

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA:**

**Prevenção do delirium pós-operatório à pessoa idosa
submetida a cirurgia da coluna**

Cristina Ferreira Henriques

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

Funchal,

2023

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA:**

**Prevenção do delirium pós-operatório à pessoa idosa
submetida a cirurgia da coluna**

Cristina Ferreira Henriques

Orientadora: Professora Doutora Maria Luísa Santos

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

Funchal,

2023

“Talvez nenhum de nós tenha alguma vez consciência do
efeito que tem no mundo.”

Ewa Armbruster

AGRADECIMENTOS

À Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny pela inovação, excelência do ensino e oportunidade de realizar este mestrado;

Ao Hospital Dr. Nélío Mendonça por ter acolhido a realização dos diferentes ensinamentos clínicos. Respetiva direção de enfermagem e todos os profissionais de saúde pela disponibilidade e momentos de partilha na Unidade de Hemodinâmica, no Serviço de Oftalmologia/Neurocirurgia e Neurologia, e na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos;

À Exma. Sr.^a Professora Doutora Luísa Santos, fonte de inspiração, sabedoria, ensino e orientação, que norteou toda esta viagem académica;

À futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória Andreia Sousa, amiga de todos os momentos, pelo apoio, por tornar o caminho leve e por ser a irmã que a vida me ofereceu;

À todos os colegas do Bloco Operatório do Hospital Dr. Nélío Mendonça, pelas partilhas e aprendizagens ao longo destes 14 anos, em especial ao Luís Jardim, Válder Luís, e Dília Maçaroco;

Aos colegas do Bloco Operatório do Hospital Particular da Madeira pelo apoio e carinho com que me receberam, em especial à Sandra Ramos e Vera Pestana pela oportunidade de sonhar novamente;

Aos meus colegas deste mestrado pelo incentivo e partilha nesta jornada académica;

Aos meus amigos de sempre, pela amizade, compreensão e todo o carinho;

À minha família e em particular aos meus pais, Aires e Clementina, pelo amor e apoio incondicional;

Ao António, apesar dos desafios, pelo apoio incansável e influência positiva;

À Alice, por toda a sua doçura e alegria, que faz de mim um Ser melhor todos os dias!

RESUMO

O presente Relatório de Estágio surge no âmbito do 5º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ramo à Pessoa em Situação Perioperatório, da Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny no ano letivo 2021/2022, sendo que a sua apresentação e discussão pública, demonstra o percurso efetuado para a construção de competências de enfermeiro especialista e a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Enfatiza a “Prevenção do *Delirium* Pós-Operatório na pessoa idosa submetida a cirurgia da coluna” como foco de atenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica da pessoa em situação perioperatória.

A prática clínica decorreu em contextos perioperatórios. O Ensino Clínico I obteve acreditação mediante confirmação da experiência profissional, o Ensino Clínico II, decorreu numa Unidade de Hemodinâmica, e o Ensino Clínico III, num internamento de cirurgia, o Serviço de Oftalmologia/ Neurocirurgia/ Neurologia e numa Unidade de Cuidados Pós-Anestésicas.

O relatório evidencia o percurso de aprendizagem e descreve o desenvolvimento de competências, através de uma análise crítico-reflexiva baseada em evidência científica, das situações decorrentes nos ensinos clínicos, e suas implicações no cuidado especializado para a aquisição das competências comuns e específicas de Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no cuidado à pessoa em situação perioperatória, bem como do desenvolvimento das competências de segundo ciclo.

Palavras-chave: competência, enfermagem médico-cirúrgica, perioperatório, *Delirium* Pós-Operatório.

ABSTRACT

The present Internship Report is part of the 5th Master's program in Medical-Surgical Nursing, specializing in Perioperative Care, at the School of Nursing S. José de Cluny during the academic year 2021/2022. Its presentation and public discussion demonstrate the path taken to build the skills of a specialized nurse and obtain the Master's degree in Medical-Surgical Nursing.

It emphasizes "Prevention of Postoperative Delirium in the elderly undergoing spinal surgery" as the focus of attention for the specialized nurse in medical-surgical nursing in the perioperative care setting.

The clinical practice took place in perioperative settings. Clinical Teaching I received accreditation through confirmation of professional experience, Clinical Teaching II took place in a Hemodynamics Unit, and Clinical Teaching III took place in a surgical ward, the Ophthalmology/Neurosurgery/Neurology Service, and a Post-Anesthesia Care Unit.

The report highlights the learning journey and describes the development of skills through a critical-reflexive analysis based on scientific evidence of the situations encountered during the internships and their implications for specialized care, aiming to acquire both common and specific competencies of a Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing, in the care of patients in perioperative situations, as well as the development of second-cycle competencies.

Keywords: competency, medical-surgical nursing, perioperative, Postoperative Delirium.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

6CIT - Teste de Declínio Cognitivo de 6 Itens

ACSA - Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AORN - American Association of Operating Room Nurses

CAM - Confusion Assessment Method

CDE - Código Deontológico dos Enfermeiros

DGS - Direção Geral de Saúde

DPO - *Delirium* Pós-Operatório

EC – Ensino Clínico

ECTS - Sistema Europeu de Transferência e Acumulação de Créditos

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

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

ESESJC - Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

HNH - Hospital Dr. Nélcio Mendonça

IACS – Infecções Associadas a Cuidados de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

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

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SESARAM - Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira

TAVI - Transcatheter Aortic Valve Implantation

UCs - Unidades Curriculares

ÍNDICE

CAPÍTULO I – ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA NA PREVENÇÃO DO <i>DELIRIUM</i> PÓS-OPERATÓRIO.....	17
1.1. O caminho percorrido da enfermagem perioperatória	19
1.2. Cuidado especializado na Prevenção do <i>Delirium</i> Pós-Operatório.....	22
CAPÍTULO II – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	29
2.1. Construção de competências em enfermagem	31
2.2. Competências comuns do enfermeiro especialista.....	41
2.2.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	42
2.2.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	45
2.2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados	49
2.2.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	51
2.3. Competências específicas de enfermagem à pessoa em situação perioperatória: os contributos da prática	54
2.3.1 Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa	56
2.3.2 Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica	71
CAPÍTULO III – AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE 2º CICLO	81
3.1 Rumo à mestria no cuidar da pessoa em situação perioperatória	83
CONCLUSÃO.....	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89
ANEXOS.....	i
ANEXO A – ESCALA CONFUSION ASSESSMENT METHOD	iii
ANEXO B – TESTE DE DECLÍNIO COGNITIVO DE 6 ITENS	iv
.....	iv

INTRODUÇÃO

No âmbito do V Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), ramo à Pessoa em Situação Perioperatório, lecionado na Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny (ESESJC), no ano letivo 2021/2022, é apresentado este relatório de estágio, intitulado “Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Prevenção do *Delirium* Pós-Operatório (DPO) à pessoa idosa submetida a cirurgia da coluna” sob orientação da Professora Doutora Luísa Santos.

Com o propósito da temática em apreço, pretende-se, evidenciar o percurso profissional e formativo, para o desenvolvimento das Competências Comuns previstas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) no Regulamento nº140/2019, bem como das Competências Específicas de Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória (EEEMCPSP) do Regulamento nº429/2018, e ainda a aquisição de competências de Mestre, de acordo com o Decreto-Lei nº 65/2018.

O desenvolvimento do DPO em doentes submetidos a procedimentos cirúrgicos é uma complicação frequente, com principal incidência em doentes idosos (Borges et al., 2022). Além de ser um quadro clínico frequente em idosos, o facto do seu desenvolvimento ser comum em doentes submetidos a cirurgia de coluna (Adogwa et al., 2017^a; Muller et al., 2020; Zhang et al., 2020) aliciou a minha atenção enquanto enfermeira da equipa de Neurocirurgia do Bloco Operatório e, norteou a opção de aprofundamento de saberes durante o Mestrado.

No que concerne à prevenção do DPO, a evidência científica revela que o período perioperatório é um momento privilegiado para a identificação dos fatores de risco e implementação de intervenções sensíveis à prática de enfermagem, nomeadamente, a realização de ensinios sobre a prevenção e/ou tratamento do DPO à pessoa em situação perioperatória, família ou pessoa significativa. Nesta ótica, deu-se preferência a locais de estágio em contextos perioperatórios para o decorrer da prática clínica.

Os ensinios clínicos que integram a UC Estágio com Relatório, nomeadamente, o EC II - Unidade de Ambulatório e o EC III – Opção Clínica (Unidade de Cuidados Pós-anestésicos / ou Bloco Operatório em Diferentes Especialidades), foram criteriosamente escolhidos, com vista ao acompanhamento perioperatório à pessoa idosa com patologia de coluna. O primeiro decorreu numa Unidade de Hemodinâmica e procurou a compreensão

dos cuidados perioperatórios em regime ambulatorio, enquanto o EC III decorreu num serviço de internamento cirúrgico (Serviço de Oftalmologia/ Neurocirurgia/ Neurologia) e numa Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos com o propósito de enriquecimento na minha formação, aprendizagem e intervenção contínua, resultando no desenvolvimento de competências comuns e especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no cuidado à pessoa em situação perioperatória.

Metodologicamente, é exposto um relato descritivo e analítico dos saberes adquiridos, resultantes da experiência pessoal, formativa e profissional, envolvendo conhecimentos transferidos nas Unidades Curriculares (UCs) deste mestrado, experiências vivenciadas nos ensinos clínicos e na pesquisa da evidência científica mais recente, focada no cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa e no maximizar a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica, identificados pela OE, como competências específicas do EEMCPSP.

Para alcançar estes objetivos, foram elaborados trabalhos académicos que demonstram o conhecimento e as competências aprimoradas no cuidado especializado à pessoa em situação perioperatória, nomeadamente o projeto de autoformação, reflexões críticas nos relatórios de estágio, pósteres e ainda apresentação da temática em estudo em distintos eventos científicos, recorrendo sempre aos conhecimentos especializados no âmbito da ciência de enfermagem.

Como enfermeira a exercer funções no Bloco Operatório há catorze anos, ciente do ambiente inóspito, da especificidade e complexidade dos tratamentos em constante evolução à pessoa em situação perioperatória, considera-se que a frequência deste mestrado é uma mais-valia para o meu crescimento pessoal e profissional.

Nesse sentido, acredita-se que a formação académica vem cimentar e aperfeiçoar os cuidados que presto diariamente, tornando-os especializados na qualidade, na segurança e na prevenção dos eventos adversos em todo o período perioperatório, bem como aprimorar o pensamento crítico e empoderar a minha capacidade de tomada de decisão assertiva e fundamentada.

Considerando a estrutura do presente documento, este contempla a introdução, três capítulos, a conclusão e, por último, as referências bibliográficas. O primeiro capítulo apresenta uma contextualização dos cuidados especializados em enfermagem perioperatória, enfatizando o DPO e os cuidados de enfermagem especializados na sua prevenção. No segundo capítulo, com os contributos da experiência profissional e da prática nos diferentes

ensinos clínicos, é exposto o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEEMCPSP. Por último, no terceiro capítulo, apresenta-se uma análise sobre o percurso formativo e a forma de aquisição e desenvolvimento das competências, atitudes e valores, previstos para o segundo ciclo de estudos, que influenciaram a minha prática.

As referências utilizadas para a elaboração deste trabalho seguiram as normas de Elaboração de Trabalhos Académicos da ESESJC, baseadas nas normas da American Psychological Association (7ª edição).

CAPÍTULO I – ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA NA PREVENÇÃO DO *DELIRIUM* PÓS-OPERATÓRIO

1.1. O caminho percorrido da enfermagem perioperatória

Historicamente, a evolução dos blocos operatórios e a enfermagem perioperatória estão diretamente envolvidos com o progresso da investigação, tecnologia, necessidades cirúrgicas e higiene hospitalar. Em 1800 estão descritas as primeiras cirurgias, que decorriam num lugar mais reservado da enfermaria. Resultante dos achados científicos de Pasteur e das teorias desenvolvidas por Florence Nightingale, surgem as primeiras preocupações acerca de infeção, higiene hospitalar e isolamento do doente, que geram uma evolução nos cuidados na saúde, como a esterilização a vapor em 1886, a higienização das mãos antes do procedimento cirúrgico em 1900, as primeiras luvas em 1905 e em 1914 o uso de máscara cirúrgica (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses [AESOP], 2006).

Além da evolução científica e estrutural, houve a necessidade formativa, tanto que em 1875 nos Estados Unidos, Canadá e Reino Unido, o plano de estudos das escolas de enfermagem apresenta conteúdos acerca dos cuidados intra-operatórios. A enfermagem de sala de operações é considerada a primeira área de especialização em enfermagem nos Estados Unidos no ano de 1889, e em 1910 são descritas as funções de instrumentação, circulação e anestesia bem como as disciplinas que devem fazer parte da formação (AESOP, 2006).

Esta preocupação com o ensino, formação, melhoria dos cuidados à pessoa em situação perioperatória, a par com a salvaguarda das competências específicas dos enfermeiros a desempenhar funções nos blocos operatórios, fez com que as enfermeiras chefes dos mesmos, reunissem e fundassem a American Association of Operating Room Nurses (AORN) em 1949 (AORN, 1969).

Contudo, só em 1978 é que surge pela primeira vez o conceito de enfermeiro perioperatório descrito pela AORN e citado pela (AESOP, 2006):

A função perioperatória do enfermeiro de sala de operações consiste na atividade de enfermagem desempenhadas pelo profissional de enfermagem durante as fases pré, intra e pós-operatórias da experiência cirúrgica do doente. O enfermeiro perioperatório identifica as necessidades físicas, psicológicas e sociológicas do indivíduo, põe em prática um plano de cuidados individualizado que coordene as suas ações, baseado nas ciências humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do indivíduo, antes, durante e após a cirurgia (p.6).

É uma definição com cerca de 45 anos, contudo, bem atual e vai de encontro com o preconizado no Regulamento nº 429/2018 da OE e que será explanado com maior pormenor ao longo deste relatório.

A par do desenvolvimento Europeu e Mundial, surgem os primeiros enfermeiros nos blocos operatórios portugueses. No ano de 1901, as escolas de enfermagem portuguesas apresentam conteúdos teóricos focados nos cuidados perioperatórios. E na década de noventa, a enfermagem perioperatória tem a sua grande evolução, quando os enfermeiros portugueses começam a abandonar o modelo biomédico e iniciam o processo de enfermagem. A importância de identificar o problema e as necessidades da pessoa em situação perioperatória, implica que o enfermeiro conheça a pessoa antes do tempo cirúrgico, com a visita pré-operatória, e o acompanhe em toda experiência cirúrgica até à visita pós-operatória. Esta dinâmica permite o desenvolvimento do enfermeiro perioperatório, dotado de novas competências nas áreas da comunicação/relação e informação/educação, para a saúde (AESOP, 2006).

Na Europa, em 1980 é fundada a European Operating Room Nurses Association (EORNA), e têm como missão o atendimento especializado ao doente perioperatório, mostrar presença influente dos enfermeiros perioperatórios na Europa, interligar e colaborar com outras organizações e por último, o desenvolvimento de oportunidades educacionais aos associados (EORNA, 2019).

Em Portugal, no ano de 1981 é criada a AESOP, este movimento parte de um grupo de enfermeiras dos Blocos Operatórios Portugueses, com o intuito de defender que todo o cuidado é orientado pelo e para o doente, no sentido de garantir a sua segurança física e emocional, prevenção de infeção e acidentes que possam ocorrer no perioperatório (AESOP, 2006).

Durante algumas décadas, fomentava-se que o enfermeiro perioperatório apenas executava tarefas, contudo, a constatação de um modelo conceptual conhecido como **Modelo Perioperatório Centrado no Doente**, específico para o contexto perioperatório, demonstra a relevância da abordagem do enfermeiro centrado no doente, apresentando uma diferenciação de cuidados especializados que vão muito além da simples execução de tarefas (Salgueiro, 2014). Este modelo pretende representar a prática profissional do enfermeiro perioperatório no cuidado ao doente antes, durante e após a cirurgia e resultou do trabalho de um grupo de peritos da AORN com o propósito de criar uma teoria que desse resposta às exigências do perioperatório. A sua origem deu-se em 1998 e apresenta certos pressupostos: o modelo é centrado no doente e na sua família, desenvolvimento de um trabalho coletivo com a equipa multidisciplinar, onde o enfermeiro estabelece resultados, identifica diagnósticos e implementa cuidados no sentido de o doente atingir os resultados desejados durante a sua experiência cirúrgica (Azevedo, 2016).

A edificação das competências da enfermagem perioperatória inicia-se em Portugal em 2011, e deve-se ao trabalho desenvolvido pela AESOP, acompanhado pela OE para o reconhecimento da Enfermagem Perioperatória como especialidade de acordo com o Regulamento 168/2011. Este percurso veio culminar em 2015 na aprovação por unanimidade e aclamação da nova especialidade clínica de Enfermagem Perioperatória em Assembleia Geral Extraordinária da OE (AESOP, 2015). Em 2017 são aprovados pela OE, os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados na área de especialização Perioperatória no sentido de servirem de guia e referencial para a prática especializada do enfermeiro especialista com um padrão de excelência no exercício profissional (OE, 2017a).

Em concordância com os Padrões da Qualidade, a área de especialização anteriormente referida, pressupõe um conjunto de competências especializadas adequadas às necessidades específicas de cuidados à pessoa em situação perioperatória, a vivenciar processos de saúde/doença, que necessite de procedimentos cirúrgicos e anestésicos. Estas competências permitem atuar com consciência cirúrgica e advogar pela pessoa que aceita submeter-se a um estado de vulnerabilidade física e emocional, bem como de consciência alterada, tendo como perspetiva a melhoria da sua condição de saúde. Este mesmo documento alerta para a complexidade do ambiente operatório (alta tecnologia, dispositivos médicos, fluxos de comunicação intensos, equipa multidisciplinar dinâmica, entre outros) e a necessidade de controlo ambiental constante e rigoroso.

No ano de 2018, é publicada a remodelação da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Diário da República no Regulamento nº 429/2018, com os distintos ramos de especialização, que apresentam denominação dirigida ao alvo dos cuidados e as respetivas competências específicas. No ramo de especialização à Pessoa em Situação Perioperatória, as competências específicas são: cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa e maximizar a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica.

O Regulamento supracitado define que a área de especialização em enfermagem à pessoa em situação perioperatória tem como alvo dos cuidados a pessoa e família/pessoa significativa a vivenciarem a experiência cirúrgica/anestésica. Apresenta cinco áreas de intervenção do enfermeiro perioperatório, sendo elas, a consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós-anestésicos. Estes cinco momentos complementam-se e abrangem as três fases do perioperatório, o pré, intra e pós, onde todos os cuidados prestados visam a promoção da saúde, prevenção de eventos adversos e tratamento da doença.

Observa-se que a Enfermagem Perioperatória como especialidade foi um percurso que se cumpriu após 32 anos:

(...) estive na liderança da AESOP tendo o objetivo principal, ver reconhecidas as nossas competências especializadas, definidos os elevados padrões de qualidade que caracterizam os nossos cuidados à pessoa em situação perioperatória e organizados os percursos educativos e ambientes formativos que garantam a preparação do Enfermeiro especializado em Enfermagem Perioperatória. Foi o mesmo objetivo que nos fez nascer como associação em 1986, que foi realidade em 2015, que voltou a ser recomeçado em 2017 e, neste momento, integrado como área de especialidade desde 2018 (p.7) (Bilbao, 2021).

Importa referir que é um privilégio frequentar o I Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgico, ramo perioperatório do país. Deveu-se à iniciativa e dinamismo da ESESJC em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santa Maria, que após apresentação do plano de estudos, obteve parecer favorável pela OE e acreditação pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior.

1.2. Cuidado especializado na Prevenção do *Delirium* Pós-Operatório

Em Portugal, os indivíduos com mais de 65 anos representam cerca de 22.1% de toda a população (EUROSTAT, 2021). A população geriátrica continua a aumentar em número e complexidade, o que também traduz um número acentuado de idosos que são submetidos a procedimentos cirúrgicos a fim de prolongar e melhorar a sua qualidade de vida (Vieira, 2019).

Um estudo desenvolvido por Inouye et al., (2014) nos Estados Unidos da América, indica que doentes com idade superior a 65 anos, representam mais de 48% do atendimento hospitalar e que o *delirium* ocorre em, até 60% dos doentes idosos hospitalizados. Nesse mesmo estudo apresentam taxas de mortalidade associadas ao DPO de 25-33% e que com a prevenção adequada, esta condição seria evitável em cerca de 30 a 40% dos casos.

O *delirium*, de acordo com o Diagnostic and Statistical Manual (5ª edição) da American Psychiatric Association, é uma perturbação neuropsiquiátrica transitória e flutuante com início súbito, da atenção, consciência e cognição. Esta pode desenvolver-se num curto espaço de tempo (horas a dias), com tendência a flutuar ao longo do dia e a agravar-se durante a noite. É demarcado por um declínio cognitivo global do estado de consciência, da atenção, atividade psicomotora; e maioritariamente é observado nos idosos hospitalizados. O *delirium* pode classificar-se em hipoativo e hiperativo, mas algumas pessoas apresentam sinais de ambos (misto). Sendo o primeiro caracterizado por lentificação

e letargia que se aproxima do estupor; e o segundo apresenta características de labilidade afetiva, agitação e ou recusa em colaborar nos cuidados médicos (APA, 2014).

O DPO define-se como um quadro de *delirium* que se desenvolve em doentes após procedimentos cirúrgicos e anestésicos (Borges et al., 2022). É uma complicação frequente após qualquer procedimento cirúrgico e predominantemente nos idosos, tendo uma incidência de 15 a 25% após cirurgia eletiva e de 50% após procedimentos de alto-risco (Muller et al., 2020, Gao et al., 2020, Marcantonio, 2017).

O quadro de DPO surge nas primeiras 72 horas após o procedimento cirúrgico e quando instalada esta condição clínica, torna-se irreversível. Os doentes afetados, não conseguem regressar ao estado de vida anterior, pondo em causa a sua qualidade de vida (Gao et al., 2020).

Estudos indicam que o DPO é comum em doentes idosos submetidos à cirurgia da coluna, o que implica períodos de internamentos prolongados e dispendiosos, resultando num declínio funcional, institucionalização pós-operatória e aumento da probabilidade de morte nos seis meses após a alta (Adogwa et al., 2017a).

Os doentes idosos têm um risco aumentado de desenvolver *delirium* após cirurgias complexas à coluna, contudo, este quadro também é notório em procedimentos simples como vertebroplastia, laminectomia e discectomia (Muller et al., 2020, Zhang et al., 2020).

Os distúrbios lombares, além da dor, limitam ou impossibilitam a realização das atividades de vida diárias, e apesar de a idade ser considerada um fator de risco para complicações pós-operatórias e eventos adversos como o DPO, o tratamento cirúrgico na população geriátrica tem sido bem-sucedido, mesmo que seja uma população com necessidades únicas devido às alterações fisiológicas do envelhecimento e às comorbilidades presentes. (Adogwa et al., 2017b).

Com o propósito de identificar se o comprometimento prévio da capacidade cognitiva em idosos (> 65 anos) submetidos à cirurgia eletiva da coluna vertebral influenciaria o risco de DPO, Adogwa et al., (2017b) num dos estudos desenvolvidos, concluíram que:

O comprometimento cognitivo é um fator de risco para o desenvolvimento de DPO. O DPO pode estar associado à diminuição da reserva cognitiva pré-operatória. Avaliações de comprometimento cognitivo devem ser consideradas nas avaliações pré-operatórias de doentes idosos antes da cirurgia (p.107).

Entre as diversas conclusões, estes autores mencionam que doentes com comprometimento cognitivo, apresentam duas vezes maior risco de desenvolver DPO. A ausência de diagnóstico prévio, afeta negativamente os resultados cirúrgicos, resultando de

forma significativa em morbidade e mortalidade pós-operatória, aumento de complicações, internamento e mortalidade. Neste mesmo estudo, identificaram que o humor depressivo está fortemente associado ao desenvolvimento de DPO (Adogwa et al., 2017b).

Apesar da fisiopatologia do DPO ser desconhecida, a literatura atual sugere que haja uma casuística potenciadora que engloba a neuroinflamação, disfunção da rede cerebral, resposta endócrina ao stress e desequilíbrio de neurotransmissores. E se anteriormente, o DPO era conhecido com uma condição reversível, atualmente está estabelecido que depois do síndrome instalado, é uma condição irreversível. Deste modo, torna-se imperativo o conhecimento dos fatores de risco e a identificação dos riscos que possam ser modificáveis (Muller et al., 2020).

Entre vários autores, são reconhecidos como fatores de risco: idade avançada, antecedentes cirúrgicos, estado cognitivo comprometido (demência, humor depressivo), incapacidades funcionais, outras patologias coexistentes (hipertensão arterial, diabetes mellitus, défice auditivo e visual), uso de medicação/drogas, sexo masculino. E como fatores de risco precipitantes ou modificáveis, identificaram: tempo cirúrgico, perda sanguínea, tempo anestésico, fármacos administrados (especialmente agentes hipnóticos, sedativos e anticolinérgicos), desidratação, desequilíbrio eletrolítico, dor elevada, restrição física, repouso prolongado, privação do sono, infeção pós-operatória, entre outras. Para estes autores, o diagnóstico é essencial e uma avaliação antes da cirurgia pela equipa multidisciplinar, permite direccionar as intervenções e os recursos de saúde adequados, influenciando de forma positiva a prevenção do DPO (Marcantonio, 2017, Zhang et al., 2020, Regasa, 2022).

Na literatura, é referenciada a dificuldade dos profissionais de saúde em diagnosticar o *delirium* hipoativo e o misto (Hasemann et al., 2018). Há a percepção de que os doentes com diagnóstico de *delirium* estejam agitados. Contudo, o *delirium* hiperativo representa apenas 25% dos casos, daí que o *delirium* hipoativo esteja associado a um pior prognóstico por difícil a sua identificação (Marcantonio, 2017). Nesse sentido é importante munir os profissionais de saúde de conhecimentos baseados em evidência científica para a prevenção do DPO. O enfermeiro perioperatório pela proximidade que possui com a pessoa em situação perioperatória com as visitas pré e pós-operatórias, assume um papel importante na prevenção e identificação precoce da disfunção, pois beneficia de uma relação de proximidade com o doente, o que permite um diagnóstico precoce, cuidados adequados e melhores resultados.

Para o diagnóstico de DPO, a evidência científica revela bons indicadores preditivos com o recurso à escala Confusion Assessment Method (CAM) (ANEXO A). Esta escala foi originalmente desenvolvida em 1988-1990 por Inouye et al., (1990), para aperfeiçoar o reconhecimento de *delirium*, e desde o seu desenvolvimento, tornou-se o instrumento mais aplicado para o diagnóstico de *delirium* em todo o mundo. Atualmente, esta escala está presente em mais de 4000 artigos originais e foi traduzida em 14 idiomas. Revelou uma sensibilidade de 94-100% e especificidade de 90-95%, traduzindo uma alta confiabilidade (Inouye, 2020).

A escala CAM é um instrumento de eleição para o diagnóstico de DPO e encontra-se traduzida e validada para a população portuguesa por Sampaio em 2012. A aplicação deste instrumento implica uma avaliação prévia do estado cognitivo e numa fase inicial o instrumento escolhido foi a escala Mini-Cog (Borson S. et al., 2000), esta escala permite avaliar a capacidade de planejar, gerir o tempo, organizar atividades, e gerir a memória. Apesar da sua fácil aplicação, o facto de implicar a intervenção direta do doente no preenchimento de um item, condiciona a sua aplicação nas pessoas sujeitas a cirurgia da coluna. A pessoa em situação perioperatória com patologia da coluna, por norma está em decúbito dorsal e sem elevação da cabeceira enquanto aguarda ida ao Bloco Operatório, daí não ser a mais adequada para esta população. Após reunião com o enfermeiro tutor e professora orientadora, concluiu-se que o adequado seria utilizar uma escala em que o preenchimento fosse realizado pelo entrevistador. A consulta bibliográfica remeteu-nos para a escala Six Item Cognitive Impairment Test - Teste de Declínio Cognitivo de 6 Itens (6CIT) com elevada fiabilidade e igualmente validada para a população portuguesa por Paiva em 2015 (ANEXO B), (Apóstolo et al., 2017).

O instrumento 6 CIT foi desenvolvida em 1983 por Katzman e revalidada em 1999 por Brook e Bullock, que alteraram o seu formato e, desde então, a sua validade tem sido confirmada por outros autores. Os resultados têm excedido as expectativas, demonstrando que a escala 6CIT apresenta resultados com capacidade para superar o Mini-Mental State Examination (Brooke & Bullock (1999), citado por Paiva et al., (2015)). Ao comparar os dois instrumentos, a escala 6CIT demonstrou ser um teste simples, curto, de fácil aplicação e com elevada sensibilidade sem comprometer a especificidade. A versão traduzida para a população portuguesa apresenta resultados equiparáveis aos estudos internacionais existentes, sendo evidente a confiabilidade, reprodutibilidade e validade da versão original e da versão traduzida. Perante todas as evidências, assume-se a escala 6CIT como um

instrumento de rastreio cognitivo adequado para uso na população idosa submetida a cirurgia da coluna (Paiva et al., 2015).

Acreditamos que o recurso a estes instrumentos permite aos profissionais de saúde a obtenção do diagnóstico correto e o planeamento dos cuidados adequados aos idosos submetidos a cirurgia da coluna, que pelo descrito até ao momento, envolve uma população sensível e com elevada prevalência de DPO.

Como mencionado anteriormente, o enfermeiro perioperatório, com atuação no pré, intra e pós-operatório, é um profissional que favorece de contacto direto com a pessoa/família em contexto cirúrgico e permite uma avaliação e deteção precoce do diagnóstico de DPO, bem como, possibilita a implementação de medidas preventivas do mesmo.

Na ótica de Marcantonio (2017), cuidados bem integrados pela equipa multidisciplinar e pelos familiares, ajudam a prevenir complicações e os maus resultados frequentemente observados, inferindo que uma **avaliação prévia do risco**, onde são identificados os fatores precipitantes, podem resultar em benefícios substanciais para a segurança e qualidade dos cuidados a implementar. O autor supracitado, menciona que alguns dos cuidados essenciais na prevenção do DPO, focam-se na **orientação espacial e temporal**, na **hidratação** e **nutrição** adequadas, na monitorização do trânsito intestinal e do débito urinário, na **prevenção do risco de infeção**, na **deambulação precoce** e **gestão eficaz da dor** e do ambiente cirúrgico.

No que concerne à **orientação espacial e temporal** recomenda-se a estimulação frequente, recorrendo ao uso de relógios, calendários, óculos, aparelhos auditivos, bem como incentivar visitas frequentes de **familiares**. Preconiza-se também a sensibilização dos profissionais para a importância de manter a orientação no tempo e no espaço, consciencializando sobre os sinais de alerta e a importância de prevenir a ocorrência do DPO, com base em rastreios.

Para além das medidas anteriormente referidas, é crucial atender ao **ambiente clínico**, respeitando os ciclos circadianos dia-noite. Nesta particularidade zelar pela efetiva iluminação das enfermarias, durante o dia e a noite, promovendo as **rotinas de sono** e o repouso.

Além dos cuidados mencionados, é foco de atenção do enfermeiro especialista, a continuidade dos cuidados no internamento e compete ao enfermeiro perioperatório dotar os seus pares acerca do diagnóstico e das medidas preventivas/curativas do DPO (Marcantonio, 2017).

O precoce e correto diagnóstico do DPO, bem como a implementação das medidas não farmacológicas dirigidas, têm demonstrado uma redução do tempo de internamento hospitalar e diminuição da incidência de infeções e complicações, admitindo assim aos enfermeiros a construção de um cuidar autónomo na execução destas intervenções para prevenir e tratar a disfunção. Estas intervenções promovem significativamente a segurança do doente e a redução de riscos relacionados ao evento de DPO (Souza et al., 2017).

Quanto às medidas farmacológicas, é importante o consenso entre toda a equipa multidisciplinar sobre a interação medicamentosa, aquando identificado o risco, pois há medicação que potencia o *delirium*, como os opióides e as benzodiazepinas (Bartzak, 2020).

Nos próximos capítulos, considerando o conteúdo descrito, é demonstrado qual o impacto das intervenções de enfermagem durante as práticas clínicas e em contextos perioperatórios.

CAPÍTULO II – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

2.1. Construção de competências em enfermagem

A enfermagem existe desde que uma pessoa cuidou de outra, sendo que o cuidar é a base de todas as possíveis definições de enfermagem (Sorensen & Luckmann, citado por Salgueiro, 2014).

O trabalho desenvolvido por Florence Nightingale, permitiu a evolução do conceito cuidar e a criação da enfermagem como a ciência do cuidar que se conhece nos dias de hoje (Stam, citado por Alves et al., 2015). Madeleine Leininger em 1991, propôs o cuidar como tema central para a enfermagem (Zangão, 2014). Boff, citado por Alves et al., (2015), defende que cuidar é uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e afeto com o outro. Este cuidar é um olhar holístico ao ser humano, e a valorização do ser humano como ser bio, psico, sociocultural e espiritual.

Podemos considerar que a forma de cuidar é um dos conceitos em evolução na enfermagem, daí a constante teorização sobre o cuidar, desde o saber fazer, saber estar, saber ser, acompanhando as modificações socioeconómicas, culturais, científicas e tecnológicas (Alves et al., 2015).

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), presente na Lei nº156/2015, define a enfermagem como sendo a

profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (p.99).

A construção de competências para uma enfermagem especializada passa pelo desenvolvimento de conceções sobre o cuidar em enfermagem, que estão na base dessa mesma construção, nomeadamente, uma formação/aprendizagem formal, a experiência prática e a formação ao longo da vida / desenvolvimento contínuo.

O processo de aprendizagem entende-se como uma construção pessoal, que resulta de um processo experiencial, e não se trata de um processo de adaptação a novas realidades, mas um acumular e a construção evolutiva do pensamento, um processo inacabado, em que a qualquer momento pode ser enriquecido com uma experiência, pois só desta forma o conhecimento evolui exponencialmente (Bártolo, 2007).

A construção de competências é um resultado direto das aprendizagens/experiências ao longo da vida, desenvolvendo desta forma pensamento crítico e reflexivo (Fonseca, 2006). Esta observação vai de encontro com a perspetiva de Bártolo

(2007), em que o “indivíduo forma-se porque experimenta, vive, reflete, aprende cuidando e cuida aprendendo” (p.19).

Competência por Le Boterf (2005), é um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que capacitam a pessoa de executar determinada profissão, de forma consciente e refletida, sendo capaz de gerir e articular os recursos disponíveis e transmitir aos pares o conhecimento e aptidões face a uma determinada situação profissional. Este mesmo autor afirma que inerente ao conceito de competência está implícito as distintas dimensões: pessoa com conhecimentos, capacidades, comportamentos, experiências, projetos de ação, gestão de recursos, desenvolvimento e/ou transformação do conhecimento e ainda podem

resultar de três fatores: o saber agir que supõe saber combinar e mobilizar recursos pertinentes (conhecimento, saber fazer, ...); o querer agir que se refere à motivação pessoal do indivíduo e ao contexto mais ou menos estimulante no qual ele intervém; o poder agir que remete para a existência de um contexto, de uma organização do trabalho, de escolha da forma de gestão (...) (p.28).

É possível deduzir que um profissional competente, é aquele que é dotado de conhecimento e habilidades que lhe permite, mobilizar recursos, analisar, priorizar e decidir de forma segura e refletida, promovendo um ambiente profissional, seguro e organizado. E como resultado desta convergência de capacidades, surgem novas habilidades (Zangão, 2014).

O estudante passa por cinco níveis de proficiência, sendo eles: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito (Benner, 2001). De acordo com a teórica, encontro-me no nível de perito, porém não impede de manter-me em constante aperfeiçoamento. “A teoria oferece o que pode ser explicado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem aprender pela teoria” (p.61). Consideramos que neste momento da minha experiência profissional, justifica-se o aperfeiçoamento das competências já adquiridas, associando a componente teórica com a experiência profissional e às aprendizagens nos ensinamentos clínicos. Indo de encontro com o exposto, o REPE, pela Lei nº 156/2015, defende que o processo de construção de competências contribui para o aperfeiçoamento profissional “(...) e entende-se que as formas de operacionalizar e promover o desenvolvimento pessoal e profissional passam pela autoformação, pela formação contínua e pelo processo de avaliação do desempenho. Ou seja, a aprendizagem ao longo da vida, (...)” (p. 43).

A construção pessoal de competências em enfermagem, inicia-se em 2003 com o ingresso na licenciatura em enfermagem, em 2009 com a admissão no HNM e prossegue em 2021 com a frequência no MEMC. Sem dúvida esta formação proporcionou o fundamento

teórico necessário para a compreensão da essência do cuidar despertando o meu sentir técnico científico e humano para a responsabilidade e consciência cirúrgica como enfermeira perioperatória, norteando o meu percurso de construção de competências especializadas no cuidar da pessoa/família em situação perioperatória.

A opção pelo mestrado em enfermagem médico cirúrgica e, mais concretamente, pelos cuidados especializados à pessoa em situação perioperatória decorre do percurso profissional de catorze anos desenvolvido no Bloco Operatório do HNM. A busca da excelência profissional e de competências passíveis de aperfeiçoamento, enveredar pela especialidade direcionada aos cuidados à pessoa em situação perioperatória tornou-se o caminho que fez sentido percorrer para acompanhar a complexidade e evolução dos procedimentos cirúrgicos e as suas implicações no ambiente cirúrgico, com o propósito de tornar-me mais eficiente e segura nos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória e família.

Com admissão no Bloco Operatório a 15 de maio de 2009 e após um período de experimentação nas três áreas de atuação dos enfermeiros perioperatórios, iniciou-se uma integração nas especialidades de Ortopedia, Neurocirurgia e Urologia como enfermeira instrumentista e circulante. O Bloco Operatório do HNM é um bloco central com funcionamento de 24 horas e com capacidade de resposta a diferentes valências cirúrgicas em contexto de cirurgia eletiva, urgente e emergente. Como elemento assíduo nas equipas de urgência, colaboro com os meus pares e equipa multidisciplinar nas diferentes especialidades cirúrgicas.

Além das funções mencionadas, assumi a responsabilidade de gestão dos consumíveis, instrumentais e equipamentos da especialidade de ortopedia e atualmente colaboro nessa mesma gestão na área de neurocirurgia. Procurei participar em diversas formações internas e externas em contexto de formação em serviço, e considerando a experiência profissional, bem como o reconhecimento dos colegas, acredito ter-me tornado um elemento de referência nas especialidades de ortopedia, neurocirurgia e urologia, uma vez que é solicitada a minha colaboração na integração de novos colegas e na orientação de alunos de enfermagem em estágio.

As visitas pré-operatórias são parte integrante dos cuidados no exercício profissional e um momento é de extrema importância para a preparação cirúrgica. É o momento em que se verificam os antecedentes pessoais e cirúrgicos, terapêutica habitual no domicílio, alergias, procedimento correto, local certo. Informamos acerca da necessidade de jejum, cuidados à pele, vestuário, remoção de próteses dentárias, entre outros, e, ainda,

possibilita-se a colocação de questões. Importa referir que se verificou através do proferido pelas próprias pessoas em situação perioperatória, que estes cuidados contribuíram para a diminuição do quadro de ansiedade.

A ansiedade deve ser refletida pela equipa multidisciplinar nos doentes em situação perioperatória. Em quadros de ansiedade, os doentes tornam-se propensos a uma maior dificuldade na aplicação de um acesso venoso, a uma rigidez da mandíbula no momento da indução anestésica, a flutuações hemodinâmicas consequentemente por vezes necessitando de maiores doses de anestésicos e outros fármacos (Melchior et al., 2018). No pós-operatório, o quadro de ansiedade também está relacionado com aumento de dor, náuseas e vômitos. Burkle et al., (2013), concluíram que a maioria dos doentes desejam receber informações sobre os riscos a que estarão expostos, e que a educação sobre os riscos envolvidos com a anestesia e cirurgia podem minimizar os níveis de ansiedade e os medos associados ao período que antecede a cirurgia. Também Sepúlveda-Plata et al., (2018), sugerem que intervenções de enfermagem na educação pré-operatória, contribuem para uma redução do quadro de ansiedade dos doentes.

A visita pré-operatória esteve suspensa durante a pandemia causada pelo vírus sars-cov-2, e atualmente, por contingências na gestão dos recursos humanos não abrange a totalidade dos doentes propostos para cirurgia.

Por tudo o descrito anteriormente, tornou-se natural e fundamental o ingresso neste mestrado. Com base na formação pessoal e experiência profissional, obtive acreditação no “EC I – Cuidar na sala operatória”, mediante apresentação da documentação prevista no Regulamento nº 507/2019, (currículum vitae devidamente datado e assinado, experiência profissional na área e superior a cinco anos, devidamente comprovada pela entidade empregadora, apresentação de um relatório sobre a experiência profissional e as competências adquiridas, um portfólio dos projetos efetuados e diplomas de todas as formações realizadas até ao momento). Este EC tinha como propósitos, cuidar e maximizar a segurança da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa a vivenciar processos de saúde/doença e que aceitam estarem submetidos a procedimentos cirúrgicos e anestésicos.

Durante a frequência neste mestrado, tornei-me membro associado da AESOP de forma a me manter atualizada nesta área tão específica que é o perioperatório. Participei ainda no curso “DPNTC – Definitive Perioperative Nurses Trauma Care” integrado na 8ª Jornada de Emergência e Trauma da Madeira/ 15º Aniversário da Associação Lusitana de Trauma e Emergência Cirúrgica (ALTEC).

Em contexto de mestranda, considero que os ensinamentos clínicos se apresentam como oportunidades para o aperfeiçoamento de competências técnicas e humanas, tanto que Alarcão e Rua (2005), consideram os ensinamentos clínicos “momentos de observação e intervenção em contextos de serviços de saúde e afins, com o objetivo de desenvolver capacidades, atitudes e competências”, e que decorrem em tempo e espaço delimitado, assumindo um papel determinante no processo de formação e desenvolvimento profissional. Também a OE pela Lei nº 156/2015, afirma que “a enfermagem alicerça o seu conhecimento específico tendo como base a fundamentação científica da disciplina e, ainda, através da intersecção de várias áreas do saber (...)” (p.11).

Com o propósito de demonstrar o percurso formativo no mestrado, o presente capítulo descreve como este se valorizou com os conhecimentos adquiridos nas UCs e em particular, a construção de competências durante os ensinamentos clínicos (EC II e ECIII), integrados na UC - Estágio com Relatório e que correspondem a 30 ECTS (Sistema Europeu de Transferência e Acumulação de Créditos), demonstrando que a associação da teoria com a prática, é essencial para o desenvolvimento de competências especializadas.

O EC II, contabiliza 62 horas de contacto, 33 horas de trabalho individual e decorreu na Unidade de Hemodinâmica entre os dias 25 de outubro de 2021 e 11 de novembro de 2021.

A Unidade de Hemodinâmica do SESARAM, presta cuidados de saúde em regime ambulatorial e que irei descrever ao longo do presente documento.

Com múltiplas vantagens reconhecidas internacionalmente, a Cirurgia de Ambulatório é um importante instrumento para a qualidade dos cuidados e eficácia na organização hospitalar. Representa um impacto positivo para o doente que, em menos de 24 horas, é intervencionado de forma programada, podendo concretizar a sua recuperação em ambiente familiar. A Cirurgia de Ambulatório, além de que não sobrecarregar os serviços de internamento, deixa-os disponíveis para situações mais complexas, racionalizando a despesa em saúde com uma correta reorientação dos custos hospitalares. Esta modalidade cirúrgica está em forte crescimento e intensificou-se desde 2007 em Portugal e de acordo com Despacho n.º 1380/2018, representa cerca de 63 % das cirurgias programadas atualmente.

Outra das mais valias da Cirurgia do Ambulatório é a baixa incidência de complicações, redução das listas de espera, recuperação pós-operatória em tempo reduzido e retoma precoce das suas atividades diárias (familiar e profissional) (AESOP, 2012).

Uma unidade de Cirurgia de Ambulatório, deverá de cumprir as mesmas normas de um bloco operatório convencional, sendo necessário manter a assepsia, considerando três

áreas distintas – receção/espera, cirúrgica e recobro/alta e quatro circuitos diferenciados – utentes, acompanhantes, equipa multidisciplinar e sujos/limpos (Coutinho, citado por Jacob, 2019).

Nestes serviços, os recursos humanos devem ser alvo de formação específica, com competências técnicas e relacionais bem desenvolvidas. O investimento em toda a equipa multidisciplinar, é um aspeto fundamental para a garantia da prestação de cuidados específicos e individualizados. O enfermeiro perioperatório desenvolve a sua atividade em todas as fases do processo cirúrgico, desde o pré, intra e pós-operatório (AESOP, 2012).

A Unidade de Hemodinâmica funciona maioritariamente em regime de cirurgia de ambatório e realiza “procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos normalmente realizados por via percutânea e que podem ser classificados em vasculares e não vasculares.” (p. 17). A evolução e o incremento da complexidade de procedimentos, tem proporcionado a inserção do enfermeiro nesses cuidados, exigindo o desenvolvimento de novas competências, uma vez que todos os procedimentos implicam a utilização de técnica asséptica e a maioria deles implica administração de produto de contraste endovenoso. Com efeito, a presença dos enfermeiros na equipa multidisciplinar é fundamental (Fernandes, 2014).

Em termos físicos, a Unidade de Hemodinâmica localiza-se no piso -1 do HNM. É constituída pelo secretariado, arquivo, corredor comum a todo o serviço, área de acolhimento, casa de banho para os utentes, duas salas para procedimentos, duas salas técnicas, zona de desinfeção, sala de controlo, recobro, copa, gabinete da enfermeira responsável, gabinete médico, vestuários masculinos e femininos, uma arrecadação e duas zonas dos sujos.

O acesso ao serviço é feito por dois lados opostos. A porta interna, junto ao secretariado e que antecede a área de acolhimento, é por onde entram os utentes. Esta entrada dispõe de cadeiras onde os utentes e acompanhantes aguardam a entrada. Já na zona de acolhimento, existe uma área de trabalho onde os enfermeiros realizam o acolhimento e onde os doentes são preparados para os procedimentos eletivos. O outro acesso é para a entrada dos profissionais e de todo o material necessário ao serviço. Nesta entrada estão alocados os vestuários dos profissionais, garantido assim o correto circuito e a assepsia progressiva necessária a um serviço com cuidados invasivos e manuseamento de material estéril.

A sala um é dedicada aos procedimentos da Cardiologia de Intervenção, já a sala dois está disponível para os procedimentos das diversas especialidades (Unidade da Dor,

Hemato-oncologia, Neurorradiologia, Nefrologia, Cirurgia Vascular). A Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos tem capacidade para alocar quatro camas.

Em relação à equipa de enfermagem, está destacado um elemento para cada sala de procedimentos, um elemento para a zona de acolhimento, outro no recobro e por último, um elemento na área da gestão do serviço.

Esta unidade dá resposta à população da Região Autónoma da Madeira, com um horário das 8h às 15h, de segunda-feira a sexta-feira. Às segundas e quintas o horário é prolongado até às 18h para a colocação de dispositivos eletrónicos cardíacos implantáveis. Fora do horário de funcionamento, os procedimentos são assegurados em regime de prevenção e os cuidados pós-anestésicos dos doentes são assegurados pelo internamento de Cardiologia. A equipa de prevenção é acionada para Via Verde Coronária, Acidentes Vasculares Cerebrais e Cateterismos de urgência.

Durante este ensino clínico, acompanhei os cuidados especializados da enfermeira tutora, que além da sua disponibilidade, esteve sempre atenta às minhas necessidades, tendo sempre procurado transmitir informação mais pertinente para o meu desenvolvimento como enfermeira especialista. Permitiu a consulta dos manuais e procedimentos do serviço, apresentou a equipa multidisciplinar, a estrutura do serviço, equipamentos e funções, circuitos e os cuidados a ter, para manter e garantir uma assepsia progressiva. Relativamente à gestão, avalia as necessidades do serviço e coordena os pedidos com diferentes armazéns (farmácia, consumíveis, produtos alimentares, administrativo, hotelaria e pilhas). Elabora os horários e a escala da prevenção dos enfermeiros, gere o plano diário da equipa, tendo o cuidado de haver rotatividade entre os elementos, uma vez que nos procedimentos, há uma grande exposição à radiação. Organiza e orienta o trabalho de dois assistentes operacionais. E além de todas estas funções, garante o bom funcionamento do serviço, desde os equipamentos, organização, comunicação entre toda a equipa e é a responsável pelo acompanhamento de alunos em estágio.

Os números disponibilizados pela administrativa do serviço, indicam que de janeiro a novembro de 2021, num universo de 1355 procedimentos, 50% das intervenções são feitas pela especialidade Cardiologia de Intervenção e destas, 50.9% são angioplastias. Os procedimentos de eletrofisiologia representam 17.1%, cirurgia geral 6.6%, cirurgia vascular 3.9%, nefrologia 3.1%, e as restantes especialidades representam cada uma delas cerca de 2% da atividade. Pela análise destes números, compreende-se a estreita ligação entre esta unidade e o Serviço de Cardiologia.

O EC III, contabiliza um total de 330 horas de contacto e 170 de trabalho individual. Decorreu no Serviço de Oftalmologia/Neurocirurgia e Neurologia, entre os dias 24 de janeiro de 2022 e 22 de fevereiro de 2022; e na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, entre os dias 22 de abril de 2022 e 20 de maio de 2022. Note-se, que a escolha dos locais de estágio está relacionada com a área de opção que pretendi desenvolver. O estudo acerca da prevenção do DPO, exige o acompanhamento da pessoa em situação perioperatória com patologia de coluna em todo o período perioperatório.

O EC III, preconiza a elaboração de um Projeto de Autoformação e a sua construção, permitiu a identificação dos objetivos que nortearam o percurso efetuado. O projeto é uma metodologia, aliada a investigação, e focada na resolução de problemas, compreende a integração de intervenções explícitas que conduzem a uma representação antecipada e conclusiva de um processo em transformação real. Neste processo, é possível adquirir capacidades e competências pela elaboração e concretização do projeto numa situação autêntica (Ferrito, Nunes e Ruivo, 2010). Estas mesmas autoras mencionam que:

Etimologicamente, o termo *projecto* deriva do latim: *projectare* – que significa lançar para a frente, atirar e terá surgido pela primeira vez no século XV. Assim, *projectar* significa investigar um determinado tema, problema ou situação com o objectivo de conhecer e apresentar as interpretações dessa realidade.

O enfermeiro competente é aquele que possui uma combinação de competências: as científicas, as técnicas e as sociais (Serrano, 2008). Este autor menciona que a metodologia de projeto favorece o conhecimento e habilidades, através da partilha de saberes e experiências entre as equipas e a reflexão sobre a prática. Desta forma, também promove o espírito de iniciativa, criatividade, colaboração, tomada de decisão, entre outros.

No Projeto de Autoformação apresentou-se como objetivo geral, o desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, mais concretamente na prevenção do DPO à pessoa idosa em contexto perioperatório, submetida a uma intervenção cirúrgica para resolução de patologia da coluna, e o planeamento com as respetivas atividades/ estratégias para atingir este objetivo geral.

A metodologia de projeto revelou-se um instrumento que incentiva a proatividade dos formandos e permitiu trabalhar de forma organizada um tema específico para a construção do próprio conhecimento, pois elabora o planeamento das atividades necessárias para alcançar os objetivos definidos.

O Serviço de Oftalmologia/Neurocirurgia e Neurologia do HNM é direcionado para o tratamento de doentes com patologia do foro oftalmológico, neurocirúrgico e neurológico.

Está localizado no 7º piso, lado poente, e possui uma lotação de 34 camas, incluindo dois isolamentos. O seu acesso é feito por elevador ou por escadas internas.

O circuito dos doentes processa-se da seguinte forma (após obtenção de teste Covid negativo): o internamento pode ocorrer pelo serviço de urgência, consulta externa, outros internamentos, domicílio e ambulatório; já a saída dos doentes dá-se por alta hospitalar ou transferência. A todos os doentes que se encontrem nestas situações será entregue pela secretária de piso ou pelo enfermeiro responsável, a documentação e orientações adequadas à sua situação clínica no momento da alta.

A equipa de enfermagem é constituída por 33 enfermeiros, e em termos de logística, os enfermeiros estão organizados em cinco equipas com horário rotativo e uma equipa com horário fixo. Por norma, o turno da manhã é composto por dez a nove enfermeiros, o turno da tarde por cinco a quatro enfermeiros e o turno da noite por três enfermeiros.

Como enfermeira instrumentista da especialidade de neurocirurgia, é do meu interesse pessoal, otimizar a experiência cirúrgica do doente no seu todo. A experiência do mestrado, permitiu conhecer a problemática do DPO. Esta temática despertou o meu interesse em aprofundar o conhecimento acerca da mesma e a sua prevalência no idoso, pois considero ser uma população sensível e que irá beneficiar de um cuidado especializado, baseado na evidência científica mais recente e nas boas práticas.

Durante este estágio, o acompanhamento do enfermeiro Tutor, permitiu conhecer as suas funções e responsabilidades enquanto enfermeiro especialista no serviço, uma vez que desempenha cuidados especializados à pessoa em situação crítica e de enfermeiro gestor na ausência do enfermeiro chefe. O enfermeiro Tutor, além da sua disponibilidade, esteve sempre atento às minhas necessidades, procurou transmitir informação relevante, permitiu a consulta dos manuais e protocolos do serviço, plano de integração dos enfermeiros, apresentou a equipa multidisciplinar, a estrutura do serviço, equipamentos e circuitos. Na ausência do Chefe de Serviço, assume cuidados de gestão, avalia as necessidades do serviço, organiza o plano de trabalho e distribuição dos doentes pela equipa de trabalho, tendo sempre em conta as competências de cada colega para os doentes em questão. Verifiquei que, pela sua perícia, é solicitado por diversas vezes pelos colegas, e é tido entre os pares como um elemento de referência.

A Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos é uma unidade que receciona doentes vindos do Bloco Operatório para recuperação do estado anestésico. Em casos excecionais, por falta de vagas na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes, recebe doentes dependentes do ventilador.

A unidade tem capacidade para doze camas e seis cadeirões. Possui ainda na entrada, um espaço reservado para iniciar uma cirurgia de emergência, isto se todas as salas operatórias estiverem em funcionamento.

Quando a pessoa em situação perioperatória encontra-se estável, após autorização do médico anestesista e do enfermeiro responsável pelo doente, é permitida a visita dos acompanhantes por um curto período de tempo. No caso dos doentes menores de idade, um dos progenitores ou cuidador principal permanece junto da criança todo o tempo de recobro.

Em termos de circuito, o doente por norma regressa ao serviço proveniente. Já no caso de doentes provenientes da urgência, procede-se ao internamento na especialidade cirúrgica que corresponde à sua situação clínica.

Na unidade em questão estão, idealmente, destacados um enfermeiro para cada quatro doentes e um assistente operacional. Como o número de doentes na unidade é volátil, por norma, estão destacados dois elementos de enfermagem para cada turno.

O plano de estudos da UC – Estágio com Relatório preconiza a aquisição de conhecimentos, aptidões e atitudes necessárias às intervenções autónomas e interdependentes do exercício profissional de enfermagem perioperatória em unidade de cuidados pós-anestésicos. Indo de encontro ao plano de estudos e também aos objetivos propostos no PAF, propus-me a realização de um estágio na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos para o acompanhamento imediato ao doente idoso submetido a cirurgia da coluna. Como futura EEEMCPSP, é do meu interesse pessoal, possuir capacidades técnico-científicas que melhorem a experiência cirúrgica do doente no seu todo. E a passagem pela Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos torna-se crucial e pertinente no acompanhamento do doente idoso submetido a cirurgia de coluna.

Em termos físicos, a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos localiza-se à entrada do Bloco Operatório. Esta logística permite a realização do acolhimento à chegada ao Bloco Operatório de acordo com o protocolo instituído, o acompanhamento e vigilância no período pós-operatório imediato e ainda, a realização de visitas pré-operatórias e pós-operatórias em conformidade com o protocolo da instituição, à população alvo que se pretende estudar. Com o propósito de conhecer a dinâmica organizacional e funcional da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, identifiquei a estrutura, organização, consultei os protocolos e documentação disponível que permitisse a caracterização do serviço.

O acompanhamento da enfermeira Tutora, permitiu conhecer as suas funções e responsabilidades como especialista no serviço, uma vez que desempenha competências de

cuidados especializados à pessoa em situação crítica, é chefe de equipa e desempenha funções de gestão.

Os contextos perioperatórios para a prática clínica possibilitaram experiências e aprendizagens no cuidado à pessoa em situação perioperatória, bem como na deteção precoce de DPO na pessoa idosa com patologia de coluna, através da interação contínua com o doente e família ou pessoa significativa.

2.2. Competências comuns do enfermeiro especialista

Considerando que o saber profissional de enfermagem resulta de um processo de construção, o enfermeiro especialista, é todo aquele a quem é reconhecida a competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem de acordo com o Regulamento n.º 140/2019. Este mesmo Regulamento prevê que a atribuição do título de enfermeiro especialista é dada pela verificação das competências enunciadas nos regulamentos de cada especialidade, e também partilhem um conjunto de competências comuns e passíveis de aplicação em diferentes contextos de cuidados de saúde.

“são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;” (p.4745)

Os enfermeiros estão a assumir cuidados que implicam maior exigência técnica e científica. Esta tendência é tão marcante que a diferenciação e especialização torna-se cada vez mais necessária e evidente no nosso contexto atual. “A formação em enfermagem coloca-se, assim, na apropriação de saberes teóricos e práticos, que se refletem, na qualidade dos cuidados de saúde prestados à comunidade, na responsabilidade e autonomia dos cuidados de enfermagem patente na estrutura curricular do curso e no grau académico que lhe é conferido” (Fonseca, 2006, p.37).

As competências comuns do enfermeiro especialista estão reunidas em quatro domínios: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, domínio da melhoria contínua da qualidade, domínio da gestão dos cuidados e domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Ao longo dos próximos quatro pontos irei descrever e refletir sobre o caminho percorrido ao longo do mestrado e sobre o contributo das componentes teóricas aliadas aos ensinamentos clínicos no desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista.

2.2.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

O enfermeiro especialista é capaz de ter um desempenho seguro, profissional e ético, recorrendo as competências de tomada de decisão ética e deontológica, tendo por base o conhecimento e a avaliação sistemática das melhores práticas e as preferências do doente, segundo o Regulamento n.º 140/2019.

O processo de tomada de decisão requer uma abordagem sistémica e sistemática de acordo com o CDE descrito na Lei nº 156/2015, e dela, o enfermeiro consegue identificar as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa ou da família, que resultam em intervenções que permitem detetar problemas precocemente, e assim resolver ou ainda, evitar riscos ou complicações.

Para uma melhor compreensão da tomada de decisão ética e deontológica, irei abordar o que se entende por ética e deontologia. A Ética é um “conjunto de regras de conduta de um indivíduo ou de um grupo” (Dicionário Priberam, 2023). Refere-se ao estudo e à prática daquilo que é correto para a humanidade. Preocupa-se com os valores e os meios necessários para assegurar o bem-estar, a saúde, a prosperidade e a felicidade dos humanos, estabelecendo o que está correto e o que está errado na prevenção de prejuízos para o indivíduo (Thompson et al., 2004). A deontologia, por sua vez, é o “conjunto de deveres e regras de natureza ética de uma classe profissional” (Dicionário Priberam, 2023), que realça a importância de os enfermeiros atuarem dentro do âmbito legal da profissão, respeitando as leis e os regulamentos inerentes à prática de enfermagem. O Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE) estabelece os princípios éticos e morais, bem como os direitos, responsabilidades e normas de conduta que os enfermeiros devem adotar no seu exercício profissional. Entre os vários princípios, saliento, para a prática da enfermagem perioperatória, a relação com o doente, a manutenção da privacidade, o consentimento informado, a promoção do conforto e bem-estar, a prática baseada na evidência, o sigilo profissional e a responsabilidade profissional, para confirmar a segurança dos doentes e dos cuidados prestados.

Durante o percurso académico, aquando da realização dos ensinamentos clínicos, observei que os enfermeiros, no exercício das suas funções, são constantemente confrontados com tomadas de decisão. O processo de tomada de decisão, requer uma análise ponderada sobre a situação, sobretudo quando a pessoa não está capaz de emitir a sua preferência.

A decisão ética surge sempre que ocorre um problema ético em âmbito laboral, em que a pessoa ou seus familiares estejam aos cuidados do enfermeiro. Ao identificar a

problemática, “o enfermeiro procura as ações que considera adequadas à sua resolução, através da construção de uma decisão suportada em fundamentos que se mostram apropriados para garantir um agir ético” (Deodato, 2010, p. 15).

Existem vários modelos de tomada de decisão ética, que podem estar agrupados em dois grupos, os principalistas e os casuísticos. A ética principalista, é a teoria mais aceita na área da saúde para a tomada de decisão. Este modelo assume princípios fundamentais que são considerados universais e orientam a conduta moral dos profissionais de saúde, sendo eles o princípio da beneficência (obrigação de agir no melhor interesse do doente, de praticar o bem), o princípio da não maleficência (não causar dano intencional, ponderar o risco em benefício de cada ação), o princípio da autonomia (respeito pela capacidade do indivíduo de tomar decisões informadas e exercer a sua própria vontade) e o princípio da justiça (equidade e imparcialidade na distribuição dos recursos e tratamentos disponíveis). No modelo casuístico, a tomada de decisão é obtida através da comparação entre casos idênticos e já resolvidos (Nunes, 2011).

Independentemente do modelo a adotar, a operacionalidade dos mesmos é idêntica. O problema deverá estar bem identificado e a tomada de decisão ética final terá bases teóricas e fundamentação que suporte as diferentes hipóteses. Este processo é uma prática regular no exercício da profissão de enfermagem e de grande responsabilidade, como podemos contemplar no CDE, artigo 100º, alínea b), da Lei nº 156/2015, o enfermeiro deve “responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega” (p.78), independentemente da sua complexidade.

Foi possível verificar que alguns doentes assistidos e seus familiares, não demonstravam conhecimentos/capacidades para tomar decisões, seja porque não compreendiam a informação que lhes era transmitida, ou ainda, pela instabilidade clínica em que se encontravam. São estes os momentos em que os princípios da bioética, autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, assim como os princípios da deontologia em enfermagem, como a responsabilidade intrínseca à profissão e que foi assumida perante a sociedade, o respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados e a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais, funcionam como orientadores nas tomadas de decisão, visando o respeito, a individualidade e a dignidade do ser humano, conforme previsto na Lei 156/2015.

A tomada de decisão, é uma intervenção complexa assumida pelos enfermeiros, pois trata-se de decidir por um indivíduo que possui ideais, valores e preferências únicas. Ao refletir sobre esta problemática, nos diferentes ensinamentos clínicos, procurei aperfeiçoar as

minhas intervenções no processo de tomada de decisão, atendendo aos princípios éticos inerentes à profissão. É necessário um esclarecimento e entendimento entre toda a equipa multidisciplinar acerca do estado clínico do doente para assim optar pelo melhor tratamento na condição que apresenta. A decisão a ser tomada deverá sempre resultar numa melhoria do seu estado de saúde/doença. Outro aspeto importante a considerar, é a opinião da família ou pessoa significativa, que após informada e esclarecida dará o seu contributo na decisão a tomar.

Entre várias questões que surgiram durante os ensinamentos clínicos, uma delas passa-se com um doente oncológico consciente e orientado que questionou um local onde pudesse fumar. Nesse momento, tentei movê-lo e alertei para as consequências desse comportamento no seu estado de saúde atual. Ainda assim, o doente, afirmou ser conhecedor dos malefícios deste ato, e decidiu fumar. Apesar de identificar que esta não seria a melhor escolha, pelo princípio da autonomia, a sua vontade foi respeitada.

No decorrer do EC III tive a oportunidade de experienciar como uma tomada de decisão consciente e rápida permite resultados benéficos imediatos. Realizada a identificação pré-operatória do risco de DPO, através das escalas 6CIT e CAM aplicadas a uma pessoa em situação perioperatória submetida a uma Vertebroplastia, constatei, ao receber a passagem de turno, o diagnóstico de DPO e de imediato foram aplicadas as intervenções de enfermagem específicas e mencionadas no Capítulo I, tais como a hidratação, reorientação no tempo e espaço, levante e deambulação precoce. Posso referir que no fim do turno, essa mesma pessoa, apresentava uma comunicação consciente e orientada, semelhante ao dia pré-operatório. Observa-se que uma tomada de decisão baseada nos conhecimentos técnico-científicos, contribui de forma substancial para cuidados especializados de excelência, potenciando melhores *outcomes* em saúde.

Considero que todo o processo de obtenção de competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, traduziu um processo de consciencialização e sentido de responsabilidade sobre a valorização e respeito pela pessoa e seus familiares na adequação dos cuidados perioperatórios. Este processo conduziu a uma procura de conhecimentos, quer pela consulta de bibliografia orientada à temática, quer também pelo diálogo com os enfermeiros tutores. A presença de enfermeiros especialistas em diferentes áreas de especialização nas equipas enriqueceu a partilha de experiências no processo de tomada de decisão. Com efeito, o Regulamento 140/2019, enfatiza que os enfermeiros especialistas têm a responsabilidade acrescida de promover a reflexão em equipa acerca de questões ou dilemas éticos que surgem quotidianamente.

Ainda neste domínio, importa ressaltar que ao longo dos ensinamentos clínicos, observei os direitos dos doentes em conformidade com a Constituição da República Portuguesa e a Declaração Universal dos Direitos Humanos (Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas, 1948), especialmente em relação ao conteúdo do artigo 3º. A inviolabilidade da vida humana e a preservação da integridade moral e física das pessoas, reafirmando o direito do indivíduo à vida, à liberdade e à segurança pessoal. Na perspetiva do direito à proteção da saúde, surge uma série de valores fundamentais, incluindo a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade, valores estes que constituíram a base dos cuidados por mim prestados, numa abordagem de cuidados personalizados e individualizados.

Na Carta dos Direitos do Doente Internado, podemos ler que "o utente internado tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer ato clínico" (p.10) (DGS, 2004). E, igualmente descrito na Lei 156/2015 referente ao CDE, que prevê que o enfermeiro deve "salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa" (p. 81). Recordo que certos procedimentos necessitam de maior exposição corporal e apesar de encontrar algumas dificuldades causadas pela circulação das equipas multidisciplinares, espaços físicos limitados ou partilhados, foi possível zelar pela privacidade com recurso a biombo, lençóis ou toalhas, na prestação de cuidados diretos e assim evitar a exposição desnecessária do doente.

Considero que mantive uma conduta congruente e consistente com o CDE. Em cada intervenção de enfermagem, respeitei a individualidade de cada indivíduo. Na presença de doentes conscientes, estimei-os para a sua autonomia, informei acerca dos cuidados e ainda esclareci dúvidas acerca dos mesmos. Procurei envolvê-los na tomada de decisão, obtendo consentimento para a realização dos cuidados, preservando assim, os seus direitos e valores. Promovi a dignidade humana ao prestar cuidados apropriados ao estado de saúde de cada indivíduo, protegendo os seus direitos como a privacidade, confidencialidade, informação, entre outros.

A frequência neste Mestrado, com os contributos da componente teórica da UC – Ética, a partilha entre os colegas e as experiências nos ensinamentos clínicos, vêm consolidar os valores enraizados e contribuem para o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista neste domínio.

2.2.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Este domínio está diretamente ligado ao desenvolvimento de três competências do enfermeiro especialista. Na garantia de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte

das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, na gestão de práticas com qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e por último, o enfermeiro especialista, garante um ambiente terapêutico e seguro como consta no Regulamento 140/2019.

O Ministério da Saúde elaborou no Despacho nº 5613/2015, a “Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020” com o propósito de “potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde” (p.13552). Este projeto pretende contribuir para o reforço da equidade como dimensão essencial do Serviço Nacional de Saúde, uma garantia de acesso aos cuidados de saúde com condições adequadas às necessidades, impondo aos serviços prestadores de cuidados, incorporarem um quadro de melhoria continua da qualidade e segurança, bem como ações de promoção de saúde e prevenção de doenças.

A qualidade em saúde, entendida como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com o nível profissional ótimo, tendo em conta que os cuidados sejam adequados às necessidades e expectativas do cidadão e com segurança, pois estes cuidados integram uma obrigação ética porque contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas, da inovação, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados de acordo com o Despacho nº 5613/2015.

Em consonância, surge o Modelo de Acreditação da Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia (ACSA), com a finalidade de verificar a qualidade das organizações prestadoras de cuidados de saúde. O Modelo ACSA, procura excelência nos cuidados de saúde e promove a cultura de melhoria continua, com critérios e padrões de desempenho complexo e abrangentes. Neste modelo é abordada a qualidade em diferentes vertentes, em que o cidadão é o foco do sistema de saúde e toda a atividade dos profissionais, processos de suporte e os resultados são centrados na pessoa. O processo de acreditação promove o conhecimento sobre o conceito de qualidade, resultando num empenho voluntário dos profissionais de saúde na melhoria contínua dos cuidados prestados (Machado, 2020).

Este modelo foi adotado pelo Ministério de Saúde Português, por ser aquele que melhor se enquadra nos critérios definidos pela Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde e por ser um modelo consolidado e reconhecido. A acreditação é concedida pela Direção Geral de Saúde (DGS) e tem uma validade de cinco anos (DGS, 2021).

Relativamente aos locais de estágios, constatei que a Unidade de Hemodinâmica, como unidade integrante do Serviço de Cardiologia, e a Unidade de Cuidados Pós-

Anestésicos, como unidade do Bloco Operatório, obtiveram nível de BOM no último processo de acreditação (DGS, 2023). Qualidade e segurança surgem como dois importantes pilares da melhoria continua dos cuidados. Neste sentido, no Despacho nº 1400-A/2015, é criado o Plano Nacional de Saúde para a Segurança dos Doentes 2015-2020, onde se defende como direito do cidadão, o acesso e prestação de cuidados de saúde com qualidade. A melhoria da qualidade nos cuidados de saúde, obriga que a segurança seja um conceito fundamental, e o Despacho anteriormente referido, tem como objetivos estratégicos aumentar a cultura de segurança do ambiente interno, como a segurança da comunicação, segurança cirúrgica, segurança na preparação e administração da medicação, identificação correta dos doentes, prevenção de quedas, prevenção de úlceras de pressão, adotar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes, controle e prevenção de infeções.

A criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro, como competência comum deste domínio, significa que o enfermeiro especialista, deverá promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual, gerador de segurança e proteção à pessoa, família/ pessoa significativa, em situação perioperatória que está aos seus cuidados. Além de que participa na gestão do risco na instituição e/ou unidades funcionais, segundo consta no Regulamento nº 140/2019.

Posso considerar que em todos os contextos clínicos, promovi sempre um ambiente seguro e de confiança, garantindo o bem-estar do doente durante a prestação de cuidados diretos e indiretos. Acredito ter atuado com confiança e com fundamento técnico-científico adequado, refletindo na ação e sobre a ação, com os enfermeiros tutores, sempre que emergiam dúvidas ou dificuldades.

Neste sentido, embora esteja bem patente, uma cultura de manutenção de um ambiente terapêutico seguro em todos os contextos assistenciais, constatei a necessidade de se atender, ainda mais, à gestão ambiental, nomeadamente, minimizando o ruído e a luminosidade dos ambientes de cuidados, uma vez que o descanso e o silêncio são essências para a recuperação da pessoa submetida a cirurgia ou atos anestésicos.

Nas intervenções desenvolvidas para a prevenção de ocorrência de quedas e úlceras de pressão, tive a oportunidade de aplicar os instrumentos de avaliação, em particular durante o EC III, bem como implementar medidas preventivas destas problemáticas. Adotando uma filosofia preventiva, procurei identificar os fatores e riscos associados a cada uma das situações, apliquei as respetivas escalas e implementei as medidas concretas. Posso mencionar que, no âmbito de prevenção de quedas, é cultura dos serviços, zelar pela

segurança da pessoa, com o recurso à elevação das grades de proteção lateral, à colocação da cama no nível mais próximo do chão e a uma monitorização permanente dos doentes com alteração do estado de consciência. Quanto as úlceras de pressão, as minhas medidas preventivas passaram pela monitorização do regime dietético, vigilância da pele, mobilização e posicionamentos com regularidade e adequados à situação. Privilegiei os cuidados à pele, tanto na higiene como na hidratação.

A segurança, é fundamental quando se fala de qualidade em saúde. É notório que existe uma preocupação com estratégias de segurança nos serviços onde decorreram os ensinos clínicos. Nesse sentido, tive a preocupação de prevenir os *neverevents*, especificamente, no cumprimento de procedimentos mais invasivos, consultei previamente os protocolos inerentes ao procedimento e organizei todo o material necessário com o intuito de não causar danos ou evitar riscos para o doente e para os profissionais envolvidos. Entre várias experiências, no EC II, tive a oportunidade de exercer com conhecimento e perícia cuidados como enfermeira instrumentista em alguns procedimentos, entre eles, na implantação de pacemaker, respeitando o protocolo e as práticas recomendadas, a segurança cirúrgica do doente.

Os protocolos dos procedimentos para os enfermeiros, são documentos com suporte teórico sólido e baseado em evidência científica, com o propósito de padronizar as técnicas e garantir uma prática segura (Pimenta et al., 2017).

Quanto à preparação e administração de medicação, considero que tive um cuidado acrescido, pois são cuidados que não aplico com frequência na minha área de atuação específica. Assim, e tendo em consideração a elevada prevalência de erros na administração de medicação, procurei antes de administrá-los, respeitar as boas práticas de preparação do medicamento, validar a identidade do doente, medicamento, dose prescrita, horário, via de administração e por último, proceder ao registo da minha intervenção.

A comunicação é outra área de atenção para a garantia da segurança e qualidade dos cuidados e esta descrita como um dos pilares no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 presente no Despacho n.º 9390/2021:

A comunicação efetiva é essencial ao longo de todo o ciclo de cuidados, com particular destaque para os momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde.

A OE (2017b), define que a passagem de turno é “uma reunião da equipa de enfermeiros, com o objetivo de assegurar a continuidade de cuidados, através da transmissão

verbal de informação, no sentido de promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados” (p.1).

Mediante ao descrito, foi alvo da minha atenção, a garantia de informação assertiva nos registos e nas passagens de turno, em todos os ensinamentos clínicos que tive a oportunidade de realizar. Só desta forma é possível garantir que o colega que recebe o turno, consiga manter e dar continuidade aos cuidados adequados à pessoa em situação perioperatória.

Ainda no âmbito da segurança, procurei conhecer qual o procedimento dos serviços para a participação de incidentes e verifiquei que, quando necessário, registam a ocorrência na secção concebida para esse efeito no sistema informático ATRIUM, disponibilizado pelo SESARAM. Este registo da ocorrência é essencial para a continuidade da melhoria dos cuidados com qualidade, como podemos consultar no Despacho n.º 1400-A/2015, “a notificação de incidentes de segurança é considerada como uma das ferramentas para identificar os riscos, perigos e vulnerabilidades de uma organização, sendo a que melhor possibilita a partilha de aprendizagens com o erro” (p. 3882).

Para fundamentar as minhas intervenções, consultei as evidências científicas mais recentes e intervim de acordo com as mesmas. Contribuí para a formação dos enfermeiros no EC III, com apresentação teórica da temática do DPO, instrumentos de diagnóstico e intervenções de enfermagem preventivas para o diagnóstico de DPO. Participei e atuei de acordo com os protocolos instituídos pelos serviços.

2.2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

De acordo com o Regulamento nº 140/2019, o domínio Gestão dos Cuidados, contempla duas competências: “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” (p. 4748) e “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (p. 4748).

Podemos aferir que este domínio apresenta duas vertentes, gestão de cuidados e gestão de equipas e de serviços. Cabe a todos os enfermeiros desenvolver a competência de gestão de cuidados e de forma diferenciada pelos especialistas. Enquanto que a gestão de equipas e serviços, é uma competência prevista no Regulamento nº76/2018 e delega que é “exclusivamente aos detentores de título de enfermeiro especialista, com atribuição da competência acrescida em gestão” (p.3479).

O enfermeiro especialista é o profissional dotado de perícia e competências na área de gestão, capaz de gerir o turno, as equipas e de adequar “os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos

cuidados” de acordo com o Regulamento nº 140/2019 (p. 4748). Neste sentido, Costa (2013), afirma que a aquisição de um conjunto de competências agregadas a um vasto conhecimento, possibilita aos enfermeiros capacidades técnicas, humanas e científicas para gerir e liderar unidades de saúde com maior responsabilidade e eficiência.

Bowditch e Bouno (2002), citado por Oliveira et al. (2019), descrevem que a liderança é a capacidade de influenciar pessoas, na qual um indivíduo ou grupo é orientado para alcançar metas. Os líderes são responsáveis por conceder vitalidade às atividades e processos, além de inovação, competitividade e diferenciação.

Diversos estudos têm demonstrado que em Enfermagem, os líderes eficazes, são instruídos, solidários e visionários, e detêm a capacidade de transformar ambientes, promovendo: uma comunicação aberta, mais oportunidades educacionais e de formação, empoderamento dos elementos da sua equipa, autonomia e responsabilidade compartilhada em processos decisórios que melhoram os resultados da equipa, refletindo-se no aumento da qualidade dos cuidados prestados (Sousa, 2012).

Também Costa (2013), afirma que o desempenho de uma liderança eficaz na Enfermagem, promove um ambiente calmo e harmonioso, qualidade nos cuidados prestados e nas relações, por forma a atingir objetivos e melhores ganhos em saúde.

A UC de Gestão e os conteúdos lecionados na mesma, contribuíram para o início do meu desenvolvimento de competências neste domínio, tornando-se evidente a importância da gestão dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória e o seu contributo para a garantia da qualidade dos cuidados.

Pela experiência adquirida ao longo dos catorze anos de profissão, constatei, que aquando da ausência da Enfermeira Chefe, a gestão do serviço fica a cargo de um enfermeiro especialista. Esta mesma experiência, permitiu-me concluir que uma gestão adequada e uma liderança eficaz, produz melhores resultados nos cuidados prestados, na satisfação da equipa e dos doentes.

Um líder eficiente, consegue estar mais próximo da equipa e motivá-la a trabalhar num objetivo comum, além de que conhece os elementos da sua equipa e as necessidades do serviço. Este dá também o exemplo e demonstra-se ser um profissional que desempenha as suas intervenções com segurança e qualidade. Consegue organizar, adequar as intervenções aos profissionais, tomar decisões adequadas e orientar a equipa para a prestação de cuidados atempadamente e que sejam de qualidade e de excelência.

No decorrer dos ensinamentos clínicos, procurei conhecer a estrutura e dinâmica dos locais de estágio, como eram compostos em termos de recursos humanos e protocolos

existentes relativos a fluxogramas, distribuição de funções e responsabilidades dos diversos profissionais. Uma mais-valia que enriqueceu o percurso académico envolve a oportunidade de acompanhar três enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica que desempenhavam funções de gestão. Notei que a gestão dos cuidados tem por base a mesma operacionalidade, e que consiste na avaliação das necessidades do serviço, organização do plano de trabalho e distribuição dos enfermeiros, adequando as competências dos enfermeiros às necessidades dos doentes.

No ensino clínico III, tive a oportunidade de colaborar na elaboração do plano de trabalho e verifiquei que a elaboração de um plano de trabalho equilibrado exige do enfermeiro gestor uma visão holística de todo o serviço, desde os profissionais aos doentes, pelo que só assim terá sucesso nas competências de gestão. Além da gestão dos recursos humanos, fica responsável também pela gestão de consumíveis (pedidos, rececionamento, verificação de stock disponível) e efetua pedidos aos diferentes armazéns (farmácia, consumíveis, produtos alimentares, administrativo, hotelaria e pilhas), que também tive a oportunidade de colaborar e acredito ter sido uma mais-valia, uma vez que tenho experiência nesta área pelas responsabilidades que desempenho no meu serviço/ BO.

Observei de igual forma, uma preocupação em orientar os enfermeiros especialistas, pelas suas competências diferenciadas, para os cuidados dos doentes com maior gravidade ou complexidade da sua situação perioperatória, confirmando deste modo a pertinência do enfermeiro especialista no cuidar da pessoa em situação perioperatória num serviço de internamento.

2.2.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O Regulamento nº 140/2019, apresenta como último domínio das competências comuns, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Este domínio baseia-se em duas competências, o “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” e “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.”

A aquisição de competências neste domínio, deve-se ao querer manter-me atualizada e à vontade de aprimorar o exercício profissional. A aquisição de novos conhecimentos concebe cuidados de excelência e a especialização proporciona mais segurança no exercício da profissão.

Neste sentido, o enfermeiro especialista, como elemento diferenciado, tem a capacidade de demonstrar o autoconhecimento, como essência da prática de enfermagem e criação de relações terapêuticas e multiprofissionais. Além de que “alicerça os processos de

tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” Regulamento nº140/2019 (p.4749).

A melhoria contínua dos cuidados implica o desenvolvimento das competências dos profissionais de enfermagem, contudo, também implica dos mesmos, um trabalho intrínseco, um exercício de autoconhecimento. É necessário compreender o modo como as suas crenças e valores podem influenciar a prestação dos cuidados. Devem reconhecer o desenvolvimento das competências diferenciais, e aplicá-las de forma adequada, mas também reconhecer as suas limitações pessoais e profissionais, desenvolvendo estratégias para superá-las, de forma a que não prejudiquem a pessoa alvo dos cuidados (Younas et al. 2020).

O autoconhecimento tem influência em todos os aspetos da vida da pessoa. Além de ser o que nos torna únicos, implica uma autoavaliação e a visão que cada um tem de si próprio nas diferentes dimensões do Ser. Ter conhecimento acerca dos valores pessoais, permite reconhecer e desenvolver os valores profissionais e, em última instância, um referencial de como irá exercer enfermagem. O autoconhecimento é um processo interno na formação pessoal e que condiciona os diferentes pormenores da vida. É pelo autoconhecimento que o enfermeiro desenvolve a sua prática e qualifica as suas interações com a pessoa doente, família e equipa multidisciplinar, bem como, processa a sua capacidade de tomada de decisão (Correia, 2012).

A Lei nº156/2015, no CDE, refere que todo o enfermeiro tem o dever de “abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa e não lhe impor os seus próprios critérios e valores, no âmbito da consciência e da filosofia de vida” (p.79).

Esta competência indica que o enfermeiro especialista estará sempre numa atualização dos seus conhecimentos, fundamentados na evidência científica, que possibilita a construção de intervenções mais assertivas e adequadas, que em associação com a reflexão e introspeção sobre a prática, formam as bases do desenvolvimento pessoal e profissional.

No cuidar da pessoa e família/pessoa significativa, a vivenciarem experiência cirúrgica/anestésica, o autoconhecimento do profissional torna-se crucial, uma vez que permite adquirir competências e atitudes para lidar com situações complexas, como as que tive a oportunidade de experienciar nos ensinamentos clínicos.

O autoconhecimento é uma prática a que recorro com regularidade na minha vida pessoal e profissional, pois acredito que seja uma forma rica de crescimento pessoal em maturidade física, emocional, espiritual e afetiva, bem como social/relacional.

Tendo em conta a experiência profissional que possuo, apesar de a sala operatória possuir ambiente inóspito e de elevada tensão, torna-se uma zona de conforto, onde identifico e reconheço as minhas capacidades e limitações. Nesse sentido, acreditei e com sucesso, que sair da minha zona de conforto, iria contribuir para a melhoria do meu exercício profissional e crescimento pessoal. Exemplo disso foram os ensinamentos clínicos II e III, que proporcionaram experiências únicas, variadas e distintas da minha prática profissional habitual.

Portanto, nos diferentes ensinamentos clínicos, fundamentei a minha prática clínica em conhecimentos fidedignos, conhecimento técnico-científico, ético, atual e pertinente, procurei conhecer determinados processos de tomada de decisão e possíveis intervenções, e ainda potenciar o meu autoconhecimento pelas aprendizagens profissionais e reflexões acerca dos mesmos. Mantive uma postura sempre disponível para a aprendizagem e para o diálogo com os enfermeiros tutores e todas as equipas envolvidas, sobre temas em contexto de cuidados especializados e em especial, à pessoa em situação perioperatória.

Suportei os ensinamentos clínicos, numa praxis clínica especializada em evidência científica. Todo o meu estudo/pesquisa baseou-se em bibliografia de referência e atual. Os conhecimentos obtidos, foram-se materializando no exercício da enfermagem perioperatória, em contexto de estágio, e contribuíram para a maximização da segurança nos cuidados prestados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

A experiência profissional, leva-me a cuidar de doentes com diferentes quadros de ansiedade face à experiência cirúrgica, contudo, são momentos curtos e únicos pelo reduzido período de tempo no intra-operatório. Já a experiência nos ensinamentos clínicos, a proximidade com doentes em sofrimento físico, psicológico, social, espiritual, e o contacto com os familiares e as suas preocupações foram o verdadeiro desafio que testou as minhas competências e limitações, sobretudo na comunicação. Neste contexto, procurei na evidência científica suporte para adequar as intervenções nas diversas situações, desde a gestão de emoções, empoderamento do doente e família e técnicas de comunicação terapêutica.

A reflexão sobre todo o percurso desenvolvido, permitiu-me ter consciência do desenvolvimento de todas as competências comuns de enfermeiro especialista que considero ter adquirido e do contributo que os diferentes ensinamentos clínicos tiveram para o desenvolvimento de aprendizagens profissionais. Sem dúvida, o contacto com outros profissionais e em outros ambientes da prática de enfermagem, permitiu conhecer outras estratégias e abordagens na prestação dos cuidados perioperatórios.

Posso concluir que a aprendizagem é um processo inacabado com o propósito do contínuo aperfeiçoamento das intervenções desempenhadas diariamente.

2.3. Competências específicas de enfermagem à pessoa em situação perioperatória: os contributos da prática

A especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória tem como alvo de intervenção a pessoa e família/pessoa significativa que em alguma fase da vida está a vivenciar experiências cirúrgicas/anestésicas. As intervenções de enfermagem são dirigidas ao alvo dos cuidados, que necessitam de intervenção cirúrgica e anestésica em ambiente perioperatório. Essas intervenções passam pela prevenção de eventos adversos, tratamento da doença e manutenção da saúde.

A atuação do enfermeiro especialista tem lugar em três momentos distintos, conhecidos como pré, intra e pós-operatório e desenvolve-se em cinco áreas que se complementam: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós-anestésicos. O pré-operatório inicia-se quando é decidido tratamento cirúrgico pelo cirurgião, e termina quando a pessoa é transferida para a mesa operatória. O intra-operatório tem início na transferência da pessoa para a mesa operatória, até à sua transferência para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos. O pós-operatório inicia-se no momento de admissão na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos e finda quando a pessoa recupera do processo cirúrgico/anestésico como é possível consultar no Regulamento nº 429/2019.

O Regulamento supracitado menciona que, considerando os elevados riscos associados aos cuidados perioperatórios, pois o doente aceita ou escolhe ser submetido a procedimentos cirúrgicos e anestésicos, estando subjugado a um estado de consciência alterado, ficando vulnerável a nível físico e emocional, na expectativa de melhorar ou obter melhor qualidade de vida, o enfermeiro perioperatório, deverá demonstrar competências especializadas no cuidado à pessoa em situação perioperatória, garantindo a sua segurança e que a sua atuação seja congruente com a consciência cirúrgica, advogando pelo bem-estar do doente. Esta consciência cirúrgica, corresponde a um princípio ético e moral que norteia o especialista na sua intervenção de cuidar da pessoa em situação perioperatória. O especialista age sempre em benefício da pessoa e demonstra um comportamento baseado no conhecimento técnico-científico e cirúrgico, possuindo responsabilidades legais, éticas e morais com a pessoa e equipa multidisciplinar.

Como já mencionei nas competências comuns, o enfermeiro especialista é um profissional que no exercício da sua profissão, exerce as suas intervenções no sentido da melhoria contínua da qualidade e da segurança dos cuidados, recorrendo às boas práticas e à evidência científica válida e atual, e está dotado de competências e responsabilidade acrescidas no desenvolvimento de capacidades dos seus pares.

De acordo com Correia (2002), a construção de competências decorre do tempo e através do processo individual de aprendizagem. Este processo, além de complexo, exige do indivíduo uma reflexão contínua e a capacidade de aceitação e desconstrução, para a construção de novos conhecimentos.

Também a AESOP define “como competência um conjunto de conhecimentos, capacidades de acção e comportamentos estruturados em função de uma finalidade e numa determinada situação” (2012, p.172).

Além da aquisição das competências comuns abordadas no ponto anterior, o percurso formativo do enfermeiro especialista, pressupõe a aquisição de competências específicas, que são dirigidas ao alvo dos cuidados, mais concretamente à pessoa em situação perioperatória. Sendo assim, neste ponto, irei abordar os contributos da prática nos ensinamentos clínicos refletindo sobre os mesmos, para a aquisição das competências específicas do EEEMCPSP de acordo com a OE e previstas no Regulamento nº 429/2018, nomeadamente:

- ❖ Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa;
- ❖ Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica;

O desenvolvimento das competências, tem por base os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados Em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória aprovados em 2017 pela OE (2017a), onde é possível consultar os enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros a satisfação do doente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados especializados e a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados.

2.3.1 Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa

Considerando as necessidades específicas da pessoa em situação perioperatória, o enfermeiro especialista aplica conhecimentos e habilidades para proporcionar cuidados à pessoa e família/pessoa significativa, tendo como propósito, fomentar a compreensão do processo saúde/doença, capacitando os envolvidos para o autocuidado e reintegração ao ambiente familiar e social.

Esta primeira competência, presente no Regulamento nº429/2018, cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa apresenta como unidades de competências: **capacita a pessoa e família/ pessoa significativa, para a gestão da experiência cirúrgica; promove cuidados à pessoa em situação perioperatória**, e por último, **desenvolve a sua intervenção numa perspetiva interprofissional**.

Para dar resposta à primeira unidade de competência **capacita a pessoa e família/ pessoa significativa, para a gestão da experiência cirúrgica**, o enfermeiro especialista deverá ter as competências necessárias que permitam identificar as necessidades da pessoa e família/pessoa significativa em situação perioperatória e elaborar um plano de intervenção em função dessas necessidades, estabelecer uma relação de ajuda e manter uma comunicação que permita uma relação terapêutica, prover a pessoa de informação acerca dos cuidados necessários à sua condição clínica e que esta informação seja compreendida, garantir o consentimento informado, e por último, realizar os ensinamentos e os treinos necessários para a capacitação da pessoa em situação perioperatória.

Em qualquer área do conhecimento científico, é fundamental o desenvolvimento de competências que contribuam para o enriquecimento profissional. Na verdade, observa-se uma crescente necessidade e preocupação no investimento de formação e desenvolvimento de competências, demonstrando a preocupação em afirmar a enfermagem como uma profissão autónoma (Pinheiro, 2007).

Com o propósito de atender aos objetivos propostos nos ensinamentos clínicos, estruturei/planeei de forma a nortear o meu percurso de especialista.

O EC II decorreu numa Unidade de Hemodinâmica, onde procurei compreender a estrutura e funcionamento da unidade sob orientação da enfermeira especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica. Trata-se de um serviço dinâmico e versátil, pois além dos procedimentos previamente agendados, dá resposta a situações de emergência. No primeiro dia de estágio, foi ativada uma Via Verde Coronária. De imediato a equipa reorganizou-se

de forma a dar resposta a esta situação sem prejuízo para os restantes doentes agendados. O circuito do doente é feito de acordo com a especificidade do procedimento. Por norma, aquando angiografias eletivas, estudos eletrofisiológicos sem ablação, mudança do gerador do pacemaker e terapia da dor, a pessoa vem do domicílio no dia do procedimento, permanece no recobro após a intervenção o tempo necessário e regressa ao domicílio no próprio dia. Quando se tratam de angiografias de urgência, angioplastias, implantação de componentes de eletrofisiologia, implantação de válvula aórtica percutânea, ou ainda, por adiantado da hora de procedimento eletivos, os doentes fazem recobro na unidade e depois permanecem internados no serviço de Cardiologia o tempo necessário. Normalmente, os doentes de neurorradiologia estão internados e regressam ao serviço de origem após recobro, e por último, os doentes da Hemato-oncologia, após o procedimento, são encaminhados ao serviço onde fazem recobro e depois regressam ao domicílio no próprio dia.

No decorrer do ensino clínico, procurei conhecer os diferentes momentos em que se prestam cuidados de enfermagem nos distintos procedimentos. A maioria dos procedimentos são eletivos e requerem um agendamento prévio. O agendamento é feito pela administrativa, por via telefónica. Durante a chamada são dadas algumas orientações como o agendamento do teste sars-cov-2 para 2 dias antes do procedimento, o que trazer no dia do exame, a necessidade de 6h de jejum e a importância de vir acompanhado. Quando o procedimento em questão são Estudos Eletrofisiológicos, os doentes são informados acerca da medicação que terão de suspender. Os doentes com prótese valvular mecânica e medicados com varfine reduzem a dose, e três dias antes dirigem-se à consulta externa para medição do International Normalized Ratio (INR), e, se necessário, a dose é reajustada por indicação do cardiologista. Nesta chamada, também são fornecidas informações sobre o procedimento a ser realizado e são esclarecidas possíveis dúvidas. Na minha opinião, dado ao conteúdo da chamada, acredito que este cuidado deveria ser prestado por um profissional de enfermagem, uma vez que possuímos competências que nos confere perícia para fornecer estas informações de forma segura e também para esclarecer as possíveis questões colocadas pelo doente/família. Seria oportuno considerar o desenvolvimento da consulta pré-operatória, onde o enfermeiro perioperatório estaria a desempenhar uma das suas áreas de competência, - capacitar a pessoa e família, para a gestão da experiência cirúrgica no ambulatório.

No decorrer do ensino clínico tive a oportunidade de observar e efetuar acolhimentos e, nestes momentos, acredito ter estabelecido uma relação de ajuda com a pessoa, aos meus cuidados, bem como com o familiar que o acompanhava. Mantive um

diálogo que facilitou a comunicação de expressões e esclarecimento de dúvidas acerca do procedimento cirúrgico/anestésico.

Um dos momentos onde é também promovida a capacitação da pessoa e família, para a gestão da experiência cirúrgica face aos procedimentos Transcatheter Aortic Valve Implantation (TAVI), é a consulta de enfermagem, pré e pós-operatória. Estas consultas, integram um projeto que surgiu em 2019 para um melhor acompanhamento e maior proximidade da pessoa e família em situação perioperatória. Tive a oportunidade de observar uma consulta pré-operatória e duas pós-operatórias.

Após cateterismo de urgência ou de diagnóstico, é identificada a necessidade valvular e a pessoa poderá ter indicação para realizar o procedimento TAVI. Nesta condição, é agendada uma consulta pré-operatória onde é explicado que poderá ter as condições necessárias para esta técnica. Nesta mesma consulta é descrito o procedimento, quais os benefícios e complicações, circuito, tempo de internamento, entre outros. O enfermeiro avalia os sinais vitais, questiona a presença de alergias e permite o tempo necessário para o esclarecimento de possíveis dúvidas do doente, família/pessoa significativa. Aplica dois instrumentos de avaliação, um que avalia os ganhos em saúde e outro que avalia o nível de dependência nas atividades de vida diária. Ao finalizar a consulta, valida a informação cedida e disponibiliza-se, em caso de dúvidas, para ser contactada.

As consultas pós-operatórias de follow-up cirúrgico, são realizadas num intervalo de um, três e doze meses, após a intervenção. Nestas consultas é avaliado o estado geral, a presença de edema nos membros inferiores, fadiga, cansaço, a medicação no domicílio, confirmando-se a adesão ao regime terapêutico e medicamentoso, sinais vitais, entre outros. Em todas as consultas, são aplicadas as escalas anteriormente referidas e por comparação, é possível verificar que a recuperação da independência da pessoa e os ganhos em saúde são francamente notórios. Ainda na consulta dos doze meses, é realizado um ecocardiograma e se o resultado for satisfatório, o doente tem alta da consulta Valvular e passa a ser seguido apenas na consulta de Cardiologia.

Pelo observado nas consultas, os doentes recordam-se de a enfermeira estar presente no dia do procedimento e mostram-se felizes por a reencontrar na consulta. Considero ser de grande importância para a redução dos níveis de ansiedade do doente e familiares, a presença contínua do mesmo profissional de saúde, que lhes transmite segurança e confiança neste processo.

Ao longo do ensino clínico que teve lugar no serviço de Oftalmologia, Neurocirurgia e Neurologia, tive a oportunidade de acompanhar o circuito dos doentes em

toda a sua experiência perioperatória, desde a admissão no serviço, até ao momento da alta. Verifiquei que existe um cuidado na capacitação do doente e família para o seu regresso ao domicílio, ou aquando da admissão na rede por necessitar de algum cuidado específico fora do alcance dos cuidadores. A alta só acontece após todo o processo estar adequado e otimizado. Este serviço de internamento, com o intuito de otimizar o tempo de permanência no serviço e também o regresso ao domicílio, dispõe de dois panfletos que são fornecidos aos doentes e suas famílias, nomeadamente: Guia de Acolhimento ao Utente e Família e Cirurgia à Coluna Vertebral.

Entre as diferentes aprendizagens em contexto de ensino clínico, posso admitir que em termos de capacitação do doente e família para a gestão da experiência cirúrgica, a experiência que irei expor, foi das mais ricas que posso apresentar.

Fui solicitada para cuidar de um doente do género masculino, com 47 anos, que se encontrava no período pós-operatório de uma cirurgia à coluna. Embora não pertencesse ao grupo etário definido no meu projeto de autoformação, o contacto diário estabelecido, revelou-se uma experiência enriquecedora para aquisição de competências de especialista e de crescimento pessoal. Esta pessoa em situação perioperatória apresenta antecedentes de Nefrectomia total à esquerda em 2020 por neoplasia renal. Deu entrada no Serviço de Urgência a 2022.01.23 com um quadro de dor dorso-lombar, paraplegia e paraparésia. A ressonância magnética revelou compressão medular por lesão osteolítica de toda a vértebra D8 e parcial de D7. Foi proposto para cirurgia de descompressão desse espaço vertebral com carácter de urgência e nesse mesmo dia, submetido a Laminectomia de D8, parcial de D7 com artrodese de D7 a D9. A biópsia óssea confirmou metástase de células renais. Inicialmente, a pessoa em situação perioperatória, apresenta-se consciente e orientado, dependente nas Atividades de Vida Diárias. Tinha cateter vesical por retenção urinária, fralda por incontinência dos esfíncteres retais, paraplegia e paraparésia dos membros inferiores, penso cirúrgico na região dorsal e aparelho de Analgesia Controlada pelo Paciente, conhecida como PCA, para controlo da dor pós-operatória. Este quadro atual instalou-se em três dias. Anteriormente, era uma pessoa ativa e independente pelo que o processo de aceitação do seu estado de saúde foi desafiante e uma oportunidade para enriquecer o meu conhecimento acerca de empoderamento e aceitação do estado de doença/saúde da pessoa.

O empoderamento é um processo que envolve dotar o doente de conhecimentos acerca do seu estado de saúde contribuindo para uma participação dinâmica, com maior poder, controlo e tomadas de decisão informadas (Pereira et al., 2011). Na perspetiva deste

mesmo autor, para empoderar o doente é fundamental que o enfermeiro adquira habilidades e conhecimentos que possibilitem a implementação de intervenções promotoras de saúde, autonomia e favoráveis ao desenvolvimento do seu projeto de saúde.

Efetivamente, a pessoa em situação perioperatória anteriormente referida foi gradualmente melhorando o seu estado emocional e de saúde durante o internamento. O acompanhamento diário permitiu identificar as suas necessidades e criar uma relação de proximidade que contribuiu para uma maior partilha das emoções. A presença constante da esposa e o contato diário com o casal foi determinante para compreender melhor a pessoa que estava aos meus cuidados. Anteriormente, os banhos eram dados na cama e como apresentava dificuldade em defecar, eram removidos fecalomas com alguma frequência. Estas duas situações provocavam sentimento de impotência e frustração pelo que, no sentido de melhorar estes sentimentos, inciou-se com a ajuda do enfermeiro de reabilitação, o levante para a cadeira sanita, o que permitiu os banhos na casa de banho e ida à sanita. Esta rotina melhorou a sua autoestima e contribuiu para algum estímulo do trânsito intestinal. No duche, terminávamos com água fria para estimular a sensibilidade/mobilidade das pernas. Após estes cuidados, iniciava sessão de reabilitação com o enfermeiro especialista em reabilitação do serviço. O doente, gradualmente foi obtendo resultados, tendo começado pela movimentação dos dedos dos pés e duas semanas mais tarde das pernas. O treino diário da passagem para a cadeira sanita/rodas, possibilitou o fortalecimento muscular dos braços e no fim do estágio, apresentava-se quase independente nesta transferência.

A perspetiva de melhoria, a recuperação da sua independência e a possibilidade de alta, contribuiu para que o seu estado emocional melhorasse significativamente. Na verdade, o doente tornou-se uma pessoa mais pró-ativa e interessada no processo de recuperação.

Mediante estas melhorias e com o resultado da ressonância magnética, que revelou a metástase de D8 ser única, em reunião de decisão terapêutica, concluíram que o doente beneficiaria da remoção total da vértebra para tratamento da doença. Esta situação revelou-se um misto de emoções que o doente acabou por partilhar, entre a alegria da doença estar isolada, e a dúvida/frustração de que com intervenção cirúrgica pudesse regredir nos ganhos que obteve até ao momento.

Para Lima et al., (2018) o enfermeiro perioperatório tem um papel importante que influencia o resultado final do processo. A assistência de qualidade individualizada e especializada, evidenciando o conhecimento, proporciona ao indivíduo segurança e apoio, transmite sensação de conforto físico e emocional, perante orientações que visam o restabelecimento das suas condições de saúde e desejam a rápida alta para domicílio.

Nesse contexto, é essencial a habilidade de comunicar à pessoa a sua situação, explicar a natureza da cirurgia, os seus benefícios, riscos e resultados esperados. No entanto, igualmente importante é adaptar essa informação ao nível de compreensão do indivíduo e da sua capacidade de aproveitá-la de maneira positiva. A segurança com a qual o enfermeiro esclarece dúvidas e fornece informações torna-se diretamente proporcional à confiança adquirida pela pessoa. O facto do doente e a sua esposa terem o conhecimento de que sou enfermeira do perioperatório, mais concretamente, instrumentista desta especialidade e conhecedora da cirurgia em questão, facilitou o processo de aceitação, uma vez que, face à oportunidade de esclarecimento de dúvidas sobre a cirurgia, percecionei um estado de tranquilidade e segurança, alterando o estado de ansiedade inicial do casal.

A ansiedade que se instala quando um indivíduo é proposto para uma cirurgia pode ser avassaladora. Diversos estudos apontam o desconhecido como um dos principais medos referenciados por indivíduos que vivenciaram episódios cirúrgicos. O EEEMCPSP deve assumir a responsabilidade, inerente às suas competências, de adequar a comunicação de toda a informação que se verificar relevante ao contexto perioperatório no sentido de empoderar o doente, indo de encontro às suas questões, e fornecendo novos elementos para que novas questões possam surgir e ser esclarecidas (Lima, 2020).

O enfermeiro como agente de empoderamento do doente, centraliza os seus cuidados no indivíduo/ família ou pessoa significativa, ele ouve, compreende e respeita as necessidades informativas e emocionais. Assim, assume um papel de educador e de promotor da autonomia da pessoa sujeita a cirurgia (Breda, 2019).

Na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, a capacitação da pessoa e família para a gestão da experiência cirúrgica, decorreu em vários momentos, à semelhança de eventos ocorridos nos ensinamentos clínicos já mencionados. Os cuidados especializados nesse sentido, iniciam antes da admissão do doente na unidade com o planeamento dos recursos adequados à pessoa e a preparação da respetiva unidade.

Após admissão do doente na unidade, procurei saber as suas necessidades, com comunicação adequada, e incentivei a comunicação expressiva de emoções. Adequiei o ambiente favorável ao alívio da ansiedade, como a redução de ruído, luminosidade adequada, aquecimento corporal com manta térmica, uso de biombos durante as intervenções de vigilância, garantido a sua dignidade e privacidade tão necessárias neste momento, e gestão eficaz da dor, atendendo à terapêutica prescrita em SOS. Além destes cuidados, quando presentes, se o doente assim o desejasse e se o estado pós-operatório assim o permitisse, agilizarei a presença de familiares na unidade.

Como futura enfermeira especialista, mobilizei conhecimentos e habilidades para cuidar da pessoa e família/pessoa significativa, de acordo com as necessidades identificadas e de forma a facilitar o processo, capacitando a pessoa para o autocuidado e reintegração familiar e social.

Nos diferentes ensinamentos clínicos, acredito ter adotado intervenções de enfermagem com segurança e qualidade que conferem ao enfermeiro especialista a **capacitação da pessoa e família/ pessoa significativa, para a gestão da experiência cirúrgica.**

Os critérios de avaliação para a unidade de competência **promove cuidados à pessoa em situação perioperatória**, indicam que o enfermeiro especialista à pessoa em situação perioperatória é capaz de atuar nas verificações necessárias que garantam a segurança cirúrgica e, simultaneamente, promovendo conforto, integridade e privacidade do doente, certificando o posicionamento cirúrgico e intervindo com conhecimento nas diferentes áreas de atuação do perioperatório. É capaz de dar resposta eficiente em situações complexas e imprevisíveis com base na evidência científica e experiência profissional, otimiza a gestão da dor de acordo com os procedimentos cirúrgicos, promove a comunicação com a pessoa afetada e por último, garante a continuidade dos cuidados com registos adequados.

Em todos os ensinamentos clínicos, foi possível a promoção dos cuidados à pessoa em situação perioperatória pelo que irei descrever vários momentos que concretizaram esta construção de competências. Considero que os cuidados de enfermagem resultaram de reflexão e tomada de decisão, em que após identificado o problema de saúde, recolhi os dados necessários de cada situação, elaborei diagnósticos de enfermagem, planeei os cuidados e implementei os mesmos de forma adequada com benefício para o doente. Em todos os momentos de prestação de cuidados diretos, apresentei-me e informei acerca das intervenções que iria aplicar.

No EC II, estão definidas rotinas, nas quais tive a oportunidade de colaborar e executar. Exemplo disso são alguns cuidados que os enfermeiros do serviço executam diariamente, como o teste ao desfibrilador, preparar medicação para uma situação de emergência (uma adrenalina e duas atropinas), organizar o material e equipamento necessário ao posicionamento e ao procedimento, entre outros.

Neste ensino clínico, observei como se procede ao acolhimento da pessoa em situação perioperatória. O enfermeiro dirige-se à porta, onde efetua a chamada do doente, e com este confirma a presença do familiar/pessoa significativa e um contacto telefónico, para que possa contactá-lo assim que o doente tenha alta da unidade. Já no interior do serviço, o

doente dirige-se à casa de banho, onde veste a roupa hospitalar e tem à sua disposição um cacifo onde poderá guardar os seus pertences. Após este momento, o enfermeiro procede à avaliação inicial. São avaliados, entre outros focos, os antecedentes pessoais de saúde, em particular a existência de alergias e a altura e o peso (dado importante para a administração de heparina). De seguida, instala-o numa maca disponível na área de acolhimento. Tendo em conta o procedimento, realiza a tricotomia nos locais pretendidos, aplica os elétrodos, coloca um acesso venoso no lado oposto ao procedimento e deixa soro fisiológico em curso. Simultaneamente, o enfermeiro mantém um diálogo com o doente e está atento às suas dúvidas e receios. O serviço tem como protocolo a administração ao doente de 10mg de diazepam sublingual no acolhimento e este fica a aguardar pelo procedimento na área dedicada ao acolhimento. Durante o ensino clínico efetuei o acolhimento a várias pessoas em situação perioperatória e acredito ter estabelecido uma relação de ajuda com a pessoa aos meus cuidados, bem como com o familiar que estava a acompanhar. Procurei manter um diálogo assertivo e que facilitasse a comunicação de expressões, esclarecimento de dúvidas acerca do procedimento e obtenção do consentimento informado.

A sala é preparada de acordo com o procedimento, em que a mesa de apoio é colocada no lado do procedimento e os ecrãs do lado oposto para uma melhor visualização da técnica. Na preparação do doente, posicionei o doente na mesa operatória, monitorizei e otimizei o local a ser intervencionado. Quando, por exemplo, o acesso é feito pela artéria radial, coloca-se o braço no apoio de braço sob um rolo para expor da melhor forma o acesso. Quando o acesso é feito pela artéria femoral, coloca-se uma compressa nos genitais e a roupa desviada, expondo apenas o necessário ao procedimento, tendo sempre em conta a privacidade da pessoa.

No procedimento de Angiografia, o profissional de enfermagem presente na sala, providencia os dispositivos médicos necessários e fornece ao cirurgião, a medicação e o material cirúrgico necessário ao procedimento, respeitando a técnica asséptica e de acordo com as normas estabelecidas pelo Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) e também administra medicação necessária intravenosa por indicação verbal do cardiologista (morfina, heparina). Outro foco de atenção do enfermeiro, é o fato do doente estar consciente durante a intervenção e por esse motivo, o enfermeiro deve manter-se próximo ao doente e em conversação, numa tentativa de minimizar o seu estado de ansiedade e promover o seu conforto. O enfermeiro na sala também executa os exames analíticos necessários (gasometria e o ACT) durante o procedimento.

Ao finalizar as intervenções das diferentes especialidades, é responsabilidade do enfermeiro a execução do penso adequado à situação. Quando o acesso é feito pela artéria radial, o cardiologista aplica a TR Band, é uma pulseira com um cuff que aplica pressão na artéria radial. Quando o acesso é feito pela artéria femoral, o encerramento é feito com um Sistema de Oclusão Vascular Femoseal, ou por compressão mecânica manual durante dez a quinze minutos. Tanto os procedimentos referidos, como os que envolvem incisão na pele (para colocação de implantes), implicam um acesso vascular, por este motivo, os pensos executados são todos eles compressivos, em que o enfermeiro aplica ligadura elástica compressiva adesiva de forma a garantir a compressão necessária.

Ao acompanhar a tutora, revelei confiança e assertividade numa prestação segura de cuidados, desde efetuar o posicionamento adequado na marquesa, abertura dos dispositivos médicos, respeitando sempre a norma asséptica, preparação de medicação, apoio emocional ao doente, realização do penso e ensinamentos à pessoa acerca dos cuidados com o membro intervencionado.

Após os procedimentos, colaborei na transferência dos doentes para a cama e acompanhei-os até ao recobro, transmitindo a informação pertinente sobre cada doente aos meus cuidados, ao colega destacado no recobro.

No recobro, o doente é novamente monitorizado e, tendo em conta o procedimento, permanece o tempo necessário à sua estabilização. Aqueles que fizeram apenas angiografia e têm TR Band, permanecem duas horas após o procedimento, o enfermeiro inicia o protocolo de desinsuflação até a extração completa do ar, depois é removida a pulseira e executado penso compressivo. O enfermeiro realiza ensinamentos no recobro acerca dos sinais de alerta (hemorragia e hematoma), informa que a equimose exacerbada é normal e sem motivo de alarme, alerta para evitar esforços, como conduzir e orienta para, em caso de dor, fazer um grama de paracetamol de oito em oito horas. Depois dos procedimentos anteriores, inicia-se o levantar gradual, com medição da tensão arterial. Quando a pessoa estiver capaz, inicia deambulação acompanhado com o enfermeiro no corredor da unidade, e ainda no recobro é servida uma refeição ligeira. Estes cuidados são semelhantes aos restantes doentes, só o tempo irá diferenciar consoante o tratamento efetuado. No momento da alta, é fornecido pelo enfermeiro à pessoa em situação perioperatória, o relatório médico, uma carta de alta para o centro de saúde, outra carta de alta com os cuidados a ter no domicílio e o cartão do dispositivo de oclusão vascular. O doente é encaminhado novamente para a zona de acolhimento, onde irá vestir a sua roupa. Entretanto, o enfermeiro já contactou o familiar/pessoa significativa, a informar da alta e solicita a sua presença, novamente à

entrada da Unidade de Hemodinâmica, para acompanhar o doente ao domicílio. Aquando da saída do serviço, o enfermeiro relembra os ensinamentos feitos no recobro junto do familiar.

Sob a supervisão da enfermeira de referência, uma das pessoas submetidas a um Estudo Eletrofisiológico, esteve ao meu cuidado na preparação para a alta. Planeei e orientei o levante, a deambulação, os ensinamentos sobre os cuidados a ter no domicílio, disponibilizei uma refeição ligeira e a documentação, contactei o familiar a informar da alta, orientei a doente aos vestuários e, por último, acompanhei à porta onde deixei a mesma com a familiar, momento em que reforcei os ensinamentos e me disponibilizei para qualquer questão que surgisse.

Os doentes submetidos a angioplastia e colocação de aparelhos de eletrofisiologia, ficam internados no Serviço de Cardiologia. O enfermeiro contacta o internamento e solicita a cama, oxigénio e desfibrilhador se necessário. No momento da transferência, é fornecida a informação necessária ao enfermeiro do internamento e o doente vai para o internamento sempre acompanhado por um enfermeiro e um auxiliar.

Os doentes da especialidade de neurorradiologia, são encaminhados pelos anestesiologistas para a Unidade de Cuidados Intermédios e se necessário, para a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes. Esta decisão vai depender sempre da situação clínica do doente.

Além dos cuidados especializados que os enfermeiros prestam, têm outras responsabilidades, como verificar todas as manhãs os resultados dos testes sars-cov-2 dos doentes agendados, reposição de medicação e dispositivos médicos e ainda a verificação de todo o material enviado e recebido da esterilização.

Com o propósito de consolidar os conhecimentos acerca dos conceitos inerentes ao cuidado da pessoa idosa no contexto perioperatório e nesta situação cirúrgica específica, pesquisei artigos científicos recentes e credíveis e durante o estágio prestei e colaborei nos cuidados de enfermagem disponibilizados quer no pré quer no pós-operatório, permitindo a realização de estudos de caso. No ensino clínico que decorreu no Serviço de Oftalmologia/Neurocirurgia e Neurologia, foi possível assistir a sete doentes com idades $\geq$ 60 anos de idade, admitidos no hospital entre 2022.01.22 e 2022.02.22 para intervenção cirúrgica da coluna e que aceitaram colaborar no estudo de caso.

Para identificar o risco de *Delirium*, foi avaliado o estado cognitivo com recurso à escala 6CIT, seguindo a aplicação da escala CAM no pré-operatório e no pós-operatório. No Pré-Operatório, a aplicação da escala de 6CIT, revelou que dois dos inquiridos apresentavam deterioração cognitiva, e no Pós-Operatório, um destes inquiridos obteve o diagnóstico de DPO após aplicação da escala de CAM.

Mediante o diagnóstico de DPO, as intervenções de enfermagem enfatizaram a comunicação de reorientação da identidade, tanto espacial como temporal, a gestão ambiental, a promoção da nutrição (ingestão do pequeno-almoço) e hidratação adequada. Posto isto, com o auxílio do enfermeiro especialista de reabilitação, iniciei o levante que foi feito com sucesso. Após alguma deambulação na enfermaria e discurso coerente por parte da doente, iniciou-se os cuidados de higiene, que a doente conseguiu colaborar. No fim do turno, a doente apresentava discurso lógico e orientado, deambulava na enfermaria, e revelou status cognitivo idêntico ao da primeira avaliação, sem evidência de DPO.

É importante referir que outros cuidados foram tidos em conta durante este momento e que também foram aplicados a todos os doentes que estiveram em estudo. Entre eles, foram a gestão eficaz da dor pós-operatória, a prevenção do risco de infeção da ferida operatória e os cuidados ao acesso venoso periférico de acordo com as normas do PPCIRA, a gestão do ambiente (ruído e iluminação adequado ao momento do dia), promovendo as rotinas do sono. Note-se que é igualmente importante sensibilizar o doente e também os seus familiares para o risco de ocorrência de DPO no domicílio, mencionando os sinais de alerta que pudessem ocorrer como desorientação e esquecimento, assim como é importante informar dos cuidados a manter após a alta, entre eles, a hidratação, uso de óculos, relógios, calendários e questionar a identidade e localização do familiar no regresso ao domicílio.

O 2º momento do EC III decorreu na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos e embora tenha grande proximidade com o local do meu exercício profissional, são exercidos cuidados de enfermagem diferenciados e distintos daqueles que exerço. Revelou-se um campo de estágio rico em experiências que contribuiu muito para o meu crescimento pessoal e profissional no que toca à promoção dos cuidados à pessoa em situação perioperatória.

Verifiquei que a vigilância adequada na unidade de cuidados pós-anestésicos é de extrema importância, só desta forma é possível antecipar prováveis complicações da pessoa em situação perioperatória, como o risco hemorrágico, insuficiência respiratória, alterações da tensão arterial e do ritmo cardíaco, dor descontrolada, náuseas e vômitos, entre outros. Os cuidados de enfermagem na unidade, iniciam antes da chegada do doente, com a consulta do programa cirúrgico, identificando as necessidades específicas de cada caso. Esta colheita de informação, permite o planeamento dos recursos necessários e a preparação da respetiva unidade.

O acolhimento na unidade de cuidados pós-anestésicos é feito pelo enfermeiro destacado na unidade. Por norma, a pessoa em situação perioperatória vem acompanhada pelo enfermeiro de anestesia, o anestesista da sala operatória, e por um assistente

operacional. Os profissionais de saúde transmitem informações pertinentes para a continuidade dos cuidados: identificação, estado geral no pré-operatório, antecedentes pessoais, história de alergias, diagnóstico médico, procedimento cirúrgico e eventuais complicações no intra-operatório, técnica anestésica utilizada e recomendações para o pós-operatório. Tive a oportunidade de efetuar o acolhimento a diversos doentes e devo referir que os enfermeiros de anestesia tiveram sempre este cuidado de transmitir a informação adequada.

Durante o acolhimento, observei e colaborei com a enfermeira tutora a monitorizar os doentes, desde a saturação de oxigénio, frequência cardíaca e respiratória, tensão arterial e temperatura auricular. Também procedi à avaliação inicial do doente: função respiratória e permeabilidade das vias aéreas, nível de consciência, glicémia capilar, dor (através da aplicação de escala adequada), circulação periférica, coloração da pele, pensos cirúrgicos e estado emocional.

De acordo com as orientações da enfermeira tutora, procurei garantir a segurança da pessoa, ao antecipar possíveis complicações anestésicas e cirúrgicas. A monitorização é contínua e os sinais vitais são registados de 15 em 15 minutos durante a primeira hora. Se a avaliação for favorável (sinais vitais, dor, consciência, pensos, drenos, etc.) a todos os níveis, a avaliação passa a ser efetuada de 30 em 30 minutos na segunda hora. Por norma, quando ocorre uma recuperação anestésica sem intercorrências durante duas horas, ao fim deste tempo, a pessoa em situação perioperatória tem alta da unidade. O enfermeiro responsável pelo doente contacta o serviço e informa acerca da alta e solicita a deslocação do enfermeiro do internamento à unidade. O momento da transferência da pessoa em situação perioperatória da unidade para o colega de internamento é de extrema importância, pois com a informação transmitida de preferência com a técnica ISBAR, irá garantir a continuidade dos cuidados no internamento.

A admissão e alta do doente são momentos de transmissão de informação pertinente sobre a pessoa em situação perioperatória. Numa fase inicial observei e posteriormente assumi na totalidade a transmissão desta informação, tanto no que diz respeito aos registos eletrónicos no processo clínico assim como no momento da alta, ao colega do internamento.

Outro cuidado observado, vai de encontro com o respeito pela dignidade/integridade da pessoa. As camas/unidades não tem divisória entre elas, contudo, nos momentos de prestação de cuidados é colocado um biombo a dividir as unidades, e também toda a informação acerca do doente é transmitida com descrição e dirigida ao profissional que ficará responsável pelo doente. Atuação que vai de encontro com a Lei nº

156/2015 do CDE, em que o enfermeiro deve “salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa” (p. 81).

Uma das dificuldades presentes neste campo de estágio prende-se com a tentativa de identificar presença de DPO nos doentes, isto porque o tempo de permanência na unidade e o estado geral dos mesmos, não permite uma avaliação objetiva. Contudo, foi possível aplicar alguns dos cuidados preventivos de DPO, como a reorientação, hidratação por soroterapia, redução do ruído e gestão eficaz da dor.

Com os conhecimentos desenvolvidos durante a experiência profissional e académica, em especial na UC – Enfermagem Perioperatória I, “Cuidar da Pessoa com Dor”, em que se realizou um trabalho de grupo intitulado “A gestão da dor Perioperatória” considero que fiquei mais sensível e atenta a este sinal vital, tanto que considero ter feito uma gestão da dor em tempo útil e eficaz para os doentes.

A DGS em 2003, preconizou a Dor como o 5.º sinal vital, e a OE menciona que a análise de qualquer sinal vital é obtida pela sua avaliação e registo, resultando ou não, em medidas terapêuticas. O mesmo se aplica em relação à dor, pois apesar da sua subjetividade, é necessário que se avalie e registe sistematicamente, para podermos planear e desenvolver ações que tenham como objetivo o controlo analgésico adequado e então melhorar a qualidade de vida do doente (OE, 2015).

Durante o ensino clínico nesta unidade, com consulta antecipada do plano operatório, efetuei vistas pré e pós-operatórias ao público em estudo, e desta forma, foi exequível a aplicação das escalas 6CIT e CAM a seis pessoas em situação perioperatória com idade superior aos 60 anos e propostos para cirurgia da coluna. Em todos estes doentes, foi possível a visita pré-operatória no dia que antecede a cirurgia, o acolhimento à chegada ao Bloco Operatório, o acompanhamento na unidade de cuidados pós-anestésicos e ainda, a visita pós-operatória no dia seguinte à cirurgia. Em nenhum dos doentes identifiquei declínio cognitivo no pré-operatório, bem como a ocorrência de DPO no pós-operatório imediato. Contudo, durante a prestação de cuidados diretos procurei aplicar as intervenções de enfermagem preventivas da ocorrência de DPO.

Durante o meu percurso formativo, sobretudo nas componentes práticas, procurei adotar uma conduta eficiente e holística na pessoa em situação perioperatória nos diferentes ensinos clínicos. Procurei dar em especial atenção à comunicação com os doentes e suas famílias que estavam a vivenciar processos de doença e experiência cirúrgica. Procurei empoderar o doente no pós-operatório, através da preparação do regresso ao domicílio após

cirurgia de coluna. Prescrevi e implementei intervenções de enfermagem com rigor técnico e científico de acordo com as necessidades dos doentes. Considero que estas situações clínicas que tive a oportunidade de acompanhar, e também pelas intervenções de enfermagem especializada que aprimorei e implementei de forma autónoma, vão de encontro com a **promoção dos cuidados à pessoa em situação perioperatória**.

Por último, o enfermeiro especialista deverá **desenvolver a sua intervenção numa perspetiva interprofissional**, esta unidade de competência define que o enfermeiro especialista promove a segurança dos cuidados cirúrgicos com a comunicação adequada, garante que os membros da equipa interdisciplinar atuam de forma organizada e exerçam cuidados baseados nas melhores evidências científicas em benefício da pessoa, promovem a reflexão e partilha sobre o processo de cuidados, otimizam o trabalho em equipa promovendo um ambiente harmonioso e ainda, colaboram no planeamento e implementação da formação da equipa interdisciplinar.

Em todos os ensinamentos clínicos, procurei desenvolver a minha intervenção numa perspetiva interprofissional e passo a descrever alguns dos momentos que concretizaram este processo de aprendizagem.

Os registos de enfermagem nos EC II e III foram uma dificuldade identificada, pois são de outra natureza e em plataformas distintas dos que faço habitualmente no meu local de trabalho. No EC II, os registos de enfermagem do acolhimento, procedimento, consultas pré e pós-operatórias das TAVIS e recobro são feitos no diário clínico em notas abertas. Cheguei a colaborar nestes registos e acredito terem sido comunicados os dados importantes acerca do doente e que garantam a continuidade dos cuidados. Contudo, considero que os registos em notas abertas, dificultam a sua consulta, podendo pôr em causa a continuidade dos cuidados, pois alguns dos doentes que receberam cuidados diferenciados, regressam ao internamento de origem e necessitam de vigilância no pós-operatório. Os registos de enfermagem no Serviço de Oftalmologia/ Neurocirurgia/ Neurologia estão padronizados segundo a CIPE, onde assumem especial importância os Diagnósticos de Enfermagem e as respetivas Intervenções de Enfermagem /Plano de cuidados. Dos registos, também faz parte a classificação dos doentes, onde é estimada a carga horária dos cuidados de enfermagem para cada doente. Após alguns dias a utilizar o sistema, garanti a continuidade dos cuidados e assegurei os registos de enfermagem em linguagem CIPE na sua totalidade.

A uniformização e padronização da informação em ambiente perioperatório, como as *checklists* ou mnemónicas, permitem a organização do pensamento que irá facilitar a

retenção das informações importantes, permitindo assim que os profissionais planeiem os seus cuidados com foco e implementem as intervenções adequadas (Bento, 2015).

Em 2017, a DGS emitiu a norma nº 001/2017, que recomenda o uso da mnemónica ISBAR para uma comunicação eficiente na transição dos cuidados em saúde. Esta ferramenta consiste num auxiliar de memória (I – identificação; S - situação atual; B - antecedentes; A – avaliação; R – recomendações). Apresenta-se como uma estratégia padronizada, simples, concisa e clara para a comunicação de informações de interesse e que permite uma rápida tomada de decisão bem como a redução do tempo de transferência com informação desnecessária.

Nesse sentido, procurei adotar a mnemónica da técnica ISBAR para os momentos de transição dos cuidados nos diferentes ensinamentos clínicos.

Procurei influenciar os colegas do Serviço de Oftalmologia/ Neurocirurgia/ Neurologia, dando a conhecer as causas e sintomas de DPO, as já referidas escalas auxiliares para o respetivo diagnóstico e as intervenções de enfermagem mais adequadas para a prevenção do mesmo.

Na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, também elaborei uma apresentação em Power Point dirigida aos enfermeiros que prestam cuidados nesta unidade e Bloco Operatório. Esta apresentação torna-se mais completa, uma vez que contemplou os resultados obtidos sensíveis à minha intervenção, no Serviço De Oftalmologia/ Neurocirurgia/ Neurologia. Esta apresentação foi realizada em distintos momentos e em grupos pequenos, numa tentativa de atingir um maior número de profissionais de enfermagem. Acredito ter sensibilizado grande parte da equipa, até porque posteriormente fui abordada por outros colegas que quiseram inteirar-se do tema.

Como futura enfermeira especialista, procurei absorver o máximo das experiências e informação partilhada pelos colegas, sobretudo pelos enfermeiros que acompanharam os meus ensinamentos clínicos. Considero que em todos eles, como enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, possuem um olhar atento ao pormenor, intervenções de enfermagem fundamentadas, soluções adequadas e dirigidas, disponibilidade para colaborar com os colegas e ainda a habilidade na gestão do serviço. Foi possível constatar que possuem a destreza de antecipar os problemas e de encontrarem soluções eficazes. Por diversos momentos procurei trabalhar em equipa e considero que o meu pensamento crítico, após esta convivência com os enfermeiros tutores e toda a equipa multidisciplinar, foi estimulado e sempre que houve a necessidade de intervir, consegui fazê-lo com sucesso, pois foi baseado

nas melhores evidências científicas e mediante isso, valorizado por toda a equipa multidisciplinar.

Considero ter prestado cuidados seguros à pessoa em situação perioperatória e desenvolvido uma atuação integrada na equipa multidisciplinar, através de uma participação ativa, partilha de conhecimentos e de práticas, bem como reflexões sobre o processo de cuidados, sempre na procura da excelência dos cuidados e desta forma **desenvolvendo a minha intervenção numa perspetiva interprofissional**.

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

Considerando o elevado risco inerente ao ambiente perioperatório, resultante da vulnerabilidade da pessoa, complexidade dos cuidados e do meio envolvente, o enfermeiro especialista adquire competências e habilidades que permitem assegurar a segurança dos envolvidos, atuando em conformidade com a consciência cirúrgica.

A aquisição da competência Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica, presente no Regulamento nº 429/2018, constrói-se com o desenvolvimento das unidades de competência: **demonstra consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório; lidera o processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios; e por último, promove a gestão e o controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório**.

Para dar resposta à primeira unidade de competência **demonstra consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório**, o enfermeiro especialista deverá ter as competências necessárias que permitam ser o elemento que promove a consciência cirúrgica entre a equipa interdisciplinar e garante um ambiente de trabalho favorável e seguro. Tem como responsabilidade, garantir a segurança ambiental a fim de evitar quaisquer danos, prevenir o risco e assegurar a eficiência dos cuidados. Recorre a medidas de segurança a fim de evitar erros na administração terapêutica. Possui competências para a implementação de protocolos relativos e adequados ao posicionamento e procedimento cirúrgico. Garante as boas práticas e dotações seguras durante o procedimento cirúrgico e anestésico. Implementa medidas de vigilância e corretivas com base em análise epidemiológica. E por último, promove a otimização da experiência cirúrgica da pessoa em situação perioperatória.

Fragata (2011), defende que pela especificidade dos cuidados prestados, a atividade no bloco operatório é complexa, sujeita a pressão e stress, e que estes fatores podem desencadear erros que prejudicam e afetam a segurança do doente.

A pessoa em situação perioperatória, como já referido anteriormente, apresenta-se vulnerável em contexto perioperatório, sobretudo, pela sua condição clínica e riscos inerentes ao ambiente perioperatório. Essas condições exigem capacidades para identificar ou defender-se do risco a que está exposto, nesse sentido, a sua segurança/proteção, será assegurada por um elemento da equipa multidisciplinar, sendo o enfermeiro especialista no perioperatório, o elemento mais dotado para atuar em congruência com a consciência cirúrgica e em benefício da pessoa em situação perioperatória.

Mencionando Miguel (2021), a atuação dos enfermeiros perioperatórios assenta num conjunto de competências específicas e adequadas às necessidades de cada doente que necessita de procedimentos anestésicos e cirúrgicos, garantido as condições de segurança ótimas e que aumentam a probabilidade de sucesso do tratamento cirúrgico.

Um dos critérios de segurança em ambiente cirúrgico, são as dotações seguras. Em 2019, a OE, emitiu o Regulamento nº. 743/2019 - Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, e com este cálculo, permite definir o número adequado de enfermeiros aos diferentes serviços onde prestam cuidados de enfermagem. No que compete às Unidades de Exames Especiais, o Regulamento preconiza que:

Quando o Posto de Trabalho se insere em Unidade de Exame com sedação/anestesia, recomenda-se a existência de 2 (dois) enfermeiros por sala, sendo, preferencialmente, 1 (um) enfermeiro especialista em EMC, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. Em procedimentos invasivos com técnica asséptica cirúrgica deve acrescer 1 (um) enfermeiro. Aos doentes submetidos a procedimento de anestesia/sedação, recomenda-se a alocação de enfermeiros para as fases de recobro, nas proporções e competências adequadas (p.147).

Com o conhecimento de que todos os procedimentos realizados em cirurgia de ambulatório, são invasivos e com técnica asséptica cirúrgica, o recomendado seriam três enfermeiros por sala e que um deles fosse EEEMCPSP. Contudo, conforme observado durante o ensino clínico II, considero que no que toca às dotações seguras, há necessidade de um maior número de recursos humanos existentes na unidade.

A distribuição física da unidade, permite uma assepsia progressiva, desde a entrada dos profissionais ao serviço, bem como dos doentes. Em que os doentes, na entrada, mudam de vestuário e calçado e no local do procedimento colocam barrete para contenção dos cabelos e máscara cirúrgica. Procurei adotar as medidas preventivas do risco de infeção instituídas na unidade e orientei os doentes para esses mesmos cuidados. Considero que o

serviço beneficiaria de formação acerca de ambiente cirúrgico e práticas recomendadas que maximizem a segurança cirúrgica, isto por ser um serviço muito volátil, pela elevada mobilidade de diferentes profissionais de saúde e que não exercem habitualmente os seus cuidados num ambiente tão específico.

Ainda no contexto do EC II, procurei conhecer quais os posicionamentos adequados a cada procedimento, bem como o material necessário à sua realização. No propósito de otimizar a experiência da pessoa em situação perioperatória, tive o cuidado de explicar o posicionamento pretendido e em colaboração com o doente, posicionei os mesmos, tendo em conta as suas limitações físicas, privacidade e conforto. Também procurei gerir e organizar o material necessário ao procedimento, assegurando desta forma as condições de boas práticas nos procedimentos cirúrgicos e anestésicos.

A segurança do doente está diretamente relacionada com a tomada de decisão e o respeito pelos direitos das pessoas. O doente deve estar informado acerca dos riscos a que estará exposto e deve ter igualmente conhecimento das medidas que minimizam ou evitam a sua ocorrência (Rebelo, 2013).

O consentimento informado, conforme previsto na norma n.º 015/2013 da Direção-Geral de Saúde, deve ser esclarecido e livre, dado por escrito, e obrigatório. Assim como o princípio da autonomia, o doente tem direito a ser informado e esclarecido sobre a sua situação clínica, as alternativas de tratamento e os riscos deste. O consentimento só é eficaz quando a informação for adequada, verdadeira, objetiva e compreendida, o que permitirá ao doente tomar a sua decisão.

O consentimento informado é uma forma de empoderamento do doente, família e pessoa significativa, uma vez que é um processo que visa aumentar o conhecimento dos usuários, promovendo uma participação ativa, com maior poder, controle e tomada de decisão informada em relação à sua saúde. Como já referido no ponto anterior, na ótica de Pereira et al. (2011), é essencial que os enfermeiros adquiram competências e conhecimentos que possibilitem a implementação de intervenções de promoção da saúde, autonomia e apoio ao desenvolvimento do projeto de saúde do doente.

No decorrer dos ensinamentos clínicos, com o acompanhamento das diferentes fases do perioperatório e com grande ênfase nas consultas pré e pós-operatórias, acredito ter sido fundamental empoderar os doentes e suas famílias acerca do projeto individual de saúde, durante a experiência perioperatória que estavam a vivenciar, proporcionando um envolvimento ativo e melhorando a sua experiência geral dos cuidados recebidos. Como resultado desta abordagem, observei diversos resultados positivos, que passo a exemplificar:

ao fornecer informações claras e detalhadas sobre um determinado procedimento cirúrgico, seja o que esperar antes, durante e após a operação, observei que os doentes e suas famílias demonstraram confiança e tranquilidade ao expressarem esses mesmos sentimentos; outro resultado observável foi o da comunicação eficaz, em que estabelecer uma comunicação aberta e honesta foi essencial para construir uma relação de confiança com os doentes e suas famílias, dando-lhes a oportunidade de expressar as suas preocupações; ao envolver ativamente os doentes e suas famílias, proporcionou-se uma melhor aceitação e adesão ao regime terapêutico. Ao fornecer instruções claras sobre sinais de alerta pós-operatórias, dando ênfase à população alvo para o risco de DPO, acerca de quais os cuidados a adotar no domicílio e sinais de alerta, pude observar uma maior adesão e participação no seu próprio processo de recuperação, exemplo disso, foi o fato de vários doentes estarem expectantes para a repetição da escala de 6CIT, no pós-operatório e a manutenção um bom resultado.

Quando abordamos o período perioperatório, é fundamental mencionar a importância da segurança cirúrgica. Esse período representa uma fase complexa na prestação de cuidados de saúde, devido à participação de diversos profissionais de saúde, às particularidades de cada situação e à grande quantidade de informações relacionadas com o doente que será submetido à cirurgia (Cambotas, 2014). Diante dessa problemática, o SESARAM adotou várias medidas de acordo com as diretrizes da DGS e da Organização Mundial da Saúde (OMS). Entre essas medidas estão a implementação do programa "Cirurgia Segura, Salva-Vidas" para garantir a segurança cirúrgica adequada.

A Norma nº 02/2013 "Cirurgia Segura, Salva Vida" é uma iniciativa da OMS que visa melhorar a segurança dos doentes durante as cirurgias. Esta estabelece diretrizes como o uso da lista de verificação de segurança cirúrgica, onde é verificado a identificação correta do doente, o procedimento correto, a identificação da equipa cirúrgica e ainda a garantia de um ambiente cirúrgico seguro, entre diversos aspetos, verificação da disponibilidade, validade e esterilidade dos diferentes dispositivos médicos, segurança anestésica e prevenção de infeções. A norma também enfatiza a importância da comunicação e o trabalho em equipa entre os profissionais de saúde envolvidos para garantir a segurança do doente (DGS, 2013).

No estágio a decorrer no Serviço de Oftalmologia/ Neurocirurgia/ Neurologia, tive a oportunidade de preparar alguns doentes para a intervenção cirúrgica e neste procedimento prevê-se o preenchimento da *checklist* pré-operatória que antecede a “Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica.” Como enfermeira a exercer funções no bloco operatório, considero que a implementação de uma lista de verificação no pré-operatório é uma prática de extrema importância. A lista de verificação é uma ferramenta sistemática que auxilia na padronização

e organização das atividades e procedimentos antes da cirurgia, visando garantir a segurança da pessoa em situação perioperatória. A sua aplicação, permite identificar e abordar todas as informações cruciais necessárias antes do procedimento cirúrgico, o que inclui a verificação de informações do doente, como alergias, terapêutica no domicílio, antecedentes pessoais, confirmação da preparação adequada para a cirurgia, como jejum e preparação da pele.

Como já referido no ponto anterior, procurei adotar a técnica ISBAR, nos diferentes ensinamentos clínicos com o propósito de promover a continuidade de cuidados seguros, bem como a promoção de cirurgia segura. Nesse sentido procurei garantir uma comunicação eficaz entre a equipa multidisciplinar. A técnica ISBAR é uma abordagem estruturada que utilizo para fornecer informações claras e sucintas sobre a identificação do doente, a situação atual, o histórico relevante, a avaliação e as recomendações necessárias. Tal ajuda a evitar erros de comunicação, omissões de informações importantes e mal-entendidos, promovendo uma assistência cirúrgica segura e coordenada.

No decorrer das práticas clínicas, procurei atualizar-me continuamente acerca do conhecimento científico adequado a cada ensino clínico o que sustentou o meu raciocínio crítico no processo de tomada de decisão, planeamento e gestão dos cuidados prestados e ainda, na resolução de questões que foram surgindo. Tendo os padrões de qualidade como base da minha conduta, procurei adotar uma prática baseada na evidência científica e eficiente, que se evidenciou nos diferentes ensinamentos clínicos. Através do Processo de Enfermagem, com a avaliação, planeamento e intervenção procurei promover um ambiente seguro para todos os intervenientes. Este processo, permitiu responder da melhor forma aos problemas identificados, antecipando o agravamento da situação clínica.

Por tudo o que fora mencionado anteriormente, acredito ter demonstrado **consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório.**

Para dar resposta à Unidade Competência, **lidera o processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios**, o enfermeiro especialista deverá certificar que assepsia é mantida, previne a contaminação, mantém a higiene da sala, executa os cuidados à pele necessários, fomenta os cuidados pré-cirúrgicos, como a higienização das mãos e a correta utilização dos equipamentos de proteção, valida ou coopera na administração da profilaxia antibiótica, promove a normotermia em todo o período perioperatório, previne e implementa medidas de contenção, na presença de um doente com infeção ativa, e por último, confere a esterilização dos dispositivos médicos

necessários ao procedimento e elabora protocolos com vista a implementação da assepsia progressiva.

O PPCIRA, na sua atualização mais recente, apresenta quais as estratégias a serem adotadas pelas instituições de saúde no sentido de prevenir e controlar as Infecções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS), como é possível consultar no Despacho n.º 10901/2022.

Nos serviços em que exerci a minha atividade profissional e ainda como formanda neste mestrado, procurei prevenir e controlar a infeção, bem como minimizar a criação de resistências à terapêutica antibiótica. Nos diferentes serviços, verifiquei que existe um elemento na equipa com responsabilidade acrescida na matéria de prevenção e controlo da infeção, que atua em equipa com os grupos de coordenação da instituição. Este elemento, nos diferentes serviços, dedica-se à formação e partilha das orientações emanadas pela instituição aos profissionais de saúde nos serviços, realiza auditorias internas e atualização dos planos de intervenção. Por norma, é um enfermeiro especialista pela sua diferenciação e competências já adquiridas neste domínio.

Acredito ter desenvolvido a minha prática clínica em cooperação com a equipa multidisciplinar no decorrer dos ensinos clínicos. Os cuidados por mim prestados, tiveram sempre em conta o cumprimento rigoroso das Precauções Básicas do Controlo da Infeção e das normas emanadas pelo PPCIRA, com o intuito de prevenir e controlar as IACS, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados e para a maximização da segurança do doente.

A pessoa em situação perioperatória, pela necessidade de cuidados diferenciados inerente a situação cirúrgica/anestésica, exigem do enfermeiro especialista uma atuação proativa na prevenção, controle de infeção e de resistência aos antimicrobianos (OE, 2018).

De acordo com a DGS (2015), as Infecções do Local Cirúrgico (ILC) estão:

entre as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) mais comuns, nomeadamente em Portugal, associadas a internamentos hospitalares prolongados e procedimentos cirúrgicos adicionais, podendo exigir cuidados intensivos e resultar em maior morbilidade e mortalidade atribuíveis e custos elevados em saúde (p.6)

As principais causas para a ocorrência destas infeções, tanto no local cirúrgico, como sistémicas, de acordo com Fragata (2011), incluem baixo nível de higiene do local, técnica cirúrgica incorreta, quebra de assepsia e deficiente profilaxia antibiótica. Este mesmo autor menciona que este cenário poderia ser amplamente reduzido com a implementação de medidas na prevenção do risco. Também a norma clínica emanada pela DGS 020/2015 refere

que “Estima-se que 60% das ILC sejam evitáveis pelo uso de normas baseadas em evidência e de Feixes de Intervenções (p.9)”

A infecção do local cirúrgico tem diversas causas e é diretamente influenciada pela condição do doente, procedimento cirúrgico e características do agente patogénico envolvido. Esta infecção pode ocorrer no local da incisão cirúrgica ou na área circundante e instala-se nos primeiros trinta dias de pós-operatório, ou até três meses após colocação de prótese (DGS, 2015).

Nesse sentido, nos ensinamentos clínicos, promovi e cooperei na prevenção e controlo da infecção, pois adotei os procedimentos adequados conforme as normas e protocolos estabelecidos pelo serviço e pelo PPCIRA, como a manutenção da normotermia através da utilização de aquecedores de fluídos e mantas de aquecimento, avaliação da glicemia, administração antibiótica e realização de tricotomia segundo a norma, além de que promovi um ambiente seguro, desde o vestuário, manuseamento de medicação, material estéril, tratamento à ferida cirúrgica, manuseamento de dispositivos médicos (drenos, cateteres vesicais, pensos cirúrgicos, acessos venosos centrais e periféricos, cateter de linha arterial, sonda nasogástrica, sensores de pressão intracraniana, cateter de drenagem ventricular externa, infusor elastomérico (DIB), etc.), circuitos dos lixos, entre outros.

Importa referir que a higienização das mãos continua a ser uma das medidas mais eficaz na prevenção das IACS, além de que é uma medida simples e económica. Tanto que são realizadas com alguma frequência auditorias acerca da higienização das mãos, pois de acordo com a DGS (2016), as mãos dos profissionais de saúde são o principal meio de transmissão de microrganismos e potenciam as infeções cruzadas.

Neste sentido, além de cumprir a higienização das mãos com frequência e nos momentos recomendados, também orientei e instruí os familiares/ pessoa significativa para este cuidado.

No decorrer do EC II, presenciei diversos procedimentos, entre eles, o cateterismo. Durante este procedimento estão presentes na sala um técnico de cardiopneumologia, um enfermeiro e um ou dois cirurgiões. Por rotina, é o técnico de cardiopneumologia que procede à preparação da mesa cirúrgica e à administração do produto de contraste. Como enfermeira a exercer funções de instrumentista/circulante no Bloco Operatório e, como já referi anteriormente, ciente das práticas recomendadas para o ambiente cirúrgico, observar estas situações fez-me questionar vários aspetos, entre eles, as competências dos técnicos de cardiopneumologia. Com efeito, consultei o Despacho n.º 9363/2014, onde está o referencial de competências para as profissões de técnico de cardiopneumologia e de técnico de

neurofisiologia. O Regulamento apenas menciona “Conhecer os princípios farmacológicos da terapêutica envolvida e suas consequências nos dados obtidos nos procedimentos da sua responsabilidade” (p. 18594), pelo que neste sentido, acredito que seria benéfico para a segurança cirúrgica da pessoa em situação perioperatória, que o manuseio de material estéril bem como a administração de fármacos fossem intervenções exercidas pelos profissionais de enfermagem.

Esta minha observação vai de encontro com um Parecer da OE: CJ 228/2014

Competências dos técnicos de imagiologia – Usurpação de funções:

2.4. A administração de terapêutica, ainda que decorrente de uma prescrição médica, constitui uma atividade de enfermagem legalmente cometida e reservada aos enfermeiros e médicos. São os enfermeiros os profissionais que detêm as competências científicas, técnicas e humanas necessárias para a respetiva realização (conforme reconhecido pela atribuição do respetivo título profissional), garantido a segurança e a qualidade dos cuidados ao doente;

Ainda neste ensino clínico, observei que o cirurgião manuseia todo o material estéril e ainda manobra o aparelho de radiologia enquanto executa o procedimento. Indo de encontro com as dotações seguras, acredito que a presença de um enfermeiro instrumentista durante o procedimento iria promover a segurança cirúrgica, tal como a assepsia dos dispositivos médicos e assim prevenir o risco de picada accidental.

Pelo anteriormente mencionando, acredito ter adquirido as competências necessárias para **liderar o processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios**.

Por último, o enfermeiro especialista deverá **promover a gestão e o controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório**. Esta unidade de competência define que o enfermeiro especialista assegura a disponibilidade, integridade, funcionalidade de acordo com o fabricante, rastreabilidade e ainda, disponibiliza normas seguras para a utilização dos dispositivos médicos; previne o risco de retenção inadvertida de instrumentos cirúrgicos no local cirúrgico, confere a gestão de tecidos e fluidos orgânicos, coopera no reprocessamento de dispositivos médicos de uso múltiplo e, por último, dá parecer técnico acerca de dispositivos médicos.

A gestão e controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório é fundamental para garantir a segurança dos doentes durante os procedimentos cirúrgicos. Entre os vários cuidados a ter em conta, inclui-se a realização de um inventário detalhado, que contém informações sobre a quantidade, localização, data de validade e histórico de uso de cada dispositivo; a manutenção regular e verificação da funcionalidade dos dispositivos médicos que podem ser reprocessados; em caso de anomalia, os profissionais de saúde

devem saber a quem reportar o problema e adotar as medidas necessárias a fim de evitar possíveis danos, e por último, os profissionais devem ter conhecimentos acerca da eliminação adequada dos dispositivos médicos, assegurando que esta é feita de forma segura e responsável.

Ainda na gestão de controlo dos dispositivos médicos, o sistema de rastreabilidade permite a monitorização abrangente de processos, equipamentos e dispositivos médicos, incluindo caixas de instrumental cirúrgico. O mesmo permite que dispositivos reutilizados sejam rastreados desde a aquisição até uma nova utilização, proporcionando controlo e segurança ao longo de todo o ciclo. Também é importante a rastreabilidade dos dispositivos médicos implantáveis, em que a gestão da sua documentação é garantida pelo enfermeiro da sala operatória (Claro, 2017). Ao promover uma gestão eficaz e controlo adequado dos dispositivos médicos no perioperatório, é possível garantir a disponibilidade, a funcionalidade e a segurança dos dispositivos utilizados durante os procedimentos cirúrgicos. Tal contribui para um ambiente cirúrgico seguro e promove a qualidade do cuidado prestado aos doentes.

A rastreabilidade desses dispositivos e a gestão do risco de retenção inadvertida de itens no local cirúrgico são focos importantes dos enfermeiros no perioperatório. De acordo com Freitas (2016), a retenção de dispositivos médicos dentro dos doentes é um evento sério relacionado com a cirurgia. Para prevenir a retenção de itens cirúrgicos no período intra-operatório, o processo de contagem cirúrgica é recomendado em todas as cirurgias, processo esse em que todo o material é cuidadosamente verificado em termos de integridade, utilização, qualidade e adequação.

A quantidade e complexidade de equipamentos, instrumentos e profissionais da equipa multidisciplinar na sala operatória é organizada em função de um único eixo, o doente. Idealmente, os profissionais de saúde deveriam receber formação sobre o manuseamento e a operacionalidade adequada do equipamento, garantindo o seu uso correto durante os procedimentos cirúrgicos e afins. Pela minha experiência profissional, posso mencionar que por vezes é uma lacuna transversal aos ambientes cirúrgicos que conheço ou tive oportunidade de estagiar. Por exemplo, o desconhecimento sobre a aplicação de um penso de pressão negativa que condiciona a intervenção para a cicatrização de uma ferida e que exige uma eventual formação.

Nos serviços onde decorreram os ensinamentos clínicos, tive a oportunidade de experienciar e colaborar na gestão dos cuidados. Foi possível constatar que os enfermeiros especialistas em enfermagem Médico-Cirúrgica dão resposta a situações de naturezas

distintas, tais como gestão de recursos humanos, gestão de consumíveis (pedidos, rececionamento, verificação de stock disponível), distribuição de tarefas entre os elementos da equipa, encaminhamento de avarias para os serviços de equipamentos/manutenção. Pelas características específicas do serviço, as competências de gestão na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos requerem uma especial diferenciação. Neste sentido, foi possível a observação e colaboração na gestão dos dispositivos médicos de uso único e de uso múltiplo necessários para as cirurgias programadas do dia seguinte, bem como na gestão de salas operatórias, organização da equipa com competências adequadas aos procedimentos cirúrgicos, entre outros. Desta forma, acredito ter desenvolvido as competências necessárias para o cumprimento da última Unidade de Competência: **promove a gestão e o controle dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório.**

CAPÍTULO III – AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE 2º CICLO

3.1 Rumo à mestria no cuidar da pessoa em situação perioperatória

A construção deste relatório exibiu a narração do percurso realizado para a aquisição e aprimoramento das competências gerais e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com foco na abordagem da Pessoa em Situação Perioperatória. Ao longo desse percurso, foram exploradas experiências práticas, aprofundamento teórico e reflexão crítica, culminando com o argumento para uma posterior defesa pública, revelador das competências do 2º ciclo de estudos em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O Decreto-Lei nº 74/2006, estabelece as bases legais no contexto dos graus e diplomas do ensino superior, compreende o enquadramento necessário para a validação e reconhecimento dessas competências adquiridas ao longo da jornada acadêmica. Este diploma indica que o Mestre evidencia conhecimentos e capacidade de compreensão e que os aplica com perícia na resolução de novos problemas e em distintos contextos, encontra soluções, comunica as suas conclusões e o raciocínio a elas inerente, aprimorando competências que contribuam para uma aprendizagem constante ao longo da vida.

É relevante destacar que essas competências, essenciais para a formação de um profissional altamente especializado e habilitado, estão cuidadosamente delineadas no Decreto-Lei nº 74/2006 e atualizado no Decreto-Lei nº 65/2018, contudo sem alterações no que compete ao desenvolvimento das competências de mestre.

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
 - i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (p.9).

Na análise das competências descritas e pelo conteúdo explanado neste relatório, acredito que desenvolvi conhecimentos e aprofundei a minha compreensão sobre a Enfermagem, permitindo-me a expansão dos conceitos adquiridos durante o 1º ciclo de estudos, a fundação a partir da qual iniciei a minha jornada de aprofundamento na ciência da Enfermagem. Hoje, ao aplicar e refletir nesses conhecimentos e competências adquiridas

e ao abordar as situações profissionais com uma perspectiva crítica, identifiquei de forma precisa a minha evolução e ainda as minhas lacunas de aprendizagem.

A busca por uma prática baseada na evidência permitiu e constituiu uma base de desenvolvimento e descoberta em muitos casos em contexto de investigação. O recurso às revisões sistemáticas serviram de suporte às decisões clínicas e à comunicação estabelecida com os meus pares, em particular na prevenção do DPO, assunto cientificamente comprovado, mas sem prática recorrente nos ambientes perioperatórios que frequento.

Apliquei com habilidade os saberes adquiridos e a capacidade de compreensão para resolver desafios em cenários desconhecidos como os contextos multidisciplinares encontrados na Unidade de Hemodinâmica, no Serviço de Oftalmologia/ Neurocirurgia/ Neurologia e na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicas, ampliando a minha perspectiva além das fronteiras da minha área de estudo teórico. Tornou-se possível desenvolver competências especializadas no cuidado à pessoa em situação perioperatória, através das experiências vivenciadas, que permitiram aprofundar conhecimentos técnico-científicos no cuidar e maximizar a experiência cirúrgica da pessoa, família ou pessoa significativa, nomeadamente na área da prevenção do DPO. Com o pretexto da identificação do risco do DPO, foi possível mostrar a pertinência da aplicação de instrumentos auxiliares de diagnóstico já mencionados, a escala CAM e a escala 6CIT, para fundamentar o diagnóstico, implementar intervenções de enfermagem especializadas na prevenção do DPO consolidando informação sobre os ganhos em saúde sensíveis à intervenção do enfermeiro especialista. No mesmo sentido, a otimização de todo o período perioperatório com recurso às consultas pré e pós-operatórias, aprimoraram o conhecimento a transmitir à pessoa e familiar/pessoa significativa, recorrendo a uma comunicação eficaz, que permitiu empoderar a pessoa em situação perioperatória no seu processo de saúde/doença. O enriquecimento nos conceitos acerca do controle e prevenção de infeção, medicação e gestão da dor no pós-operatório imediato, entre outros, contribui para ter integrado de forma eficaz os meus conhecimentos em solucionar questões complexas, onde procurei desenvolver tomadas de decisões sempre orientada pelos princípios éticos, sociais e pelo CDE.

Desta forma, advogo que o meu percurso académico, enriqueceu a minha habilidade de questionar e avaliar as minhas próprias apreciações e decisões, incluindo também a reflexão com aspetos éticos e deontológicos na minha prática clínica quotidiana. Diria mesmo, a questionar o óbvio. Esta experiência formativa incentivou a um maior autoconhecimento e assertividade, facilitando a aplicação do Processo de Enfermagem nas

tomadas de decisões, permitindo assim uma gestão mais eficaz e proativa de situações complexas em diversos cenários clínicos.

O desenvolvimento da competência de comunicação contribuiu para a consolidação de conhecimentos, proporcionando a capacidade de partilhar com os meus pares, comunidade académica e sociedade em geral os meus saberes sobre a Enfermagem e o cuidar da pessoa em situação perioperatória, bem como os processos de raciocínios a eles subjacentes. Exemplo disto foram as diferentes apresentações sobre a prevenção do DPO que elaborei adequados a cada contexto de ensino clínico (Serviço de Oftalmologia/ Neurocirurgia/ Neurologia e Unidade De Cuidados Pós-Anestésicos) a fim de influenciar os meus pares, sobre os ganhos sensíveis à intervenção do enfermeiro na prevenção do DPO. Refiro ainda a intervenção em encontros científicos de Enfermagem com comunicações orais, nomeadamente, a apresentação do projeto de autoformação *“Prevenção do DPO em Idosos submetidos a cirurgia de coluna: Estudo de Caso”*, no VI Congresso da OE que decorreu em 5, 6 e 7 de maio de 2022, no Altice Fórum Braga, a divulgação do relatório do estágio de opção nas Jornadas Académicas de Enfermagem da Macaronésia, que decorreu nos dias 13, 14 e 15 de julho de 2022, na ESESJC, e ainda como palestrante convidada no Seminário-Cuidar da Pessoa em Situação Perioperatória, na mesa: “Prevenir o Delirium do Idoso no Pós-operatório: da teoria à prática” no dia 21 de janeiro de 2023, promovido pela ESESJC e a ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTA MARIA.

Participei como coautora em dois pósteres com carácter científico, dando desta forma o meu contributo para uma enfermagem perioperatória como ciência e com fundamentos na evidência científica. Estes trabalhos foram apresentados no “V congresso Internacional de EMC: e se não houvesse enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica?” que decorreu entre os dias 26 e 27 de outubro de 2021, no Centro de artes de espetáculos da Figueira da Foz. O primeiro póster denominou-se “Das competências do Enfermeiro Perioperatório ao mapa concetual” e tendo por base o Regulamento 429/2018, procurou-se dar a conhecer as competências específicas Cuidar da pessoa em situação perioperatória e Maximizar a Experiência Cirúrgica, através do mapa concetual, que se revelou uma ferramenta eficiente e sucinta na demonstração de conhecimento e ainda uma fácil retenção do mesmo. O segundo póster tinha como título: “Avaliação inicial do doente idoso no pré-operatório: o quê e como avaliar?”, com o propósito de identificar critérios e instrumentos específicos a serem utilizados na avaliação inicial do doente idoso em contexto perioperatório. Após uma pesquisa, análise e discussão dos resultados em grupo, selecionamos 3 instrumentos e concluímos que a avaliação inicial do idoso no pré-operatório

é fundamental para a especificação dos cuidados e diminuição dos riscos associados à cirurgia e hospitalização. Importa referir que estes pósteres foram desenvolvidos respetivamente nas UCs Enquadramento Conceptual da Enfermagem Perioperatória e Cirurgia Geriátrica: contextos e desafios.

Desenvolvi competências que me permitem uma aprendizagem contínua ao longo da vida e de forma auto-orientada. Aprofundei a minha autonomia no processo de aprendizagem, adotando abordagens autónomas de como adquirir novos conhecimentos e manter-me atualizada ao longo da minha jornada profissional e pessoal. Como já foi referido no Capítulo II, tornei-me associada da AESOP com o propósito de manter-me atualizada nesta área tão específica e em constante evolução como o perioperatório.

O percurso detalhado neste relatório ilustra a minha habilidade de aprender, construindo conhecimentos específicos e sólidos, alinhados com a formação de 2º ciclo em Enfermagem e naturalmente alavancados no aprimoramento dos conhecimentos subjacentes ao desenvolvimento das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da pessoa em situação perioperatória.

CONCLUSÃO

“Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Prevenção do *Delirium* Pós-Operatório à pessoa idosa submetida a cirurgia da coluna” é a narrativa do processo de transformação e aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas de EMC no cuidado à Pessoa em Situação Perioperatória e competências de Mestre. Considera-se que o presente relatório cumpriu os objetivos inicialmente propostos. A sua elaboração e posterior defesa pública assinalam o culminar desta jornada académica.

A construção de competências em enfermagem especializada torna-se efémera se não contemplar o desenvolvimento de uma perspetiva ética e deontológica, no cumprimento de rigorosos padrões éticos/morais e legais, bem como o compromisso com uma prática baseada na evidência, que me envolveu em pesquisas clínicas para suportar a minha prática, em diferentes vertentes e em particular na prevenção do DPO do idoso submetido a cirurgia da coluna.

Evidenciou-se neste relatório alguns dos pilares em que suportei o desenvolvimento da minha jornada de especialização, naturalmente com a orientação e apoio de especialistas em enfermagem Médico-Cirúrgica. Os ensinamentos clínicos revelaram-se essenciais no desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista nos quatro domínios: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, bem como das competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação perioperatória tendo como focos, cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa e maximizar a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica.

Os ensinamentos clínicos proporcionaram múltiplas aprendizagens. Permitiram demonstrar a capacidade de organizar e planear intervenções de enfermagem dirigidas à pessoa em situação perioperatória e suas famílias, resultante da análise crítica e reflexiva acerca da prática. Desde os cuidados afetos à cirurgia de ambatório, bem como os cuidados seguros à pessoa em situação perioperatória e respetiva família em contextos perioperatórios. A aquisição de saberes acerca da problemática do DPO e intervenções de sucesso sensíveis a esta condição clínica.

O DPO é uma complicação séria e que afeta especialmente idosos em situação perioperatória. Acreditamos que o trabalho desenvolvido teve um desempenho significativo na prevenção do DPO por meio da pesquisa bibliográfica e pela prática em contextos perioperatórios. A prevenção e o tratamento eficaz, desempenham um papel crucial na melhoria dos resultados obtidos. A prática clínica, permitiu a transmissão do conhecimento acerca de instrumentos de avaliação, fatores de risco, cuidados preventivos e sobretudo, a sensibilização dos profissionais de saúde para a problemática do DPO e o sucesso das intervenções não farmacológicas para a prevenção do mesmo.

No âmbito de perspectivas futuras, o foco permanecerá na prevenção do DPO, na busca contínua pela melhoria dos resultados clínicos, e na segurança da pessoa em situação perioperatória. Prosseguir continuamente com a investigação em Enfermagem Médico-Cirúrgica, desenvolver protocolos de cuidados avançados e manter uma participação ativa, na melhoria da qualidade dos cuidados em saúde, influenciando assim, de forma positiva os pares, equipa multidisciplinar, a pessoa em situação perioperatória, familiares e/ou pessoa significativa.

A jornada académica caracterizou-se pela resiliência e constância na superação dos obstáculos que foram surgindo a vários níveis, como no que toca à gestão do tempo e dificuldade em conciliar a vida pessoal, profissional e académica simultaneamente.

Considera-se que todo o percurso pessoal, profissional e académico, aliado à realização deste relatório crítico-reflexivo, atingiu os objetivos inicialmente propostos e dotou-me das competências conducentes com a especialidade em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação perioperatória, e com o 2º ciclo de estudos – Mestrado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adogwa, O., Elsamadicy, A. A., Vuong, V. D., Fialkoff, J., Cheng, J., Karikari, I. O., & Bagley, C. A. (2017a). Association between baseline cognitive impairment and postoperative delirium in elderly patients undergoing surgery for adult spinal deformity. *Journal of Neurosurgery: Spine*, 1–6. <https://doi.org/10.3171/2017.5.SPINE161244>
- Adogwa, O., Elsamadicy, A. A., Vuong, V. D., Moreno, J., Cheng, J., Karikari, I. O., & Bagley, C. A. (2017b). Geriatric comanagement reduces perioperative complications and shortens duration of hospital stay after lumbar spine surgery: A prospective single-institution experience. *Journal of Neurosurgery: Spine*, 1–6. <https://doi.org/10.3171/2017.5.SPINE17199>
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enfermagem*, 14(3), 373 – 382. <https://www.scielo.br/j/tce/a/DYhM34cLHw3zSjvQTR63njK/abstract/?lang=pt>
- Alves, C., Lopes Corrêa, A. C., Correa Soares, M., & Könzgen Meincke, S. M. (2015). O cuidado de enfermagem e sua evolução histórica: uma revisão integrativa. *Cultura de Los Cuidados*, 19(43), 83–94. <https://doi.org/10.14198/cuid.2015.43.08>
- American Association of Operating Room Nurses. (1969). Definition and objective for clinical practice of professional operating room nursing. *AORN Journal*, 10(5), 43–47. [https://doi.org/10.1016/s0001-2092\(08\)70818-4](https://doi.org/10.1016/s0001-2092(08)70818-4)
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais DSM-5*. Climepsi
- Apóstolo, J. L. A., Paiva, D. dos S., Silva, R. C. G. da, Santos, E. J. F. dos, & Schultz, T. J. (2018). Adaptation and validation into Portuguese language of the six-item cognitive impairment test (6CIT). *Aging & Mental Health*, 22(9), 1190–1195. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1348473>
- Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas. (1948). *Declaração universal dos direitos do Homem*. <http://afilosofia.no.sapo.pt/cidadania1.htm>.

- Associação dos Enfermeiros da Sala de Operação Portuguesa. (2006). *Enfermagem perioperatória: da filosofia à prática de cuidados*. Lusodidacta.
- Associação dos Enfermeiros da Sala de Operação Portuguesa. (2012). *Enfermagem Perioperatória: da filosofia à prática de cuidados*. Lusodidacta.
- Associação dos Enfermeiros da Sala de Operação Portuguesa. (2015). *Tomada de posição Cursos de Especialidade em Enfermagem Peri operatória*. https://www.aesop-enfermeiros.org/wp-content/uploads/2020/01/Tomada_de_posicao_da_Associacao_dos_Enfermeiros_d_e_Sala_Operaco%CC%83es_Portugueses___AESOP_sobre_Cursos_de_Especialidade_em_Enfermagem_Perioperato%CC%81ria.___Julho_de__2015.pdf consultado a 21/03/2023
- Azevedo, J. I. A. (2016). *Perioperative Nursing Data Set* (Tese para obtenção do grau de Mestre, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto). <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/90697?locale=pt>
- Bártolo, E. (2007). *Formação em contexto de trabalho no ambiente hospitalar: um estudo etnográfico numa unidade de cuidados intensivos pediátricos*. Climepsi Editores
- Bartzak, P. J. (2020). Post-operative delirium: Hold the narcotics, benzodiazepines, and bed alarms. *Medsurg nursing*, 28(5), 10–11. https://www.researchgate.net/publication/346410095_Post_Operative_Delirium_Hold_the_Narcotics_Benzodiazepines_and_Bed_Alarms
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática de enfermagem*. (A. A. Queirós, B. Lourenço, Trans.). Quarteto editora.
- Bento, F. (2015). *Contributo da comunicação efetiva na promoção da segurança da pessoa em situação crítica durante a transição perioperatória: percurso de desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem* (Relatório de Estágio para obtenção do grau de Mestre na área de especialização da Pessoa em Situação Crítica). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Bilbao, M. (2021). Parabéns AESOP a caminhar há 35 anos o que mudou na AESOP com a pandemia. As caras da nova direção nacional. *Revista da Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses*, 7. <https://www.aesop-escola-superior-de-enfermagem-sao-jose-de-cluny-cristina-henriques>

enfermeiros.org/wp-content/uploads/2021/07/AESOP-n46-jul-2021.pdf

- Borges, E., Silva Ferreira, M., & Matos Costa, P. (2022). Delirium pós-operatório numa população idosa. *Revista Portuguesa De Cirurgia*, (53), 47-55. <https://doi.org/10.34635/rpc.971>
- Borson, S., Scanlan, J., Brush, M., Vitaliano, P., & Dokmak, A. (2000). The mini-cog: a cognitive “vital signs” measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(11), 1021-1027 <https://www.mini-cog.com/wp-content/uploads/2022/09/PORTUGUESE-Mini-Cog-in-Portuguese.pdf>
- Breda, L. F. T. F. (2019). *Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=83722&codigo=466.
- Burkle, C. M., Pasternak, J. J., Armstrong, M. H., & Keegan, M. T. (2013). Patient perspectives on informed consent for anaesthesia and surgery: American attitudes. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*, 57(3), 342–349. <https://doi.org/10.1111/aas.12037>
- Cambotas, C. (2014). *A prática baseada na evidência em contexto da enfermagem perioperatória* (Relatório para a obtenção do grau de Mestre, Instituto Politécnico de Setúbal). <http://hdl.handle.net/10400.26/7489>
- Claro, M. S. (2017). *Rastreabilidade dos dispositivos médicos reutilizáveis* (Projeto de estágio para Licenciatura em Gestão em Saúde, Universidade Atlântica). Barcarena. <http://hdl.handle.net/10884/1126>
- Correia, M. (2012). *Processo de construção de competências nos enfermeiros em UCI* (Tese para obtenção do grau de Doutor, Universidade de Lisboa). <http://hdl.handle.net/10451/7992>
- Correia, M. B. (2002). A reflexão crítica com a prática formativa. *Sinais Vitais*, (42), 15-18.
- Costa, A. P. (2013). Liderança: A arte de fazer seguidores. In P. Parreira, R. Melo, A.

Castilho, R. Vieira & A. Amaral (Coords.). *Gestão em organizações de saúde* (pp. 63-72). UICISA-E e ESEnfC.

Decreto-Lei n.º 65/2018. **Diário da República**, 1ª série. 157 (16-08-2018) 4147-4182. [Consult. 17 mar. 2023]. Disponível em WWW: <https://data.dre.pt/application/conteudo/116068879>

Decreto-Lei nº 74/2006. **Diário da República** n.º 60/2006, Série I-A de 2006-03-24 (2242 – 2257) [Consult. 17 mar. 2023]. Disponível em WWW: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387>

Deodato, S. (2010). *Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir*. (Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa). https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/4984/3/Tese_Dout_SD_Final_23.10.10.paginada.pdf

Deontologia. (2023). In *Dicionário Priberam da Língua Portuguesa*. <https://dicionario.priberam.org/deontologia>.

Despacho n.º 10901/2022. **Diário da República** Série II. 174 (08-09-2022) 93-99. Consult. 26 jul. 2023]. Disponível em WWW: <https://files.dre.pt/2s/2022/09/174000000/0009300099.pdf>

Despacho n.º 1380/2018. **Diário da República** 2ª Série. 28 (08.02.2018). 4511 [Consult. 25.11.2021]. Disponível em <https://files.dre.pt/2s/2018/02/028000000/0451104511.pdf>

Despacho n.º 1400-A/2015. **Diário da República** Série II. Nº28 (10-02-2015) [Consult. 26 jul. 2023]. Disponível em WWW: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>

Despacho n.º 5613/2015. **Diário da República**, Série II. Nº 102 (27-05-2015) [Consult. 26 jul. 2023]. Disponível em WWW: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>

Despacho n.º 9363/2014. **Diário da República** 2ª Série. N.º 137 (18.07.2021). 18593-18594 [Consult. 01.12.2021]. Disponível em <https://files.dre.pt/2s/2014/07/137000000/1859318594.pdf>

- Despacho nº 9390/2021. **Diário da República** 2ª Série. 187 (24/09/2021). 96-103.
[Consult. 07 jun 2023]. Disponível em WWW:
<https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>
- Direção-Geral da Saúde - **Norma nº 001/2017**: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. 2017. Acessível na DGS
- Direção-Geral da Saúde – **Norma nº 02/2013**: Cirurgia Segura, Salva Vida. 2013. Acessível na DGS
- Direção-Geral da Saúde – **Norma nº 020/2015**. “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. 2015. Acessível na DGS.
- Direção-Geral da Saúde (2013) – **Norma nº 015/2013**: Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito. 2013. Acessível na DGS.
- Direção-Geral da Saúde (2016). *Guia para a implementação da estratégia multimodal da organização mundial da saúde para a melhoria da higiene das mãos nas unidades de saúde*. https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-deimplementacao/2016_guia_implementacao_hm-pdf.aspx. / [consultado em 06-07-2023].
- Direção-Geral da Saúde (2023). *Modelo de Certificação do Ministério da Saúde* <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/unidades.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2004). *Carta dos direitos do doente internado*. <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Programa de Acreditação do Ministério da Saúde*. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/01/06/programa-de-acreditacao>
- Ética. (2023). In *Dicionário Priberam da Língua Portuguesa*. <https://dicionario.priberam.org/%C3%89tica>.
- European Operating Room Nurses Association. (2019). *EORNA Common Core Curriculum for Perioperative Nursing* (3rd ed.) Author

- Eurostat. (2021). *More than a fifth of the EU population are aged 65 or over*.
<https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20210316-1>
- Fernandes, D., & Vale, L. (2014). Competências do enfermeiro em radiologia de intervenção. *Onco.News*, (25).
<https://www.aeop.pt/ficheiros/e11e8b56338cb965ed036b77638cc640.pdf>
- Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M. (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, (15), 1 – 37.
- Fonseca, M. (2006). *Supervisão em ensinos clínicos em enfermagem: perspectiva do docente*. Formasau.
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos doentes: Uma abordagem prática*. Lidel.
- Freitas, P. S., Mendes, K. D. S., & Galvão, C. M. (2016). Processo de contagem cirúrgica: evidências para a segurança do paciente. *Revista Gaúcha de Enfermagem*.
<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.66877>
- Gao, H., Ma, H.-J., Li, Y.-J., Yin, C., & Li, Z. (2020). Prevalence and risk factors of postoperative delirium after spinal surgery: A meta-analysis. *Journal of orthopaedic surgery and research*, 15(1), 138. <https://doi.org/10.1186/s13018-020-01651-4>
- Hasemann, W., Tolson, D., Godwin, J., Spirig, R., Frei, I. A., & Kressig, R. W. (2018). Nurses' Recognition of Hospitalized Older Patients With Delirium and Cognitive Impairment Using the Delirium Observation Screening Scale: A Prospective Comparison Study. *Journal of Gerontological Nursing*, 44(12), 35–43.
<https://doi.org/10.3928/00989134-20181018-02>
- Inouye, S. K. (2020). *The CAM-S Training Manual and Coding Guide*.
https://americandeliriumsociety.org/wp-content/uploads/2021/08/CAM_S_DeliriumSeverity_TrainingManual.pdf
- Inouye, S. K., van Dyck, C. H., Alessi, C. A., Balkin, S., Siegal, A. P., & Horwitz, R. I. (1990). Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Annals of Internal Medicine*, 113(12), 941–948.
<https://doi.org/10.7326/0003-4819-113-12-941>

- Inouye, SK., Kosar, C. M., Tommet, D., Schmitt, E. M., Puelle, M. R., Saczynski, J. S., Marcantonio, E. R., & Jones, R. N. (2014). The CAM-S: development and validation of a new scoring system for delirium severity in 2 cohorts. *Annals of Internal Medicine*, 160(8), 526–533. <https://doi.org/10.7326/M13-1927>
- Jacob, S. V. S. (2019) *cirurgia de ambulatório um futuro presente: Importância cuidados de enfermagem pré-operatórios* (Trabalho desenvolvido no contexto de Mestrado em Enfermagem Peri operatória, Instituto Politécnico de Setúbal). <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/30153/1/relatorio%20vers%c3%a3o%20final.pdf>
- Le Boterf, G. (2005). *Construir as competências individuais e colectivas: resposta a 80 questões*. Asa Editores.
- Lei nº 156/2015. **Diário da República** 1ª Série. 28 (16-09-2015). [Consult. 31 mai 2023]. Disponível em WWW: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/156/2015/08/10/p/dre/pt/html>
- Lima S. R. (2020). *Literacia em Saúde em Cuidados Paliativos* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). Instituto Politécnico de Viseu. https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/6273/1/S%c3%adlviaRodriguesLima_RF.pdf
- Lima, M. V. R., Ignácio, F. S., & Nunes, M. B. S. (2018). *Centro Cirúrgico e enfermaria como empoderamento da enfermagem perioperatória*. In 11º Simpósio Internacional da Esterilização e Controlo de Infecção relacionada à Saúde, São Paulo. <https://proceedings.science/sobecc-2018/papers/centro-cirurgico-e-enfermaria-como-empoderamento-da-enfermagem-perioperatoria>
- Machado, A. (2020). *A implementação do modelo ACSA no departamento de pediatria do hospital de santa maria: Um estudo de caso* (Tese para obtenção do grau de Mestre, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas). <http://hdl.handle.net/10400.5/21297>
- Marcantonio, E. R. (2017). Delirium in hospitalized older adults. *The New England Journal of Medicine*, 377(15), 1456–1466. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1605501>
- Melchior, L. M. R., Barreto, R. A. Dos S. S., Prado, M. A., Caetano, K. A. A., Bezerra, A L. Q., & De Sousa, T. V. (2018). Predictores de ansiedad preoperatoria moderada y
- Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny – Cristina Henriques**

- grave en pacientes quirúrgicos hospitalizados. *Enfermería Global*, 17, 64–96.
https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n52/pt_1695-6141-eg-17-52-64.pdf
- Miguel, G. (2021). Entrevista enfermeiros perioperatórios: AESOP quer aumentar literacia em segurança cirúrgica. *Jornal Enfermeiro*, 15.
<https://www.jornalenfermeiro.pt/entrevistas/item/1976-enfermeiros-perioperatorios-aesop-quer-aumentar-literacia-em-seguranca-cirurgica.html>
- Müller, J., Nowak, S., Vogelgesang, A., von Sarnowski, B., Rathmann, E., Schmidt, S., Rehberg, S., Usichenko, T., Kertscho, H., Hahnenkamp, K., Flöel, A., Schroeder, H. W., Müller, J.-U., & Fleischmann, R. (2020). Evaluating Mechanisms of Postoperative Delirium and Cognitive Dysfunction Following Elective Spine Surgery in Elderly Patients (CONFESS): Protocol for a Prospective Observational Trial. *JMIR research protocols*, 9(2), e15488. <https://doi.org/10.2196/15488>
- Nunes, L. (2011). *Ética de enfermagem: Fundamentos e horizontes*. Lusociência
- Oliveira, C. B. A., Paulino, R. D., Silva, E. F. & Silva, F. F. (2019). A influência do estilo de liderança na satisfação do trabalho: estudo em uma unidade de ensino particular no município de Bananeiras-PB. *Qualitas Revista Eletrônica*, 20(2), 89-114.
<http://dx.doi.org/10.18391/req.v20i2.3985>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Parecer CJ 228/2014: Competências dos Técnicos de Imagiologia: Usurpação de funções*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer_228_2014_Competencias_dos_tecnicos_de_imagiologia_usurpacao.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Dor 5º Sinal Vital*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfarmagem/IPOLisboa_NormaClinicaEnfarmagem_DorQuintoSinalVital.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017a). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidadeemc_rev.pdf consultado a 21/03/2023
- Ordem dos Enfermeiros. (2017b). *Parecer nº 61/2017: Atribuição de tempo para a passagem Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny – Cristina Henriques*

de turno.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/CE_Parecer_61_AtribuicaoTempoPassagemTurno.pdf

Paiva, Diana S; Apóstolo, João L. A. (2015). Estudo de adaptação transcultural e validação do Six Item Cognitive Impairment Test. In J. Apóstolo & M. Almeida (Eds). *Elderly Health Care Nursing. Monographic Series - Health Sciences Education and Research* (pp. 3 – 18). Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) ESEnfC.

Pereira, C., Fernandes, L., Tavares, M., & Fernandes, O. (2011). Empowerment: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. *Nursing*, (267).
<http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/item/3603-empowerment-modelo-de-capitacao-para-uma-nova-filosofia-de-cuidados#.YLvO4PlKjIU>

Pimenta, C. A., Francisco, A. A., Lopes C. T., Nishi, F., A., Maia, F. O., Shimoda, G. T., Jensen, R. (2017). *Guia para a implementação de protocolos assistenciais de enfermagem: integrando protocolos, prática baseada em evidência e classificações em enfermagem*. Coren-SP

Pinheiro, D. (2007). Competências dos enfermeiros perioperatórios. *AESOP Revista*, (22), 17-18.

Rebelo, S. M. dos S. R. S. (2013). *Segurança do doente no bloco operatório* (Dissertação para obtenção do grau de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica) Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
<https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=26954&code=125>

Regasa T, Aweke Z, Neme D. (2022). Determinants of postoperative emergence delirium in patient undergoing general anesthesia in Dilla University referral hospital. A case-control study. *Annals of Medicine and Surgery*, 84, 104942.
<https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.104942>.

Regulamento n.º 140/2019. **Diário da República** 2ª série. 26 (06-02-19) 4744 – 4750. [Consult. 02 abril. 2021]. Disponível em WWW:
<https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

Regulamento n.º 429/2018. **Diário da República** 2ª série. 135 (16-07-18) 19359 – 19370.
[Consult. 22 mar. 2021]. Disponível em WWW:
<https://dre.pt/application/conteudo/115698617>

Regulamento n.º 507/2019. **Diário da República** n.º 112/2019, Série II de 2019-06-12.
[Consult. 17 mar. 2021]. Disponível em WWW:
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/507-2019-122541373>

Regulamento n.º 743/2019. **Diário da República** n.º 184/2019, Série II de 2019-09-25.
[Consult. 17 mar. 2021]. Disponível em WWW:
<https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>

Regulamento nº 168/2011. **Diário da República** n.º 47/2011, Série II de 2011-03-08 [Consult.
02 maio. 2023]. Disponível em WWW:
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20168-2011_IndividualizacaoEspecialidades.pdf

Regulamento nº 76/2018. **Diário da República** II série. 21 (30/01/2018) 3478-3487.
[Consult. 28 mai 2023]. Disponível em WWW:
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/76-2018-114599547>

Salgueiro, S. (2014). *Competências e fundamentos da enfermagem perioperatória* (Tese para obtenção do grau de Mestre, Instituto Politécnico de Setúbal.
<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/7476>

Sampaio, F. M. C. (2012). *Confusion Assessment Method: Tradução e validação para a População* (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem). Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto.

Sepúlveda-Plata, M. C., García-Corzo, G., & Gamboa-Delgado, E. M. (2018). Effectiveness of nursing intervention to control fear in patients scheduled for surgery. Eficacia de una intervención de enfermería para control del temor en pacientes programados para cirugía. *Revista de la Facultad de Medicina*, 66(2), 195–200.
<https://doi.org/10.15446/revfacmed.v66n2.58008>

Serrano, M. (2008). *Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho*. (Tese para obtenção do grau de Doutor). Aveiro.
<http://hdl.handle.net/10773/1479>

- Sousa, T. A. D. (2012). *Competências de liderança nas chefias de enfermagem*. (Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde). Faculdade de Economia Universidade do Porto, Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/73544>.
- Souza, R. C. da S., Bersaneti, M. D. R., Siqueira, E. M. P., Meira, L., Brumatti, D. L., & Prado, N. R. de O. (2017). Nurses' training in the use of a delirium screening tool. *Revista gaucha de enfermagem*, 38(1), e64484. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.64484>
- Thompson, I. E., Melia, K. M., & Boyd, K. M. (2004). *Ética em enfermagem* (4ª ed.). Lusociência.
- Vieira A. (2019). Aging and Bioethics: Envelhecimento e Bioética. *Gazeta Médica*, 6(3). <https://www.gazetamedica.pt/index.php/gazeta/article/view/278>
- Younas, A., Rasheed, S. P., Sundus, A. & Inayat, S. (2020). Nurses' perspectives of selfawareness in nursing practice: A descriptive qualitative study. *Nursing & Health Sciences*, 22(2), 398-405. <https://doi.org/10.1111/nhs.12671>.
- Zangão M. O. B. (2014). *Desenvolvimento de Competências Relacionais na Prevenção da Intimidade Durante o Processo de Cuidar* (Tese para obtenção do grau de Doutor, Universidade Católica Portuguesa). <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/16711>
- Zhang, H. J., Ma, X. H., Ye, J. B., Liu, C. Z., & Zhou, Z. Y. (2020). Systematic review and meta-analysis of risk factor for postoperative delirium following spinal surgery. *Journal of orthopaedic surgery and research*, 15(1), 509. <https://doi.org/10.1186/s13018-020-02035-4>

ANEXOS

ANEXO A – ESCALA CONFUSION ASSESSMENT METHOD

AGS CoCare: HELP

CAM

MÉTODO DE AVALIAÇÃO DA CONFUSÃO (CAM) FOLHA DE TRABALHO VERSÃO REDUZIDA		
THIS SECTION FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY.		
Data collected on visit date ☐ or specify date: _____ DD-Mon-YYYY		
AVALIADOR/A:		DATA:
I. INÍCIO AGUDO E CURSO FLUTUANTE a) Existem provas de uma alteração aguda face ao estado mental basal do/a paciente? Não___ Sim___ Incerto___ b) O comportamento (anormal) flutuou durante o dia, ou seja, tendeu a ser intermitente ou a piorar e a melhorar? Não___ Sim___ Incerto___ II. DESATENÇÃO O/a paciente tem dificuldade em concentrar-se, por exemplo, distraíndo-se facilmente ou tendo dificuldade em acompanhar o que lhe é dito? Não___ Sim___ Incerto___		
III. PENSAMENTO DESORGANIZADO O pensamento do/a paciente foi desorganizado ou incoerente, manifestado em conversas incoerentes ou irrelevantes, com um fluxo confuso e ilógico de ideias, ou em mudanças imprevisíveis de assunto? Não___ Sim___ Incerto___ IV. NÍVEL ALTERADO DE CONSCIÊNCIA Em geral, como classificaria o nível de consciência do/a paciente? - - Alerta (normal) - - Vigilante (hiperalerta) - - Letárgico (sonolento/a, fácil de acordar) - - Torpor (difícil de acordar) - - Coma (impossível de acordar) - - Incerto Escolheu outra opção que não "Alerta" ou "Incerto" para a pergunta anterior? Não___ Sim___		
Nota: Se todos os itens da CAIXA 1 forem assinalados e pelo menos um item da CAIXA 2 for assinalado, sugere-se o diagnóstico de delírio.		
Copyright © Adaptado de Inouye SK et al. Clarifying Confusion: The Confusion Assessment Method. A New Method for Detection of Delirium. Ann Intern Med. 1990; 113:941-8. Copyright 2003, Hospital Elder Life Program, LLC. Não pode ser reproduzido sem autorização prévia.		

CAM - Portugal/Portuguese - Version of 31 Jul 13 - Mapi.
ID6886 / CAM_TS1.0-author_por-PT.doc

Reproduced by The American Geriatrics Society Inc. with permission. ©1999 Hospital Elder Life Program, LLC.
For subscription and other information visit help.agscocare.org. All rights reserved.

ANEXO B – TESTE DE DECLÍNIO COGNITIVO DE 6 ITENS

Teste de Declínio Cognitivo de 6 Itens ⁽¹⁾

Six Item Cognitive Impairment Test (6CIT; Brooke & Bullock, 1999).

Leia e coloque as questões que se seguem:

1. Em que ano estamos?	Correcto: 0 pontos Incorrecto: 4 pontos	
2. Em que mês estamos?	Correcto: 0 pontos Incorrecto: 3 pontos	
Peça a pessoa que memorize uma frase com um endereço/morada de 5 componentes, ex: Abel, Silva, Rua da Sofia, nº 42, Coimbra. Repetir 3 vezes.		
3. Que horas são (aproximadamente)? Tolera-se margem de erro de 1 hora.	Correcto: 0 pontos Incorrecto: 3 pontos	
4. Conte na ordem inversa de 20 para 1. Tolera-se se identifica e corrija de imediato o erro.	Correcto: 0 pontos Um erro: 2 pontos Mais do que um erro: 4 pontos	
5. Diga os meses do ano na ordem inversa. Tolera-se se identifica e corrija de imediato o erro.	Correcto: 0 pontos Um erro: 2 pontos Mais do que um erro: 4 pontos	
6. Repita a frase com o endereço/morada	Correcto: 0 pontos 1 erro: 2 pontos 2 erros: 4 pontos 3 erros: 6 pontos 4 erros: 8 pontos Tudo errado: 10 pontos	

Pontos de corte

Deterioração cognitiva [atendendo ao nível de escolaridade] se:

[≤ 2 anos de escolaridade] ≥ 12;

[3 a 6 anos de escolaridade] ≥ 10;

[≥ 7 anos de escolaridade] ≥ 4.

Deterioração cognitiva [não atendendo ao nível de escolaridade] se: ≥ 10;

(1) João Luís Alves Apóstolo, Diana dos Santos Paiva, Rosa Carla Gomes da Silva, Eduardo José Ferreira dos Santos & Timothy John Schultz (2017): Adaptation and validation into Portuguese language of the six-item cognitive impairment test (6CIT), Aging & Mental Health, DOI: 10.1080/13607863.2017.1348473

