo de intervenção.

1.1. A PESSOA COM GONARTROSE

A atual sociedade portuguesa estrutura-se numa pirâmide etária, que reflete o envelhecimento da mesma, apresentando uma percentagem cada vez maior de idosos na sua configuração. As alterações na estrutura etária da população, nomeadamente o aumento da população idosa e o decréscimo da população jovem, propiciam a continuidade do processo de envelhecimento demográfico em Portugal, verificando-se um aumento da idade média da população residente. Resultado da baixa natalidade e do aumento da longevidade, mantém-se assim, a tendência de envelhecimento demográfico já verificada em anos transactos (Instituto Nacional de Estatística, 2023).

A idade em si determina um conjunto de condicionantes ao nível da saúde, que por si só deixam o indivíduo mais vulnerável, facilitando a ocorrência de doença do foro ortopédico. O aumento da esperança média de vida propicia a manifestação de problemas do foro osteoarticular resultantes do natural envelhecimento do corpo humano, e do sistema musculoesquelético em particular, congruentes com o avançar da idade (Dias, 2018).

A artrose, ou osteoartrose, afigura-se como uma patologia degenerativa da cartilagem articular, caracterizada por desgaste progressivo, aliado a hipertrofia óssea, presença de esclerose subcondral e osteófitos. Paralelamente, pode acompanhar-se de sinovite, espessamento da cápsula articular e envolvimento de outras estruturas periarticulares. É tipicamente uma doença de evolução lenta, que cursa com limitação do

movimento e dor intensa, maioritariamente de carácter mecânico (Hunter, 2006; Silva, 2016, as cited in Dias, 2018).

Nas últimas décadas, a artrose vem a afetar aproximadamente 250 milhões de pessoas no mundo, sendo o joelho a articulação mais atingida, totalizando 83% dos casos de artrose (Vos et al., 2012). Em Portugal, a prevalência da GA na população adulta ascende a 12.4%, sendo que, com uma população cada vez mais envelhecida, na qual 8 em cada 10 idosos têm excesso de peso, é de esperar que este número aumente no futuro (Branco et al., 2016; Ministério da Saúde, 2018). Evidenciado-se a GA como uma das principais causas globais de incapacidade, advinda da disfunção funcional, dor e rigidez originadas, é esperado que esta se assuma como um desafio major para os sistemas de saúde em todo o mundo (Østerås et al., 2015).

O joelho é a maior articulação sinovial e consiste em estruturas ósseas (fémur distal, rótula e tíbia proximal); cartilagem (menisco e cartilagem livre); ligamentos; gordura infrapatelar; e sinóvia, sendo esta última responsável pela produção de líquido sinovial que lubrifica e nutre a cartilagem vascular. Porém, considerando o uso frequente e o alto stress desta articulação, é um local frequente de condições dolorosas, principalmente osteoartrite (Richebé et al., 2018; Sharma et al. as cited in Mora et al., 2018).

Borges (2015) e Oliveira (2012) referem que a GA evolui de forma diferente de pessoa para pessoa, por ser uma doença cujas causas não são totalmente conhecidas. Sabe-se no entanto, que se encontra relacionada com diversos fatores de risco, de entre os quais a genética, o sexo, a idade, o excesso de peso e fatores biomecânicos manifestados por lesões articulares.

Os fatores de risco para o desenvolvimento de artrose, nomeadamente GA, contemplam fatores locais, referentes à articulação em si, e fatores sistémicos, relacionados com a pessoa. Os fatores locais remetem para: carga anormal nas articulações, alinhamento ósseo e traumatismo articular (Zhang et al., 2010). Dos fatores sistémicos, salientam-se: a idade, que parece ser um fator de risco central (Litwic et al., 2013; Zhang et al., 2010), e a obesidade e excesso de peso, marcadamente associados a GA (Zheng et al., 2015). Atividades relacionadas com agachamentos e ajoelhar prolongados constituem um risco aumentado de GA radiológica, estando o efeito do desporto, por exemplo, ainda por esclarecer. Aparentemente, atividades repetitivas, de

alto impacto e intensidade, ainda que de curta duração, incrementam o risco de ocorrência de artrose proximal do membro inferior (Zhang et al., 2010).

O impacto desta patologia na pessoa ultrapassa as limitações físicas que a mesma impõe. Estes doentes podem experienciar depressão e problemas no padrão de sono (Costa et al., 2021), sendo a comorbilidade do foro psicológico mais frequente em pessoas com osteoartrose do que em outros doentes com patologia crónica (Litwic et al., 2013). Palazzo et al (2016) descrevem ainda a artrose como o principal precursor de limitações nas atividades diárias e de necessidade de auxílio de terceiros no dia-a-dia. Por outro lado, as dificuldades na socialização, na atividade laboral e na realização das tarefas domésticas estão associadas a baixos indicadores de saúde (Vaughan et al, 2017).

A dor, suscetível de comprometer o desempenho funcional, é um dos principais sinais descritos pelas pessoas com GA, e com osteoartrose no geral, e assume um papel primordial como foco dos cuidados de enfermagem.

Considerada crónica, esta é uma dor que aporta sofrimento, prolongada no tempo, de difícil caracterização causal e temporal, podendo manifestar-se de várias formas e originar diversas situações patológicas (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2008). Impera como uma referência subjetiva de sofrimento, acompanhada frequentemente por uma expressão facial característica e alteração do tónus muscular, despoletada por uma sensação corporal desconfortável, que precipita a adoção de comportamentos de autoproteção e distração, compromete o processo de pensamento e limita o foco de atenção, podendo alterar a perceção do tempo, originar perda de apetite, sentimentos de inquietação e fuga ao contacto social. Visto que perturba e interfere na qualidade de vida da pessoa, o seu tratamento é primordial e deve ser um repto prioritário (OE, 2008).

Além do impacto biopsicossocial na pessoa, com consequências psicológicas, isolamento social, incapacidade funcional e perda de qualidade de vida, a dor crónica envolve também cuidadores, familiares e amigos (International Association for the Study of Pain, 2004). Tem representado um grande encargo económico, estimando-se em 2021 um custo anual em Portugal superior a 3,6 mil milhões de euros, correspondendo a 1,7% do Produto Interno Bruto, em custos diretos e indiretos (Rodrigues, 2023), originando repercussões socioeconómicas equivalentes às das doenças oncológicas ou cardiovasculares, devido à escalada na utilização dos serviços de saúde, aumento das

despesas com tratamentos e perda de desempenho por absentismo laboral (Branco et al., 2016; Cunha-Miranda et al., 2015).

No nosso país, aproximadamente um terço da população vive com algum tipo de dor crónica (Antunes et al., 2021; Azevedo et al., 2012), perfazendo um grave problema de saúde pública. Atendendo à sua prevalência e impacto funcional, emocional, económico e social, constitui o segundo problema crónico de saúde mais frequente na população portuguesa, seguindo-se apenas à hipertensão arterial. Em 2021, o inquérito de prevalência apontava para uma taxa de incidência de dor crónica de 33%, com uma média de intensidade identificada de 5 (numa escala 0-10), em que cerca de um quarto dos doentes se encontrava em fase ativa da vida (SAPO, 2023).

Não sendo conhecida até à data uma cura para a artrose, as melhores práticas baseadas na evidência científica existente, remetem para: a tentativa de melhoria da função articular através da manutenção da mobilização articular, passiva e ativa; o tratamento e alívio da dor; a alteração/eliminação, tanto quanto possível, dos fatores de risco contribuintes para a progressão da doença, nomeadamente agindo na manutenção de um peso saudável. Recomenda-se o tratamento farmacológico para controlo sintomático da doença, mas perante o comprometimento significativo da qualidade de vida da pessoa, apesar da implementação de medidas conservadoras, e sem resolução à vista da patologia de base, a ATJ é a opção que se segue (Costa et al., 2021).

1.2. CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIOS À PESSOA SUBETIDA A ARTROPLASTIA TOTAL DO JOELHO

A ATJ é um tratamento comum e tem um efeito notável na melhoria da função articular do joelho. No entanto, é um procedimento invasivo que implica um elevado nível de trauma, podendo facilmente levar a grande perda hemática perioperatória, associado a um tempo cirúrgico aumentado, o que pode elevar o risco de complicações pós-operatórias, além de poder precipitar um longo tempo de recuperação (Li et al., 2023).

De acordo com a Organisation for Economic Co-operation and Development (2017), os avanços significativos no tratamento cirúrgico da doença articular do joelho vieram proporcionar uma opção efetiva para reduzir a dor e a incapacidade, advindas desta condição músculoesquelética. A cirurgia de substituição do joelho é considerada a

intervenção mais efetiva para tratamento da osteoartrite severa do joelho, reduzindo a dor e a deficiência e restaurando uma função próxima da normal

Sendo comumente realizada para tratamento da artrite sintomática que não respondeu ao tratamento médico conservador, a perspetiva de cada pessoa sobre o processo cirúrgico e o período de recuperação, impacta a sua qualidade de vida consideravelmente (Strickland et al., 2018). O tempo de internamento associado a este tipo de cirurgia tem vindo a diminuir e denota-se uma tendência crescente para a realização de procedimentos de artroplastia articular em regime de ambulatório (Argenson et al., 2016; Berend et al., 2018), aumentando a necessidade de educação da pessoa para o autocuidado.

Os protocolos Enhanced Recovery After Surgery (ERAS[®]), no âmbito da cirurgia ortopédica, têm como objetivo reduzir o stress perioperatório por meio da implementação de práticas combinadas, baseadas em evidência científica, com a cooperação de vários profissionais de saúde, atuando como uma equipa interdisciplinar. Estes programas incluem aconselhamento pré-operatório do doente, técnicas de anestesia e analgesia regional, tratamento da dor pós-operatória, mobilização precoce e alimentação precoce. Estudos demonstraram uma melhoria na recuperação de pessoas que seguiram um destes programas após ATJ ou Artroplastia Total da Anca (ATA), em comparação com aqueles que seguiram uma abordagem de tratamento tradicional. Estes protocolos reduzem o stress pós-operatório, contribuem para uma recuperação rápida, encurtam o tempo de internamento, sem aumentar as complicações ou readmissões, melhoram a satisfação do paciente e diminuem os custos hospitalares. Paralelamente, os referidos programas exigem boa organização e gestão por parte da equipa multidisciplinar envolvida, aumentando a satisfação da pessoa devido à participação ativa que vivenciam como tratamento personalizado e os enfermeiros têm um papel central primordial na implementação de programas ERAS[®] (Bourazani et al., 2021).

A prestação de cuidados de enfermagem, é pautada por intervenções autónomas e interdependentes, incluindo aquelas relacionadas com procedimentos que são impreteríveis para a realização de uma ATJ. Alguns autores, embora não tenham estudado especificamente a ação do enfermeiro perioperatório, apontam aspetos que podem direcionar o foco da intervenção de enfermagem.

Segundo Wainright et al. (2020), na sua declaração de consenso para cuidados perioperatórios em cirurgia de ATA e ATJ, ao abrigo das recomendações da sociedade ERAS[®], as melhores práticas na prestação de cuidados à pessoa submetida a ATJ incluem a otimização da educação pré-operatória, da técnica anestésica e da estratégia de abordagem à perda sanguínea, em combinação com uma metodologia analgésica multimodal poupadora de opioides e mobilização precoce do membro inferior. Simultaneamente, concluem que não existe evidência suficiente para recomendar uma determinada técnica cirúrgica (tipo de abordagem, uso de técnica minimamente invasiva, escolha de prótese ou uso de cirurgia assistida por computador) em detrimento de outra.

É consensual para a sociedade ERAS[®] que a informação pré-operatória, educação e aconselhamento são fortemente recomendados (Wainright et al., 2020). Embora possam, por si só, não afetar os resultados pós-operatórios, foi demonstrado que reduzem, por exemplo, a ansiedade pré-operatória (Bergin et al. 2014; Jordan et al., 2014; Louw et al., 2013; McDonald et al., 2014).

Nesta mesma linha de ação, entram por exemplo, as recomendações relacionadas com o jejum pré-operatório. Para facilitar o cumprimento desta diretriz, tão importante e potencialmente impeditiva da realização da cirurgia quando não cumprida, orientações específicas devem ser fornecidas a cada doente, tendo em mente o horário da cirurgia e a sua posição na lista operatória (Wainright et al., 2020).

Medicamentos sedativos ou ansiolíticos podem ser usados para promover o conforto do paciente e/ou facilitar a conclusão bem-sucedida de procedimentos técnicos, como a administração de anestesia locoregional. O uso pré-operatório deste tipo de medicação, para redução da ansiedade e verificação célere dos critérios de alta, não é consensual. Embora este tipo de terapêutica de curta ação possa facilitar a conclusão bem-sucedida de procedimentos técnicos, a sua administração rotineira deve ser evitada (Wainright et al., 2020).

Um componente primordial em procedimentos de atuação ERAS[®] de substituição do joelho, consiste na aplicação de protocolos anestésicos padronizados (Wainright et al., 2020). Dos efeitos secundários mais comuns da terapêutica medicamentosa anestésica instituída para realização de ATJ, constam as náuseas e vômitos pós-operatórios, e por vezes mesmo intraoperatórios. Estas são ocorrências angustiantes para o doente e que podem levar a uma morbilidade notável e a um período prolongado de internamento

hospitalar associado. As evidências apoiam a triagem, profilaxia e tratamento multimodal de náuseas e vômitos para pessoas submetidas a ATJ (Wainright et al., 2020).

Estes eventos assumem especial relevo, pois podem condicionar outros aspetos da recuperação pós-operatória como o retorno à ingestão alimentar e hídrica. Avanços recentes nos cuidados perioperatórios conduziram a uma redução no tempo de espera para retoma da ingestão alimentar pós-cirúrgica, evidenciando que a manutenção rotineira de terapêutica intravenosa deve ser uma medida de curto prazo e a administração de fluídos intravenosos deve ser criteriosa e no pós-operatório desencorajada em favor da ingestão oral. O retorno precoce à dieta normal é recomendado e deve ser promovido (Wainright et al., 2020).

Por outro lado, a ATJ tem sido associada a uma perda sanguínea pronunciada, tradicionalmente “curada” por transfusão sanguínea (Liu et al., 2011). A minimização da perda sanguínea, e portanto, da necessidade de transfusão de hemoderivados no período intraoperatório, pode ser alcançada usando uma combinação de ácido tranexâmico local e sistêmico, sendo a sua administração outra das recomendações dos programas ERAS® (Wainright et al., 2020).

Para aspetos como a profilaxia antimicrobiana e a profilaxia antitrombótica, a recomendação é de que sejam realizadas de acordo com a política e disponibilidade locais, sendo que no caso da profilaxia antitrombótica é aconselhada também a mobilização precoce após a cirurgia (Wainright et al., 2020).

Outro foco de extrema relevância para a intervenção de enfermagem no cuidado à pessoa submetida a ATJ surge da necessidade de manutenção da normotermia intraoperatória. O pré-aquecimento e a manutenção do aquecimento ativo durante toda a fase intraoperatória são recomendações sobejamente estabelecidas (National Institute for Health and Care Excellence, 2016). A normotermia deve ser considerada como parte do tratamento anestésico da pessoa submetida a ATJ e a temperatura corporal normal deve ser mantida no período perioperatório através do pré-aquecimento e do aquecimento ativo da pessoa no intraoperatório. Existem vários métodos descritos para manutenção da temperatura corporal, incluindo pré-aquecimento e humidificação de gases anestésicos, aquecimento de fluídos intravenosos e de irrigação, uso de cobertores e dispositivos de aquecimento (Wainright et al., 2020).

Ainda no âmbito das recomendações ERAS®, segundo Wainright et al (2020), o uso rotineiro de drenos cirúrgicos não é recomendado no âmbito da ATJ. No entanto, a seu uso continua a ser frequente e cabe ao enfermeiro realizar os cuidados de vigilância, monitorização e tratamento, inerentes ao mesmo. O mesmo se passa com a utilização de catéteres urinários. Estes têm sido usados rotineiramente em procedimentos cirúrgicos longos para monitorização do débito urinário e orientação da perfusão de fluídos (Huang et al., 2015). No entanto, a sua utilização como rotina não é recomendada e, quando utilizados, devem ser removidos assim que o paciente conseguir urinar, idealmente dentro de 24 horas após o término da cirurgia (Wainright et al., 2020).

Um dos pontos mais importantes para a pessoa submetida a ATJ prende-se com a mobilização e recuperação funcional da articulação do joelho e, no que ao perioperatório diz respeito, recomenda-se a mobilização precoce da mesma. Estes doentes devem ser mobilizados o mais cedo possível, a fim de facilitar o cumprimento precoce dos critérios de alta (Wainright et al., 2020).

É evidente o progresso da enfermagem no cuidado à PSP. Exemplos claros disso estão patentes nas políticas de segurança aplicadas ao doente cirúrgico (Meléndez-Méndez et al., 2015), nas boas práticas de esterilização e de instrumentação no bloco operatório, e nas intervenções de enfermagem instituídas em prol da segurança da pessoa e da redução dos riscos associados aos procedimentos anestésicos e cirúrgicos (Bori et al., 2016).

Porém, apesar desses avanços, parece ser necessário incidir mais sobre as respostas emocionais dos doentes perante um procedimento cirúrgico. Este tipo de evento assume-se como um poderoso portador de stress, de natureza complexa para a pessoa, visto que todo o processo implica não apenas o internamento, mas também várias alterações, eventos e suas consequências, antes, durante e após a cirurgia (Wilson et al., 2016).

Em resposta à iminência de um procedimento cirúrgico, a pessoa pode experienciar sensações de medo e ansiedade, precursoras de efeitos indesejáveis no seu tratamento, fomentando o isolamento no seu ambiente social e familiar, gerando alterações físicas e psicológicas com potencial para incorrer em patologia crónica, muitas vezes associadas a complicações perioperatórias, ou mesmo no impacto socioeconómico, pelo aumento da morbilidade pós-operatória (Kerper et al., 2015).

A ansiedade em particular, pode surgir semanas antes do evento cirúrgico, ocorrendo uma intensificação dos sintomas a ela associados nas horas que antecedem a admissão, o que propicia efeitos fisiológicos e emocionais com influência na cirurgia em si. Ao abordar o fenómeno da ansiedade no doente cirúrgico, fica evidente que esta persiste no pós-operatório podendo ser acompanhada de manifestações como hipertensão arterial, sudorese ou cefaleia, que podem retardar a recuperação e prolongar o tempo de internamento hospitalar. Assim, constitui-se uma premissa fundamental que apoia o fornecimento de informação pré-operatória antes que os pacientes ingressem na sala de cirurgia (Ali et al., 2014) e têm sido implementadas estratégias e intervenções, no sentido de minimizar a ansiedade e os seus efeitos no perioperatório.

Considerada um problema de saúde pública, a ansiedade dificulta o trabalho da equipa de saúde em prol da recuperação da pessoa (Miller & Rollnick, 2012), constitui um risco para os doentes, e a sua gestão por meio de estratégias de prevenção torna-se premente (Medina-Garzón, 2019). O fornecimento de informação verbal sobre o procedimento cirúrgico (Broering et al., 2018) e a implementação de técnicas de relaxamento, por exemplo, são relatadas em estudos que envolvem doentes cirúrgicos, conseguindo a minimização da ansiedade em muitos casos (Nápoles-Izquierdo et al., 2013).

Medina-Garzón (2019) propõe que a pessoa intervencionada cirurgicamente receba uma entrevista motivacional no pré-operatório. Segundo este autor, o papel da enfermagem na avaliação pré-operatória é fundamental para exploração da ansiedade. No seu estudo sobre o efeito de uma intervenção de enfermagem, com recurso à entrevista motivacional, para diminuir a ansiedade pré-operatória em pacientes programados para cirurgia de substituição do joelho, verificou que após seis semanas de acompanhamento, a ansiedade pré-operatória foi menor no grupo que recebeu a intervenção de enfermagem, em comparação com o grupo de controlo que não a recebeu. Assim, a intervenção de enfermagem, baseada na entrevista motivacional, demonstra ser eficaz na diminuição da ansiedade pré-operatória na pessoa submetida a ATJ e estes resultados são consistentes com os obtidos por Rojas e Pérez (2013) que implementaram uma estratégia educacional de enfermagem para diminuir a ansiedade nos doentes durante o pré e pós-operatório.

O acompanhamento da pessoa programada para cirurgia ortopédica, no geral, é de vital importância para que o enfermeiro reconheça as situações e circunstâncias que lhe

causam ansiedade, tendo como objetivo último realizar um aconselhamento clínico e informativo pertinente e aprimorar o cuidado durante todas as etapas do processo cirúrgico (Medina-Garzón, 2019).

A ansiedade e os seus efeitos colaterais atrasam a recuperação da pessoa submetida a ATJ, afetando a sua qualidade de vida e satisfação geral. Tendencialmente, doentes com ansiedade pré-operatória e sintomas depressivos relatam piores resultados nos primeiros meses de pós-operatório, e encontram-se menos satisfeitos do que os pacientes sem ansiedade ou sintomas depressivos (Duivenvoorden et al., 2013). O estado emocional negativo parece estar relacionado com uma pior recuperação, e uma maior satisfação com os cuidados de enfermagem associa-se a uma melhor qualidade de recuperação (Stark et al., 2016). Os doentes experimentam bons cuidados cirúrgicos quando são tratados como parceiros ativos nos seus cuidados e o enfermeiro os educa e informa, dando-lhes a oportunidade de influenciar os seus próprios cuidados (Mako et al., 2016; Stark et al., 2016).

Ao longo dos anos, várias intervenções têm sido apontadas como facilitadoras da redução da ansiedade no perioperatório e das complicações a ela associadas, com sucesso variável. As visitas de enfermagem no pré-operatório (Gürsoy et al., 2016; Sadati et al., 2013), o uso de folhetos bem elaborados associados ao aconselhamento verbal para educação sobre ansiedade pré-operatória (Amini et al., 2019), e a utilização de estratégias multimédia para educar sobre a ansiedade durante as consultas de enfermagem (Zarei et al., 2018), são algumas delas. Individualizadas e centradas no doente têm sido relatadas como eficientes na diminuição da ansiedade, na melhoria da recuperação, e na melhoria da qualidade de vida das pessoas submetidas a ATJ (Olsson et al., 2014; Pulkinnen, 2021). Os fatores comuns a essas intervenções são a comunicação, a centralização na pessoa, o envolvimento do doente e o apoio emocional (Pulkinnen, 2021).

É reconhecido que a comunicação enfermeiro-paciente tem impacto nas experiências positivas das pessoas e pode ser aprimorada de acordo com as necessidades individuais das mesmas, demonstrando a importância das habilidades de comunicação do enfermeiro perioperatório (Lane et al., 2016; Mitchell, 2012; Rodríguez-Martín et al., 2019; Sjøveian & Leegaard, 2017; Stark et al., 2014). Estas devem emergir mediante a implementação da entrevista motivacional, que engloba a avaliação e acompanhamento da pessoa, sendo considerada uma forma eficaz de melhorar atitudes e comportamentos

pelo estabelecimento de uma relação de confiança (Zuckoff, 2012). Manter uma comunicação empática e de cooperação com a pessoa, por meio de uma intervenção informativa e persuasiva, está diretamente relacionado com a redução dos níveis de ansiedade da mesma (Torres et al., 2014).

As intervenções baseadas em técnicas motivacionais demonstram resultados eficazes, permitindo a aceitação da cirurgia e inerentes alterações ao estilo de vida, facilitando o cumprimento de recomendações e, por último, promovendo a adesão ao tratamento (Beaulac & Sandre, 2015). Sun et al. (2021) concluem que, para doentes com osteossarcoma do fémur distal, tratados com prótese do joelho, além de uma redução das emoções negativas como depressão e ansiedade e da melhoria da qualidade do sono, os cuidados de enfermagem perioperatórios também demonstram melhorias na função dos membros intervencionados, minimização da dor e complicações pós-operatórias, e melhoria na taxa de satisfação da pessoa. O cuidado perioperatório de doentes submetidos a ATJ afeta a sua recuperação funcional e os seus resultados clínicos, claro está.

Um dos focos major de atenção do enfermeiro perioperatório é a dor. A pessoa em vias de se submeter a uma ATJ possui antecedentes de dor incapacitante e limitação articular, prolongadas no tempo, que lhe dificultam a vivência diária no geral, como referido no subcapítulo anterior. A dor é uma experiência multidimensional e a resposta à dor pós-operatória varia de pessoa para pessoa. Um regime de educação pré-operatória tem sido considerado um adjuvante eficaz para diminuir a dor pós-operatória na artroplastia articular, pois aumentar a compreensão da pessoa antes da cirurgia sobre a dor e gestão da dor, pode ajudar a conseguir um alívio e tratamento da dor mais eficazes no pós-operatório (Louw et al., 2019; McDonald et al., 2001).

A educação pré-operatória da pessoa é identificada por vários autores como uma parte importante da artroplastia articular, com efeitos na minimização da dor pós-operatória, redução da ansiedade e diminuição do tempo de internamento hospitalar. Um aporte de conhecimento específico pode ser benéfico para a compreensão do processo de tratamento e para a gestão de expectativas por parte da PSP. O planeamento de cuidados com base nestes princípios pode promover mudanças de comportamento e ajudar a aumentar a adesão aos programas de reabilitação após a alta.

Para Charalambous et al (2018), o impacto da educação pré-operatória assume especial relevo visto estas pessoas não recebem tanta informação quanto gostariam de

receber, podendo isto influenciar o seu nível de satisfação. A educação e a informação pré-operatórias visam preparar a pessoa para a cirurgia e posteriormente para a sua recuperação, visto que objetivam envolver e capacitar a pessoa para o autocuidado, melhorando a sua recuperação, o que pode ser essencial à luz da redução cada vez maior do tempo de internamento hospitalar (Stark et al., 2016).

Segundo Ho et al. (2022), a instauração de um Programa de Educação Integrado, específico para cada pessoa, combinando educação pré-operatória, pré-capacitação, aulas de educação em grupo intra-hospitalar e orientação sobre cuidados pós-operatórios, reabilitação personalizada multidisciplinar durante as hospitalização e exercícios domiciliares autoexecutados após a alta sob supervisão, integrados num programa de planeamento de cuidados, é eficaz na redução da dor pós-operatória, diminuindo a ansiedade perioperatória e facilitando a recuperação funcional após ATJ. Demonstrou-se eficácia na redução da dor pós-operatória e da ansiedade pré e pós-operatória, agindo como facilitador da recuperação funcional nos primeiros 3 meses após ATJ.

Por seu lado, Pulkkinen et al. (2016) desenvolveram um estudo com o objetivo de descrever de que forma as pessoas submetidas a ATJ e ATA, sob anestesia locoregional (do neuroeixo), vivenciavam um novo modelo de prestação de cuidados que incluía 3 momentos de entrevista, pré, intra e pós-operatório, realizados pelo mesmo Enfermeiro (no caso o enfermeiro de anestesia), que os acompanhou durante todo o processo perioperatório, no bloco operatório e fora dele. As pessoas incluídas neste estudo consideraram esta intervenção muito benéfica. Os resultados mostraram que estes doentes se sentiram acolhidos com respeito, mencionaram que os enfermeiros tiveram em consideração as suas preocupações, sentiram-se seguros e envolvidos nos seus próprios cuidados, considerando crucial a continuidade criada pelo mesmo enfermeiro, nomeadamente por não terem que contar repetidamente a sua história a vários enfermeiros diferentes. Simultaneamente, o apoio emocional, a confiança e o incentivo fornecidos foram considerados vitais pelos participantes no estudo (Pulkkinen et al., 2016).

Como padrão, na prática atual de EP, a PSP recebe cuidados prestados por vários enfermeiros no departamento cirúrgico, recebendo informação de várias fontes, o que pode fomentar a fragmentação dessa mesma informação obtida pela pessoa. Isto pode originar confusão, insegurança, falta de confiança e até aumento da ansiedade, resultando

em diminuição da qualidade de vida da pessoa, associada aos cuidados de saúde (Pulkkinen et al., 2021).

A continuidade dos cuidados prestados pelo mesmo EEEMCPSP, pode ajudar a reduzir a ansiedade e melhorar a experiência do doente. O modelo de Pulkkinen (2020) de prestação de cuidados, em que a pessoa tem o seu próprio enfermeiro designado durante todo o processo perioperatório, vem reafirmar a relação doente-enfermeiro como uma relação contínua, que se espera crie confiança e conforto na pessoa, promovendo o autocuidado. Os fatores potenciadores de interrupções na gestão e tratamento da dor e na coordenação dos cuidados foram evitados mediante a implementação deste modelo, por não se realizarem transferências entre diferentes enfermeiros na transição da sala cirúrgica para a sala de recuperação pós-anestésica. Neste modelo, o mesmo enfermeiro é responsável pelo acolhimento pré-operatório, cuidado na sala de operações e na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA), e visita pós-operatória no dia seguinte à cirurgia na enfermaria (Pulkkinen et al., 2020). Este conceito de “continuidade” abrange a centralização na pessoa e no cuidado individual, enquanto o doente tem acesso físico e emocional ao seu próprio enfermeiro de anestesia designado.

Ainda assim, os autores apontam algumas limitações ao seu estudo. Uma delas prende-se com o facto de este não abordar a satisfação da pessoa. Consideram que esta medida poderia aportar informações valiosas sobre como os pacientes vivenciaram o novo modelo de prestação de cuidados, além de que a satisfação da pessoa é um indicador altamente relevante para os resultados organizacionais (Pulkkinen et al., 2020).

A atual procura por eficiência na sala de cirurgia exige uma cooperação multidisciplinar durante todo o processo perioperatório, como garantia para que a pessoa submetida a ATJ se sinta confiante e segura no seu percurso perioperatório e na alta hospitalar precoce. O papel do EEEMCPSP assume especial destaque, pois como apontam Berthelsen e Frederiksen (2017) e Drew et al. (2019), os enfermeiros que prestam cuidados na área de enfermagem à PSP exercem um papel fundamental na equipa multidisciplinar, direcionando o cuidado ao paciente cirúrgico no sentido certo.

No próximo capítulo, procede-se a uma caracterização dos locais de estágio, que constituem um fator primordial na formação do EEEMCPSP e Mestre em Enfermagem, visto serem a base para a vivência de experiências e desenvolvimento de atividades conducentes à consolidação e aquisição de competências.

2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA

A realização dos estágios, inseridos nos cursos de mestrado e especialização, vem permitir que aprendizagens primordiais decorram no contexto da prestação de cuidados, agindo como um método facilitador do processo de aprendizagem e da consolidação de conhecimentos. O Estágio deve ser encarado como um elemento central na transição do enfermeiro para enfermeiro especialista (OE, 2021).

Posto isto, a seleção do Contexto da Prática Clínica (CPC) onde o estágio decorre revela-se de extrema importância. No caso presente, todos os estágios decorreram no mesmo CH, nomeadamente no BOC e na UCA.

Criado pelo Decreto-Lei n.º 326/2007, de 28 de setembro, este CH constitui uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, de capitais exclusivamente detidos pelo Estado, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do regime jurídico do setor público empresarial e do artigo 18.º do Decreto-Lei n.º 18/2017 de 10 de fevereiro. Integrado no Serviço Nacional de Saúde, atua na área dos cuidados de saúde hospitalares, de acordo com o seu grau de diferenciação e o seu posicionamento no contexto do Serviço Nacional de Saúde (Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (CHTS), 2023a).

Engloba duas unidades hospitalares, que abrangem doze concelhos de quatro distritos diferentes do Norte do país (Porto, Braga, Aveiro e Viseu), e visa a resposta às necessidades em cuidados de saúde hospitalares da população de três Agrupamentos de Centros de Saúde. O CH onde se realizaram os estágios totaliza na sua área de abrangência uma população residente de aproximadamente 520000 habitantes, representativos de cerca de 14,2% da população da região Norte de Portugal (CHTS, 2023a).

Neste capítulo, referir-me-ei à caracterização dos contextos da prática clínica onde foram desenvolvidos os estágios, primeiramente o BOC e seguidamente a UCA.

2.1. A CIRURGIA EM BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL

O desenvolvimento tecnológico conduziu a um aumento da complexidade da sala operatória, da própria estrutura do bloco operatório, condicionando consideráveis mudanças nas práticas perioperatórias, tanto cirúrgicas como anestésicas, e alterações nos cuidados prestados à PSP.

Atualmente, o bloco operatório é definido como “(...) uma unidade orgânico-funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésico/cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes, com o objetivo de salvar, tratar ou melhorar a qualidade de vida. É constituído pelo conjunto de várias Salas de Operações ou Suítes Operatórias reunidas numa mesma imobiliária e que funciona de forma autónoma” (Associação dos Enfermeiros de Salas de Operações Portugueses (AESOP), 2006, p.20).

No caso do CH em particular, o BOC é um centro de prestação de serviços integrado no departamento cirúrgico, que tem como missão dar resposta à atividade cirúrgica, de cariz major/convencional, programada e de urgência (CHTS, 2023b).

Sediado no piso quatro desta unidade hospitalar, a sua localização dentro da instituição visa proporcionar uma fácil e direta comunicação com o Serviço de Urgência, Unidade de Cuidados Intensivos, Bloco de Partos e Serviço de Esterilização. Simultaneamente, proporciona aos restantes serviços do CH e seus utentes as condições necessárias para realização de intervenções cirúrgicas seguras, com qualidade e eficiência, sendo constituído por: sete salas operatórias devidamente equipadas para realização de procedimentos anestésicos e cirúrgicos, atendendo às diversas tipologias anestésicas e cirúrgicas; quatro salas de indução, com o devido material e equipamento anestésico; UCPA com espaço para 10 camas, que se caracteriza por um espaço com capacidade de monitorização e recuperação. É de salientar que aqui se realizam procedimentos de apoio ao serviço de psiquiatria como a eletroconvulsivoterapia (CHTS, 2023b).

Neste BOC labora uma equipa de enfermagem constituída por 68 enfermeiros, maioritariamente do sexo feminino, que se distribuem da seguinte forma: 1 enfermeiro gestor, 13 EEEMC, 2 EEEMCPSP, 1 Enfermeiro Especialista em Enfermagem

Comunitária, 1 Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e 50 Enfermeiros generalistas (CHTS, 2023b). Toda a equipa de enfermagem está integrada e habilitada para assumir as funções de enfermeiro de anestesia e de UCPA, diferenciando-se os elementos que para além destas, assumem também as funções de enfermeiro circulante e instrumentista em especialidades específicas. O BOC está organizado segundo um modelo integrativo de gestão, obedecendo a critérios hierárquicos e de atribuição de responsabilidades, valorizando as qualificações e competências individuais.

O trabalho realiza-se de acordo com o método individual, mas assente numa filosofia de partilha e espírito de equipa. O método de trabalho é o de cuidados integrais, estando os elementos distribuídos por turno. O horário da equipa de enfermagem do CPC é elaborado mensalmente pelo enfermeiro gestor, segundo orientações para elaboração da escala de trabalho (CHTS, 2023b).

Os recursos tecnológicos existentes no BOC dão resposta aos avanços da ciência e da tecnologia nas atividades assistenciais, possibilitando a prestação de cuidados aos doentes do foro cirúrgico das especialidades de cirurgia geral, ortopedia, urologia, otorrinolaringologia, cirurgia plástica, ginecologia, obstetrícia, cirurgia vascular, e apoio cirúrgico ao serviço de urgência e a locais remotos como a sala híbrida (em procedimentos de Cirurgia Vascular e Gastroenterologia), serviço de exames de Gastroenterologia e serviço de imagiologia (CHTS, 2023b).

O BOC funciona 24h/dia em contexto de cirurgia de urgência e emergência, suprimindo as necessidades em cirurgia programada de segunda a sexta-feira das 8h às 20h. Existe uma sala operatória permanentemente disponível para situações de urgência/emergência, não sendo, no entanto invulgar a utilização em simultâneo de outras salas para prestação de cuidados emergentes (CHTS, 2023b).

Encontrando-se o BOC em processo de candidatura à Idoneidade Formativa dos Contextos da Prática Clínica (IFCPC), na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, as estratégias de gestão têm por base o cumprimento deste intento. Assim, os objetivos gerais do BOC passam por: colaborar na concretização do plano estratégico de enfermagem do CH, cumprir as linhas de orientação do departamento e contribuir para o processo de certificação hospitalar/ACSA. Estes desdobram-se em objetivos específicos como: contribuir para a melhoria contínua da qualidade, promovendo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE) e dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de

Enfermagem Especializados (PQCEE); contribuir para o Plano Nacional de Segurança do Doente; melhorar a qualidade dos registos de enfermagem como garantia da segurança dos cuidados prestados; envolver a equipa na inovação, em projetos, na divulgação e na utilização da investigação nos cuidados; fomentar o desenvolvimento profissional e moral da equipa; promover a motivação e participação da equipa em torno dos projetos do serviço/instituição (CHTS, 2023b).

2.2. A CIRURGIA EM AMBULATÓRIO

A Cirurgia de Ambulatório (CA) é a intervenção cirúrgica programada, empreendida sob anestesia local, loco-regional ou geral, ao abrigo de um modelo organizativo que possibilita a realização em contexto ambulatorial, de procedimentos cirúrgicos habitualmente efetuados em regime convencional, com a admissão e a alta clínica do utente no mesmo dia, garantindo elevados padrões de qualidade e de segurança (Cardante, 2020; Entidade Reguladora da Saúde, 2008). Apresenta uma multiplicidade de vantagens para todos os intervenientes: para a pessoa em situação perioperatória - intervenção cirúrgica com alta no próprio dia; para os familiares/pessoa significativa - auxílio no acompanhamento pós-operatório; para os profissionais e instituições de saúde - eficácia e qualidade (Sarmiento et al., 2013).

O CH onde decorreu a prática clínica, engloba duas UCA, sendo que o estágio se realizou na unidade “sede” do CH. Esta UCA é um serviço onde se realizam intervenções cirúrgicas programadas realizadas sob anestesia geral, loco-regional ou local, efetuada em regime de admissão e alta no mesmo dia ou em regime de “one day surgery”, em que o utente tem alta até 24 horas de permanência na instituição de acordo com as atuais *legis artis* (CHTS, 2023a).

A UCA é constituída por: duas salas operatórias devidamente equipadas, atendendo às diversas tipologias anestésicas e cirúrgicas; uma sala de indução; uma UCPA/recobro imediato com espaço para seis camas e seis cadeirões, que se caracteriza por um espaço com capacidade de monitorização e recuperação; e uma unidade de recobro tardio com 12 estações, espaço com capacidade de monitorização e recuperação, onde se realiza a pernoita de doentes que dela necessitem (CHTS, 2023a).

Aqui labora uma equipa de enfermagem constituída por 36 enfermeiros, maioritariamente do sexo feminino, que se distribuem da seguinte forma: 1 enfermeiro gestor, 3 EEEMC, 1 EEEMCPSP, 1 EE na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, 2 EE em Enfermagem Comunitária e 28 enfermeiros generalistas. A equipa de enfermagem está organizada segundo um modelo integrativo de gestão, obedecendo a critérios hierárquicos e de atribuição de responsabilidades, valorizando as qualificações e competências individuais (CHTS, 2023a).

Assim, como acontece no BOC o trabalho realiza-se de acordo com o método individual, mas assente numa filosofia de partilha e espírito de equipa, numa perspetiva da prestação de cuidados integrais (CHTS, 2023a).

A atividade cirúrgica decorre de segunda a sexta-feira, entre as 8 horas e as 20 horas, prestando assistência aos doentes do foro cirúrgico das especialidades de Cirurgia Geral, Ortopedia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Ginecologia, Urologia, Cirurgia Vascular, Nefrologia, Cirurgia Plástica e Maxilo-facial (CHTS, 2023a).

Encontrando-se a UCA em processo de candidatura à IFPCPC, na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica e de Enfermagem Comunitária, as estratégias de gestão têm por base o cumprimento deste intento. Assim, os objetivos da UCA passam por: colaborar na concretização do plano estratégico de enfermagem do CH, cumprir as linhas de orientação do departamento e contribuir para o processo de certificação hospitalar/ACSA. Estes desdobram-se em objetivos específicos como: contribuir para a melhoria contínua da qualidade, promovendo os PQCE e os PQCEE; contribuir para o Plano Nacional de Segurança do Doente; melhorar a qualidade dos registos de enfermagem como garantia da segurança dos cuidados prestados; envolver a equipa na inovação, em projetos, na divulgação e na utilização da investigação nos cuidados; fomentar o desenvolvimento profissional e moral da equipa; promover a motivação e participação da equipa em torno dos projetos do serviço/instituição (CHTS, 2023a).

A hospitalização, ainda que curta, representa para a PSP e familiar/pessoa significativa um acontecimento relevante, pela procura de ajuda para satisfazer uma necessidade, e pela ansiedade resultante da separação dos rostos e lugares familiares, ao entrar em contacto com um local desconhecido.

A ação do EEEMCPSP, através do diagnóstico de necessidades e instituição de intervenções da enfermagem perioperatória, emerge como primordial e impreterível em ambos os contextos, ambulatorial e convencional.

Assim, seguidamente, procede-se a uma exposição reflexiva das atividades desenvolvidas durante os estágios no sentido da consolidação das competências específicas de EEEMCPSP.

3. CONSOLIDAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA: ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA

Considerando a abrangência da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, bem como a demanda pela diferenciação em áreas emergentes da prestação de cuidados de enfermagem especializados, surgiu a necessidade de especificar as competências dos enfermeiros de acordo com o contexto da sua intervenção e o destinatário dos cuidados de enfermagem (Regulamento nº 429/2018). O Enfermeiro Especialista deve aprofundar conhecimentos e adquirir competências, numa área específica da enfermagem, de forma a obter um conhecimento profundo sobre a pessoa e sobre os processos de saúde/doença (Regulamento nº 429/2018).

À data de ingresso neste caminho formativo, fazia já parte do meu percurso académico o curso Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, finalizado em 2018, em modelo de ensino prévio à implementação do regulamento nº 429/2018. Simultaneamente, no âmbito profissional, incorporava já também a certificação de competências de EEEMCPSP, atribuída pela OE, no ano de 2020.

No serviço onde exerço a minha prática clínica diária os enfermeiros desenvolvem funções em todas as áreas de atuação inerentes ao enfermeiro perioperatório, não existindo “separação” entre equipas de enfermeiros de anestesia/UCPA e enfermeiros de circulação/instrumentação. Assim, a minha experiência de 6 anos como enfermeira no contexto perioperatório, aportava já um conhecimento diferenciado sobre as várias áreas de atuação do enfermeiro neste âmbito.

Entende-se como Enfermeiro Especialista aquele a quem são reconhecidas competências de: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais (Regulamento nº 140/2019). Ao EEEMC, perante a prestação de cuidados de enfermagem decorrentes de doença crónica ou aguda da pessoa, acrescem as competências específicas de: cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos; otimizar o ambiente e processos terapêuticos da pessoa e família/cuidadores

a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos; maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos (Regulamento nº 429/2018).

Numa escalada de diferenciação inerente e lógica, ao EEEMCPSP, particularizam-se duas competências específicas: cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa e maximiza a segurança da PSP e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica (Regulamento nº 429/2018).

Este conjunto de competências especializadas adequadas às necessidades específicas de cuidados da pessoa a vivenciar processos de saúde/doença que necessite de procedimentos cirúrgicos e/ou anestésicos, tem como objetivo cuidar da pessoa e família/pessoa significativa no período perioperatório, entendendo-se que este decorre desde a consulta pré-operatória até à consulta pós-operatória, agindo na promoção da saúde, prevenção de eventos adversos e tratamento da doença, com qualidade e segurança, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde (OE, 2017; Regulamento nº 429/2018).

Em suma, a EP tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao doente que vai ser submetido a uma intervenção anestésica/cirúrgica ou procedimento invasivo em ambiente de bloco operatório, bem como à sua família/pessoa significativa, sendo definida pela AESOP (2006) como um conjunto de conhecimentos, práticos e teóricos, usados pelos enfermeiros das salas de operações, mediante um processo programado, que lhes permite reconhecer as necessidades da pessoa a quem presta ou vai prestar cuidados, executando-os com destreza e segurança e procedendo a uma avaliação apreciativa dos resultados obtidos a partir do trabalho realizado.

A aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências nas diferentes funções da EP é fundamental para a prestação de cuidados de qualidade, não se limitando ao momento cirúrgico, sendo transversal às fases pré, intra e pós-operatória da experiência cirúrgica da pessoa (AESOP, 2006).

A EP constitui um domínio especializado, mas também diversificado e complexo, que abarca várias subespecialidades e abrange predominantemente os cuidados de enfermagem prestados nas áreas de intervenção cirúrgica (instrumentação e circulação), anestesiologia e cuidados pós-anestésicos, não esquecendo o processo pré-operatório (European Operating Room Nurses Association (EORNA), 2019a).

As competências traduzem-se num conjunto de conhecimentos, habilidades e práticas necessárias para o desempenho funcional global do Enfermeiro Especialista. Ser EEEMCPSP é garantir e disponibilizar ao doente cirúrgico cuidados de enfermagem específicos, individualizados e de qualidade. O “saber ser” no bloco operatório implica consciência cirúrgica, motivação, espírito de equipa, rigor profissional, autodomínio, destreza, rapidez, facilidade de concentração e de adaptação, espírito crítico, resposta atempada em situação de emergência e gestão de stress. O “saber-saber” e o “saber-fazer”, obviamente também presentes nas competências do EEEMCPSP, implicam que este seja detentor de capacidades cognitivas/concetuais e de capacidades técnicas/instrumentais singulares (AESOP, 2006).

Assim, neste capítulo proceder-se-á a um relato reflexivo sobre a consolidação das competências *Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa* e *Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica*, tendo presente as diferentes áreas de intervenção do enfermeiro no perioperatório.

O período perioperatório engloba as fases pré, intra e pós-operatório, sendo que a fase pré-operatória se inicia quando a pessoa e o cirurgião decidem pelo tratamento cirúrgico e termina quando a PSP é transferida para a mesa operatória; o intraoperatório se inicia aquando da transferência da pessoa para a mesa operatória e termina quando esta é transferida para a UCPA; e a fase pós-operatória se inicia quando a pessoa dá entrada na UCPA e termina quando se considera que a PSP está recuperada do processo anestésico/cirúrgico (Regulamento nº 429/2018).

Neste primeiro subcapítulo, estruturado segundo as diferentes fases do período perioperatório, proceder-se-á a uma exposição reflexiva sobre as atividades desenvolvidas no âmbito do *Cuidar da PSP e respetiva família/pessoa significativa*. Sendo esta competência transversal a todos os momentos do contexto cirúrgico, pretende-se assim evidenciar o papel do EEEMCPSP nas diferentes fases do percurso perioperatório da PSP.

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

Do percurso de formação no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à PSP, constaram o Estágio I “Cuidar na sala operatória”, desenvolvido exclusivamente em Sala Operatória de Urgência, o Estágio II em UCA, e o estágio de opção que se realizou em BOC com enfoque no doente submetido a ATJ.

Tendo em mente a concretização dos objetivos de estágio, o intuito claro de consolidar as competências específicas de EEEMCPSP e uma abordagem holística promotora da continuidade de cuidados, optou-se por aprimorar aptidões nos diferentes domínios de atuação do enfermeiro no perioperatório: consulta pré-operatória de enfermagem, acolhimento, anestesia, circulação, instrumentação, UCPA e consulta pós-operatória de enfermagem.

Conforme postulado no Regulamento nº 429/2018, a intervenção do EEEMCPSP desenvolve-se em cinco áreas de atuação complementares entre si, sendo elas a consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós-anestésicos. Assim, foi realizado o acompanhamento da PSP em todo o seu percurso, quer na UCA, quer no BOC, incluindo em sala de urgência, possibilitando a prestação de cuidados em todas as fases e áreas de atuação do enfermeiro no perioperatório.

O EEEMCPSP no pré-operatório

O facto de, desde 2018, desenvolver a minha prática clínica como enfermeira no BOC e possuir conhecimento sobre as competências e atitudes expectáveis dos enfermeiros no perioperatório, permitiu desenvolver atividades em todas as áreas de atuação do enfermeiro no perioperatório, e em todas as suas fases, durante os três estágios.

Partindo do pressuposto de que toda a intervenção encetada pelo EEEMCPSP no período perioperatório visa *Cuidar* da PSP acima de qualquer outra premissa, independentemente da área de intervenção, a prestação de cuidados iniciou-se, invariavelmente, pela preparação do momento perioperatório. Esta preparação passou por atividades como uma verificação atempada das listas operatórias e estudo do processo

clínico da pessoa, objetivando o planeamento do momento cirúrgico e cuidados inerentes, o providenciamento do material e equipamentos necessários ao procedimento cirúrgico, a preparação de terapêutica e dispositivos inerentes ao procedimento anestésico, bem como a gestão do ambiente dentro sala operatória, salvaguardando a segurança quer da PSP, quer da equipa cirúrgica.

Durante o estágio na UCA, com vista a potencializar ao máximo esta experiência, optou-se por focar a intervenção em procedimentos inexistentes no BOC, onde se viria a realizar posteriormente o estágio de opção. Assim, embora desenvolvendo atividades do foro da anestesia, circulação e instrumentação, foi dada primazia à consulta pré-operatória de enfermagem, admissão/acolhimento da PSP e família/pessoa significativa e consulta de Follow-Up.

A consulta perioperatória de enfermagem tem uma eficácia objetiva na gestão do stress da pessoa e visa de uma forma geral tranquilizá-la no processo de procura pela melhoria do seu bem-estar, num ambiente novo, estranho e encarado como hostil (Lourenço, as cited in Pires & Rego, 2017). Por outro lado, tem o intuito de permitir conhecer a pessoa, identificar necessidades e, conseqüentemente, diagnósticos de enfermagem pertinentes, e preparar a pessoa e família/pessoa significativa para o momento cirúrgico (Duarte & Martins, 2014). Numa perspetiva de continuidade, representa o primeiro elo da cadeia do processo dos cuidados de enfermagem perioperatórios, assumindo-se como uma atitude de humanização dos cuidados de saúde hospitalares, personalizada e individualizada (AESOP, 2006).

Para além de ser um evento facilitador da redução da ansiedade da PSP e família/pessoa significativa, a consulta perioperatória de enfermagem é sobretudo um momento de preparação para o evento cirúrgico, tendo como principais objetivos: promover a familiarização da pessoa com o ambiente cirúrgico e com a equipa multidisciplinar, proporcionando apoio biopsicossocial à pessoa e família/pessoa significativa; conhecer os antecedentes pessoais da PSP e as necessidades de cuidados daí emergentes, bem como informar a equipa cirúrgica de necessidades do doente, com as quais se confrontará no momento cirúrgico; avaliar conhecimentos, perceções e expectativas da pessoa e família/pessoa significativa face à intervenção cirúrgica e cuidados inerentes; prover informação sobre procedimentos primordiais, como a preparação pré-operatória; operacionalizar o processo de enfermagem, salvaguardando a

continuidade de cuidados; agir como promotor da articulação entre o enfermeiro do bloco operatório e o enfermeiro do internamento (AESOP, 2006; Lourenço, as cited in Pires & Rego, 2017; Pires & Rego, 2017).

Na UCA onde se realizou o estágio, existe um projeto aprovado e em vias de implementação, que contempla a instituição da Consulta Pré-Operatória de Enfermagem, delineado no âmbito da candidatura do serviço à IFCPC pela OE, na senda da melhoria continua da qualidade na prestação de cuidados de enfermagem. No entanto, não se encontrando ainda em vigor o referido projeto e não sendo possível desenvolver atividades na esfera da consulta de enfermagem pré-operatória, foi dada prioridade à análise e familiarização com o projeto existente, e foi voltada a atenção para a realização das atividades de admissão/acolhimento à PSP e família/pessoa significativa. Como evento mais similar à consulta pré-operatória, o objetivo foi promover a capacitação da pessoa e família/pessoa significativa para a gestão da experiência cirúrgica em ambulatório.

As atividades realizadas neste âmbito permitiram a identificação das necessidades da PSP e família/pessoa significativa; a elaboração de um plano de cuidados de enfermagem em função das mesmas; o estabelecimento de uma relação de ajuda com a pessoa e respetiva família/pessoa significativa, utilizando estratégias facilitadoras da comunicação expressiva de emoções; assegurar a compreensão da informação por parte da pessoa, fomentando o exercício da sua autodeterminação e tomada de decisão; e agir em prol da garantia do cumprimento das recomendações legais e éticas relacionadas com o consentimento informado, indo de encontro ao postulado pelo Regulamento nº429/2018.

Considerando que a consulta pré-operatória de enfermagem presencial, ainda não instituída nesta UCA, pretende avaliar as necessidades físicas e psicológicas da pessoa; descrever procedimentos cirúrgicos desde a admissão até à alta, envolvendo a família/pessoa significativa no plano de tratamento proposto; fornecer documentação existente (panfletos, indicações pré-operatórias); preparar para a alta e pós-operatório fora da instituição hospitalar (AESOP, 2006), criou-se um momento de admissão/acolhimento favorável à concretização destes objetivos, de forma a colmatar a ausência da referida consulta.

Para tal, desenvolvi atividades como: a identificação inequívoca da PSP; esclarecimento à PSP/família/pessoa significativa sobre o circuito a realizar no serviço e o período estimado de permanência no mesmo; fornecimento de informação acerca dos procedimentos a realizar; confirmação da preparação pré-operatória e preenchimento das checklist e verificação na aplicação informática para o efeito; preparação pré-operatória segundo o protocolo de cada especialidade; fornecimento dos folhetos informativos existentes no serviço, bem como, de toda a documentação necessária; realização de ensino sobre cuidados a ter após a cirurgia e sobre a gestão do regime terapêutico, tratamento da ferida cirúrgica, possíveis complicações, sinais de alarme e como proceder caso ocorram; entrega do questionário de avaliação da satisfação relativamente aos serviços prestados e esclarecimento sobre o preenchimento do mesmo.

Paralelamente a estas atividades, estabeleci estratégias como: a manutenção de um ambiente calmo e tranquilo, demonstrando disponibilidade e empatia; estabelecimento de um diálogo e escuta atentos, esclarecendo dúvidas verbalizadas; assegurar que a PSP e família/pessoa significativa compreendiam a informação transmitida, que permitiram aferir as necessidades de cuidados da PSP e família/pessoa significativa e a delineação de um plano de cuidados de enfermagem individualizado.

Os enfermeiros são os profissionais de saúde mais próximos do doente e, como tal, desempenham um papel fundamental na promoção do seu conhecimento. Assim, esclarecer as dúvidas existentes, prestar apoio emocional, promover o ensino e esclarecer acerca do circuito do doente, procedimentos cirúrgicos, anestesia, tempos de espera e recuperação, entre outras informações, exigem do enfermeiro uma preparação adequada (Giordani et al., 2015).

Este processo demonstrou ser uma mais valia no percurso de consolidação das competências específicas do EEEMCPSP. As necessidades da PSP e família/pessoa significativa foram identificadas logo à partida, no momento da admissão/acolhimento, e foi criado um plano de cuidados congruente com o estabelecimento de prioridades e a continuidade de cuidados. Conhecer e desenvolver as intervenções realizadas pelo enfermeiro no momento do acolhimento, veio permitir, além da capacitação da PSP e família/pessoa significativa, adequar estratégias de comunicação promotoras da segurança nos procedimentos cirúrgicos, que constituía outro dos objetivos delineados para este estágio.

No que se refere ao estágio de opção no BOC, o objetivo geral passava por desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados à PSP e família/pessoa significativa na especialidade de Ortopedia. Assim, foram mobilizados conhecimentos e habilidades para a prestação de cuidados diferenciados, promovendo a capacitação e facilitando a compreensão do processo a ser vivenciado.

Também neste estágio foram empreendidas atividades como: acompanhamento da PSP submetida a ATJ no período perioperatório; prestação dos cuidados de enfermagem inerentes à realização de uma ATJ e ação nas diferentes áreas de atuação (acolhimento, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos); estabelecimento de uma relação de ajuda com a pessoa/família/pessoa significativa, facilitando a comunicação expressiva de emoções; aferição de conhecimentos e informação transmitida no pré-operatório; assegurei que a pessoa compreendia a informação para o exercício da sua autodeterminação e tomada de decisão; verificação do cumprimento das recomendações legais e éticas relacionadas com o consentimento informado; verificação da lista de procedimentos com vista à segurança da cirurgia; foi assegurado o posicionamento cirúrgico adequado ao procedimento; gestão da dor associada ao procedimento cirúrgico; utilização de estratégias de comunicação adequadas para assegurar documentação precisa e a continuidade de cuidados; cumprimento da implementação da lista de verificação cirúrgica, através do preenchimento da checklist Cirurgia Segura e elaboração do Plano de Cuidados para a pessoa submetida a ATJ, recorrendo ao aplicativo informático existente no local de estágio.

No CH onde se realizaram os estágios, a PSP do foro de ortopedia e familiar/pessoa significativa recebem uma Consulta Pré-Operatória de Enfermagem, realizada pelos Enfermeiros de Reabilitação, incluindo a PSP submetida a ATJ. Esta é logo à partida integrada no Programa +PERTO ®, Programa de Enfermagem de Reabilitação Tecnológico, que engloba a referida consulta (Araújo et al., 2023). Assim, a PSP do foro de Ortopedia apresentou maior nível de conhecimento sobre o perioperatório, menores níveis de ansiedade, minimizando a necessidade de intervenções de preparação da pessoa para o processo cirúrgico, permitindo secundariamente agilizar o momento do acolhimento.

O acolhimento à PSP em ambiente de BOC é logo à partida, de um modo geral, realizado em moldes diferentes daqueles que encontramos na UCA, pela própria natureza

dos dois contextos. O tempo disponível para admissão e acolhimento da PSP no BOC é manifestamente reduzido, relativamente à realidade da UCA.

No CH onde desenvolvi a minha prática clínica, a admissão e a preparação pré-operatória do doente cirúrgico do BOC, são realizadas no dia da intervenção programada pela Clínica de Admissão Pré-Internamento Cirúrgico (Clínica APIC). A Clínica APIC, unidade de admissão centralizada de doentes para cirurgia convencional eletiva, iniciou o seu funcionamento em 2020 e veio permitir uma melhoria no planeamento da estadia hospitalar prévia ao procedimento cirúrgico, através da redução do tempo médio de internamento cirúrgico e da taxa de ocupação hospitalar. Destaca-se, uma maior humanização na prestação de cuidados relacionados com o acolhimento/admissão da PSP, pela possibilidade de um contacto individualizado e personalizado que abrange também a relação entre familiares/pessoas significativas e enfermeiros, proporcionando-se uma maior satisfação das pessoas e profissionais de saúde, acrescendo benefícios para a segurança da pessoa, uma menor taxa de complicações e uma menor probabilidade de risco de infeção (CHTS, n.d.).

Os enfermeiros da Clínica APIC são responsáveis pela realização da avaliação inicial e preparação pré-cirúrgica da pessoa, incluindo preparação da pele (tricotomia), punção venosa e colocação de soro em perfusão, remoção de adornos e roupas, confirmação de banho pré-cirúrgico e jejum, etc. Assim, o EEEMCPSP no BOC adquire maior disponibilidade para realizar um acolhimento atempado à PSP, fazendo uso deste como estratégia primordial de reorganização do processo de trabalho que pretende atender a todos os que procuram os serviços de saúde, consolidando o princípio da universalidade e a procura pela integralidade e equidade, tendo como fio condutor promover e estimular a reflexão e ações de humanização dos serviços de saúde, baseadas na cidadania e na ética (DeCS/MeSH, n.d.).

Numa ótica de continuidade e preservação da segurança cirúrgica, há verificações de segurança que são repetidas em diferentes momentos do pré-operatório (por exemplo, no acolhimento e na sala operatória antes da indução anestésica). Ao admitir a PSP no BOC, como enfermeiro de acolhimento confirmou-se com a pessoa: a sua identidade, a intervenção cirúrgica, a lateralidade do procedimento, o jejum, a existência de consentimento informado, os antecedentes de saúde e cirúrgicos, presença de imobilizações ou outros dispositivos, presença de adornos/próteses, a preparação

intestinal (quando aplicável), valores analíticos relevantes, disponibilização de hemoderivados (quando aplicável), permeabilidade dos acessos venosos, nível de dor e pré-medicação administrada (quando aplicável). Neste momento realizou-se também a monitorização do Risco de úlcera de Pressão através da Escala de Braden e a monitorização do Risco de Queda através da Escala de Morse, que virão permitir a extração de dados relevantes para a constituição dos indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem preconizados pela instituição onde se desenvolveram os estágios. De uma forma integrada, com vista à manutenção da normotermia e normoglicemia, foram executadas ainda a monitorização da temperatura e da glicemia capilar, como garantia da homeostasia pré/intraoperatória, conforme normalizado pela Direção Geral da Saúde (DGS) no “feixe de intervenções” de prevenção da infeção do local cirúrgico (DGS, 2022a).

Seguidamente, com a informação recolhida, ainda no acolhimento, foi preenchida a *checklist* de verificação de segurança instituída no serviço e foi iniciado o plano de cuidados perioperatório, formando os diagnósticos e planeando e implementando intervenções de acordo com as necessidades de cuidados identificadas. Posteriormente, os enfermeiros de anestesia, circulação e UCPA deram continuidade a este plano de cuidados, atualizando-o, através dos seus registos na mesma plataforma informática.

Um *handicap* identificado durante este estágio de opção prendeu-se com a utilização de sistemas informáticos diferentes pelos diferentes serviços: enquanto que o BOC utiliza o PatientCare®, a Clínica APIC e os serviços de internamento utilizam o SClínico®. Ambos os sistemas permitem o acesso ao processo de enfermagem e a construção de um plano de cuidados, mas a não interoperabilidade destes 2 sistemas cria descontinuidade na transmissão de informação e atualização dos planos de cuidados. Por outras palavras, o BOC não tem acesso direto à informação colhida pela Clínica APIC e restantes serviços, e o mesmo se passa no sentido inverso. Acredito que este obstáculo seria ultrapassado se todos tivessem acesso ao mesmo sistema informático de registos.

Não existindo consulta pré-operatória de enfermagem realizada pelos enfermeiros do BOC, atuar como enfermeiro de acolhimento foi primordial para o estabelecimento de uma relação de ajuda, facilitadora da comunicação expressiva de emoções, propiciando aferir os conhecimentos e informação transmitida à PSP no pré-operatório, pois é ele que estabelece o primeiro contacto com a PSP e age como “intermediário”/elo de ligação com

a sala operatória. Esta relação de proximidade e confiança, veio permitir confirmar a compreensão por parte da PSP, da informação transmitida, salvaguardando o exercício da sua autodeterminação, tomada de decisão e consentimento informado.

A relação terapêutica é uma relação em que o profissional pretende induzir uma mudança na forma de estar da pessoa, neste caso em relação à sua saúde, a fim de o ajudar a ultrapassar situações de crise relacionadas com o seu processo de saúde/doença. Neste tipo de relação terapêutica o enfermeiro mobiliza os seus conhecimentos para ajudar o outro a enfrentar os seus problemas, conviver com outras pessoas, aceitar o que não pode mudar e a tomar decisões autónomas acerca do seu processo de saúde/doença. Assim, a comunicação torna-se positiva e a relação terapêutica é estabelecida com sucesso (Gaio et al., 2023). Posto isto, o EEEMCPSPS, como enfermeiro de acolhimento, assume um lugar de destaque no estabelecimento desta relação que dará o mote para a forma como a pessoa vivenciará o restante da sua experiência perioperatória.

O EEEMCPSP no intraoperatório

Finalmente, como enfermeiro de acolhimento realizou-se a transferência (física e verbal) da pessoa para a maca cirúrgica e procedeu-se ao seu encaminhamento para a sala operatória.

Terminada a fase do acolhimento, a PSP fica ao cuidado dos enfermeiros da sala operatória, sendo o enfermeiro de anestesia o responsável pela sua receção. Do ponto de vista da visibilidade dos cuidados de enfermagem perioperatórios, a função de acolhimento, apoio à anestesia, bem como de enfermeiro da UCPA, constituem-se como aquelas em que ocorre maior contacto com a PSP consciente (Brienza *et al.*, 2019).

Desta forma, como enfermeira de anestesia em contexto de estágio, foi dada continuidade à relação terapêutica e de confiança, iniciada pelo enfermeiro de acolhimento, criando um momento propício para esclarecimento de dúvidas e reconhecimento de medos remanescentes, durante o qual foi possível informar, clarificar e adquirir o consentimento informado relativo aos atos a serem realizados. Embora a verificação do cumprimento das recomendações legais e éticas relacionadas com o consentimento informado seja uma responsabilidade de toda a equipa cirúrgica, no BOC e UCA onde se desenvolveram os estágios, regra geral, os enfermeiros de acolhimento e de anestesia assumem esta verificação.

A experiência cirúrgica constitui-se como uma nova realidade que provoca alterações consideráveis na vida da pessoa e família/pessoa significativa em situação perioperatória, tendo implicações importantes no seu bem-estar e na sua saúde, nos padrões basilares da vida ao nível individual e familiar (Gonçalves et al., 2017), tornando-se premente refletir sobre esta temática.

O diagnóstico cirúrgico é muitas vezes difícil e causador de stress para as pessoas pelos sentimentos de insegurança, tristeza, medo da anestesia e medo da morte, que podem emergir e ficar latentes perante esta realidade. Visando a diminuição dos agentes stressores que acompanham o período perioperatório, a equipa de enfermagem orienta e informa sobre o processo cirúrgico, na tentativa de proporcionar um ambiente inspirador de confiança, seguro, calmo e harmonioso (Callegaro et al., 2010). É neste sentimento de confiança que se devem basear os cuidados de enfermagem perioperatórios, pois a pessoa tem a necessidade de confiar em alguém que sabe que estará disposto a defender e proteger os seus interesses, tendo em conta a situação de vulnerabilidade face ao ambiente intraoperatório, que lhe surge como ameaçador.

O EEEMCPSP deve ter sempre presente que a PSP é o elemento mais importante dentro da sala operatória, sendo seu dever garantir a sua integridade física e psicológica, agindo como advogado da sua segurança e do respeito pela sua vontade, demonstrando consciencialização das necessidades psicológicas da pessoa, e fazendo uso de habilidades/competências de cuidado adquiridas para aliviar a ansiedade (AESOP, 2006; EORNA, 2019b).

Oliveira e Martins (2019) defendem que, enquanto membros de uma equipa devemos proporcionar sensações de confiança, segurança, tranquilidade, bem como, alívio por meio de intervenções voltadas para a promoção do bem-estar e do conforto.

Perante a complexidade de *Cuidar* num ambiente considerado, pela pessoa, como hostil, a qualidade dos cuidados prestados depende largamente da relação terapêutica que se estabelece e o conceito de “conforto” assume-se como um pilar na prestação de cuidados à PSP. Todo o percurso da pessoa desde que lhe é proposta a cirurgia até à alta hospitalar e completa recuperação, é pautado por momentos de desconforto provocados pela hospitalização, pelo afastamento da família e ambiente conhecidos, pela despersonalização dos cuidados, pela intervenção cirúrgica que pode originar dor, pelos

efeitos secundários da terapêutica instituída, pela temperatura baixa das salas cirúrgicas, entre outros.

Como EEEMCPSP em estágio, foi primordial elaborar/atualizar um plano de intervenção em função das necessidades identificadas da PSP e família/pessoa significativa, assegurando a continuidade de cuidados, através da utilização de estratégias de comunicação adequadas e documentação precisa, através de estratégias facilitadoras da comunicação precursoras do aumento da segurança nos procedimentos cirúrgicos (por exemplo, a utilização de linguagem estruturada, o uso de ferramentas padronizadas e checklists), constituintes de um contributo para a otimização da complementaridade de atuação entre todos os profissionais da equipa em benefício da PSP, indo de encontro ao Regulamento nº429/2018.

A comunicação é um importante instrumento de intervenção na área da saúde, surge como um elemento de ligação entre o cliente e o enfermeiro, sendo um elo indispensável na qualidade das relações, na identificação do processo de saúde-doença, na prestação de cuidados e exercício de liderança com qualidade (Conceição et al., 2022).

Relativamente à comunicação no seio da equipa cirúrgica, os momentos de transição de cuidados, como passagens de turno e transferências de responsabilidade, do doente, para outras unidades/serviços, são os mais suscetíveis à ocorrência de lapsos de comunicação e perda de informação.

A transição de cuidados define-se como “(...) qualquer momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos” (DGS, 2017a).

Assumindo a comunicação grande importância na continuidade de cuidados e prevenção de eventos adversos, a própria DGS (2017a) vem normalizar a uniformização da comunicação entre profissionais de saúde com o recurso a *checklists* e mnemónicas, como forma de organização do pensamento e estruturação do discurso. A metodologia Identificação, Situação atual, Antecedentes, Avaliação e Recomendações (ISBAR) é recomendada devido à facilidade de memorização e possibilidade de replicação em diferentes contextos da prestação de cuidados, mas também, por ser uma estratégia padronizada, simples, flexível, concisa e clara, facilitadora da compreensão de mensagens.

Durante os estágios desenvolvidos, foi largamente implementada a metodologia ISBAR. O Enfermeiro Especialista deve estar atento e consciente dos momentos críticos de transferência de cuidados e promover a implementação de ferramentas como esta. A técnica ISBAR, para além de contribuir para a uniformização da comunicação entre os diferentes intervenientes, contribui para promoção do pensamento crítico e consequente tomada de decisão, diminuição do tempo de transferência e rápida integração de profissionais. A excelência na qualidade e segurança dos cuidados prestados, nomeadamente através da minimização dos riscos a eles associados, é da responsabilidade de toda a equipa, que deve mobilizar competências individuais e melhorar a gestão dos mesmos (DGS, 2017a).

A metodologia ISBAR, constitui uma técnica de comunicação conhecida por promover a segurança da pessoa a vivenciar experiência perioperatória, nos momentos mais complexos, onde existe maior risco de erro na transferência ou perda de informação, sendo a admissão e a alta exemplos desses momentos (DGS, 2017a).

Pôde verificar-se durante os estágios que a utilização desta metodologia em momentos-chave - acolhimento-sala operatória; sala operatória-UCPA; UCPA-outros serviços do hospital; ou sempre que ocorra mudança de equipa - contribuiu para uma comunicação eficaz e eficiente, promotora da continuidade de cuidados. Inclusive, no BOC, foi criado um formulário onde se registam as informações ISBAR, que acompanha a PSP em todo o seu percurso perioperatório, sendo atualizado nos diferentes momentos cirúrgicos.

Melhorar a comunicação e assegurar a segurança da pessoa no processo de transição de cuidados está previsto no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, sendo que uma comunicação efetiva é fundamental ao longo de todo o circuito de cuidados, destacando-se uma vez mais os momentos de passagem de informação, transição de cuidados e transferência de responsabilidade no seio da equipa de profissionais implicados na prestação de cuidados (Despacho nº 9390/2021).

Outro dos focos de atenção do EEEMCPSP, no período intraoperatório, prende-se com o posicionamento cirúrgico.

O posicionamento cirúrgico visa em primeiro lugar facilitar a intervenção cirúrgica, denotando-se logo aqui a sua importância. No entanto, há que acautelar o risco de lesão por posicionamento perioperatório, o respeito pela privacidade da pessoa, a

prevenção do comprometimento das funções respiratória, circulatória e de compressão nervosa, e a manutenção de fácil acesso a catéteres venosos e monitorização da pessoa (Salazar-Maya & Osório-Galeano, 2023; Spruce, 2018). O EEEMCPSP assume um papel fundamental no âmbito deste seu foco de atenção, visto que atua como advogado da PSP, devendo questionar qualquer posição escolhida caso comprometa a saúde e a segurança do doente (Spruce & Van Wicklin, 2014).

Como refere Burlingame (2017), citando a Association of periOperative Registered Nurses, o posicionamento cirúrgico da pessoa representa uma intervenção de enfermagem importante na prestação de cuidados no período perioperatório. O principal objetivo deste procedimento é promover uma ótima exposição do local cirúrgico e, simultaneamente, prevenir complicações decorrentes do posicionamento cirúrgico. Para tal, durante os estágios, demonstrou ser essencial a utilização de equipamentos e dispositivos adjuvantes do posicionamento, específicos para cada situação, mas também o trabalho em equipa. A decisão do melhor posicionamento para facilitar a consecução do ato anestésico-cirúrgico foi compartilhada entre o enfermeiro circulante, cirurgião, anestesista, enfermeiro de anestesia e enfermeiro instrumentista, sendo necessário identificar alterações anatómicas e fisiológicas da pessoa, associadas ao tipo de anestesia, tipo de procedimento e ao tempo cirúrgico previsto, para que o posicionamento seja adequado e não origine lesões ou outras complicações pós-operatórias, pressupostos ademais corroborados por Salazar-Maya e Osório-Galeano (2023).

Durante os estágios, tanto na UCA como no BOC, o posicionamento cirúrgico foi assegurado por toda a equipa cirúrgica, no entanto os enfermeiros de anestesia e circulante são os principais intervenientes nesta ação. Como enfermeira de anestesia foram tomadas medidas para assegurar o posicionamento específico facilitador de: técnicas anestésicas como bloqueios periféricos (necessidades diferentes de acordo com a região do corpo a anestésiar), bloqueios de neuroeixo (implicam usualmente o decúbito lateral ou posição de sentado) ou anestesia geral (facilitando a ventilação e a entubação endotraqueal); cateterização venosa periférica, central ou arterial; acesso à monitorização e aos dispositivos intravenosos.

Como enfermeira circulante durante o estágio, foram tomadas medidas de colaboração com o enfermeiro de anestesia, bem como medidas para assegurar o posicionamento específico adequado da PSP tendo em conta: a zona anatómica alvo de

intervenção; a técnica cirúrgica a ser utilizada; o posicionamento da equipa cirúrgica; o posicionamento da marquesa operatória; a identificação de zonas de pressão, mediante o posicionamento escolhido pela equipa cirúrgica e o alívio das mesmas; identificação da necessidade de suportes de contenção para prevenção de quedas.

No decorrer dos estágios não se verificaram intercorrências relacionadas com o posicionamento cirúrgico, a prevenção de lesões relacionadas com o posicionamento foi eficaz, bem como a prevenção de quedas. O posicionamento cirúrgico demonstra ser merecedor da intervenção competente do EEEMCPSP, sendo um tema de discussão sempre atual no seio da disciplina de Enfermagem, que continua a ser abordado em grande parte dos encontros científicos de enfermeiros desenvolvidos em Portugal.

Outro foco de primordial atenção na prática de enfermagem no geral, e da EP em particular, é a dor. Embora a gestão e tratamento da dor não sejam exclusivos do intraoperatório, optou-se por iniciar aqui a sua abordagem.

Sendo definida como uma experiência de sofrimento subjetiva com efeitos nos vários domínios do bem-estar da pessoa, a dor aguda encontra-se frequentemente associada a eventos patológicos, sendo um dos principais motivos de recurso a cuidados urgentes (Teixeira & Durão, 2016).

Segundo a International Association for the Study of Pain (as cited in Kotfis et al., 2017), esta consiste numa experiência emocional e sensorial de cariz desagradável, correlacionada com um dano real ou eventual dos tecidos ou descrita em termos desses danos. Somos assim alertados, conforme o Plano Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor (DGS, 2017b), para o facto de que a dor tem a capacidade de influenciar a pessoa na sua globalidade, requerendo uma abordagem multidimensional, tendo em conta as suas implicações psicológicas, sociais e culturais, e não apenas a sua dimensão sensorial, sendo a sua gestão e controlo um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde.

Outros autores, defendem que a gestão da dor implica um tratamento multidisciplinar, com partilha de responsabilidades entre os vários profissionais de saúde, sendo que os enfermeiros, como elementos da equipa multidisciplinar, têm o dever de identificar a dor sentida pela pessoa e avaliar as suas características, de modo a planear intervenções de enfermagem adequadas e atempadas, assegurando a sua monitorização e controlo (OE, 2008; Zuazua-Rico et al., 2020).

Posto isto, sendo a dor um sinal vital, emerge como um foco de atenção para o EEEMCPSP, em que a primeira intervenção para o seu tratamento e controlo consiste na sua monitorização e avaliação das suas características. Durante os estágios, na prestação de cuidados a pessoas conscientes e com capacidade para comunicar verbalmente, foi privilegiada a autoavaliação da dor, aplicando a Escala Numérica, não esquecendo evidências fisiológicas e emocionais de desconforto. Além de ser esta a escala selecionada pela instituição e em uso no BOC e UCA, é também considerada pela DGS (2003) como uma das mais válidas e fidedignas para aplicação em pessoas conscientes e colaboradores. Autores como Gélinas (2016) e Marra et al. (2017), partilham desta opinião e consideram a Escala Numérica como o *gold standard* comparativamente com outras escalas de monitorização da dor, caracterizando-a como a mais objetiva e fiável.

No entanto, na realidade do bloco operatório, este procedimento nem sempre é fácil. Embora a grande maioria das PSP se apresentasse consciente, orientada, colaborante e capaz de expressar e caracterizar a sua dor na admissão, frequentemente este cenário altera-se pelos processos inerentes à intervenção anestésica/cirúrgica ou por fatores inerentes à própria pessoa (por exemplo, alterações cognitivas ou do estado de consciência, como demência, etc). Aqui, a avaliação da dor implicou perícia e treino dos profissionais, sendo fulcral a vigilância de sinais não-verbais de dor, como os sinais fisiológicos/hemodinâmicos e comportamentais (taquicardia, hipertensão arterial, alterações no índice biespectral, *facies* de dor, agitação motora, etc), nos momentos em que a PSP se encontrava incapaz de comunicar ou com compromisso da função cognitiva, garantindo a gestão da dor e a otimização do seu tratamento nestas situações.

Uma abordagem sistematizada no tratamento da dor constitui uma prioridade no que se refere à humanização dos cuidados de saúde, não incluindo somente a atribuição de um nível na escala escolhida, mas também a correta caracterização da mesma. Como EEEMCPSP em estágio, atuou-se no sentido de minimizar ou eliminar o desconforto da pessoa, facilitando a recuperação pós-operatória imediata, visando também o controlo eficaz de possíveis efeitos secundários associados ao tratamento da dor.

A gestão da dor associada ao procedimento cirúrgico, foi abordada em todo o período perioperatório, apostando-se cada vez mais na prevenção, sendo como enfermeira de acolhimento, de anestesia e da UCPA, que mais frequentemente me envolvi nesta gestão. Segundo a OE (2008), sempre que se preveja a ocorrência de dor ou a avaliação

da pessoa evidencie a sua presença, o enfermeiro deve atuar agir na promoção de cuidados que a eliminem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa.

Durante o estágio, como enfermeira de acolhimento no BOC, foi realizada uma monitorização inicial do nível de dor da PSP, denotando-se obviamente níveis superiores em pessoas expectantes por cirurgia de urgência, sendo que pessoas com cirurgia programada apresentavam níveis de dor inferiores. Como enfermeira de anestesia foi dada continuidade a essa avaliação da dor, e na presença ou eminência de dor associada a transferências ou posicionamentos, recorreu-se à administração de terapêutica analgésica.

No caso da PSP submetida a ATJ, na generalidade, a técnica anestésica utilizada foi uma técnica balanceada, combinando o bloqueio de neuroeixo com a colocação de catéter epidural para analgesia e controlo da dor pós-operatória. Esta técnica, permitiu manter a pessoa analgesiada durante todo o procedimento, sendo expectável ainda a manutenção do bloqueio aquando do ingresso na UCPA. Nestes casos, avaliação da dor intraoperatória foi realizada sem intercorrências visto que a pessoa permaneceu consciente durante todo o procedimento, no entanto manteve-se a vigilância de parâmetros não verbais que pudessem ser indicativos de dor ou reversão do bloqueio instalado.

No caso da pessoa submetida a anestesia geral a vigilância de indicadores não verbais de dor, principalmente hemodinâmicos (como taquicardia, hipertensão arterial, aumento do índice bispectral), assumiu uma maior relevância devido à alteração do estado de consciência da pessoa. Aqui, a administração analgésica iniciou-se tendencialmente ainda durante o procedimento cirúrgico com vista à prevenção da dor pós-operatória, assegurando um despertar confortável e sem dor ou com o mínimo de dor possível para a PSP.

O EEEMCPSP no pós-operatório

A dor aguda pós-operatória, como indica a própria designação, é aquela que se apresenta após um procedimento cirúrgico, resultando diretamente da agressão cirúrgica ou de complicações advindas do procedimento. A sua gestão e controlo inadequados tem efeitos negativos na qualidade de vida da pessoa, atrasando a sua reabilitação funcional, podendo prolongar o tempo de hospitalização e acarretar um aumento da taxa de

reinternamento, com incremento do risco de complicações pós-operatórias e evolução para dor crónica pós-cirúrgica (Bernardino et al., 2017).

Posto isto, demonstrou ser de primordial importância a intervenção como enfermeira da UCPA na gestão e controlo da dor. A monitorização constante da dor, associada a avaliação de sinais verbais e não verbais de dor, a implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas disponíveis e possíveis para o tratamento da mesma, bem como a articulação com os restantes elementos da equipa pluridisciplinar, anestesistas, cirurgiões e outros enfermeiros, demonstraram ser pedras basulares na gestão da dor.

Segundo Sandvik et al. (2020), o máximo potencial na gestão e o controlo da dor pode ser conseguido através da combinação de medidas farmacológicas e não farmacológicas de tratamento da dor.

Relativamente às medidas farmacológicas, o enfermeiro está sempre cingido à prescrição médica, mas em parceria com o anestesista pode estabelecer uma combinação analgésica individualizada, mais eficaz e balanceada, antevendo procedimentos indutores de maior desconforto e dor, ajustando o horário de administração para momentos de maior necessidade. Durante todo o estágio, mas sobretudo no tratamento da dor, demonstrou ser de extrema relevância o conhecimento previamente adquirido, tanto pela realização de uma Pós-Graduação em Enfermagem de Anestesia, como pela experiência como enfermeira de anestesia em temáticas como: tipos de analgésicos (opiídeos, não opiídeos e adjuvantes), mecanismos de ação, vias de administração, efeitos secundários, etc.

Por outro lado, o enfermeiro pode encetar uma intervenção autónoma para a gestão da dor da PSP, através da implementação de medidas não farmacológicas, como o posicionamento, a aplicação de frio, a diminuição dos estímulos ambientais como ruído e incidência da luz, a distração e a presença da família.

A UCPA é o local de eleição para aplicação destas estratégias, sempre que possível, visto que o restante percurso perioperatório prioriza outras intervenções, não sendo propício a estas medidas, que de qualquer forma, também não se mostraram necessárias nos outros momentos. A implementação de estratégias como o posicionamento regular e adequado (conforme permitido pela cirurgia efetuada), a aplicação de frio (muito pertinente na PSP submetida a ATJ), aplicação de imobilizações, o controlo ambiental através da minimização de luz incidente e do ruído, a distração

perante procedimentos precursores de dor e desconforto, e a presença da família (em crianças e pessoas com défice cognitivo), associadas à terapêutica analgésica demonstraram ser eficientes no tratamento e gestão da dor.

Estilita (2015) e Martorella (2019), referem que na esfera das medidas não farmacológicas utilizadas para gestão da dor estão contempladas exatamente o controlo da incidência de luz forte sobre o doente, a redução do ruído, a aplicação de frio ou calor, a imobilização de lesões e/ou fraturas, bem como o recurso à musicoterapia, massagem terapêutica, técnicas de relaxamento e a racionalização das mobilizações. Para outros autores, as estratégias não farmacológicas são subdivididas em: físicas, incluindo a massagem, aplicação de calor ou frio, e a estimulação elétrica nervosa transcutânea; e psicológicas, como a utilização da música, técnicas de distração e relaxamento (Bonilla-Marciales et al., 2020; Santos et al., 2022).

Parece ser consensual que estes métodos são eficazes na gestão da dor (Bonilla-Marciales et al., 2020; Santos et al., 2022). Apesar dos métodos de controlo da dor serem maioritariamente farmacológicos, as estratégias adjuvantes e alternativas são igualmente benéficas, numa perspetiva de complementaridade, constituindo usualmente intervenções simples, mas construtivas no tratamento da dor, que ajudam paralelamente a reduzir a ansiedade e potenciar o efeito dos fármacos analgésicos.

A presença de uma Unidade de Dor Aguda é obrigatória nos hospitais do Sistema Nacional de Saúde (DGS, 2012) e dedica-se especificamente à promoção da prestação de cuidados na esfera da dor aguda pós-operatória, podendo também abranger cuidados inerentes a procedimentos não cirúrgicos de diagnóstico ou terapêutica, situações de trauma e patologia médica, quando necessário.

O CH onde se realizaram os estágios não é exceção e inclui uma Unidade de Dor Aguda, com estreita relação com o BOC, principalmente com a UCPA, como não poderia deixar de ser. Esta Unidade de Dor Aguda estruturou vários protocolos de atuação clínica para abordagem da dor aguda, conforme preconizado pela DGS (2012), que podem ser iniciados tanto na sala operatória como na UCPA, ou mesmo nos serviços de internamento. No BOC destacam-se os protocolos de Patient Controlled Analgesia (PCA) e Patient Controlled Epidural Analgesia (PCEA), cuja preparação se encontra a cargo dos enfermeiros de anestesia ou da UCPA e que foi possível desenvolver neste estágio em ambas as áreas.

Para implementação destes protocolos foi prestada informação à PSP sobre a dor, seus efeitos e tratamento, foram realizados ensino e treino sobre o protocolo analgésico e funcionamento dos dispositivos de PCA ou PCEA, nomeadamente com vista à obtenção do consentimento informado para utilização desta técnica de analgesia (DGS, 2012). Sendo um método de analgesia controlada pelo paciente, a compreensão da informação transmitida e obtenção da sua colaboração foram primordiais.

A dor não controlada pode originar complicações a curto e a longo prazo para a pessoa, sendo um entrave à sua recuperação, com compromisso da sua qualidade de vida (Marra et al., 2017), pelo que a sua gestão atempada e adequada se revela fundamental na prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSP.

Ainda no que se refere à fase pós-operatória, aborda-se de seguida as atividades desenvolvidas no âmbito da Consulta de Follow-up.

Com o objetivo de promover a capacitação da pessoa e família/pessoa significativa para a gestão da sua experiência cirúrgica, conhecer e desenvolver as intervenções inerentes à Consulta de Follow Up, normalizada pela UCA, foi outra das atividades realizadas durante o estágio nesta unidade.

A Consulta de Follow-Up é uma realidade e um procedimento enraizado na prática clínica dos enfermeiros da UCA. Às 24 horas pós-cirurgia, o enfermeiro avalia o pós-operatório, através de um telefonema à pessoa ou familiar/pessoa significativa, questionando sobre a sua situação atual, assegurando a continuidade de cuidados. Convém salientar que para a alta em regime de ambulatório, é de extrema importância a responsabilização da pessoa e familiar/pessoa significativa, de forma a que a recuperação e reinserção na vida ativa ocorra o mais rapidamente possível.

Para a AESOP (2012), o enfermeiro deverá proceder a uma avaliação do pós-operatório nas 24 horas seguintes à alta do recobro, recorrendo a um telefonema como forma de atualizar a situação da pessoa intervencionada. Esta indicação é justificada pela necessidade da continuidade na prestação de cuidados, e fica registada no processo individual da pessoa. Constitui um momento particular de proximidade e confiança, na medida em que é possível reforçar o ensino realizado durante o circuito cirúrgico em ambulatório, possibilitando algumas orientações para situações que possam ocorrer. Por outro lado, possibilitará também obter alguns dados sobre a satisfação da pessoa, como forma de verificação e futuro indicador da qualidade dos cuidados prestados.

De facto, este telefonema de Follow-Up, que tive a oportunidade de implementar durante o estágio na UCA, permitiu, após uma avaliação do estado atual da pessoa e da inexistência de complicações ou intercorrências, reforçar os ensinamentos anteriormente realizados e alertar mais uma vez para sinais de alarme, agindo como um fator de proximidade com a instituição de saúde e os seus profissionais. De uma forma geral, os doentes encontravam-se bem, satisfeitos com os cuidados que lhe foram prestados, manifestando sentir-se apoiados e acompanhados por meio deste procedimento.

A recolha de informação pelo enfermeiro durante o Follow-Up deve ser agilizada, com questões simples e recurso a escalas de classificação verbal, que possam evidenciar ao enfermeiro a necessidade de reavaliação da condição do utente, a necessidade de adequar orientações ou ainda, a necessidade de encaminhar o utente para o serviço de urgência (Instituto Português de Oncologia de Lisboa, 2013).

Durante esta consulta de Follow-Up utilizei um guião de questões normalizado e informatizado, que permitiu uma avaliação sistematizada e o registo informático imediato. Em suma, no dia seguinte à intervenção cirúrgica, a PSP foi contactada telefonicamente para avaliar as primeiras 24 horas do pós-operatório, e foi-lhe colocado um conjunto de perguntas simples, seguindo uma grelha pré-estabelecida, o que permitiu obter dados para melhor avaliar a sua condição e orientar o plano de cuidados.

É de salientar a importância dos registos de enfermagem na consulta não presencial, uma vez que a descrição das ocorrências é indispensável para garantir a continuidade dos cuidados e contribuir para a prestação de cuidados de qualidade, podendo também constituir uma forma de dar visibilidade à enfermagem (Martins et al., 2008).

Os enfermeiros são os profissionais melhor posicionados para assegurar cuidados em ambiente externo à organização hospitalar. Assim, o Follow-Up torna-se uma ferramenta fundamental para assegurar que a continuidade de cuidados é garantida com a mesma qualidade que seria num internamento hospitalar (Correia, 2023; Leal, 2006).

É compreensível, que a transição do hospital para o domicílio, seja um período de incerteza, encarada como um risco por muitas pessoas. Neste período, qualquer intercorrência pode afetar negativamente a vivência deste processo de transição, bem como a sensação de bem-estar.

As intervenções de enfermagem implementadas pelas equipas para facilitar o processo de transição da pessoa, passam muitas vezes simplesmente pela facilitação de informação e realização de um telefonema de acompanhamento. Este tipo de intervenção vai constituir um fator passível de minimizar o medo e a ansiedade por ter alta num espaço de tempo tão curto, como aquele que se prevê em contexto de cirurgia de ambulatório. Com o desenvolvimento de uma relação empática, as equipas de enfermagem demonstram que, apesar da convalescença em ambiente domiciliário, mantém-se uma conexão à instituição, à qual podem facilmente recorrer (Hodgins et al., 2008).

No próximo subcapítulo, proceder-se-á a uma exposição reflexiva sobre as atividades desenvolvidas no âmbito de *Maximizar a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa multidisciplinar congruente com a consciência cirúrgica*. Sendo também esta competência transversal a todos os momentos do contexto cirúrgico, pretende-se assim evidenciar o papel do EEEMCPSP nas diferentes áreas de atuação do enfermeiro no perioperatório.

3.2. MAXIMIZA A SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA E DA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR CONGRUENTE COM A CONSCIÊNCIA CIRÚRGICA

O descritivo desta competência alude a que, considerando o risco elevado inerente aos cuidados perioperatórios, particularmente pela possibilidade de ocorrência de eventos adversos, decorrentes da situação de vulnerabilidade da pessoa, pela especificidade dos procedimentos realizados, pela complexidade de recursos e do próprio ambiente, o EEEMCPSP mobiliza os conhecimentos e habilidades necessários para garantia da segurança da pessoa, profissionais e ambiente, agindo segundo os princípios da ética profissional (Regulamento nº429/2018).

Neste sentido no subcapítulo anterior foram referidas algumas intervenções, com foco na segurança da PSP, que deixavam já vislumbrar a discussão desta segunda competência do EEEMCPSP.

Para uma melhor leitura e compreensão dos conteúdos explanados, este subcapítulo estruturar-se-á segundo as áreas de atuação do Enfermeiro no bloco operatório, pretendendo assim demonstrar a consolidação da competência em análise.

Sendo que a consulta pré-operatória e a pós-operatória foram destacadas no subcapítulo anterior, neste foca-se a intervenção do enfermeiro especialista nas áreas da anestesia, circulação, instrumentação e UCPA.

O Enfermeiro de Anestesia

O enfermeiro de anestesia atua em continuidade com o enfermeiro de acolhimento e assume, juntamente com os enfermeiros circulante e instrumentista, um papel premente no que diz respeito à salvaguarda da segurança do doente e gestão de risco dentro da sala operatória. Conforme refere a AESOP (2006), o enfermeiro de anestesia colabora com o médico anestesista e desenvolve atividades específicas nas fases pré-anestésica, de indução, manutenção e reversão anestésica. Simultaneamente, no âmbito dos cuidados de EP, deve compreender e valorizar a área de enfermagem de anestesia como um campo distinto, mas em complementaridade com as áreas de circulação e instrumentação (AESOP, 2006).

A intervenção enquanto enfermeiro de anestesia, em contexto de estágio, iniciou-se sempre com a consulta do plano cirúrgico; verificação de funcionamento dos equipamentos de apoio aos procedimentos anestésicos, como testes de funcionamento de ventiladores e sistemas de aspiração; verificação da existência de material para procedimentos anestésicos convencionais e emergentes; preparação dos fármacos, dispositivos e material necessários às técnicas de anestesia previstas. A realização destas verificações/procedimentos vem legitimar que a segurança da pessoa é uma preocupação constante da equipa de enfermagem, que prima pela garantia da prestação de cuidados de enfermagem seguros e de excelência.

Segundo a EORNA (2019b), o enfermeiro deve fornecer um ambiente seguro e eficaz para o cuidado adequado do doente, devendo preparar o ambiente para maximizar a segurança e eficiência, utilizando mecanismos de verificação adequados.

Assim, o enfermeiro de anestesia é responsável pelo preenchimento de uma checklist de verificação de segurança, que vem certificar que estão reunidas as condições de segurança cirúrgica e anestésica para o doente ser submetido à intervenção programada, confirmando os procedimentos descritos acima. A referida checklist inclui, além da aferição de funcionalidade do ventilador e sistema de aspiração, a verificação de: presença de material e equipamento de apoio à oxigenação e entubação orotraqueal da

PSP; presença de material de apoio à preparação, administração e perfusão de terapêutica, cateterização venosa e entubação nasogástrica; presença de insuflador manual e sua funcionalidade, bem como presença de fármacos de emergência.

O lugar do enfermeiro de anestesia é, de certa forma literalmente, “à cabeceira” do doente. A minha intervenção nesta área de estágio passou primeiramente pela monitorização de parâmetros vitais, verificação de acessos venosos e canalização de novos em caso de necessidade, e confirmação de perfusões com o anestesista. Seguiu-se a preparação e disponibilização de material para o procedimento anestésico, cumprindo a técnica assética, e a colaboração no posicionamento do doente com pretensão de prevenir lesões perioperatórias indesejadas e facilitar os procedimentos anestésico e cirúrgico, agindo sempre na manutenção das condições de segurança da sala operatória.

A preparação e administração dos fármacos necessários à indução e manutenção de diferentes opções anestésicas (bloqueio neuromuscular profundo, sedação, anestesia geral balanceada, anestesia local, bloqueio de nervos periféricos, bloqueio de neuroeixo e anestesia epidural), foi outra das atividades desenvolvidas como enfermeira de anestesia, bem como o apoio na entubação orotraqueal, auxiliando na promoção de ventilação eficaz. A estas atividades associaram-se frequentemente outras como a colaboração no cateterismo venoso central e no cateterismo arterial, e a preparação e perfusão de fármacos com apoio de dispositivos de PCA e PCEA, por via endovenosa e epidural para controlo da dor aguda no pós-operatório.

No caso da PSP submetida a ATJ, salvo raras exceções, pela existência de contraindicações à realização da técnica anestésica, foi utilizada maioritariamente a técnica sequencial de bloqueio do neuroeixo. Esta técnica consiste na combinação da raquianestesia e da anestesia epidural, permitindo granjear as vantagens de ambas: a primeira permite um bloqueio motor e sensitivo durante todo o tempo cirúrgico; e a segunda permite a manutenção deste bloqueio, caso a cirurgia se prolongue, mas sobretudo vai permitir a gestão e controlo da dor pós-operatória através do uso do dispositivo de PCEA.

A gestão, controlo e tratamento da dor assumem uma posição de destaque no BO, relembrando que é importante reduzir ao máximo a dor que o doente manifesta e ter sempre em conta a premissa de que um doente anestesiado pode não conseguir manifestar a dor ou o desconforto (AESOP, 2006). Assim, tendo em conta o conforto da PSP

realizaram-se intervenções para promoção do mesmo, como a monitorização regular da dor, aplicação de medidas farmacológicas e não farmacológicas no seu tratamento (tais como o posicionamento da pessoa ou membro), administração de terapêutica analgésica antes da mobilização/transferência da pessoa como forma de prevenção, vigilância e interpretação da monitorização existente que pudesse estar relacionada com presença de dor (taquicardia, hipertensão arterial, aumento do índice biespectral, etc.), alívio de zonas de pressão e manutenção da normotermia.

A PSP submetida a ATJ necessita de monitorização hemodinâmica e vigilância constantes. Em primeiro lugar, falamos de uma pessoa que frequentemente se encontra consciente, tornando o “à cabeceira do doente” ainda mais significativo para o enfermeiro de anestesia. Por outro lado, como referido anteriormente, no âmbito da prevenção da infeção do local cirúrgico, procedeu-se ao aquecimento intraoperatório ativo da pessoa e consequente monitorização da temperatura, como garantia da manutenção da normotermia, bem como à monitorização da glicemia capilar, como garantia da manutenção da normoglicemia. No caso destes doentes, existem também momentos críticos da cirurgia que exigem atenção e uma ação concertada por parte do enfermeiro de anestesia. É o caso do momento de colocação do cimento ósseo, que pode originar instabilidade e alterações hemodinâmicas importantes, culminando até em Paragem Cardiorrespiratória. Um dos pontos-chave da atuação dos enfermeiros de anestesia consiste em manter uma vigilância intensiva e despiste de sinais e sintomas de complicações que possam surgir (AESOP, 2006). Assim, ao desempenhar esta função, manteve sempre uma postura dinâmica e apta a atuar em situações de urgência/emergência anestésica.

Posto isto entende-se que, como enfermeira de anestesia foi primordial atender à preparação do ambiente da sala operatória para fomentar a segurança e eficiência dos cuidados; à cooperação no cumprimento dos princípios da gestão adequada e oportuna da profilaxia cirúrgica antibiótica; à colaboração na organização do processo cirúrgico com vista à otimização da experiência da pessoa; à manutenção da qualidade e higienização ambiental, com cumprimento dos princípios inerentes; à implementação de medidas de contenção, prevenção da transmissão e descontaminação, perante a pessoa com infeção documentada; e à promoção de procedimentos para manutenção da normotermia da

pessoa no período perioperatório, indo ao encontro do descrito no Regulamento nº 429/2018.

Após o término da intervenção da equipa cirúrgica, colaborei no despertar dos doentes, que foram posteriormente transferidos para o local de destino (UCPA, UCIP, UIP), onde permaneceram em vigilância.

O Enfermeiro Circulante

Segundo a OE (2004), o enfermeiro circulante tem como funções específicas a redução dos riscos inerentes à natureza dos cuidados prestados no bloco operatório, sendo responsável pela promoção da segurança do doente e dos restantes profissionais de saúde, providenciando o apoio necessário à qualidade do ato cirúrgico no que à gestão do ambiente diz respeito. Tem como foco de atenção as necessidades da PSP, suportando a sua tomada de decisão em conhecimentos técnicos e científicos que lhe permitem conhecer e compreender a complexidade do ambiente em que desenvolve a sua intervenção, nomeadamente em situações limite ou de emergência.

Enquanto enfermeira circulante durante o estágio, iniciei sempre a minha atuação com a verificação atempada do plano cirúrgico e do processo clínico da PSP, preferencialmente no dia anterior às cirurgias, no sentido de realizar um diagnóstico das necessidades de material e instrumental cirúrgico para o dia de trabalho, bem como de necessidades específicas da pessoa intervencionada.

No dia da cirurgia, tal como o enfermeiro de anestesia, a ação do enfermeiro circulante passou pela confirmação do material e equipamentos necessários à realização da cirurgia e do seu correto funcionamento. E à semelhança da área de anestesia, foi preenchida uma *checklist* de verificação de segurança da sala e dos equipamentos de forma a promover a manutenção e segurança do ambiente cirúrgico e a garantir a presença do material e dispositivos necessários em situação de urgência ou emergência.

Para a AESOP (2013), o enfermeiro circulante atua como o “maestro de uma orquestra”, coordenando toda a atividade dentro da sala operatória, zelando para que nada falte, encontrando-se tudo no lugar certo à hora devida, para que a cirurgia decorra de maneira segura, sendo responsável por si e pelo ambiente que o rodeia, protegendo-se a si e aos outros de riscos evitáveis.

A gestão do material clínico, instrumentos e equipamentos necessário para as cirurgias implica um conhecimento vasto dos dispositivos médicos e instrumentais cirúrgicos existente no BOC. Dado o elevado número de cirurgias realizadas diariamente no BOC e a utilização repetida dos mesmos materiais, é expectável a ocorrência de desgaste e inviabilização dos mesmos. Neste caso, um conhecimento abrangente dos recursos existentes permitiu a providencia atempada de alternativas. Por exemplo, perante a realização de uma cirurgia de Colecistectomia Laparoscópica, sabia de antemão a necessidade de utilizar graspers e tesouras de laparoscopia. Estando algumas caixas de instrumentos desfalcadas, foi assegurada a presença a avulso destes instrumentos ou a disponibilidade de caixas alternativas mediante a sua composição.

É igualmente necessária uma constante e eficaz comunicação e coordenação com o Serviço de Esterilização, para que esteja assegurado todo o material necessário à intervenção cirúrgica. O Serviço de Esterilização, embora em mais estreita relação com o BOC, assegura simultaneamente a esterilização dos dispositivos médicos da UCA e dos restantes serviços do hospital, embora estes últimos impliquem uma carga de trabalho irrisória em comparação com os Blocos Operatórios, Central e UCA. Por exemplo, num dia com 6 cirurgias de ATJ programadas, sabendo que no serviço existiam apenas 4 caixas disponíveis, e que assegurar a cirurgia de urgência era uma prioridade, a procura de alternativas e a articulação atempada com o Serviço de Esterilização, demonstrou ser fulcral.

De acordo com a AESOP (2006), a função de enfermeiro circulante deve ser desempenhada por um enfermeiro experiente, com competências científicas e técnicas atualizadas de modo a dar resposta em qualquer eventualidade. As competências, perspicácia, técnica de controlo, o seu nível de conhecimento geral e o seu conhecimento específico sobre dispositivos médicos, ativos e inoperacionais, fazem do enfermeiro circulante o gestor ideal dentro da sala de operações, promotor da segurança da pessoa e de toda a equipa multidisciplinar (AESOP, 2006).

Ao longo dos estágios realizados, principalmente no estágio de opção, foi possível preparar todo o material necessário e específico de cada intervenção cirúrgica, confirmando a sua funcionalidade e disponibilidade, ocorrendo por vezes necessidade de reorganização do programa cirúrgico de acordo com o material disponível. Perante a indisponibilidade ou inoperabilidade de dispositivos médicos específicos, procedia-se à

discussão no seio da equipa pluridisciplinar, definindo prioridades e a melhor forma de otimizar o programa cirúrgico face à tipologia de doentes existente e à intervenção cirúrgica. Enquanto enfermeiro circulante, foi possível estabelecer uma comunicação assertiva com a equipa sobre estes detalhes e em conjunto reorganizar o plano cirúrgico para que nenhuma cirurgia fosse adiada, colaborando assim na gestão dos tempos cirúrgicos.

Após a verificação da existência de condições e garantir a presença dos elementos indispensáveis para a realização da cirurgia, o enfermeiro circulante colabora com o enfermeiro de anestesia, destacando-se a sua intervenção no posicionamento da pessoa, com alívio de zonas de pressão.

Outra intervenção de destaque do enfermeiro circulante, como gestor da sala operatória, prendeu-se com a manutenção das normas de assepsia. Foi minha função como enfermeiro circulante, durante o estágio, a confirmação da esterilização do material cirúrgico, quer pela análise dos indicadores químicos presentes nas caixas cirúrgicas, quer pela verificação da integridade das embalagens, quer pela verificação das datas de validade da esterilização. Seguidamente, procedi à abertura de campos e outro material cirúrgico, colocando-os à disposição do enfermeiro instrumentista, respeitando a norma assética.

Segundo a AESOP (2006), é importante limitar o número de pessoas presentes na sala, minimizando as entradas e saídas e promovendo o circuito unidirecional de pessoas e dispositivos médicos. Numa cirurgia de ATJ, por exemplo, estão envolvidas múltiplas caixas de instrumental cirúrgico, sendo a sua presença simultânea na sala operatória uma realidade que dificulta de forma acrescida a circulação de pessoas e material, exigindo atenção redobrada por parte do enfermeiro circulante.

O enfermeiro circulante é o principal apoio do enfermeiro instrumentista e restante equipa cirúrgica. A minha atuação como tal, foi fundamental no auxílio à paramentação da equipa cirúrgica, bem como à colocação dos campos cirúrgicos e gestão dos equipamentos próximos ao campo cirúrgico (exemplo: intensificador de imagem, coluna de laparoscopia, consola bisturi elétrico, aspirador, etc.), mantendo-me sempre atenta a qualquer incumprimento das boas práticas de assepsia em torno da PSP. Como corrobora a AESOP (2006), ainda que não faça parte da equipa estéril, o enfermeiro circulante

desenvolve durante toda a cirurgia a sua função em redor do campo operatório, detetando qualquer “quebra” de assepsia e introduzindo atempadamente medidas corretivas.

Visando a promoção de cuidados de excelência, denotou-se no decorrer das cirurgias, uma vez mais, a primazia do conhecimento e experiência do enfermeiro circulante, permissivos de uma sinergia com a equipa cirúrgica, demonstrada na antecipação às necessidades da equipa cirúrgica e na resposta atempada e eficiente às necessidades do enfermeiro instrumentista. A compreensão sobre o que se passa no campo cirúrgico, capacita o enfermeiro circulante para a antevisão de necessidades. O enfermeiro circulante diligente consegue antecipar-se não só às necessidades/pedidos do enfermeiro instrumentista, como também do cirurgião. Assim, minimizou-se a existência de “tempos mortos” na maioria das intervenções cirúrgicas, muitas vezes originados pela demanda de materiais, dispositivos ou outros, reduzindo-se o tempo cirúrgico, minimizando o risco de infeção, o risco de hipotermia e o risco de hemorragia associados a tempos de exposição cirúrgica prolongados, promovendo a qualidade dos cuidados prestados.

O enfermeiro circulante é responsável pelo desempenho de intervenções de verificação, contagem e registo de materiais essenciais aos procedimentos cirúrgicos. No caso das cirurgias do foro ortopédico, nomeadamente a ATJ, foi realizado um registo específico dos consumos de dispositivos implantáveis, em folha própria existente no local de estágio, para salvaguardar a reposição de *stocks*. Esta medida visa garantir que na próxima utilização estejam disponíveis os dispositivos necessários à realização da cirurgia.

Durante os estágios, como enfermeiro circulante, em interação com o enfermeiro instrumentista, foi realizado o acondicionamento de peças anatómicas e seu registo conforme protocolado no CPC e o acondicionamento de espécimens para análise bacteriológica e citologia. Aqui, como procedimento de segurança, foi realizada a confirmação com a equipa cirúrgica da identificação da PSP, identificação da peça/espécimen a analisar e identificação do método de conservação/acondicionamento.

A contabilização de itens quantificáveis como compressas, batufos, cortoperfurantes e instrumentos cirúrgicos foi outra das intervenções de destaque durante o estágio, como enfermeiro circulante. Realizada em conjunto com o enfermeiro instrumentista, no momento do encerramento cirúrgico, esta é uma intervenção de

enfermagem precursora da salvaguarda da segurança da PSP e uma alavanca para a melhoria contínua na prestação dos cuidados de enfermagem perioperatórios.

Ainda na esfera do enfermeiro circulante realizei o preenchimento da checklist de verificação da segurança cirúrgica, denominada *Cirurgia Segura*, que mais não é, do que uma verificação conjunta das intervenções realizadas em prol da segurança da PSP e da equipa pluridisciplinar.

Esta lista de verificação cirúrgica, emanada pela Organização Mundial da Saúde em 2009, foi implementada com a finalidade última de reduzir o número de mortes relacionadas com a cirurgia em todo o mundo, forçando a confrontação com questões de segurança importantes como a comunicação desadequada entre os membros das equipas cirúrgicas, práticas de segurança anestésica inadequadas e ocorrência de infeções cirúrgicas evitáveis. Demonstrou-se que estes problemas, fatais e evitáveis, são comuns em todos os países e todas as organizações (DGS, 2009).

A *Cirurgia Segura* vem reforçar as práticas de segurança e promover uma melhor comunicação e trabalho no seio da equipa multidisciplinar. É uma ferramenta para ser utilizada por profissionais interessados em melhorar a segurança cirúrgica, minimizando a possibilidade de ocorrência de complicações cirúrgicas evitáveis. De facto, a sua utilização encontra-se associada a reduções significativas de complicações e taxas de mortalidade em diversos hospitais e contextos, com melhorias evidentes dos padrões de boa prática de cuidados (DGS, 2009).

O enfermeiro circulante é ainda responsável por dar continuidade ao plano de cuidados iniciado pelo enfermeiro de acolhimento e atualizado pelo enfermeiro de anestesia. Assim, como anteriormente, elaborei um plano de intervenção em função das necessidades identificadas da PSP, fiz uso de estratégias de comunicação adequadas para assegurar a continuidade de cuidados e documentação precisa, e tentei adequar estratégias facilitadoras da comunicação como contribuição para o aumento da segurança nos procedimentos cirúrgicos e otimização da complementaridade das intervenções dos profissionais da equipa em benefício da PSP. Para concretização destas ações específicas que asseguram as competências do EEEMCPSP, apliquei a metodologia ISBAR e procedi ao registo do plano de cuidados com apoio no sistema informático existente no CPC.

Elaborar um plano de cuidados para a pessoa submetida a ATJ, baseado nas necessidades encontradas e prevendo a continuidade de cuidados, foi uma atividade que

pretendeu vir de encontro a essas competências. No BOC, esta intervenção assumiu especial relevância pois o plano de cuidados, invariavelmente realizado na prática, nem sempre é traduzido em registos efetivos, o que vem dificultar a adequada avaliação e valorização dos cuidados de enfermagem prestados. A elaboração do plano de cuidados, congruente com as competências do EEEMCPSP, assumiu aqui um papel preponderante, contribuindo para evidenciar a premência do mesmo, ressaltando o seu papel na continuidade de cuidados, na melhoria da qualidade e na manutenção da segurança da prestação de cuidados perioperatórios.

A falta de interoperabilidade entre sistemas, que permita o acesso e a continuidade do plano delineado, pelos diferentes serviços, constitui, na minha opinião, um sério *handicap* à relevância dada pelos enfermeiros deste BOC ao plano de cuidados e registos de enfermagem no geral. Por ter sido identificada esta dificuldade, encontram-se em desenvolvimento no CPC intervenções do âmbito dos Sistemas de Informação em Enfermagem (por exemplo: formação em serviço sobre os Sistemas de Informação em Enfermagem e auditorias aos registos de enfermagem), que pretendem formar e motivar a equipa para o registo efetivo do planeamento de cuidados de enfermagem desenvolvido, enaltecendo a sua importância para a visibilidade do trabalho realizado.

Em suma, o cuidado à PSP como enfermeiro circulante começou pela gestão do material necessário para realização da cirurgia, passando pela gestão e otimização do ambiente na sala operatória, agindo como agente facilitador do trabalho das equipas cirúrgica e anestésica, maximizando a segurança tanto das equipas, como da PSP. Além de colaborar com o enfermeiro de anestesia, responsabilizei-me pela otimização e gestão do ambiente dentro da sala operatória, antes, durante e após a cirurgia, bem como pela preparação, verificação e contagem dos materiais e equipamentos essenciais à realização da mesma.

Como enfermeira circulante, agi como o principal mediador de toda a logística de recursos necessários, dos implantes, à requisição de apoios técnicos, assegurando a realização de registos de enfermagem e elaboração do plano de cuidados de enfermagem. Assumi a posição de um elemento com a capacidade de influenciar diretamente o funcionamento da sala operatória, seja pela antecipação de necessidades iminentes, seja pela promoção de um ambiente apaziguador de stress e facilitador da comunicação.

O enfermeiro circulante é o elo que garante a qualidade dos cuidados de enfermagem, da segurança do doente, da manutenção do ambiente cirúrgico seguro, e da assepsia no campo operatório. Atua como líder da equipa na sala operatória, coordenando todas as atividades de enfermagem, garantindo a qualidade dos cuidados durante o período perioperatório (AESOP, 2006).

Posto isto entende-se que, como enfermeiro circulante, foi possível atender a: preparação do ambiente da sala operatória para fomentar a segurança e eficiência dos cuidados; colaboração na organização do processo cirúrgico com vista à otimização da experiência da pessoa; manutenção dos princípios de assepsia e do controlo da contaminação, de acordo com as evidências científicas; realização de cuidados à pele antes da intervenção cirúrgica, considerando as particularidades de cada situação; manutenção da qualidade e higienização ambiental, com cumprimento dos princípios inerentes; implementação de medidas de contenção, prevenção da transmissão e descontaminação, perante a pessoa com infeção documentada; cumprimento dos processos e a confirmação da esterilização dos dispositivos médicos; colaboração na manutenção da técnica assética cirúrgica e redução do tempo cirúrgico; promoção de procedimentos para manutenção da normotermia da pessoa no período perioperatório; assegurar que os dispositivos médicos estão disponíveis, íntegros e funcionais e são utilizados de acordo com as instruções do fabricante; gestão do risco associado à retenção inadvertida de itens quantificáveis no local cirúrgico, indo de encontro ao referenciado pelo Regulamento nº 429/2018.

O enfermeiro circulante coordena o conjunto das atividades dentro da sala e zela para que o procedimento cirúrgico decorra nas melhores condições de segurança para o doente e equipa. Ser enfermeiro circulante não é uma prática meramente rotineira, mas implica desenvolver um conjunto de procedimentos, fruto de um pensamento crítico e reflexivo permanente, em busca de uma melhoria contínua dos cuidados realizados ao doente cirúrgico (AESOP, 2006).

O Enfermeiro Instrumentista

Seguidamente abordar-se-á o desenvolvimento e consolidação de competências como EEMCPSP na área de intervenção da instrumentação.

O enfermeiro instrumentista é porventura o enfermeiro que menos contacto tem com o doente consciente. Não obstante, a sua intervenção é fulcral na garantia da segurança da PSP, visto que desenvolve a sua atividade como elemento da equipa cirúrgica, que prestará cuidados ao doente durante um determinado procedimento cirúrgico.

De todas as áreas de intervenção no âmbito da EP, será aquela encarada possivelmente como mais tecnicista. No entanto, *Cuidar* está na base de toda a intervenção de enfermagem, mesmo daquelas que aparentemente se situam mais na esfera do “saber fazer” e da operacionalização (AESOP, 2006). Tal como os enfermeiros de outras áreas, também o instrumentista assume responsabilidade, individual e em equipa, pelos cuidados prestados à PSP, em parceria com os outros profissionais (EORNA, 2023). Instrumenta de forma segura e eficaz, ao lado dos cirurgiões, zelando pela diminuição do risco de infeção, de hemorragia, de retenção de corpos estranhos, acumulando ainda a preocupação de minimizar a agressão cirúrgica (AESOP, 2013).

Durante os estágios, também a intervenção como enfermeiro instrumentista se iniciou pela consulta do programa cirúrgico e do processo clínico da PSP, antecipando assim necessidades da equipa cirúrgica e da pessoa. Em parceria com o enfermeiro circulante, conferia-se a disponibilidade dos materiais, dispositivos médicos e equipamentos inerentes à realização do procedimento cirúrgico e discutiam-se e providenciavam-se alternativas para a eventualidade de alguma intercorrência.

Como enfermeiro instrumentista procurou-se sempre que possível estabelecer um contacto empático com a PSP, com o intuito de ajudar na gestão da ansiedade, e realizar a colheita de informações pertinentes para a instrumentação, tais como a lateralidade da intervenção, características do membro/zona operada, patologias pré-existentes e cirurgias antecedentes, que pudessem influenciar na abordagem cirúrgica presente. Desta forma foi possível otimizar o posicionamento da equipa, mesa de instrumentação e equipamentos para o sucesso do procedimento.

Da preparação do enfermeiro instrumentista para a intervenção cirúrgica fizeram parte algumas intervenções *major* como: a preparação pré-cirúrgica das mãos, com água e sabão antimicrobiano ou com solução antisséptica de base alcoólica, segundo as diretrizes da DGS (2019), com o objetivo de reduzir a flora residente significativamente e eliminar a flora transitória (Nunes & Rodrigues, 2019); e a paramentação cirúrgica, com o objetivo

de criar uma barreira contra a invasão de microrganismos no local cirúrgico e para proteção dos profissionais de saúde perante a exposição a sangue, fluídos ou tecidos orgânicos (Duarte & Leite, 2013). O enfermeiro instrumentista segundo a AESOP (2006), tem como função prevenir, reduzir e eliminar o risco de infeção operatória e cumprir e fazer cumprir os protocolos estabelecidos no âmbito da técnica assética cirúrgica.

Da paramentação cirúrgica faz parte, além da disposição da bata cirúrgica em colaboração com o enfermeiro circulante, a colocação de luvas estéreis, sendo várias as técnicas para a sua colocação. Durante o estágio de opção optou-se por treinar o método fechado de calçar as luvas estéreis. Segundo vários autores o uso do método fechado para calçar as luvas diminui o risco de contaminação (Association of Surgical Technologists, 2014; Newman & Bullock, 2008; Pacific Community, 2022). Este método fechado de calçar luvas constitui uma melhor prática para evitar a contaminação, uma vez que os dedos, mãos e punhos não ficam expostos (Association of Surgical Technologists, 2014).

Depois de assegurada a correta colocação do equipamento de proteção individual e a paramentação da restante equipa cirúrgica, prosseguiu-se para a recolha e organização dos instrumentos e consumíveis na mesa operatória, procedendo à disposição da mesa cirúrgica, obedecendo aos princípios de organização, manutenção da assepsia, segurança e conservação dos instrumentos, verificando sempre previamente a sua funcionalidade. O instrumentista deve, conforme referem Moss et al. (2020), verificar a funcionalidade dos instrumentos cirúrgicos de forma a não afetar a eficiência do procedimento, os resultados do doente e a satisfação do cirurgião. Para tal, foi uma mais valia a formação prévia existente advinda de uma pós-graduação em enfermagem de instrumentação e a experiência em instrumentação cirúrgica.

Seguiu-se, em colaboração com a restante equipa cirúrgica, a colocação dos campos cirúrgicos para criação de uma área/campo estéril para a incisão cirúrgica. Durante a intervenção, foi minha responsabilidade como enfermeiro instrumentista zelar pela manutenção desta área estéril, bem como pela limpeza e funcionalidade dos instrumentos cirúrgicos, equipamentos, e descarte de cortoperfurantes e de elementos contaminados como compressas e dispositivos já utilizados.

Uma outra intervenção *major* da área do enfermeiro instrumentista consistiu na contagem de instrumentos, compressas, batufos e cortoperfurantes, conforme recomendação da DGS (2009), em conjunto com o enfermeiro circulante. Na senda para

uma cultura de segurança, uma das áreas onde se colocam cada vez mais desafios aos profissionais de saúde perioperatórios é exatamente na área da segurança da pessoa. Segundo a DGS (2017a) esta entende-se como a redução ao mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário à pessoa recetora de cuidados de saúde.

A contagem cirúrgica consiste num procedimento que objetiva contabilizar o material utilizado no campo cirúrgico, afigurando-se como uma estratégia de segurança fundamental, pois contribui para que compressas, instrumentos cirúrgicos e cortoperfurantes não sejam esquecidos dentro da PSP durante o procedimento cirúrgico (Midões, 2023).

Para além dos cuidados associados à segurança do doente e dos profissionais e minimização do risco de infeção, o enfermeiro instrumentista deve ser conhecedor das técnicas cirúrgicas e instrumentais específicas de cada cirurgia, para que, conforme recomenda a AESOP (2006), forneça corretamente os instrumentos cirúrgicos, conheça os tempos operatórios e se antecipe, sempre que possível, às necessidades do cirurgião, mantendo o sentido de oportunidade.

Por outro lado, nas diferentes especialidades cirúrgicas e, em particular na especialidade de Ortopedia, nomeadamente para a realização de ATJ, existem diversas técnicas cirúrgicas e múltiplos dispositivos médicos, de diferentes fabricantes, que almejam corresponder à necessidade da intervenção cirúrgica. Isto implicou um estudo diário das técnicas e instrumentais cirúrgicos previstos para as cirurgias programadas, mas considero que a oportunidade de instrumentar com diferentes tipologias de instrumental específico demonstrou ser enriquecedora para a consolidação de competências do EEEMCPSP e de instrumentação em particular. A utilização dos diversos instrumentais possibilitou ainda a compreensão de que existem princípios universais que estão sempre presentes, possibilitando respostas mais eficientes e eficazes em situação de imprevisibilidade, evocando e transpondo conhecimentos de experiências passadas para a resolução de novos problemas (Silva, 2016).

A constante formação foi sem dúvida uma ferramenta essencial para o desenvolvimento de competências como EEEMCPSP. A prática clínica durante os estágios, bem como a prática diária, contribuíram para salientar o impacto que uma constante atualização de conhecimentos tem no dia-a-dia. Colocou-se a necessidade de rever e aprofundar conhecimentos no âmbito da anatomia e farmacologia, de procurar

bibliografia sobre novos procedimentos, novas *guidelines*, nova tecnologia e um efervescer de constantes informações que é necessário interiorizar para manter um patamar de elevada qualidade na prestação de cuidados.

Uma outra competência desenvolvida surge ao nível da comunicação e gestão. Enquanto enfermeiro instrumentista estabeleci uma comunicação eficaz com a restante equipa cirúrgica, desde o diálogo verbal e não-verbal com o enfermeiro circulante, à comunicação com os cirurgiões para identificação de necessidades, à articulação com a equipa de enfermeiro de anestesia e anestesista, seja na adequação de valores tensionais, no relaxamento muscular, ou mesmo otimização do posicionamento da PSP.

Posto isto entende-se que, como enfermeiro instrumentista em estágio, foi possível atender a intervenções como: preparação pré-cirúrgica das mãos e utilização de barreiras protetoras, de acordo com os princípios vigentes; implementação de medidas de contenção, prevenção da transmissão e descontaminação, perante a pessoa com infeção documentada; cumprimento dos processos e a confirmação da esterilização dos dispositivos médicos; colaboração na manutenção da técnica assética cirúrgica, minimização do traumatismo tecidual e redução do tempo cirúrgico; assegurar que os dispositivos médicos estavam disponíveis, íntegros e funcionais e eram utilizados de acordo com as instruções do fabricante; gestão do risco associado à retenção inadvertida de itens quantificáveis no local cirúrgico, contribuindo para o desenvolvimento de competências de acordo com o Regulamento nº 429/2018.

O Enfermeiro da UCPA

A última fase do percurso intraoperatório da PSP, consistiu na prestação de cuidados pós-anestésicos na UCPA.

No decorrer dos diferentes estágios, após o procedimento anestésico/cirúrgico o doente foi transferido para este tipo de unidade, onde recebeu cuidados pós anestésicos e pós-cirúrgicos, tratando-se este de um momento distinto, mas não menos crítico do perioperatório, em que na PSP se conjugaram os riscos associados tanto aos processos anestésicos como à intervenção cirúrgica, precursores declarados de uma grande agressão ao organismo, que exigem um cuidado especial por parte do Enfermeiro Especialista.

A UCPA do BOC e o recobro da UCA, onde desenvolvi os meus estágios, são unidades com intensa atividade e imprimem uma sensação de pressão constante sobre o

enfermeiro perioperatório, devido ao elevado número de doentes que aí permanece por curtos períodos, mas também pelo alto padrão de qualidade de cuidados que se prestam. Os enfermeiros que aqui desempenham funções devem responder de forma eficiente em todas as circunstâncias, particularmente, em situação de emergência.

Durante o estágio no BOC, a atuar como enfermeira da UCPA, os turnos da manhã iniciaram-se com a verificação da funcionalidade dos equipamentos, nomeadamente dos carros de emergência e desfibriladores existentes no serviço, da disponibilidade de material e dispositivos impreteríveis ao funcionamento de cada uma das 10 unidades funcionais da UCPA e preenchimento das *checklist* de segurança inerentes, existentes neste serviço. Desta forma, procurei garantir a disponibilidade de todos os recursos para receber a pessoa intervencionada, assegurando uma prestação de cuidados atempada, nomeadamente em potenciais situações de emergência.

Seguidamente, após consulta dos programas cirúrgicos de cada sala operatória, iniciava-se a receção da PSP intervencionada e os cuidados de enfermagem prestados no pós-operatório imediato demonstraram ser primordiais para a prevenção de ocorrência de eventos adversos.

O facto de a UCPA se encontrar estruturalmente inserida no BOC, permite ao enfermeiro inteirar-se de estado de saúde da PSP ainda antes do término da cirurgia, articulando-se quer com o colega de anestesia ou de circulação, quer com o anestesista, para adaptar cada unidade funcional às necessidades da pessoa. Por exemplo, na UCPA onde se realizou o estágio de opção, cada unidade funcional é composta, entre outros equipamentos, por um monitor cardíaco, mas nem todos possibilitam a monitorização invasiva da Pressão Arterial, que ademais, nem todas as PSP necessitam. Assim, com identificação atempada das PSP que dela pudessem necessitar, conseguiu-se uma gestão adequada da ocupação das unidades e dos módulos de monitorização de Pressão Arterial, e foi possível manter a avaliação deste parâmetro desde o momento em que a pessoa chega à sua unidade, sem interrupções.

Após admissão na UCPA, procedi à monitorização dos parâmetros vitais e vigilâncias inerentes ao procedimento anestésico/cirúrgico, assegurando a estabilidade das funções respiratória, cardiovascular, neurológica e neuromuscular, conforme recomendação da Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland (as cited in Bernardino et al., 2017). Neste momento realizei uma avaliação inicial da PSP incluindo

a monitorização de parâmetros como respiração, frequência cardíaca, tensão arterial, função neuromuscular, estado neurológico, temperatura, dor, presença de náuseas e vômitos, fluídos administrados, débito urinário ou capacidade de micção, perdas através de drenos e despiste de hemorragias ativas, seguindo as referências de Bernardino et al. (2017). A comunicação com o doente nesta fase também é especialmente importante para promover a orientação espaço temporal e diminuir a ansiedade inerente à cirurgia, bem como na gestão da dor.

No caso do estágio realizado na UCA, procedeu-se à avaliação hemodinâmica da pessoa, identificando alterações resultantes do procedimento anestésico/cirúrgico, mediante avaliação do estado de consciência, nível de conforto e nível de dor, utilizando as escalas existentes para o efeito, assegurando que o tempo de permanência no recobro era o necessário ao restabelecimento das funções vitais, de acordo com o tipo de cirurgia e de anestesia realizadas.

Na preparação para a alta, conforme preconizado pela AESOP (2012) assegurou-se a estabilidade hemodinâmica da pessoa, a ausência de náuseas e/ou vômitos, dor e hemorragia, a capacidade para ingestão de líquidos, deambular e vestir-se. A alta foi dada quando reunidas as condições descritas anteriormente, e na presença da família/pessoa significativa foi validada a informação sobre possíveis complicações, cuidados a ter no pós-operatório em domicílio e atitudes a tomar, sendo fornecida a carta de alta de enfermagem e instruções escritas sobre prescrição de fármacos e cuidados a ter.

Este procedimento foi também suportado por McEwen (2008) que refere que se tudo estiver normalizado, a pessoa poderá ter alta sendo efetuado o ensino sobre os cuidados a ter no domicílio e as intervenções do enfermeiro perioperatório incidirão sobre o reforço do ensino, revisão das instruções sobre os cuidados a ter após a alta e fornecimento de informação por escrito, possibilitando simultaneamente avaliar a perceção da pessoa e família/pessoa significativa.

Não está estabelecido um tempo de internamento mínimo de permanência na UCPA com efeitos positivos na segurança da pessoa ou no seu nível de satisfação (Bernardino et al., 2017). Segundo a Sociedade Americana de Anestesiologia (as cited in Lages et al., 2006), a PSP deve permanecer na UCPA até que os riscos de depressão do sistema nervoso central ou cardiovascular sejam ultrapassados.

Assim, a permanência da pessoa na UCPA, no BOC ou na UCA, manteve-se até ser observada a reversão anestésica, acompanhada de estabilização dos parâmetros vitais, processando-se então a sua transferência para o internamento ou para a unidade respetiva.

Para ajudar na avaliação da recuperação pós-anestésica da PSP, para além das vigilâncias e monitorizações descritas, foi aplicada a Escala de Aldrete no momento de admissão da pessoa e no momento da alta. Adotada pelo CH onde decorreram os estágios, esta escala monitoriza atividade muscular, respiração, saturação de oxigénio, circulação/pressão arterial sistémica, estado de consciência e perfusão tecidular, visando estabelecer critérios para a alta da pessoa, através de uma informação objetiva sobre a da condição física da pessoa, comparando o seu nível entre a chegada à unidade e o momento da sua transferência (AESOP, 2006; WeMEDS, 2024).

No entanto, esta escala, também chamada de escala de Aldrete e Kroulik não está adaptada para aplicação em menores de 18 anos, pelo que não foi utilizada nestas situações. Além disso, não leva em consideração fatores como a temperatura corporal (WeMEDS, 2024).

Um importante foco de atenção do enfermeiro no perioperatório, e do enfermeiro da UCPA em particular, é a hipotermia, ou por outras palavras a manutenção da normotermia como meio de prevenção da Hipotermia Perioperatória Inadvertida (HPI).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (2017), a HPI constitui uma complicação frequente, associada a piores resultados, mas passível de ser prevenida.

A associação entre a HPI e o aumento da morbimortalidade da PSP é evidente segundo Sappenfielad et al. (2013). A inibição da termorregulação associada ao procedimento anestésico, a redução do metabolismo basal, as condicionantes associadas ao procedimento cirúrgico e a exposição da pessoa às baixas temperaturas do bloco operatório, aporta um papel premente no desenvolvimento da HPI (Biazzotto et al., 2006, as cited in Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, 2017).

Os processos fisiopatológicos relacionados com a hipotermia são precursores de complicações como: o aumento da incidência de infeção da ferida cirúrgica, quer pelo efeito na resposta imunitária, quer pela redução da perfusão tecidular; eventos cardíacos (taquicardia, hipertensão arterial, consumo aumentado de oxigénio, predisposição para intercorrências isquémicas); alterações da coagulação e endocrino-metabólicas;

shivering; alterações no metabolismo dos fármacos; e prolongamento da duração de ação dos bloqueadores neuromusculares (Hart et al., 2011; Sessler, 2014).

A pessoa incorre numa tendência aumentada para instabilidade hemodinâmica, condicionando uma recuperação anestésica prolongada e um impacto desconhecido na função cognitiva, afetando também os resultados não clínicos como o prolongamento da hospitalização, a maior utilização de cuidados diferenciados hospitalares, o aumento dos custos e diminuição da satisfação da pessoa (Hart et al., 2011).

Consciente desta problemática, e tendo em mente as recomendações da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (2017), no decorrer do estágio no BOC, para além da monitorização da temperatura corporal nos diferentes momentos do perioperatório, foi realizado o pré-aquecimento e aquecimento da pessoa com recurso a medidas de aquecimento passivo (se normotérmica) e ativo (se hipotérmica), e também o aquecimento de fluídos de infusão e irrigação. O presente local de estágio possui edredons para aquecimento passivo e equipamentos de aquecimento com ar quente para aquecimento ativo, bem como dispositivos para aquecimento de fluídos.

Na UCPA os registos de enfermagem e o plano de cuidados demonstram mais uma vez a sua pertinência. Sendo locais de “passagem” para outras unidades do hospital, assegurar a continuidade de cuidados e a retenção de informação são ainda mais importantes e merecedores da atenção do EEEMCPSP. Assim, destacou-se uma vez mais a utilização da metodologia ISBAR na transmissão de informação. A DGS (2017a) concorda que, em particular nas transições de cuidados de saúde através da via oral de transmissão da informação entre os profissionais, esta deve realizar-se com recurso à informação escrita utilizando a técnica ISBAR como modelo de apoio na transição de cuidados de doentes.

No próximo capítulo, proceder-se-á a uma reflexão sobre o percurso de desenvolvimento das competências de Mestre em Enfermagem.

4. O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM: UM CONTRIBUTO PARA A MELHORIA CONTÍNUA DOS CUIDADOS

O Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à PSP tem por objetivo o desenvolvimento das competências comuns dos Enfermeiros Especialistas, das competências específicas do EEEMCPSP e das competências de Mestre.

No meu caso em particular, o presente percurso académico tinha como principal propósito a consolidação e fortalecimento das competências comuns e de EEEMCPSP e o desenvolvimento das competências de Mestre e obtenção do respetivo grau académico. As componentes, tanto teórica como prática deste curso de mestrado, constituíram-se como momentos de experiência, aprendizagem e oportunidade, para o desenvolvimento das mesmas. À data de ingresso neste caminho formativo, fazia já parte do meu percurso académico o curso Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, finalizado em 2018, em modelo de ensino prévio à implementação do regulamento nº 429/2018.

Simultaneamente, no âmbito profissional, incorporava já também a certificação de competências de EEEMCPSP, atribuída pela OE, no ano de 2020. Como base desta conquista encontra-se o percurso formativo que inclui o Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, um Curso de Pós-Graduação em Enfermagem de Anestesia e um Curso de Pós-Graduação em Enfermagem de Instrumentação, bem como, um percurso profissional como enfermeira, de 15 anos num serviço cirúrgico de internamento de Ortopedia e de 6 anos em BOC.

A este percurso, acresce também a formação em Supervisão Clínica em Enfermagem e a certificação das competências acrescidas, diferenciada e avançada, em Supervisão Clínica em Enfermagem pela OE. De facto, a Supervisão Clínica de Enfermeiros, enquanto estudantes dos Cursos Pós-Licenciatura de Especialização e de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à PSP, tem sido uma área de intervenção profissional e de interesse pessoal, alvo de um grande investimento.

Assim, pareceu pertinente a procura pelo desenvolvimento das competências de Mestre, pela escalada de competências a nível profissional, mas também pela compreensão daquilo que é exigido aos estudantes nesta modalidade formativa, no sentido de lhes proporcionar um melhor acompanhamento e orientação no seu caminho para a aquisição de competências como Enfermeiros Especialistas e Mestres em Enfermagem.

Uma das temáticas na qual tenho depositado grande interesse e intervenção profissional, tem sido na qualidade dos cuidados de enfermagem e no primor pela sua melhoria contínua. Neste contexto, para além da prestação diária de cuidados de enfermagem de qualidade, no meu contexto profissional assumo o papel de enfermeira dinamizadora dos PQCEE, englobado na Dimensão 2 – Sistema de Melhoria Contínua da Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros – do regulamento nº 558/2017 para a IF CPC.

O enfermeiro dinamizador do processo de acreditação, é um enfermeiro que se torna uma referência para os pares no âmbito do processo de candidatura à IF CPC e no que se refere à dimensão para a qual foi nomeado. A este profissional é exigida a frequência de uma formação ministrada pela OE sobre as temáticas relacionadas com o procedimento de acreditação no âmbito dos PQCE/PQCEE e sobre a estruturação de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (Regulamento 558/2017), sendo que esta foi realizada previamente a este curso de mestrado. Esta formação aportou uma melhor compreensão das exigências colocadas aos CPC associadas ao processo de IF CPC, uma melhor preparação para a edificação de projetos de melhoria contínua e maior conhecimento sobre a documentação exigida em ambos os casos.

A melhoria contínua da qualidade, juntamente com a responsabilidade profissional, ética e legal, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, constituem os domínios de competência comuns a todos os EE (Regulamento n.º 140/2019), e durante os estágios desenvolvidos a minha intervenção focou-se também na sua consolidação.

O principal norteador dos estágios realizados foi o desenvolvimento das competências de Mestre, referenciadas no Decreto-Lei nº 65/2018, de 16 de agosto, que aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Considerou-se

primordial estruturar um projeto de autoformação/intervenção com atividades no âmbito dos projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, visto ser este um dos requisitos do regulamento nº558/2017, e os locais de estágio serem serviços que se encontram em fase de candidatura à IFCPC, com vários projetos nesta área.

Hoje em dia encontramos-nos perante uma nova conceção de qualidade, visando cada vez mais, a satisfação das necessidades da pessoa e até procurar antecipar-se às mesmas e transcender as suas expectativas (Pereira, 2007). Devido à complexidade crescente dos cuidados de saúde, ao expandir da esperança média de vida e ao aumento da expectativa dos cidadãos, os sistemas de saúde a nível mundial têm vindo a deparar-se com uma crescente necessidade de prestar cuidados de saúde seguros e de qualidade (Ribeiro et al., 2017).

Em Portugal, a qualidade dos cuidados de saúde é uma das prioridades do Ministério da Saúde, estando explanada na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde aprovada pelo Despacho nº 5613/2015 de 27 de maio de 2015.

A qualidade surge como a “prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão” (Saturno et al., as cited in DGS, 2015, p.16), implicando a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível, salvaguardando a segurança dos profissionais e dos utentes, bem como a garantia do aumento da qualidade dos seus serviços (DGS, 2015).

Com o desenvolvimento social por parte de diferentes países e as novas visões do mundo, a sociedade torna-se cada vez mais exigente no que se refere à qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, existindo assim, uma maior consciencialização entre os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, de que a qualidade é cada vez mais um elemento essencial e implícito na prestação de cuidados (Vaz, 2017).

O reconhecimento destas questões tem-se mostrado um fator importante para os hospitais e, por isso, assistimos em número crescente à adesão a processos de acreditação, com base na adoção de modelos de qualidade reconhecidos internacionalmente (Vaz, 2017). A promoção da qualidade na área da saúde assenta fundamentalmente no contexto da prestação de cuidados, no utente e no profissional prestador de cuidados, nomeadamente o enfermeiro. Este último constitui a dimensão que maior questionamento

tem gerado, pelo seu papel decisivo na implementação e ascensão de todo este processo de qualidade.

Segundo a DGS (2015), a qualidade em saúde é um processo que tem como objetivo responder às necessidades e expectativas do cliente, devendo a sua promoção ser baseada em atividades de monitorização e avaliação contínuas. A DGS (2015), tem vindo a demonstrar uma preocupação com a qualidade dos serviços de saúde, apontando como determinantes para a qualidade em saúde, o estabelecimento de padrões de qualidade, a definição e monitorização de indicadores e as avaliações internas e externas que possibilitem posteriores comparações. Por este motivo, considera que é necessário que o controlo da qualidade esteja alicerçado em *indicadores*, que possam traduzir as informações relevantes para a identificação de lacunas no estado de saúde, fornecendo, ainda, dados fulcrais para a construção de conhecimento e para a melhoria na gestão do sistema de saúde.

A qualidade e a segurança no sistema de saúde são uma obrigação ética pois contribuem de forma decisiva para a redução de riscos evitáveis, melhoria do acesso aos cuidados de saúde, da equidade e do respeito com que esses mesmos cuidados de saúde são prestados. Os cidadãos de todo o mundo, hoje em dia mais informados, são também cada vez mais exigentes no que diz respeito à obtenção de esclarecimento e transparência relativamente aos benefícios e riscos dos procedimentos terapêuticos e diagnósticos que lhe são apresentados e sobre os serviços de saúde cuja qualidade se encontra reconhecida. Por outras palavras, os utilizadores de serviços clínicos tornam-se mais exigentes, para com os prestadores de cuidados de saúde, na garantia da qualidade e da segurança (Despacho nº 5613/2015).

Pretende-se assim reforçar a equidade, garantindo que o acesso aos cuidados de saúde se realiza em condições adequadas às necessidades, desafiando os serviços prestadores de cuidados a incorporarem um quadro de melhoria contínua da qualidade e da segurança. O intuito é criar condições para o reconhecimento da qualidade dos serviços do SNS com vista à sua acreditação. Esta tem como objetivo último o reconhecimento público da qualidade atingida pelos serviços e unidades prestadoras de cuidados do Serviço Nacional de Saúde (Despacho nº 5613/2015).

Neste seguimento, começa a destacar-se o papel dos enfermeiros como prestadores de cuidados diretos e como elos de ligação entre as populações e os serviços

do Serviço Nacional de Saúde a quem, numa procura permanente pela excelência no exercício profissional, é exigida uma atuação congruente com os PQCE (Ribeiro et al., 2017).

Segundo a OE (2012), a qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional que exige reflexão sobre a prática. Os intervenientes são todos os profissionais de saúde e todos os recetores dos cuidados de saúde. O maior desafio passa por desenvolver estratégias e projetos que promovam a melhoria dos cuidados de saúde. É importante que esses projetos sejam incorporados no dia-a-dia da instituição de modo a que façam parte da prática diária de cuidados.

Efetivamente, num contexto em que temas como a qualidade em saúde vigoram, incita-se a excelência no exercício profissional dos enfermeiros que incorpora, necessariamente, uma prestação de cuidados de enfermagem congruente com o regulamentado do seu exercício profissional (Ribeiro et al., 2017).

De acordo com a OE (2012), a enfermagem tem uma representatividade fundamental na qualidade em saúde e, por isso encarou como um desafio a definição de padrões, que permitam avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem, bem como a sua implementação e consolidação em programas de qualidade integrados na prática. Neste seguimento, considera a qualidade em saúde como uma meta multiprofissional, na qual os enfermeiros assumem um papel fulcral, sendo indispensável a definição de standards de qualidade do seu exercício, surgindo daqui o Enquadramento Conceptual e os Enunciados Descritivos de Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

A melhoria da qualidade em saúde engloba todas as ações que visem melhorar os cuidados de saúde, pressupondo um processo de transformação sistemático, que deverá ser concebido tendo em conta as necessidades e oportunidades dos vários serviços/instituições, de modo a permitir-lhes desenvolverem-se e dar resposta às exigências de mudança que o meio envolvente determina (Despacho nº 9390/2021; OE, 2012).

Paralelamente a uma cultura de qualidade de cuidados é fundamental conceber uma cultura de segurança dos mesmos: a prestação de cuidados seguros aos utentes e famílias, com qualidade e eficientes, deve ser uma preocupação dos profissionais e das organizações de saúde, considerando a competência daqueles e um ambiente de trabalho que fomente a excelência do desempenho (Despacho nº 9390; OE, 2010).

Com base numa ação multiprofissional, o enfermeiro assume um papel de relevo na aplicação de padrões de qualidade definidos para os cuidados de enfermagem em Portugal, sendo que, nem a qualidade em saúde advém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional destes pode ser negligenciado, nos esforços encetados em busca da qualidade em saúde (OE, 2012). Neste sentido, uma das competências comuns do Enfermeiro Especialista prende-se exatamente com o domínio da melhoria contínua da qualidade, concebendo, gerindo e colaborando em programas de melhoria (Regulamento nº140/2019).

Segundo o PNS-Revisão e extensão a 2020, qualidade em saúde é um processo que tem como objetivo responder às necessidades e expectativas do cliente, devendo a sua promoção ser baseada em atividades de monitorização e avaliação contínuas (DGS, 2015).

Há indiscutivelmente a necessidade de, a partir dos dados disponíveis, produzir indicadores capazes de permitir a transformação da informação, para uma melhoria global do desempenho dos serviços de saúde. Na opinião de Bittar (2001), a informação é imprescindível, principalmente quando transformada em indicadores dedicados a estabelecer metas a serem alcançadas para garantir o bem-estar da população.

A definição de PQCEE na área da Enfermagem à PSP é essencial para a promoção da melhoria contínua dos cuidados. Os enunciados descritivos dos PQCEE à PSP estabelecem o padrão de excelência do exercício profissional, orientam a reflexão profissional e a tomada de decisão em EP e servem como referencial na definição de indicadores que permitam identificar o contributo para ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem perioperatórios (OE, 2017).

São sete os enunciados descritivos dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem à PSP: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados de enfermagem e a segurança da pessoa. Estes enunciados vêm orientar a ação do EEEMCPSP considerando sempre a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e enaltecendo a preservação da segurança do doente cirúrgico.

A prestação de cuidados de saúde de qualidade tem-se constituído como um importante objeto de investigação e intervenção nas organizações de saúde. No que diz respeito à Enfermagem, tem-se verificado o intuito de instituições de referência, como a

OE, em introduzir estratégias que reforcem e assegurem o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e a qualidade do exercício profissional.

Se por um lado, assistimos ao emergir dos PQCE, Generalistas e Especializados, nomeadamente através do seu Enquadramento Conceptual e definição dos Enunciados Descritivos, por outro ângulo surge a criação do Modelo de Desenvolvimento Profissional dos enfermeiros, operacionalizado em parte pela acreditação da IFCPC, processo que visa ser aplicado nas unidades de saúde com o propósito de assegurar um ambiente propício à formação e desenvolvimento pessoal e profissional de enfermeiros e estudantes de enfermagem.

Quando se fala em IFCPC apela-se às características que os contextos têm ou deverão ter, para que se possam prestar cuidados de enfermagem de qualidade e, desta forma, garantir o processo de socialização dos enfermeiros em contextos de prática adequados, numa cultura de prestação de cuidados com segurança e qualidade e de desenvolvimento profissional compatível com os referenciais da profissão (OE, 2010).

A acreditação surge como um meio de assegurar a qualidade e proteger o público, confirmando que as pessoas, os programas, as instituições ou os produtos cumprem normas previamente acordadas (International Council of Nurses, as cited in Borges, 2013), e é neste seguimento que surge o Regulamento da IFCPC, que estabelece os critérios a que os CPC devem obedecer para serem acreditados.

Esta acreditação dos CPC é essencial na produção de cuidados de enfermagem e de saúde de qualidade e tem uma importante influência em todo o processo de desenvolvimento profissional e certificação de competências. Cabe então às instituições de saúde adequar os seus recursos e criar condições de idoneidade formativa, para efeitos de reconhecimento e acreditação pela OE, entidade responsável pelo reconhecimento de competências e da IFCPC em Enfermagem, com base num referencial de acreditação, que engloba várias dimensões organizadas em diferentes critérios, monitorizados através de indicadores obrigatórios e/ou de excelência. A definição do referencial organizador do processo de acreditação, parte dos enunciados descritivos dos PQCE, sendo o guia orientador das diferentes dimensões a considerar (Regulamento n.º 167/2011).

Um dos projetos em desenvolvimento no BOC onde decorreu o meu estágio de opção, já aprovado pelo Conselho de Administração da instituição, no âmbito da

Dimensão 2 do processo de acreditação da IFCPC, consistia na implementação de um sistema de avaliação da satisfação da PSP, submetida a cirurgia convencional.

Sendo o processo de IFCPC tão importante dentro das instituições, na perspetiva do desenvolvimento profissional e pessoal dos profissionais, e a satisfação da pessoa constituir uma preocupação cada vez mais premente, afigurando-se como nada menos que um enunciado dos PQCE/PQCEE, considerei que estava perante duas premissas que justificavam a relevância de encetar estratégias no sentido de intervir e desenvolver atividades no âmbito deste projeto. Contribuir para a avaliação da satisfação da pessoa, constitui uma intervenção predecessora da garantia de qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, atuando também como precursora da criação de indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em contexto perioperatório.

Mais uma vez, o EEEMCPSP assume-se como a personagem ideal nesta esfera, pois é aquele que demonstra competências especializadas no cuidado à PSP, garantindo condições de segurança congruentes com a consciência cirúrgica, visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Como descrito pela OE (2017), o EEEMCPSP, na procura permanente pela excelência no exercício profissional, persegue os mais alterosos níveis de satisfação da PSP e sua família/pessoa significativa, sendo um dos elementos fulcrais a existência de um procedimento de avaliação da satisfação da pessoa.

As competências no domínio da melhoria da qualidade dizem respeito ao desempenho de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área de gestão clínica; em conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade e em criar e manter um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento nº140/2019).

Seguindo esta linha de pensamento, e não olvidando o foco no cuidado à PSP submetida a ATJ, um dos objetivos do estágio de opção consistiu em contribuir para a implementação de um procedimento de avaliação da satisfação da PSP submetida a ATJ.

Para tal, atuei no sentido de fomentar o envolvimento da equipa de Enfermeiros Especialistas no projeto dos PQCEE, e de intervir no planeamento e implementação da formação da equipa interdisciplinar. Para a concretização deste objetivo a minha intervenção integrou atividades como: colaboração e intervenção na realização de sessões de formação à equipa de enfermagem sobre os PQCE/PQCEE, colaboração e intervenção na apresentação à equipa de Enfermeiros Especialistas do projeto PQCEE em

desenvolvimento no BOC, realização de pesquisa bibliográfica para fundamentação do questionário de avaliação da satisfação e estruturação do respetivo questionário.

Tendo sido aprovado o projeto, encontrava-se já diagnosticada uma necessidade e fundamentada a pertinência da existência de um procedimento de avaliação da satisfação da PSP.

Assim, reforço que de forma a fomentar a motivação e formação da equipa de enfermagem, neste projeto, partilhei informação e conhecimentos, através da: realização de uma sessão de formação sobre os PQCE/PQCEE, dos quais fez parte a satisfação do cliente; realização de uma sessão de formação sobre o processo de acreditação da IFCPC e sobre o Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa; realização de uma sessão de apresentação do projeto de melhoria contínua, com vista a obter a colaboração da equipa na implementação do mesmo, e estruturação do questionário para avaliação da satisfação do cliente.

Os objetivos específicos destas sessões de formação passaram por: apresentar o plano de ação PQCEE do BOC no âmbito do processo de acreditação da IFCPC; expor o projeto de melhoria contínua da qualidade e cronograma inerente; fomentar o envolvimento da equipa no processo de obtenção da IFCPC; dar cumprimento aos objetivos do Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa; esclarecer os enfermeiros sobre os conceitos de qualidade em saúde, padrões de qualidade e indicadores de qualidade; dar a conhecer a evolução do projeto de melhoria contínua; envolver a equipa no projeto de melhoria contínua do serviço.

No seguimento destas ações de formação, os enfermeiros demonstraram conhecimento sobre o plano de ação PQCEE e manifestaram sentir-se mais informados sobre o processo de IFCPC, evidenciando curiosidade e interesse sobre os projetos de melhoria contínua do BOC e do CH no geral. De uma forma geral, evidenciaram a sua dedicação, individual e em grupo, no sentido de garantir a melhoria continua da sua prestação de cuidados de enfermagem.

Considero que, indo ao encontro das competências de Mestre (Decreto-Lei nº 65/2018), fui capaz de aplicar os meus conhecimentos e capacidade de compreensão, neste caso sobre o processo de IFCPC, sobre o Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa e sobre a realização de projetos de melhoria contínua, no sentido da resolução de problemas/necessidades identificadas, num contexto alargado e multidisciplinar. No

decorrer destas atividades, comuniquei conhecimentos, conclusões inerentes e raciocínios a elas subjacentes, a enfermeiros, Enfermeiros Especialistas e enfermeiros gestores, de uma forma clara e sem ambiguidades.

A implementação deste projeto, implicou também uma reflexão inerente sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais resultantes do mesmo ou que o condicionassem (Decreto-Lei nº 65/2018). A título de exemplo, a seleção de critérios de inclusão/exclusão salvaguardou a não aplicação do questionário a menores de 18 anos e a PSP com alteração do estado de consciência.

Paralelamente, optei por encetar diligências no sentido da estruturação do questionário de avaliação da satisfação da PSP submetida a ATJ. Iniciei uma pesquisa bibliográfica para fundamentação e enquadramento do questionário de avaliação da satisfação, mas tendo em conta o tempo limitado do estágio para concretizar a estruturação, validação e aplicação do mesmo, optei por pesquisar questionários já validados em estudos previamente realizados, que pudessem adaptar-se à necessidade do projeto. Desta pesquisa foram selecionados dois questionários, aparentemente pertinentes e aplicáveis à realidade do campo de estágio, tendo-se realizado o contacto com os autores dos estudos para fornecimento dos mesmos, para melhor avaliação da sua aplicabilidade. Não tendo obtido resposta a esta solicitação, foi contactada a Comissão de Qualidade e Segurança do CH e em parceria com a mesma foi delineado o questionário de avaliação da satisfação da PSP submetida a ATJ no BOC.

Estando esta fase concluída, seguia-se a aplicação do questionário à PSP submetida a ATJ. Por limitação temporal (término do estágio) não participei na seguinte etapa do projeto. No entanto, considero ter deixado no local de estágio um contributo pertinente no âmbito da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e do processo de IFCPC, proporcionando à equipa as condições para dar continuidade à fase seguinte do projeto com a aplicação do questionário.

Sendo um projeto de continuidade, não cessa no momento do término do estágio de opção. Assim, a expectativa é permitir que se continue a desenvolver o mesmo, e acredito ter contribuído de forma significativa para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, tendo sempre presente a premissa de que “a qualidade não pode ser nem imposta, nem decidida, sem conhecimento das pessoas, ela cultiva-se” (Hesbeen, 2001, p.110).

O envolvimento no projeto de melhoria contínua da qualidade permitiu-me liderar um grupo de pares, fomentando a sua motivação para participar no desenvolvimento das atividades a implementar. Este foi um trajeto precursor do autoconhecimento, da assertividade, sustentado por uma prática baseada em evidência científica, que me permitiu agir na promoção da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, recorrendo à investigação e a referenciais ético-deontológicos, conforme esperado do Mestre e consolidando as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista (Decreto-Lei nº 65/2018; Regulamento nº140/2019). Como referia Hesbeen (2001), a qualidade dos cuidados abarca o cuidar em todas as suas vertentes, sendo a melhoria da qualidade um processo longo que exige um empenho considerável por parte de todos os profissionais.

A intervenção neste projeto, bem como o desempenho como elo dinamizador dos PQCEE na prática diária, são demonstrativos da presença de um conhecimento e de um entendimento que se constituem como base para aplicações originais e desenvolvimentos em contextos de investigação, entre outros. Simultaneamente, acredito serem também afirmativos da capacidade para a comunicação de conclusões, conhecimentos e raciocínios a elas inerentes, a todos os enfermeiros, especialistas ou não, claramente e sem ambiguidades, indo de encontro ao explanado no regulamento nº65/2018, como competência do ME.

Pretende-se que a aplicação de um sistema de avaliação da satisfação da PSP venha otimizar a qualidade do cuidado prestado à PSP submetida a ATJ. A gestão da informação e da comunicação interpessoal através da criação de um ambiente de confiança facilitador da relação terapêutica; a capacitação para a autogestão e autodeterminação, coerentes com o projeto de saúde, e com a garantia pela vontade e autonomia individual, pela singularidade e pelo respeito; o empoderamento da PSP submetida a ATJ para a tomada de decisão referente ao consentimento informado para as intervenções cirúrgica e anestésica; a centralização dos cuidados na pessoa atendendo à sua vulnerabilidade perante a complexidade dos procedimentos no perioperatório e instrumentalização envolvente; a gestão das expectativas da PSP face aos resultados inerentes ao processo cirúrgico; e a produção de condições que permitam o acompanhamento da PSP pela família/pessoa significativa (OE, 2017), são elementos que

vieram a ser desenvolvidos ao longo dos diferentes estágios, que acredito se traduziriam na avaliação da satisfação da PSP.

Todo este percurso foi facilitador do desenvolvimento das competências de Mestre, particularmente da capacidade para lidar com questões complexas, integrando conhecimentos para elaborar resoluções ou respostas em situações de limitada disponibilidade de informação, refletindo sobre as responsabilidades e implicações sociais e éticas dessas mesmas resoluções ou respostas (Regulamento nº 65/2018).

Desta forma foi concretizada também a consolidação de competências comuns aos Enfermeiros Especialistas do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, através do desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal, na área de enfermagem à PSP, por uma ação regulada pelas normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, zelando por uma prática de cuidados respeitadora das responsabilidades profissionais e dos direitos humanos (Regulamento nº 140/2019).

Destaco que um dos objetivos do estágio de opção consistiu em desenvolver competências de comunicação com a equipa interdisciplinar na garantia da segurança cirúrgica, implementando estratégias metodológicas facilitadoras da comunicação e visando assegurar documentação precisa, promovendo a segurança, qualidade e continuidade dos cuidados. Neste domínio, destacou-se a aplicação da técnica ISBAR na transferência da PSP e a otimização dos registos na esfera do planeamento de cuidados de enfermagem, utilizando os recursos informáticos existentes, cuja fundamentação e mais-valias se encontram explanadas no capítulo anterior.

Articular com os membros da equipa interdisciplinar no planeamento e implementação dos cuidados baseados na melhor evidência científica, em benefício da pessoa e intervir no planeamento e implementação da formação e treino da equipa interdisciplinar, faziam também parte do escopo do estágio de opção. Para tal, foram alinhadas algumas atividades que pareceram adequadas atendendo à realidade que se vive atualmente no BOC, em que é pretensão dos elos dinamizadores PQCE/PQCEE, a criação de um Manual de Normas de Enfermagem para o serviço. A colaboração na elaboração de normas/instruções de trabalho e a apresentação e discussão das propostas com a equipa de enfermagem foram as atividades desenvolvidas.

A normalização de procedimentos específicos do BOC torna-se premente visto tratar-se de um serviço extremamente diferenciado e envolto em especificidades, sendo

necessário então criar normas adequadas à realidade vigente. Como referido no Regulamento nº 140/2019, a gestão dos cuidados de enfermagem, primando pela otimização da resposta das equipas e pela articulação entre as mesmas, o estilo de liderança adotado e a gestão dos recursos de acordo com as situações e contextos, almejando a garantia da qualidade dos cuidados, é uma competência de todo o Enfermeiro Especialista.

A ideia de agregar num documento único um leque sistemático de normas para a enfermagem não é recente, pois pretende-se definir processos e disciplinar procedimentos como garantia aos enfermeiros de respostas flexíveis, seguras e com idênticos níveis de qualidade. A gestão de cuidados requiere a manutenção de um constante equilíbrio entre o respeito pela pessoa e a resposta às exigências da organização, tornando-se necessário o recurso a elementos transversais originando normas técnicas permissivas da regulação de comportamentos, emergentes do conhecimento profissional e das características individuais. As normas técnicas surgem como um método regulador, integrador e económico, tornando-se uma mais-valia ao expressarem a convicção de ganhos para a pessoa (Veiga et al., 2011).

Assim, e de acordo com as necessidades identificadas, colaborei na elaboração de normas no âmbito da prevenção do Risco de Quedas, Prevenção do Risco de Úlcera de Pressão no BOC, Normalização dos Carros de Circulante e Contagem de Compressas e Cortoperfurantes. Inicialmente, realizei pesquisa bibliográfica sobre cada uma das temáticas alvo de intervenção, seguiu-se a seleção da melhor evidência encontrada, e finalmente, de acordo com a sua aplicabilidade à realidade do CPC, foi redigida a norma propriamente dita, com recurso ao modelo estrutural existente no CH, deixando o meu contributo no CPC também nesta área.

Uma norma de procedimento inclui a descrição detalhada e sequencial de como uma atividade deve ser executada, elencando diretrizes, regras e etapas para um determinado procedimento, pretendendo a obtenção de um desempenho padronizado. Deve ser baseada em princípios científicos e suportada pelas mais recentes teorias e práticas (Inês & Freitas, 2021).

A elaboração de normas/instruções de trabalho implicou pesquisa, otimização/atualização/incorporação de conhecimentos e informação, e a sua transposição de forma estruturada para um procedimento normalizado, aplicável na

prática, de acordo com os princípios da qualidade em saúde e da segurança dos cuidados. A implementação destas normas visa a uniformização de procedimentos, facilitando a comunicação, promovendo a segurança, a continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

Estes documentos seguiram o procedimento de aprovação pela Comissão de Qualidade e Segurança da instituição, encontrando-se algumas das normas/instruções de trabalho já a vigorar. A pertinência da normalização de procedimentos nas áreas de intervenção referidas, é amplamente apoiada pela evidência científica.

A contagem de compressas e cortoperfurantes é um procedimento recomendado pela AESOP (2012) e incluído na lista de verificação de cirurgia segura (DGS, 2009), tornando premente a sua normalização. As úlceras de pressão, são encaradas como um problema de saúde pública e um indicador de qualidade dos cuidados prestados, considerando-se evitáveis na sua grande maioria (DGS, 2011; DGS, 2022b). A prevenção de danos associados a quedas em pessoas idosas é um objetivo de saúde pública a nível mundial, constituindo um dos objetivos estratégicos emanados pelo PNSD (DGS, 2022b). Ambos constituem indicadores de qualidade a nível institucional.

A normalização dos carros de circulante foi uma necessidade detetada no contexto do estágio de opção e alvo de discussão reflexiva com os elos dinamizadores dos PQCEE do serviço. A finalidade desta atividade consistia em uniformizar a constituição destes recursos. Para além da redação da norma em si, realizei uma sessão de formação em serviço com o objetivo geral de dar a conhecer a proposta de normalização dos carros de circulante e objetivos específicos como: definir os procedimentos necessários para a uniformização dos carros de circulante no BOC; propor a normalização dos carros de circulante, como ação enquadrada na política de gestão do risco e na melhoria contínua da qualidade, associadas à intervenção do enfermeiro circulante; contribuir para aumentar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente cirúrgico no perioperatório; fomentar a segurança dos cuidados prestados ao doente cirúrgico, promovendo a disponibilidade de equipamento necessário e adequado aos procedimentos; promover a eficácia e eficiência dos processos, através da rentabilização de recursos e redução dos desperdícios.

Não existindo ampla evidência científica referente especificamente à estruturação e constituição dos carros de circulante, esta ação encontra-se fundamentada e apoiada

naquilo que é descrito pela AESOP (2010) e por Ângelo (2015) como funções inerentes ao enfermeiro circulante.

Como parte primordial na concretização deste objetivo, todas as normas foram apresentadas à equipa de enfermagem, em momentos de formação em serviço, com o intuito de dar conhecimento e obter o aval da equipa, fomentando a reflexão e a discussão sobre temáticas tão pertinentes do dia-a-dia da prática clínica. Estes momentos pretenderam favorecer a articulação com os outros membros da equipa, no planeamento e implementação dos cuidados baseados na melhor evidência científica, em benefício da PSP.

As atividades desenvolvidas permitiram demonstrar a aquisição de conhecimentos e capacidades de compreensão mais aprofundada e especializada das temáticas abordadas, favorecendo a sua aplicação na resolução de problemas em novas situações. Os conhecimentos, novos e antigos, foram integrados de forma a lidar com questões complexas, desenvolvendo soluções e emitindo juízos pertinentes. Através da discussão das problemáticas com a restante equipa, foi concretizável a comunicação de conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas inerentes e possibilitou-se a reflexão sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais das soluções discutidas.

Mais uma vez, fica patente a capacidade para aplicar conhecimentos, compreender e agir na resolução de problemas, em âmbitos multidisciplinares e abrangentes, sobressaindo também a capacidade de comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, de forma clara, a especialistas e não especialistas (Regulamento nº 65/2018).

Neste sentido, demonstraram ser uma mais valia as competências já adquiridas, no exercício profissional e no curso pós-licenciatura de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, no domínio da melhoria contínua da qualidade e que aqui se consolidaram através da adoção de um papel dinamizador no suporte e desenvolvimento de ações estratégicas da instituição, da intervenção baseada em práticas de qualidade, intervindo no âmbito dos programas de melhoria contínua e na garantia permanente da manutenção de um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento nº 140/2019).

Ressalvo, que as atividades desenvolvidas contribuíram para o desenvolvimento das competências relacionadas com o domínio da melhoria contínua da qualidade. A pesquisa bibliográfica realizada, assim como o recurso a informações institucionais

permitiram incorporar a premência do projeto, a definição metas para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem a nível organizacional e desenvolvimento de aptidões na análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados, já que com a otimização de um processo decorre a melhoria da qualidade dos procedimentos de enfermagem em contexto perioperatório.

Considero que o percurso pessoal, profissional e formativo explanado até agora, foi revelador da consolidação das competências comuns e específicas do EEEMCPSP e do desenvolvimento das competências de Mestre. A participação em projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, o envolvimento no processo de IFCPC, a criação de normas de procedimentos em enfermagem e a criação de um questionário para avaliação da satisfação da PSP submetida a ATJ, bem como as demais atividades realizadas e descritas ao longo deste relatório, evidenciam o meu contributo para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem prestados à PSP.

Por último, considero que todo o percurso explanado, inclusive o percurso prévio a este curso de mestrado, assegurou o desenvolvimento de competências permissivas de uma aprendizagem autónoma e auto-orientada uma aprendizagem ao longo da vida (Decreto-Lei nº 65/2018).

CONCLUSÃO

O caminho percorrido ao longo deste curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Enfermagem à PSP, alicerçado no background pessoal, profissional e académico existente, propiciou a incorporação de uma nova identidade profissional e pessoal, evidenciada por uma maior sensibilidade nos múltiplos domínios que envolvem o Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem no processo de prestação de cuidados à PSP e família/pessoa significativa.

O facto de já ser EEEMCPSP e de desenvolver na minha prática diária as funções inerentes a todas as áreas de atuação do enfermeiro no período perioperatório, bem como o entendimento dos processos pré e pós-operatório fora do contexto do bloco operatório, demonstrou ser uma mais valia neste percurso formativo, quer pelo conhecimento prévio, quer pelo aporte de uma visão diferenciada e globalizante do papel do Enfermeiro Especialista no contexto Perioperatório, que facilitou a incorporação das competências de Mestre.

Este relatório vem demonstrar o processo de desenvolvimento das competências conducentes ao grau de Mestre e de consolidação das competências comuns e específicas do EEEMCPSP.

Os estágios realizados em sala de urgência, na UCA e o estágio de opção no BOC, asseguraram um amplo espectro de aprendizagem, de mobilização e partilha de conhecimento e experiências, que promoveram a consolidação de competências especializadas na área do cuidado à PSP. Assim, permitiram o fortalecimento do papel de EEEMCPSP e a edificação do papel de Mestre, considerando as responsabilidades acrescidas que incorporam, não só na equipa de enfermagem como também no seio da equipa pluridisciplinar.

Durante este percurso formativo a reflexão crítica foi transversal a todas os momentos e fulcral na consciencialização da complexidade de cuidar em ambiente perioperatório, na superação de dificuldades, assim como na implementação de novas estratégias, com contributos para o enriquecimento e desenvolvimento profissional e pessoal.

A prestação de cuidados de enfermagem à PSP durante os estágios propiciou a consolidação de competências de cuidado especializado, através de uma visão mais abrangente das necessidades identificadas e focos de atenção e diagnósticos de enfermagem inerentes. Simultaneamente, os projetos integrados e atividades desenvolvidas, o foco na melhoria contínua da qualidade dos cuidados, fomentaram a aquisição e desenvolvimento das competências de Mestre. A prática clínica foi pautada por um persistente aprofundar e atualizar de conhecimentos de cariz científico, que foram basilares na estruturação do pensamento crítico essencial na tomada de decisão, no planeamento de cuidados e na resolução de problemas.

Um dos eixos orientadores da minha prática clínica, como EEEMCPSP e como mestranda, foi os PQCEE. Assim, numa perspetiva de melhoria contínua da prestação de cuidados, salvaguardei sempre a prática baseada na evidência, atempada e competente, evidenciando elevados níveis de julgamento clínico, na avaliação inicial da PSP e família/pessoa significativa, na identificação de necessidades, no planeamento e implementação de intervenções de enfermagem, estruturando o processo de enfermagem numa ótica de prestação de cuidados seguros e de qualidade.

Os objetivos elencados para os diferentes campos de estágio visaram uma prestação de cuidados diferenciada, focada na resolução de problemas identificados, facilitando a antecipação de focos de instabilidade, a administração de protocolos terapêuticos complexos (como PCA e PCEA, entre outros), a gestão diferenciada da dor, com vista a promover o bem-estar da PSP e família/pessoa significativa, apoiando-se no estabelecimento de estratégias de comunicação pertinentes com as PSP e equipa pluridisciplinar. As atividades realizadas, aliadas a uma postura de aprendizagem e iniciativa, e de aproveitamento das oportunidades apresentadas, foram facilitadoras do desenvolvimento de competências cognitivas, técnicas, organizacionais e comportamentais.

A chegada até aqui neste percurso formativo, indubitavelmente rica em aprendizagens, caracterizou-se também pela confrontação e suplantação de algumas atribulações, sobretudo relacionadas com a gestão de tempo e conciliação da vida profissional e académica.

Consciente da envergadura e complexidade de todo este processo académico, concluo esta jornada de capacitação pessoal e profissional com o sentimento de

concretização dos objetivos propostos, de atingimento de um novo estado de equilíbrio com a incorporação de uma nova identidade profissional, a de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à PSP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ali, A., Altun, D., Oguz, B. H., Ilhan, M., Demircan, F., & Koltka, K. (2014). The effect of preoperative anxiety on postoperative analgesia and anesthesia recovery in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *Journal of anesthesia*, 28(2), 222–227. <https://doi.org/10.1007/s00540-013-1712-7>
- Amini, K., Alihossaini, Z., & Ghahremani, Z. (2019). Randomized Clinical Trial Comparison of the Effect of Verbal Education and Education Booklet on Preoperative Anxiety. *Journal of perianesthesia nursing: official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 34(2), 289–296. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.06.101>
- Ângelo, S. V. (2015). *Segurança do doente no intraoperatório - Competências do Enfermeiro Circulante*. [Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra].
https://www.bing.com/search?q=Seguran%C3%A7a+do+doente+no+intraoperat%C3%B3rio+-+Compet%C3%A2ncias+do+Enfermeiro+Circulante&cvid=c0e7d83c9eff48efb61522f9c9f8ca1e&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOdIBBzQxOGowajSoAgiwAgE&FORM=ANAB01&PC=LCTS
- Antunes, F., Pereira, R. M., Afonso, V., & Tinoco, R. (2021). Prevalence and Characteristics of Chronic Pain Among Patients in Portuguese Primary Care Units. *Pain Ther.*, 10(2), 1427–1437. <https://doi.org/10.1007/s40122-021-00308-2>
- Araújo, T., Rodrigues, E., Nunes, J. R., Mendes, M., Novo, A., & Ribeiro, O. M. P. L. (2023). Validação do programa de enfermagem de reabilitação tecnológico para pessoas submetidas a artroplastia do joelho. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 32, e20230151. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0151pt>
- Argenson, J. N., Husted, H., Lombardi, A., Jr, Booth, R. E., & Thienpont, E. (2016). Global Forum: An International Perspective on Outpatient Surgical Procedures

- for Adult Hip and Knee Reconstruction. *The Journal of bone and joint surgery. American volume*, 98(13), e55. <https://doi.org/10.2106/JBJS.15.00998>
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2006). *Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos cuidados*. Lusodidacta.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2010). *Práticas Recomendadas para Bloco Operatório* (2ª ed.). AESOP.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2012). *Enfermagem Perioperatória - Da filosofia à prática dos cuidados* (2ª ed.). Lusodidacta.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2013). Perioperative Nursing a humane profession - European Perioperative Nursing day. AESOP. <https://www.chlc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/09/AESOP-PND-2013-FLYER.pdf>
- Association of surgical technologists. (2014). Standards of Practice for Gowning and Gloving. https://www.ast.org/uploadedFiles/Main_Site/Content/About_Us/Standard_%20Gowning_and_Gloving.pdf
- Azevedo, L. F., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C. C., & Castro-Lopes, J. M. (2012). Epidemiology of chronic pain: A population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. *The Journal of Pain*, 13(8), 773–783. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.05.012>
- Beaulac, J., & Sandre, D. (2015). Impact of a CBT psychotherapy group on post-operative bariatric patients. *SpringerPlus*, 4, 764. <https://doi.org/10.1186/s40064-015-1558-6>
- Berend, M. E., Lackey, W. G., & Carter, J. L. (2018). Outpatient-Focused Joint Arthroplasty Is the Future: The Midwest Center for Joint Replacement Experience. *The Journal of arthroplasty*, 33(6), 1647–1648. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2018.02.002>
- Bergin, C., Speroni, K. G., Travis, T., Bergin, J., Sheridan, M. J., Kelly, K., & Daniel, M. G. (2014). Effect of preoperative incentive spirometry patient education on patient outcomes in the knee and hip joint replacement population. *Journal of*

- perianesthesia nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses, 29(1), 20–27. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2013.01.009>
- Bittar, O. J. N. V. (2001). Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. *Rev. Adm. Saúde*, 3(12), 21-28. <https://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/indicadorQualidadeI.pdf>
- Bernardino, A. (coord.). (2017). *Manual de cuidados pós-anestésicos II* (2ª ed.) <https://core.ac.uk/download/pdf/84995558.pdf>
- Berthelsen, C. B., & Frederiksen, K. (2017). Orchestrating care through the fast-track perspective: A qualitative content analysis of the provision of individualised nursing care in orthopaedic fast-track programmes. *International journal of orthopaedic and trauma nursing*, 24, 40–49. <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2016.04.006>
- Bonilla-Marciales, A. P., Vásquez-Hernández, S. M., Ariza-Silva, P. A., Pinzón-Gómez, I. D., Ramos-Ortega, L., Santiago-Alvarez, J. C., Arenas-Luna, G. I., & Jaimes-Valencia, M. L. (2020). Avaliação dos conhecimentos para o tratamento não farmacológico da dor. *Revista Ciencia Y Cuidado*, 17(2), 65–76. <https://doi.org/10.22463/17949831.1646>
- Borges, P. C. E. (2013). *Implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem: Perspetivas dos supervisores*. [Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9447/1/Paula%20Borges_ep3955.pdf
- Borges, S. C. S. C. (2015). *Resultados da Implementação de um Programa de Reabilitação em utentes submetidos a artroplastia total do joelho*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança]. Biblioteca Digital do Instituto Politécnico de Bragança. <http://hdl.handle.net/10198/12000>
- Bori, G., Gómez-Durán, E. L., Combalia, A., Trilla, A., Prat, A., Bruguera, M., & Arimany-Manso, J. (2016). Seguridad clínica y reclamaciones por responsabilidad profesional en Cirugía Ortopédica y Traumatología [Clinical safety and

- professional liability claims in Orthopaedic Surgery and Traumatology]. *Revista espanola de cirugia ortopedica y traumatologia*, 60(2), 89–98.
<https://doi.org/10.1016/j.recot.2015.10.004>
- Bourazani, M., Asimakopoulou, E., Magklari, C., Fyrfiris, N., Tsirikas, I., Diakoumis, G., Kelesi, M., Fasoi, G., Kormas, T., & Lefaki, G. (2021). Developing an enhanced recovery after surgery program for oncology patients who undergo hip or knee reconstruction surgery. *World journal of orthopedics*, 12(6), 346–359.
<https://doi.org/10.5312/wjo.v12.i6.346>
- Branco, J. C., Rodrigues, A. M., Gouveia, N., Eusébio, M., Ramiro, S., Machado, P. M., da Costa, L. P., Mourão, A. F., Silva, I., Laires, P., Sepriano, A., Araújo, F., Gonçalves, S., Coelho, P. S., Tavares, V., Cerol, J., Mendes, J. M., Carmona, L., Canhão, H., & EpiReumaPt Group (2016). Prevalence of rheumatic and musculoskeletal diseases and their impact on health-related quality of life, physical function and mental health in Portugal: results from EpiReumaPt– a national health survey. *RMD Open*, 2(1), e000166.
<https://doi.org/10.1136/rmdopen-2015-000166>
- Brienza, N., Biancofiore, G., Cavaliere, F., Corcione, A., De Gasperi, A., De Rosa, R. C., Fumagalli, R., Giglio, M. T., Locatelli, A., Lorini, F. L., Romagnoli, S., Scolletta, S., & Tritapepe, L. (2019). Clinical guidelines for perioperative hemodynamic management of non cardiac surgical adult patients. *Minerva anestesiologica*, 85(12), 1315–1333. <https://doi.org/10.23736/S0375-9393.19.13584-5>
- Broering, C. V., Souza, C. D., Kaszubowski, E., & Crepaldi, M. A. (2018). Efeitos de Preparações Psicológicas Pré-Cirúrgicas sobre o Estresse e a Ansiedade de Meninos e Meninas. *Acta Colombiana de Psicologia*, 21 (1), 217-248.
<https://doi.org/10.14718/ACP.2018.21.1.10>
- 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>
- Callegaro, G. D., Baggio, M. A., Nascimento, K. C. & Erdmann, A. L. (2010). Cuidado perioperatório sob o olhar do cliente cirúrgico. *Rev. Rene.*, 11(3), 132–142.
https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/14658/1/2010_art_gdcallegaro.pdf

- Cardante, S. D. D. F. (2020). *Consulta de enfermagem pré-operatória e de follow-up em cirurgia de ambulatório: A perspetiva dos enfermeiros*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior Enfermagem do Porto]. Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/34037/1>
- Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E. (n.d.). *Clínica APIC ganha Prémio Healthcare Excellence 2021*. <https://www.chts.min-saude.pt/noticias/clinica-apic-ganha-premio-healthcare-excellence-2021/>
- Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa. (2023a). *Plano de atividades de enfermagem: Ano 2023: Unidade de Cirurgia de Ambulatório*. CHTS
- Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa. (2023b). *Plano de atividades de enfermagem: Ano 2023: Bloco Operatório Central*. CHTS
- Charalambous, A., Papastavrou, E., Valkeapää, K., Zabalegui, A., Ingadóttir, B., Lemonidou, C., Fatkulina, N., Jouko, K., & Leino-Kilpi, H. (2018). Content of Orthopedic Patient Education Provided by Nurses in Seven European Countries. *Clinical nursing research*, 27(7), 770–789. <https://doi.org/10.1177/1054773817713178>
- Conceição, J. X., Tilman, C. B., Alves, M. M. C. & Pereira, A.G. (2022). The Leadership of The Head Nurse and The Motivation of Nurses in The Pediatric Service of The National Hospital Guido Valadares Dilli Timor-Leste. *Nur Primary Care*, 6(4), 1-7. <https://www.scivisionpub.com/pdfs/the-leadership-of-the-head-nurse-and-the-motivation-of-nurses-in-the-pediatric-service-of-the-national-hospital-guido-valadares-di-2434.pdf>
- Correia, A. R. P. (2023). *Competências Especializadas em Enfermagem Perioperatória: a segurança da pessoa e família a vivenciar a experiência cirúrgica*. [Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny]. Repositório Comum de Acesso Aberto de Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.26/48782>
- Costa, D., Cruz, E. B., Rodrigues, A. M., Gonçalves-Bradley, D., Gomes, L. A., Donato, H., & Nunes, C. (2021). Models of care for patients with knee osteoarthritis in primary healthcare: a scoping review protocol. *BMJ Open*, 11(6), e045358. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045358>

- Culliford, D., Maskell, J., Judge, A., Cooper, C., Prieto-Alhambra, D., Arden, N. K., & COASt Study Group (2015). Future projections of total hip and knee arthroplasty in the UK: results from the UK Clinical Practice Research Datalink. *Osteoarthritis and cartilage*, 23(4), 594–600. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2014.12.022>
- Cunha-Miranda, L., Faustino, A., Alves, C., Vicente, V., & Barbosa, S. (2015). Avaliação da magnitude da desvantagem da osteoartrite na vida das pessoas: estudo MOVES. *Revista brasileira de reumatologia*, 55(1), 22–30. <https://doi.org/10.1016/j.rbr.2014.07.00>
- Decreto-Lei nº 65/2018. Diário da República: 1ª série, nº157 (16 de agosto), 4147-4182. <https://data.dre.pt/application/conteudo/116068879>
- DeCS/MeSH Descritores em ciências da saúde. (n.d.). Acolhimento. https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=50296&filter=ths_termall&q=acolhimento
- Inês, R. & Freitas, A. (Coords.). (2021). *Aprendizagem em Contexto Simulado - Normas de Procedimento de Enfermagem (Vol.III)*. Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. <http://hdl.handle.net/10400.26/37656>
- Despacho nº 5613/2015. Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. Diário da República: Série II, nº102 (27 de maio), 13550-13553. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>
- Despacho nº 9390/2021. Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, Diário da República: 2ª Série, nº187 (24 de setembro), 96-103. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-%202021-171891094>
- Dias, J. M. P. A. A. (2018). *Impacto da gonartrose na participação*. [Tese de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da Universidade de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/81862>
- Direção Geral da Saúde. (2003). Circular Normativa nº09/DGCG - A Dor como 5º Sinal Vital - Registo Sistemático da Intensidade da dor. DGS. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>

- Direção Geral da Saúde. (2009). Manual de Implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS – Cirurgia segura salva vidas. DGS. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44186/9789241598590_por.pdf?sequence=71
- Direção Geral da Saúde. (2011). Orientação nº 017/2011 - Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). DGS. <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/normas-orientacoes-e-informacoes/escala-de-braden-versao-adulto-e-pediatica-braden-q-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2012). Norma nº003/2012 - Organização das Unidades Funcionais de Dor Aguda. DGS. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0032012-de-19102012.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2015). Plano Nacional de Saúde - Revisão e extensão a 2020. DGS. <https://pns.dgs.pt/files/2022/02/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020-1.pdf-1.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2017a). Norma nº001/2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. DGS. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>
- Direção-Geral da Saúde. (2017b). Programa nacional para a prevenção e controlo da dor. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-Programa_Nacional_para_a_Preven%C3%A7%C3%A3o_e_Ccontrolo_da_Dor_-_2017.pdf
- Direção Geral da Saúde. (2019). Norma nº007/2019 - Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. DGS. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072019-de-16102019.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2022a). Norma nº020/2015 - “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico (atualizada a 17/11/2022). DGS. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-de-local-cirurgico/>

- Direção Geral da Saúde. (2022b). Documento técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes. DGS. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>
- Drew, S., Judge, A., Cohen, R., Fitzpatrick, R., Barker, K., & Gooberman-Hill, R. (2019). Enhanced Recovery After Surgery implementation in practice: an ethnographic study of services for hip and knee replacement. *BMJ Open*, 9(3), e024431. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024431>
- Duarte, I. & Leite, M. (2013). Paramentação cirúrgica: artigo de revisão. *Rev Med Minas Gerais*, 23(3),343-346. <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20130054>
- Duarte, A. & Martins, O. (2014). *Enfermagem em Bloco Operatório*. Lidel - Edições Técnicas, Lda., 2014.
- Duivenvoorden, T., Vissers, M. M., Verhaar, J. A., Busschbach, J. J., Gosens, T., Bloem, R. M., Bierma-Zeinstra, S. M., & Reijman, M. (2013). Anxiety and depressive symptoms before and after total hip and knee arthroplasty: a prospective multicentre study. *Osteoarthritis and cartilage*, 21(12), 1834–1840. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2013.08.022>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2008). *Estudo sobre Qualidade da Cirurgia de Ambulatório*. Entidade Reguladora da Saúde. https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/75/Microsoft_Word_-_Relatorio_Qualidade_em_Cirurgia_de_Ambulatorio-VFinal.pdf
- European Operating Room Nurses Association. (2019a). *EORNA Common Core Curriculum for Perioperative Nursing*. EORNA. <https://eorna.eu/wp-content/uploads/2020/09/EORNA-Common-Core-Curriculum-for-Perioperative-Nursing-Third-Edition-2019.pdf>
- European Operating Room Nurses Association. (2019b). *EORNA framework for perioperative nurse competencies*. EORNA. <https://eorna.eu/wp-content/uploads/2019/05/Competencies-brochure-final.pdf>
- European Operating Room Nurses Association. (2023). *Best practice for perioperative care (3rd ed.)*. EORNA. <https://eorna.eu/wp-content/uploads/2023/07/EORNA-Best-Practice-for-perioperative-care2023.pdf>

- Estilita, J. (2015). Analgesia, Sedação e Delirium. In P. Ponce & J. J. Mendes (Coords.). *Manual de medicina intensiva* (pp. 61 – 69). Lidel.
- Flamínio, J. L. C. (2018). *A pessoa submetida a artroplastia total do joelho: impacto dos cuidados de enfermagem de reabilitação e benefícios em saúde*. [Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus]. Repositório Digital de Publicações Científicas da Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/23327>
- Gaio, E.C., Tilman, C.B., Pereira, A.G., Alves, M. J. C., Julito, S. & Belo, G. (2023). A relação terapêutica de enfermeiro e cliente ou família nos cuidados de enfermagem num serviço de cirurgia, Hospital Nacional Guido Valadares Dili Timor-Leste: Research Article. *American Journal of Medical and Clinical Research & Reviews*, 2(12), 1–10. <https://doi.org/10.58372/2835-6276.1105>
- Gélinas, C. (2016). Pain assessment in the critically ill adult: Recent evidence and new trends. *Intensive and Critical Care Nursing*, 34, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.jccn.2016.03.001>
- Giordani, A., Sonobe, H., Ezaias, G., Valério, M., & Barra, M. (2015). Perfil de pacientes cirúrgicos atendidos em um hospital público. *Revista de enfermagem UFPE*, 9(1), 54-61. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10306>
- Gonçalves, M., Cerejo, M. & Martins, J. (2017). The influence of the information provided by nurses on preoperative anxiety. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(14), 17–26. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV17023>
- Gürsoy, A., Candaş, B., Güner, Ş., & Yılmaz, S. (2016). Preoperative Stress: An Operating Room Nurse Intervention Assessment. *Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 31(6), 495–503. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2015.08.011>
- Hart, S. R., Bordes, B., Hart, J., Corsino, D., & Harmon, D. (2011). Unintended perioperative hypothermia. *Ochsner journal*, 11(3), 259–270. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3179201/pdf/i1524-5012-11-3-259.pdf>

- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Lusociência – Edições técnicas e Científicas, Lda.
- Ho C-J., Chen Y-T., Wu H-L., Huang H-T., & Lin S-Y. (2022). The Effects of a Patient-Specific Integrated Education Program on Pain, Perioperative Anxiety, and Functional Recovery following Total Knee Replacement. *Journal of Personalized Medicine*, 12(5), 719. <https://doi.org/10.3390/jpm12050719>
- Hodgins, J.M., Ouellet, L.L, Knorr, S., & Geldart, G. (2008). Effect of telephone follow-up on surgical orthopedic recovery. *ScienceDirect*, 21(4), 218-226. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189707000195?via%3Dihub>
- Huang, Z., Ma, J., Shen, B., & Pei, F. (2015). General anesthesia: to catheterize or not? A prospective randomized controlled study of patients undergoing total knee arthroplasty. *The Journal of arthroplasty*, 30(3), 502–506. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2014.09.028>
- Hunter, D. J. (2006). Osteoarthritis. *BMJ*, 332(7542), 639–642. <https://doi.org/10.1136/bmj.332.7542.639>
- Inacio, M. C. S., Paxton, E. W., Graves, S. E., Namba, R. S., & Nemes, S. (2017). Projected increase in total knee arthroplasty in the United States - an alternative projection model. *Osteoarthritis and cartilage*, 25(11), 1797–1803. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2017.07.022>
- Instituto Nacional de Estatística. (2023). **Estatísticas demográficas: 2022**. Instituto Nacional de Estatística. <https://www.ine.pt/xurl/pub/280978178>
- Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Serviço de Anestesiologia (2013). *Oncoanestesia – Procedimentos 2014*. Instituto Português de Oncologia de Lisboa. https://www.oncoanestesia.org/wp-content/uploads/2013/11/Manual_de_Procedimentos_2014.pdf
- International Association for the Study of Pain. (2004). Unrelieved pain is a major global healthcare problem. *European Federation of IASP Chapters*, 4A, 1-4. <https://www.ethimedix.com/wp-content/uploads/2016/02/Unrelieved-Pain-is-a-Major-Global-Health-Care-Problem.pdf>

- Jordan, R. W., Smith, N. A., Chahal, G. S., Casson, C., Reed, M. R., & Sprowson, A. P. (2014). Enhanced education and physiotherapy before knee replacement; is it worth it? A systematic review. *Physiotherapy*, 100(4), 305–312. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2014.03.003>
- Kerper, L. F., Spies, C. D., Salz, A. L., Wei-Gerlach, E., Balzer, F., Neumann, T., Tafelski, S., Lau, A., Neuner, B., Romanczuk-Seiferth, N., Glaesmer, H., Wernecke, K. D., Brähler, E., & Krampe, H. (2015). Effects of an Innovative Psychotherapy Program for Surgical Patients: Bridging Intervention in Anesthesiology--A Randomized Controlled Trial. *Anesthesiology*, 123(1), 148–159. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000000685>
- Kotfis, K., Zegan-Baransha, M., Szydlowski, L., Zukowshi, M., & Ely, E. W. (2017). Methods of pain assessment in adult intensive care unit patients: Polish version of the CPOT (Critical Care Pain Observation Tool) and BPS (Behavioral Pain Scale). *Anaesthesiology Intensive Therapy*, 49(1), 66 – 71. <https://doi.org/10.5603/AIT.2017.0010>
- Lages, N; Fonseca, C. & Abelha, F. (2006). Unidade de cuidados pós anestésicos - Tempo de definir novos conceitos. *Revista SPA*, 15(4), 18–26. <https://1library.org/document/y6e6epko-unidade-cuidados-p%C3%B3s-anest%C3%A9sicos-tempo-definir-novos-conceitos.html>
- Lane, J. V., Hamilton, D. F., MacDonald, D. J., Ellis, C., & Howie, C. R. (2016). Factors that shape the patient's hospital experience and satisfaction with lower limb arthroplasty: an exploratory thematic analysis. *BMJ open*, 6(5), e010871. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010871>
- Leal, M. T. (2006). Cirurgia Ambulatória: estaremos atentos ao seu impacto sobre a enfermagem? *Pensar Enfermagem*, 10(1), 67-74. <https://bibliotecas.ipb.pt/cgi-bin/koha/opac-ISBDdetail.pl?biblionumber=70930>
- Li, L., Pan, H., Liu, G., Wang, F., Zheng, S., & Wang, J. (2023). Value of Tranexamic Acid and Progressive Nursing in Accelerating Postoperative Rehabilitation After Total Knee Arthroplasty. *Alternative therapies in health and medicine*, 29(1), 111–117. <http://alternative-therapies.com/oa/index.html?fid=7432>

- Litwic, A., Edwards, M. H., Dennison, E. M. & Cooper, C. (2013). Epidemiology and burden of osteoarthritis. *Br Med Bull.*, 105(1), 185–99. <https://doi.org/10.1093/bmb/lds038>
- Liu, X., Zhang, X., Chen, Y., Wang, Q., Jiang, Y., & Zeng, B. (2011). Hidden blood loss after total hip arthroplasty. *The Journal of arthroplasty*, 26(7), 1100–5.e1. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2010.11.013>
- Louw, A., Diener, I., Butler, D. S., & Puentedura, E. J. (2013). Preoperative education addressing postoperative pain in total joint arthroplasty: review of content and educational delivery methods. *Physiotherapy theory and practice*, 29(3), 175–194. <https://doi.org/10.3109/09593985.2012.727527>
- Louw, A., PT, PhD, Zimney, K., PT, DPT, Reed, J., PT, DPT, Landers, M., PT, DPT, PhD, & Puentedura, E. J., PT, DPT, PhD (2019). Immediate preoperative outcomes of pain neuroscience education for patients undergoing total knee arthroplasty: A case series. *Physiotherapy theory and practice*, 35(6), 543–553. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1455120>
- Mako, T., Svanäng, P., & Bjerså, K. (2016). Patients' perceptions of the meaning of good care in surgical care: a grounded theory study. *BMC nursing*, 15, 47. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0168-0>
- Marra, A., Ely, E., Pandharipande, P. & Patel, M. (2017). The ABCDEF bundle in critical care. *Critical Care Clinics*, 33(2), 225–243. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2016.12.005>
- Martins, A., Pinto, A., Lourenço, C., Pimentel, E., Fonseca, I., André, M. J., Almeida, M.P., Mendes, O. S. & Santos, R. M. (2008). Qual o lugar da escrita sensível nos registos de enfermagem? *Pensar Enfermagem*, 12(2) 52-61. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23996/1/2008_12_2_52-61.pdf
- Ribeiro, O., Martins, M. & Tronchin, D. (2017). Nursing care quality: a study 160 carried out in Portuguese hospitals. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(14), 89–100. <http://hdl.handle.net/10400.26/33328>

- Martorella G. (2019). Characteristics of Nonpharmacological Interventions for Pain Management in the ICU: A Scoping Review. *AACN advanced critical care*, 30(4), 388–397. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2019281>
- McDonald, D. D., Freeland, M., Thomas, G., & Moore, J. (2001). Testing a preoperative pain management intervention for elders. *Research in nursing & health*, 24(5), 402–409. <https://doi.org/10.1002/nur.1040>
- McDonald, S., Page, M. J., Beringer, K., Wasiak, J., & Sprowson, A. (2014). Preoperative education for hip or knee replacement. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2014(5), CD003526. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003526.pub3>
- McEwen, D. R. (2008). *Cirurgia ambulatorial*. In Jane C. Rothrock (Coord.). Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico (13ª Ed) (pp. 1047-1065). Lusodidacta.
- Medina-Garzón M. (2019). Effectiveness of a Nursing Intervention to Diminish Preoperative Anxiety in Patients Programmed for Knee Replacement Surgery: Preventive Controlled and Randomized Clinical Trial. *Investigacion y educacion en enfermeria*, 37(2), e07. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v37n2e07>
- Meléndez Méndez, C., Garza Hernández, R., Castañeda-Hidalgo, H., González Salinas, J. F., & Turrubiates Pérez, J. (2015). Percepción del paciente quirúrgico acerca de la seguridad en el ámbito hospitalario. *Revista Cuidarte*, 6(2), 1054–1061. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v6i2.165>
- Midões, P. F. G. L. (2023). *Fatores que influenciam a contagem cirúrgica para a segurança da pessoa submetida a cirurgia: Scoping Review*. [Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa]. Repositório Comum de Acesso Aberto de Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.26/45406>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). Meeting in the middle: motivational interviewing and self-determination theory. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 9, 25. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-25>
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde*. Ministério da Saúde. [RETRATO-DA-SAUDE 2018 compressed.pdf \(sns.gov.pt\)](https://retrato-da-saude.ans.gov.br/2018/compressed.pdf)

- Mitchell M. (2012). Influência do gênero e do tipo de anestesia na ansiedade da cirurgia no dia. *Jornal de enfermagem avançada*, 68(5), 1014–1025. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05801.x>
- Mora, J. C., Przkora, R., & Cruz-Almeida, Y. (2018). Osteoartrite do joelho: fisiopatologia e modalidades atuais de tratamento. *Jornal de pesquisa da dor*, 11, 2189–2196. <https://doi.org/10.2147/JPR.S154002>
- Moss, R., Prescott, D. M. & Spear, J. M. (2020). Instrument Manufacturing: Implications for Perioperative Teams. *AORN Journal*, 112(1), 15– 29. <http://dx.doi.org/10.1002/aorn.13073>
- Nápoles Izquierdo, Y., Agüero Padrón, M., Díaz Agüero, H., & Espino Delgado, R. M. (2013). Aplicação de técnicas de relaxamento antes da cirurgia mamária. *Revista Arquivo Médico Camagüey*, 17(2), 173-186. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552013000200009&lng=es&tlng=es.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2016, dezembro14). *Hypothermia: prevention and management in adults having surgery*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg65>
- Newman, J. B. & Bullock, M. (2008). Comparison of glove donning techniques for the likelihood of gown contamination - An infection control study. *Acta Orthopædica Belgica*, 73(6), 765–771. https://www.researchgate.net/publication/5592713_Comparison_of_glove_donning_techniques_for_the_likelihood_of_gown_contamination_An_infection_control_study
- Nunes, R. & Rodrigues, F. (2019). Higienização das mãos: comparação da eficácia de uma solução alcoólica com a eficácia de álcool a 70%. *HIGEIA - Revista Científica da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias*, I(1), 71-79. <http://hdl.handle.net/10400.11/6763>
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2017). *Hip and knee replacement, in Health at a Glance 2017 - OECD Indicators*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en

- Oliveira, J. M. M. (2012). *Reabilitação Funcional dos Doentes Submetidos a Prótese Total do Joelho: Revisão Sistemática da Literatura*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/1620>
- Oliveira, V. P. & Martins, A. (2019). “Cuidar Mais” em Bloco Operatório: Como “BOar Mais”. *Gazeta Médica*, 6(1). <http://www.gazetamedica.pt/index.php/gazeta/article/view/229/141>
- Olsson, L. E., Karlsson, J., Berg, U., Kärrholm, J., & Hansson, E. (2014). Person-centred care compared with standardized care for patients undergoing total hip arthroplasty--a quasi-experimental study. *Journal of orthopaedic surgery and research*, 9, 95. <https://doi.org/10.1186/s13018-014-0095-2>
- Ordem dos Enfermeiros. (2004). Orientações relativas às atribuições do enfermeiro circulante. OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao_7Set2004.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *DOR – Guia Orientador de Boa Prática*. OE. [cadernosoe-dor.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](http://www.ordemenfermeiros.pt/cadernosoe-dor.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Caderno temático: fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências*. OE. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/cadernos-tem%C3%A1ticos-sobre-o-modelo-de-desenvolvimento-profissional/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual: enunciados descritivos* (2ª ed.). OE. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica: - Na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica - Na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa - Na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória - Na Área de Enfermagem à*

Pessoa em Situação Crónica.

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

Ordem dos Enfermeiros. (2021). Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista. OE. <https://www.ordemenfermeiros.pt/a-ordem/desenvolvimento-profissional/>

Østerås, N., Jordan, K. P., Clausen, B., Cordeiro, C., Dziedzic, K., Edwards, J., Grønhaug, G., Higginbottom, A., Lund, H., Pacheco, G., Pais, S., & Hagen, K. B. (2015). Self-reported quality care for knee osteoarthritis: comparisons across Denmark, Norway, Portugal and the UK. *RMD Open*, 1(1), e000136. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2015-000136>

Pacific Community. (2022). *Standards for Perioperative Nursing in Pacific Island Countries and Territories - Clinical Standards*. Pacific Community. <https://phd.spc.int/sites/default/files/p-related-files/2024-04/Standards%20for%20Perioperative%20Nursing%20in%20Pacific%20Island%20Countries%20and%20Territories%20-%20Clinical%20Standards%20-%20First%20edition.pdf>

Palazzo, C., Nguyen, C., Lefevre-Colau, M. M., Rannou, F., & Poiraudau, S. (2016). Risk factors and burden of osteoarthritis. *Ann Phys Rehabil Med.*, 59(3), 134–138. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2016.01.006>

Pereira, F. (2007). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem*. [Tese de doutoramento, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <http://hdl.handle.net/10216/7182>

Pires, M. A. G., & Rego, A. (2017). Visita pré-operatória de enfermagem: importância da sua implementação. *Servir*, 59(5-6), 54–59. <https://doi.org/10.48492/servir025-6.23467>

- Pulkkinen, M., Junttila, K., & Lindwall, L. (2016). The perioperative dialogue--a model of caring for the patient undergoing a hip or a knee replacement surgery under spinal anaesthesia. *Scandinavian journal of caring sciences*, 30(1), 145–153. <https://doi.org/10.1111/scs.12233>
- Pulkkinen, M., Jousela, I., Engblom, J., Salanterä, S., & Junttila, K. (2020). The effect of a new perioperative practice model on length of hospital stay and on the surgical care process in patients undergoing hip and knee arthroplasty under spinal anesthesia: a randomized clinical trial. *BMC nursing*, 19, 73. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00465-3>
- Pulkkinen, M., Jousela, I., Sintonen, H., Engblom, J., Salanterä, S., & Junttila, K. (2021). A randomized clinical trial of a new perioperative practice model on anxiety and health-related quality of life in arthroplasty patients. *Nursing open*, 8(4), 1593–1605. <https://doi.org/10.1002/nop2.776>
- Regulamento nº 167/2011. Estabelece os princípios, a estrutura e os processos de acreditação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica e da certificação de competências do supervisor clínico em Prática Tutelada em Enfermagem, no âmbito do Sistema de Certificação de Competências da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: Série II, nº47 (8 de março), 11114- 11120. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/167-2011-1979441>
- Regulamento nº558/2017. Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos da Prática Clínica, Diário da República: Série II, nº200 (17 de outubro), 23640 – 23642. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/558-2017-108317777>
- Regulamento nº 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: 2ª série nº135 (16 de julho), 19359- 19370. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Regulamento nº140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Diário da República: 2ª série, nº26 (6 de fevereiro), 4744-4750. <https://dre.pt/application/file/a/119189160>

- Richebé, P., Capdevila, X., & Rivat, C. (2018). Persistent Postsurgical Pain: Pathophysiology and Preventative Pharmacologic Considerations. *Anesthesiology*, 129(3), 590–607. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000002238>
- Rodrigues, A. (2023, outubro 20). Dor crónica afeta um terço da população adulta e custa mais de 3,6 mil milhões por ano. Rádio Renascença. <https://rr.sapo.pt/noticia/pais/2023/10/20/dor-cronica-afeta-um-terco-da-populacao-adulta-e-custa-mais-de-36-mil-milhoes-por-ano/351661/>
- Rodríguez-Martín, B., Martin-Martin, R., & Suhonen, R. (2019). Escala de Cuidados Individualizados-paciente: Um estudo de validação espanhol. *Ética de enfermagem*, 26 (6), 1791–1804. <https://doi.org/10.1177/0969733018769351>
- Rojas, M. J., & Pérez, D. A. (2013). Estrategia de enfermería para disminuir los niveles de ansiedad en pacientes sometidos a intervención quirúrgica en el hospital universitario antonio patricio de alcalá, cumana, venezuela. *Saber*, 25(3), 273–278. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01622013000300006&lng=es&tlng=es
- Rupp, M., Lau, E., Kurtz, S. M., & Alt, V. (2020). Projections of Primary TKA and THA in Germany From 2016 Through 2040. *Clinical orthopaedics and related research*, 478(7), 1622–1633. <https://doi.org/10.1097/CORR.0000000000001214>
- Sadati, L., Pazouki, A., Mehdizadeh, A., Shoar, S., Tamannaie, Z., & Chaichian, S. (2013). Effect of preoperative nursing visit on preoperative anxiety and postoperative complications in candidates for laparoscopic cholecystectomy: a randomized clinical trial. *Scandinavian journal of caring sciences*, 27(4), 994–998. <https://doi.org/10.1111/scs.12022>
- Salazar-Maya, Á. M. & Osório-Galeano, S. P. (2023). Cuidados de Enfermagem Relacionados ao Posicionamento Cirúrgico. *Investigação e educação em enfermagem*, 41(1), 03. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v41n1e03>

- Sandvik, R., Olsen, B., Rygh, L. & Moi, A. (2020). Pain relief from non-pharmacological interventions in the intensive care unit: A scoping review. *Journal of Critical Nursing*, 29(9-10), 1488-1498. <https://doi.org/10.1111/jocn.15194>
- Santos, K. V. G., Rocha, M. A., Dantas, J. K. S., Araújo, S. C. M., Dantas, D. V., & Dantas, R. A. N. (2022). Estratégias não farmacológicas na analgesia de adultos e idosos em procedimentos endovasculares: revisão de escopo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(suppl 4), 1–8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0741pt>
- SAPÓ. (2023, junho 11). Dor Crónica: Um problema de saúde pública. https://www.sapo.pt/noticias/saude/dor-cronica-um-problema-de-saude-publica_64859686ee5d44488538d490
- Sappenfield, J. W., Hong, C. M. & Galvagno, S. M. (2013). Perioperative temperature measurement and management: moving beyond the Surgical Care Improvement Project. *Journal of Anesthesiology and Clinical Science*, 2(1). https://www.researchgate.net/publication/263442805_Periooperative_temperature_measurement_and_management_moving_beyond_the_Surgical_Care_Improvement_Project
- Sarmiento, P., Fonseca, C., Marcos, A., Marques, M., Lemos, P., & Vieira, V. (2013). Recomendações para o Tratamento da Dor Aguda Pós-Operatório em Cirurgia Ambulatória. *Revista Da Sociedade Portuguesa De Anestesiologia*, 22(2), 35–43. <https://revistas.rcaap.pt/anestesiologia/article/view/3531/2791>
- Sessler, D. (2014). Temperature monitoring: the consequences and prevention of mild perioperative hypothermia. *Southern African Journal of Anaesthesia and Analgesia*, 20(1), 25–31. <https://doi.org/10.1080/22201173.2014.10844560>
- Silva, T. M. M. C. (2016). *Competências não técnicas do enfermeiro instrumentista*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal]. Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.26/17276>
- Sjøveian, A. K. H., & Leegaard, M. (2017). Hip and knee arthroplasty - patient's experiences of pain and rehabilitation after discharge from hospital. *International*

journal of orthopaedic and trauma nursing, 27, 28–35.
<https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2017.07.001>

Sociedade Portuguesa de Anestesiologia. (2017). *Recomendações da SPA para manutenção de normotermia no período perioperatório*. Sociedade Portuguesa de Anestesiologia.

<https://www.spanestesiologia.pt/ficheiros/Consensos%20normotermia.pdf>

Spruce, L. (2018) Back to Basics: Orthopedic Positioning. *AORN Journal*, 92(5), 528–543. <https://doi.org/10.1002/aorn.12071>

Spruce, L., & Van Wicklin, S. A. (2014). Back to basics: positioning the patient. *AORN Journal*, 100(3), 298–305. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2014.06.004>

Stark, Å. J., Ingadottir, B., Salanterä, S., Sigurdardottir, A., Valkeapää, K., Bachrach-Lindström, M., & Unosson, M. (2014). Fulfilment of knowledge expectations and emotional state among people undergoing hip replacement: a multi-national survey. *International journal of nursing studies*, 51(11), 1491–1499. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.03.006>

Stark, Å. J., Charalambous, A., Istomina, N., Salanterä, S., Sigurdardottir, A. K., Sourtzi, P., Valkeapää, K., Zabalegui, A., & Bachrach-Lindström, M. (2016). The quality of recovery on discharge from hospital, a comparison between patients undergoing hip and knee replacement - a European study. *Journal of clinical nursing*, 25(17-18), 2489–2501. <https://doi.org/10.1111/jocn.13278>

Strickland, L. H., Kelly, L., Hamilton, T. W., Murray, D. W., Pandit, H. G., & Jenkinson, C. (2018). Early recovery following lower limb arthroplasty: Qualitative interviews with patients undergoing elective hip and knee replacement surgery. Initial phase in the development of a patient-reported outcome measure. *Journal of clinical nursing*, 27(13-14), 2598–2608. <https://doi.org/10.1111/jocn.14086>

Sun, H., Li, Y., Liu, K., Xin, D., Chen, H., Niu, X., & Gao, S. (2021). Effect of perioperative nursing for artificial knee replacement on patients with osteosarcoma of the distal femur. *American journal of translational research*, 13(9), 10356–10362. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8507082/>

- Tavares, B., Leal, I., Mercê, C., & Branco, M. (2023). Análise da Coordenação Motora da Marcha em Pacientes com Artroplastia do Joelho: Estudo de Caso. *Revista Da UI_IPSantarém*, 11(3), 77–78. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v11.i3.32494>
- Teixeira, J. & Durão, M. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(10), 135-142. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16026>
- Torres, L. A. P., Ortega, L. P., Torres, C. P., Lama, J. G., Caro, I. O., Moral, R. R., & Grupo corporativo Estúdio ATEM-AP. (2014). Eficacia de la entrevista motivacional para reducir errores de medicación en pacientes crónicos polimedicados mayores de 65 años: resultados de un ensayo clínico aleatorizado por cluster. *Medicina clínica*, 143(8), 341–348. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2013.07.032>
- Vaughan, M. W., Felson, D. T., LaValley, M. P., Orsmond, G. I., Niu, J., Lewis, C. E., Segal, N. A., Nevitt, M. C., & Keysor, J. J. (2017). Perceived Community Environmental Factors and Risk of Five-Year Participation Restriction Among Older Adults With or at Risk of Knee Osteoarthritis: Perceived Environment and Participation Restriction. *Arthritis Care Res*, 69(7), 952–958. <https://doi.org/10.1002/acr.23085>
- Vaz, S. C. O. (2017). Impacto do referencial ACSA nas Unidades de Saúde. [Tese de mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra]. Estudo Geral, Repositório Científico da Universidade de Coimbra. https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/82513/1/SUSANA%20VAZ_TESE_VERS%C3%83O%20FINAL.PDF
- Veiga, B.S., Henriques, E., Barata, F., Santos, F., Santos, I. S., Martins, M. M., Coelho, M. T. & Silva, P. C. (2011). *Manual de normas de Enfermagem – Procedimentos Técnicos* (2ª ed.). Administração Central do Sistema de Saúde. <https://www.acss.min-saude.pt/publicacoes/Recursos Humanos/Manual Enfermagem 2011/Manual%20de%20Enfermagem.pdf>
- Vos, T., Flaxman, A. D., Naghavi, M., Lozano, R., Michaud, C., Ezzati, M., Shibuya, K., Salomon, J. A., Abdalla, S., Aboyans, V., Abraham, J., Ackerman, I., Aggarwal,

- R., Ahn, S. Y., Ali, M. K., Alvarado, M., Anderson, H. R., Anderson, L. M., Andrews, K. G., Atkinson, C., ... Memish, Z. A. (2012). Anos vividos com incapacidade (YLDs) para 1160 sequelas de 289 doenças e lesões 1990-2010: uma análise sistemática para o Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859), 2163–2196. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\):61729-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12):61729-2)
- Wainwright, T. W., Gill, M., McDonald, D. A., Middleton, R. G., Reed, M., Sahota, O., Yates, P., & Ljungqvist, O. (2020). Consensus statement for perioperative care in total hip replacement and total knee replacement surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS[®]) Society recommendations. *Acta orthopaedica*, 91(1), 3–19. <https://doi.org/10.1080/17453674.2019.1683790>
- WeMEDS. (2024, janeiro 3). Escala Aldrete e Kroulik na recuperação pós-anestésica. <https://portal.wemeds.com.br/escala-alldrete-e-kroulik/>
- Wilson, C. J., Mitchelson, A. J., Tzeng, T. H., El-Othmani, M. M., Saleh, J., Vasdev, S., LaMontagne, H. J., & Saleh, K. J. (2016). Caring for the surgically anxious patient: a review of the interventions and a guide to optimizing surgical outcomes. *American journal of surgery*, 212(1), 151–159. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2015.03.023>
- Zarei, B., Valiee, S., Nouri, B., Khosravi, F., & Fathi, M. (2018). The effect of multimedia-based nursing visit on preoperative anxiety and vital signs in patients undergoing lumbar disc herniation surgery: A randomised clinical trial. *Journal of perioperative practice*, 28(1-2), 7–15. <https://doi.org/10.1177/1750458917742045>
- Zhang, Y., & Jordan, J. M. (2010). Epidemiology of Osteoarthritis. *Clin Geriatr Med.*, 26(3), 355–369. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2010.03.001>
- Zheng, H., & Chen, C. (2015). Body mass index and risk of knee osteoarthritis: systematic review and meta-analysis of prospective studies. *BMJ Open*, 5(12), e007568. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007568>
- Zuazua-Rico, D., Mosteiro-Díaz, M., Maestro-Gonzalez, A. & Fernandez-Garrido, J. (2020). Nursing workload, knowledge about pain, and their relation to pain

records. *Pain Management Nursing*, 21(6), 510-515.
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.03.009>

Zuckoff A. (2012). "Why won't my patients do what's good for them?" Motivational interviewing and treatment adherence. *Surgery for obesity and related diseases: official journal of the American Society for Bariatric Surgery*, 8(5), 514–521.
<https://doi.org/10.1016/j.soard.2012.05.002>