



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem

Rui Santos

DOR E FERIDA CIRÚRGICA: CONTRIBUTOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA SUPERVISÃO CLÍNICA EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

DOR E FERIDA CIRÚRGICA: CONTRIBUTOS PARA A
IMPLEMENTAÇÃO DA SUPERVISÃO CLÍNICA EM CIRURGIA DE
AMBULATÓRIO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Rui Filipe Sá Santos

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem

DOR E FERIDA CIRÚRGICA: CONTRIBUTOS
PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA SUPERVISÃO
CLÍNICA EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

PAIN AND SURGICAL WOUND: CONTRIBUTIONS
TO THE IMPLEMENTATION OF CLINICAL
SUPERVISION IN AMBULATORY SURGERY

Dissertação orientada pela Professora Doutora
Cristina Maria Correia Barroso Pinto e
coorientada pelo Professor Doutor António
Luís Rodrigues Faria de Carvalho

Rui Filipe Sá Santos

Porto, 2022

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Cristina pelo incentivo, motivação e acompanhamento até ao fim.

Ao Professor Doutor Luís por ter iniciado o caminho.

À Professora Leonor por toda a ajuda no processo.

Ao Miguel, pelo companheirismo e ajuda no estudo, e ao Sérgio. Aos colegas mestrandos.

A todos os enfermeiros que integraram o estudo.

À Enf.^a Inês pela prontidão e ajuda.

Aos meus colegas da Neurocirurgia.

Aos amigos dos fados e a todos os que me acompanharam neste caminho.

À minha família, pela compreensão, pela motivação e por estarem sempre presentes.

À Sofia, por todo o incentivo, por todas as palavras, por me lembrar os objetivos e por seguir sempre comigo até ao fim.

ABREVIATURAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

AD - Atividade de Diagnóstico

AESOP - Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses

ASA - American Society for Anesthesiologists

BO - Bloco Operatório

CA - Cirurgia de Ambulatório

CEE - Comissão Económica Europeia

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNADCA - Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório

DAPO - Dor aguda pós-operatória

DGS - Direção Geral de Saúde

DM - Diabetes Mellitus

DoH - Department of Health (UK)

DP - desvio padrão

EFIC - European Federation of Pain

ERS - Entidade Reguladora de Saúde

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

EUA - Estados Unidos da América

EVA - Escala Visual Analógica (avaliação da dor)

FC - Ferida Cirúrgica

Fc - Frequência Cardíaca

FPS-R - Faces Pain Scale - Revised (avaliação da dor)

FR- Frequência Respiratória

GC - Glicemia Capilar

HTA - Hipertensão Arterial

IAAS - International Association for Ambulatory Surgery

IASP - International Association for the Study of Pain

ICN - International Council of Nurses

IE - Intervenção de Enfermagem

ILC - Infecção do Local Cirúrgico

IMC - Índice de Massa Corporal

IoM - Institute of Medicine

IS-SCE - Indicadores Sensíveis à Supervisão Clínica em Enfermagem

MDP - Modelo de Desenvolvimento Profissional

MS - Ministério da Saúde

MSCEC - Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado

NHS - National Health Services

NIAA - National Institute of Academic Anaesthesia

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PA - Pressão Arterial

PAINAD - Pain Assessment in Advanced Dementia (avaliação da dor)

PNLCD - Plano Nacional de Luta Contra a Dor

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PQIP - Perioperative Quality Improvement Programme

RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

RE - Enfermeiro

RR - Registos

RS - Supervisor

SC - Supervisão Clínica

SCE - Supervisão Clínica em Enfermagem

SNC - Sistema Nervoso Central

SNS - Serviço Nacional Saúde

SpO2 - Saturação Periférica Oxigênio

TC - Temperatura Corporal

UCPA - Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

WAPS - World Alliance for Patient Safety

RESUMO

Atualmente, a Supervisão Clínica em Enfermagem tem vindo a ter mais importância e relevo tendo em conta o seu impacto na qualidade e segurança dos cuidados.

Inserido no Projeto SafeCare, o presente estudo integra a etapa 1 - diagnóstico de situação dos Indicadores Sensíveis à Supervisão Clínica em Enfermagem Dor e Ferida Cirúrgica no contexto de cirurgia de ambulatório, da implementação do Modelo SafeCare.

Como objetivos gerais, pretende-se descrever a avaliação da Dor e Ferida Cirúrgica dos clientes submetidos a cirurgia num serviço de cirurgia de ambulatório; e propor conteúdos formativos a incorporar na implementação do Modelo SafeCare - etapa 3.

Foi desenvolvido um estudo quantitativo, descritivo e transversal, tendo por base a população de enfermeiros de um hospital universitário do grande Porto. A amostra foi constituída por 49 enfermeiros em funções no serviço de cirurgia de ambulatório desse mesmo centro hospitalar, através de uma amostragem não probabilística intencional.

A recolha de dados foi através da aplicação do questionário “Avaliação da Dor e Ferida Cirúrgica” em 116 clientes, tendo como procedimento o seu preenchimento de forma sequencial em triplicado, no mesmo turno, com as informações colhidas pelo enfermeiro, pelo supervisor, e resultantes da consulta dos registos informáticos.

As grandes áreas com necessidade de intervenção da supervisão clínica identificadas foram a formação sobre Dor e Ferida Cirúrgica; a correta documentação da prática de enfermagem; o desenvolvimento da prática de enfermagem do domínio do conhecimento, e a inclusão do prestador de cuidados como parceiro de cuidados. Para as sessões de supervisão em grupo foram propostas temáticas dirigidas à formação; à reflexão da prática clínica; à sua correta documentação; à importância do domínio do conhecimento; e à sensibilização da incorporação do prestador de cuidados na parceria de cuidados com o intuito de despoletar mudanças na prática clínica, baseadas na evidência, estimulando a equipa para a formação contínua e para a investigação. Foi proposto ainda, sessões de supervisão individuais visando responder às necessidades individuais de cada enfermeiro.

Os resultados obtidos trouxeram subsídios para a etapa 3, não se conseguindo comprovar alteração nos Indicadores Sensíveis à Supervisão Clínica em Enfermagem Dor e Ferida Cirúrgica, por via da supervisão clínica. No entanto, à luz de resultados obtidos por outros estudos, perspetiva-se que a implementação do Modelo SafeCare resulte numa melhoria destes indicadores, traduzindo-se numa melhoria da qualidade e segurança dos cuidados.

Palavras-chave: Supervisão Clínica em Enfermagem; Dor; Ferida Cirúrgica; Cirurgia de Ambulatório

ABSTRACT

Nowadays, Clinical Supervision in Nursing has been improving its importance, due to its impact on both the quality and safety of care.

Inserted in the SafeCare Project, the present study integrates stage 1 of the SafeCare Model implementation - situation diagnosis of Sensitive Indicators to Clinical Supervision in Nursing on Pain and Surgical Wound in the context of ambulatory surgery.

As overall objectives, the authors intend to describe the assessment of Pain and Surgical Wound of clients undergoing surgery in an ambulatory surgery service; and propose training content to be incorporated in the implementation of the SafeCare Model - step 3.

A quantitative, descriptive and cross-sectional study was developed, based on the population of nurses at a university hospital in Porto. The sample consisted of 49 nurses working in the ambulatory surgery service of the same hospital, through an intentional non-probabilistic sampling.

Data collection was carried out through the application of the questionnaire "Assessment of Pain and Surgical Wound" in 116 clients, with the procedure being filling the questionnaire sequentially in triplicate, in the same shift, with the information collected by the nurse, by the supervisor, and consulting informatic records.

The major areas in need of clinical supervision intervention were training on Pain and Surgical Wound; correct documentation of nursing practice; the development of nursing practice in the domain of knowledge, and the understanding of the care provider as a care partner. For the clinical supervision sessions in group, thematic proposals were aimed at training; the reflection of clinical practice; its correct documentation; the importance of mastering knowledge; and raising awareness of the incorporation of the care provider in the care partnership with the aim of improving clinical practice, based on evidence, stimulating the team for further training and research. Individual clinical supervision sessions were also proposed, aiming to respond to the individual needs of each nurse.

The results provided support for step 3, although not being able to prove changes in the Sensitive Indicators to Clinical Supervision in Nursing Pain and Surgical Wound, through clinical supervision. However, in the light of results obtained by other studies, it is expected that the implementation of the SafeCare Model will result in an improvement in these indicators and, therefore, an improvement in the quality and safety of care.

Keywords: Clinical Supervision in Nursing; Pain; Surgical Wound; Ambulatory Surgery; Outpatient Surgery

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	21
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	27
1.1. Supervisão Clínica em Enfermagem	27
1.1.1. Os conceitos	28
1.1.2. Os modelos.....	34
1.2. Qualidade em saúde.....	40
1.2.1. Qualidade e segurança dos cuidados	42
1.2.2. Supervisão clínica e qualidade e segurança dos cuidados.....	44
1.3. Indicadores sensíveis à Supervisão Clínica em Enfermagem	47
1.3.1. Dor	47
1.3.2. Ferida Cirúrgica	54
1.4. Contexto da cirurgia de ambulatório.....	57
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	61
2.1. Pertinência do Estudo.....	61
2.2. Finalidade e Objetivos	62
2.3. Desenho do Estudo	65
2.3.1. Tipo de Estudo	65
2.3.2. População e Amostra.....	66
2.3.3. Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra	67
2.3.4. Colheita de Dados	70
2.3.5. Tratamento dos Dados	71
2.4. Considerações Éticas	72
3. RESULTADOS	75
3.1. Caracterização do Cliente.....	75
3.1.1. Caracterização socioclínica	76
3.1.2. Caracterização cirúrgica	78
3.1.3. Histórico de dor.....	79
3.2. Avaliação da Dor	80
3.2.1. Caracterização da dor	81
3.2.2. Plano de cuidados - Atividades de diagnóstico	85
3.2.3. Plano de cuidados - Diagnósticos	89
3.2.4. Plano de cuidados - Intervenções.....	92

3.3.	Avaliação da Ferida Cirúrgica	99
3.3.1.	Caracterização da Ferida cirúrgica.....	99
3.3.2.	Plano de cuidados - Atividades diagnósticas.....	103
3.3.3.	Plano de cuidados - Diagnósticos	107
3.3.4.	Plano de cuidados - Intervenções.....	109
4.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	115
4.1.	Avaliação da Dor	115
4.2.	Avaliação da Ferida Cirúrgica	120
	CONCLUSÃO	125
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	129
	ANEXOS	145
	ANEXO I - Questionário “Avaliação da Dor e Ferida Cirúrgica”	
	ANEXO II - Termo de consentimento informado	
	ANEXO III - Tabela - Outras Comorbilidades	
	ANEXO IV - Tabela - Atividades de diagnóstico do foco: dor	
	ANEXO V - Tabela - Intervenções do foco: dor	
	ANEXO VI - Tabela - Intervenções do foco: dor - Análise estatística não paramétrica	
	ANEXO VII - Tabela - Atividades de diagnóstico do foco: FC	
	ANEXO VIII - Tabela - Intervenções do foco: FC	
	ANEXO IX - Tabela - Intervenções do foco: FC - Análise estatística não paramétrica	

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização Sociodemográfica e profissional da amostra - Tabela de Frequências	67
Tabela 2: Habilitações Acadêmicas - Tabela de frequências	68
Tabela 3: Análise descritiva da caracterização Sociodemográfica da amostra com medidas de tendência central	69
Tabela 4: Caracterização socioclínica.....	76
Tabela 5: Caracterização cirúrgica	78
Tabela 6: Histórico de dor.....	79
Tabela 7: Escalas de dor utilizadas	81
Tabela 8: Intensidade da dor	82
Tabela 9: Características da dor	82
Tabela 10: Necessidade de avaliação dos parâmetros vitais	83
Tabela 11: Necessidade de avaliação dos parâmetros vitais - Análise estatística não paramétrica	84
Tabela 12: Atividades de diagnóstico: Avaliar o conhecimento sobre estratégias de alívio da dor	87
Tabela 13: Atividades de diagnóstico: Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento	88
Tabela 14: Atividades de diagnóstico: Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor.....	89
Tabela 15: Atividades de diagnóstico do foco: dor - Análise estatística não paramétrica..	89
Tabela 16: Diagnósticos do foco: dor.....	90
Tabela 17: Diagnósticos do foco: Dor - Análise estatística não paramétrica	92
Tabela 18: Classificação da(s) ferida(s) cirúrgica(s)	100
Tabela 19: Tipo de cicatrização da(s) ferida(s) cirúrgica(s)	101
Tabela 20: Cuidados com a Ferida cirúrgica	102
Tabela 21: Cuidados com a FC - Análise estatística não paramétrica	103
Tabela 22: Atividade de diagnóstico: Avaliar o conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida	104
Tabela 23: Atividade de diagnóstico: Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento	105
Tabela 24: Atividade de diagnóstico: Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de complicações da ferida	106
Tabela 25: Atividades de diagnóstico do foco: FC - Análise estatística não paramétrica..	106
Tabela 26: Diagnósticos do foco: FC.....	107
Tabela 27: Diagnósticos do foco: FC - Análise estatística não paramétrica	109

Tabela 28: Outras comorbilidades	151
Tabela 29: Atividades de diagnóstico do foco: dor	153
Tabela 30: Intervenções do foco: dor	155
Tabela 31: Intervenções do foco: dor - Análise estatística não paramétrica	157
Tabela 32: Atividades de diagnóstico do foco: FC	159
Tabela 33: Intervenções do foco: FC	161
Tabela 34: Intervenções do foco: FC - Análise estatística não paramétrica	163

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Eixos do Modelo SafeCare (Carvalho et al., 2019, p.12)	37
Figura 2: Contributos da SCE (Augusto, 2020, p. 48)	46
Figura 3: Procedimento de colheita de dados	71

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Área cirúrgica onde desenvolve a maior parte da atividade profissional	69
Gráfico 2: Caracterização demográfica estratificando as classes etárias por género	77
Gráfico 3: Escalas da dor utilizadas	81
Gráfico 4: Intensidade da dor	82
Gráfico 5: Atividade de diagnóstico: Monitorizar a dor	85
Gráfico 6: Atividade de diagnóstico: Vigiar sedação	86
Gráfico 7: Atividade de diagnóstico: Vigiar a dor	86
Gráfico 8: Atividade de diagnóstico: Monitorizar bloqueio motor	86
Gráfico 9: Atividade de diagnóstico: Avaliar o conhecimento sobre estratégias de alívio da dor	87
Gráfico 10: Atividade de diagnóstico: Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento	87
Gráfico 11: Atividade de diagnóstico: Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor	88
Gráfico 12: Diagnóstico: Dor	90
Gráfico 13: Diagnóstico: Conhecimento sobre estratégias de alívio da dor	91
Gráfico 14: Diagnóstico: Conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor	91
Gráfico 15: Intervenção: Assistir a Identificar estratégias de alívio da dor	92
Gráfico 16: Intervenção: Assistir a pessoa a controlar a dor através do posicionamento ...	93
Gráfico 17: Intervenção: Vigiar a dor	93
Gráfico 18: Intervenção: Gerir analgésicos	93
Gráfico 19: Intervenção: Monitorizar a dor	94
Gráfico 20: Intervenção: Vigiar sedação	94
Gráfico 21: Intervenção: Avaliar conhecimento sobre estratégias de alívio da dor	94
Gráfico 22: Intervenção: Ensinar sobre dor	95
Gráfico 23: Intervenção: Ensinar sobre estratégias adaptativas	95
Gráfico 24: Intervenção: Ensinar sobre estratégias não farmacológicas	95
Gráfico 25: Intervenção: Ensinar sobre medicamentos	96
Gráfico 26: Intervenção: Ensinar sobre regime medicamentoso	96
Gráfico 27: Intervenção: Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor	96
Gráfico 28: Intervenção: Ensinar o prestador de cuidados a aliviar a dor com estratégias não farmacológicas	97

Gráfico 29: Intervenção: Ensinar o prestador de cuidados a gerir o regime medicamentoso	97
Gráfico 30: Intervenção: Ensinar o prestador de cuidados a vigiar dor	98
Gráfico 31: Intervenção: Ensinar o prestador de cuidados sobre como aliviar a dor	98
Gráfico 32: Identificação de presença de ferida cirúrgica	99
Gráfico 33: Classificação da(s) ferida(s) cirúrgica(s)	100
Gráfico 34: Tipo de cicatrização da(s) ferida(s) cirúrgica(s)	101
Gráfico 35: Atividade de diagnóstico: Vigiar penso da ferida cirúrgica	103
Gráfico 36: Atividade de diagnóstico: Vigiar líquido de drenagem	104
Gráfico 37: Atividade de diagnóstico: Avaliar o conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida	104
Gráfico 38: Atividade de diagnóstico: Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento	105
Gráfico 39: Atividade de diagnóstico: Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de complicações da ferida	105
Gráfico 40: Diagnóstico: Ferida cirúrgica	107
Gráfico 41: Diagnóstico: Conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica	108
Gráfico 42: Diagnóstico: Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de complicações	108
Gráfico 43: Intervenção: Aplicar material de sutura	110
Gráfico 44: Intervenção: Aplicar penso compressivo	110
Gráfico 45: Intervenção: Avaliar ferida cirúrgica	110
Gráfico 46: Intervenção: Executar tratamento da ferida cirúrgica	111
Gráfico 47: Intervenção: Reforçar penso da ferida	111
Gráfico 48: Intervenção: Remover material de sutura	111
Gráfico 49: Intervenção: Vigiar líquido de drenagem	112
Gráfico 50: Intervenção: Vigiar penso da ferida	112
Gráfico 51: Intervenção: Avaliar conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica	113
Gráfico 52: Intervenção: Ensinar sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica ..	113
Gráfico 53: Intervenção: Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica	113
Gráfico 54: Intervenção: Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica	114

INTRODUÇÃO

O atual contexto político, social e económico exige cada vez mais às organizações de saúde e aos seus profissionais cuidados de saúde seguros, com qualidade e baseados na melhor evidência científica. Assim, tendo em conta a crescente complexidade, exigência e imprevisibilidade associada à prática de enfermagem, torna-se inevitável os enfermeiros desenvolverem conhecimentos e competências, estratégias pessoais e profissionais, de pensarem sobre e na prática, para além de precisarem de uma grande capacidade de adaptação, para atuar num contexto tão complexo e em constante mudança como é aquele que atualmente se vive (Carvalho et al., 2019).

Tendo em conta a crescente importância da qualidade e segurança dos cuidados, bem como o reconhecimento que os profissionais de saúde necessitam de suporte contínuo para o desenvolvimento de competências (Carvalho, 2017), a Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) tem vindo a ganhar relevância, reconhecendo-a como um sistema capaz de dar respostas a estas exigências.

A Supervisão Clínica (SC) tem apresentado múltiplas definições na literatura desde 1970, tendo sido aplicada com sucesso por vários clínicos na área da saúde. Em 1993, o *Department of Health*, define SC como “a formal process of professional support and learning which enables individual practitioners to develop knowledge and competence, assume responsibility for their own practice”, defendendo-a como uma forma de estimular a autoavaliação, as capacidades analíticas e reflexivas (National Health Services [NHS], 2017, p. 4).

Em Portugal, este conceito também teve a sua evolução, sendo a SCE reconhecida como um processo formal de suporte da prática profissional com objetivo de promover o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, promovendo a autonomia na tomada de decisão (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010), com foco na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados e nas necessidades e bem-estar dos enfermeiros. A SCE assume assim um papel preponderante no desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e a evidência científica aponta benefícios da sua implementação a diferentes níveis, nomeadamente na redução dos níveis de ansiedade e stress nos profissionais, na prevenção do *burnout*, no desenvolvimento de competências, no aumento da satisfação profissional e na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados (Abreu, 2007; Gonge & Buus, 2011; Cruz, 2012; McGilton et al., 2016; NHS, 2017; Cutcliffe et al., 2018).

Por todo o mundo, o uso da SC nos cuidados de saúde já se encontra inserida em várias políticas de saúde, como é o caso do Reino Unido, Irlanda e Austrália (Nursing and Midwifery Council, 2018; Health Service Executive, 2015; Australian College of Nursing, 2019). Apesar das recomendações já existentes, há falta de evidência científica sobre os modelos adotados e seus resultados (Pollock et al., 2017; Markey et al., 2020).

A SCE é considerada como um dos alicerces para a melhoria dos padrões clínicos, tendo um grande impacto no desenvolvimento da qualidade dos cuidados de enfermagem e por isso também na prevenção do risco clínico (Garrido et al., 2008), beneficiando não só os enfermeiros envolvidos em todo o processo superviso, mas também os seus clientes e organizações (Cruz, 2012; Cruz, et al., 2013; Augusto, 2020). Inúmeros planos de promoção da qualidade e segurança dos cuidados desenvolvidos por várias organizações responsáveis por políticas de saúde (DGS, 2015a, 2019, 2022; Organização Mundial de Saúde [OMS], 2020) apontam características que se refletem nos princípios e contributos ou resultados da SC. Portanto, é impossível dissociar-se qualidade, segurança de cuidados e a SC, sendo esta uma ferramenta crucial em processos de melhoria contínua.

De modo a dar resposta às exigências dos atuais padrões de qualidade e políticas de saúde, às constantes mudanças da prática de enfermagem e de uma procura de reconhecimento por parte desta disciplina enquanto ciência, a implementação da SC torna-se crucial em Portugal. Apesar das vantagens já conhecidas da SCE e da sua implementação (Cruz, 2012; Cruz, et al., 2012; Cruz et al., 2014; Cruz et al., 2015a; Abreu et al., 2015; Cruz et al., 2015b; Cruz et al., 2016; Teixeira et al., 2016; Teixeira et al., 2018; Augusto et al., 2019; Teixeira et al., 2019), não existe um modelo ideal, tendo em conta o seu intuito de apenas orientar objetivamente para a tomada de decisão em contexto, dificultando assim a sua reprodutibilidade (Garrido et al., 2008; Pollock, et al., 2017; Cutcliffe et al., 2018). De forma a colmatar esta lacuna, o Modelo SafeCare apresenta-se como um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado (MSCEC), um modelo ativo, dinâmico, flexível, abrangente, pragmático, adaptável e replicável a qualquer contexto de saúde, procurando dar resposta às necessidades e interesses sentidos pelos enfermeiros em cada contexto (Cruz, 2012; Carvalho et al., 2019).

Estruturalmente, o modelo SafeCare é composto por quatro eixos: o contexto - eixo central que influencia e é influenciado por todos os outros; os cuidados de enfermagem; o desenvolvimento profissional; e supervisão. Assenta também, num conjunto de pressupostos importantes, que devem ser respeitados (Carvalho et al., 2019).

Este modelo surge no âmbito do projeto de investigação “SafeCare - Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados”, consequência da necessidade de desenvolvimento de projetos de investigação relacionados com a implementação da SCE, tendo em conta as exigências atuais de certificação e acreditação de sistemas de gestão de qualidade na saúde,

e da necessidade de produção de evidência científica que demonstre a relação entre a SCE e a qualidade e segurança dos cuidados (Carvalho, 2017; Carvalho et al., 2019).

O Projeto SafeCare consiste na implementação de um modelo de SCE, o MSCEC criado por Cruz em 2012, que, numa flexibilidade e aplicabilidade em diferentes contextos da prática, focando-se nos cuidados de enfermagem, nas necessidades e interesses dos enfermeiros, possibilitando o seu desenvolvimento profissional, permite perceber os efeitos da SC, o processo de operacionalização e o impacto da implementação deste modelo. O SafeCare tem ainda como objetivo a definição de um modelo de aprofundamento de conhecimentos e desenvolvimento de competências na área da supervisão e da promoção da qualidade de cuidados de Saúde (Carvalho et al., 2019). Este projeto, fruto de parcerias da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) com vários centros hospitalares do norte do país, encontra-se em desenvolvimento, em quatro contextos diferentes, integrando vários investigadores, do qual o investigador se inclui desde 2018.

O presente estudo surge no âmbito do Curso de Mestrado de Supervisão Clínica em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e está inserido no “Projeto SafeCare - Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados” englobando o estudo da Dor e Ferida Cirúrgica (FC) como Indicadores Sensíveis à Supervisão Clínica em Enfermagem (IS-SCE) no contexto da cirurgia em ambulatório. Este projeto, assente numa parceria institucional entre a ESEP e um centro hospitalar e universitário do grande Porto e desenvolvido num serviço de cirurgia de ambulatório (CA), tem como finalidade contribuir para a promoção da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem em CA, através da implementação de um modelo de SCE.

Apesar de inicialmente o MSCEC proposto por Cruz (2012) ser constituído por três fases, no decorrer do Projeto SafeCare, o Modelo SafeCare foi sofrendo alterações estando atualmente organizado em quatro etapas, nomeadamente, diagnóstico da situação, identificação das necessidades em SC, implementação do Modelo SafeCare e avaliação dos resultados (Carvalho et al., 2019). Assim sendo, segundo o Modelo SafeCare, o presente estudo insere-se na primeira etapa, o diagnóstico da situação. É nesta etapa inicial do modelo que os IS-SCE são identificados pelo gestor e o enfermeiro supervisor segundo as necessidades prévias e facilmente visíveis (Carvalho et al., 2019), que no contexto em estudo, a CA, foram identificados a dor e a FC como IS-SCE.

Como já referido, o contexto assume um lugar central como eixo do Modelo SafeCare por influenciar e interferir nos restantes (cuidados de enfermagem, exercício profissional e supervisão) (Carvalho et al., 2019). Assim, a CA é um tipo de cirurgia programada, realizada em regime de ambulatório com admissão e alta do cliente no mesmo dia, ou até um máximo de 23 horas após a admissão, em instalações próprias, com segurança e de acordo com os padrões de qualidade e segurança (Entidade Reguladora da Saúde [ERS], 2008; Despacho n.º 30114/2008, 2008; Cardante, 2020).

Este regime cirúrgico é cada vez mais comum e com maior expansão a nível mundial, alicerçado num paradigma de qualidade e segurança, com obtenção de grandes níveis de eficácia e eficiência (Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório [CNADCA], 2008; Lemos, 2010; Cardante, 2020). Trata-se de um modelo organizativo específico, centrado no cliente, com um circuito independente ao de internamento, que procura ganhos em eficiência e em qualidade, e resultados como maior humanização e satisfação dos clientes e seus familiares (Despacho n.º 30114/2008, 2008; Cardante, 2020).

Sendo a CA um contexto hospitalar, a dor é um dos principais focos de atenção da prática de enfermagem. Enquanto profissional de saúde responsável por cuidados de proximidade, e tendo em conta tempo de contacto com o cliente, o enfermeiro, no âmbito das suas competências nos domínios da prática profissional, ética e legal e do desenvolvimento profissional tem, portanto, a dor como foco da sua atenção (OE, 2008; Sarmento et al., 2013). É extremamente relevante a correta identificação, avaliação, diagnóstico, prevenção e tratamento da dor, não só por ser considerado o quinto sinal vital, mas também por acarretar importância ética, importância preventiva, e socioeconómica (Sarmento et al., 2013; DGS, 2013b, 2017; Batalha, 2016; Lobão, 2021), contribuindo para a satisfação do cliente, para o seu bem-estar e autocuidado (OE, 2008; Sarmento et al., 2013). No âmbito CA, o controlo da dor aguda pós-operatória (DAPO) é um dos aspetos de qualidade mais relevante. Apesar de todos os desenvolvimentos farmacológicos e tecnológicos, da criação de programas e protocolos, a dor persiste como o sintoma mais referido após a cirurgia, sendo a primeira causa de admissão e readmissão após a CA (Sarmento et al., 2013).

A FC num contexto cirúrgico como a CA é também um importante foco de atenção da prática de enfermagem. É no bloco operatório (BO) que esta ocorre e deve ser identificada (Zinn & Swofford, 2014) e, apesar do tratamento à FC não ser uma intervenção preponderante neste contexto, sendo praticamente inexistente (Lopes, 2020), toda a preparação pré e intra-operatória tem um papel fundamental na prevenção de complicações pós-operatórias, onde se inclui a Infecção do Local Cirúrgico (ILC). Tendo em conta o impacto socioeconómico relacionado com as complicações pós-operatórias relacionadas com a FC, destacando a ILC (Pina et al., 2012; DGS, 2013c, 2015b, 2015c; Sousa, 2015), torna-se fundamental a implementação de um feixe de intervenções na preparação pré-operatória, técnica cirúrgica asséptica, profilaxia antibiótica e cuidados pós-operatórios (DGS, 2013c, 2015c). Com isto, o papel do enfermeiro na prevenção de complicações da FC e no tratamento da mesma, começa no pré-operatório até à alta clínica (Rothrock, 2014; Allison & George, 2014; Sousa, 2015; Cooke, et al., 2016; Cardante, 2020).

Tendo por base os pressupostos do projeto descritos, torna-se pertinente implementar, investigar e estudar esta temática neste âmbito, de forma a perceber os contributos que a operacionalização deste modelo de SC poderá oferecer, cuja grande finalidade é potenciar as competências dos enfermeiros em contexto de CA nos cuidados de enfermagem relacionados com a dor e FC, de forma a garantir a sua qualidade e a segurança. Com base

no referido anteriormente, o estudo desenvolvido pretende dar resposta à seguinte pergunta de investigação: “Quais os contributos da SCE para a segurança e qualidade dos cuidados peri operatórios em ambulatório na avaliação da dor e da FC como indicadores de supervisão?”.

De forma a dar resposta à pergunta de investigação elaborada, delinearam-se os seguintes objetivos gerais para este estudo, sendo eles:

- Descrever a avaliação da dor dos clientes submetidos a cirurgia num serviço de CA;
- Descrever a avaliação da FC dos clientes submetidos a cirurgia num serviço de CA;
- Propor conteúdos formativos a incorporar na implementação do Modelo SafeCare - etapa III - em sessões de supervisão relacionadas com a avaliação da dor e da FC num serviço de CA.

A investigação realizada apresenta um desenho de estudo de paradigma positivista ou quantitativo, de carácter descritivo, de natureza transversal, tendo por base a população de enfermeiros de um centro hospitalar e universitário do grande Porto. A amostra foi constituída pelos enfermeiros em funções no serviço de CA desse mesmo centro hospitalar, através de uma amostragem não probabilística intencional.

De modo a dar resposta aos objetivos traçados, houve a necessidade de elaborar um questionário dado não existirem instrumentos que avaliassem os indicadores em estudo adaptados ao contexto clínico em questão.

Procedeu-se à recolha de dados através da aplicação do questionário tendo como procedimento o seu preenchimento em triplicado de forma sequencial, ou seja, preenchimento do instrumento pelo enfermeiro; preenchimento do instrumento pelo investigador; e, preenchimento do instrumento por parte do investigador, através de colheita de dados resultantes dos registos informáticos efetuados pelo enfermeiro na plataforma SClínico® relativos às avaliações efetuadas aos clientes submetidos a cirurgia, sendo estes aplicados preferencialmente no turno em que a avaliação foi realizada.

Após a colheita de dados, realizou-se o tratamento dos mesmos através de uma análise de estatística descritiva para caracterização da amostra, e posteriormente, uma análise estatística inferencial proveniente dos dados recolhidos através da aplicação dos questionários, entre maio e junho de 2018, no serviço de CA.

Torna-se pertinente salientar que, para além do já descrito anteriormente relativamente à pertinência desta temática, esta investigação emerge de uma pesquisa bibliográfica que se apresentou abrangente relativamente aos conceitos abordados, nomeadamente, SC, SCE, qualidade e segurança de cuidados, dor, FC e CA, mas que, quando relacionados entre si, revelou-se em escassa de evidência científica, facto que protelou a concretização da dissertação em tempo oportuno, acrescida de uma desmotivação no que concerne à discussão sobre o objeto de estudo, à qual ainda se adiciona a pandemia pela COVID-19 que

nos tem acompanhado até à presente data, sobrecarregando os serviços e os profissionais. Este facto, não invalida a importância que o objeto de estudo constitui para a enfermagem enquanto ciência e, particularmente, para a prática de cuidados.

De forma a concretizar e a fundamentar esta dissertação, foi necessário realizar pesquisas bibliográficas através de pesquisas *online* por agregadores de conteúdo como a EBSCOHost web de acesso concebido pela ESEP e a biblioteca virtual da ESEP com base em diversos fornecedores de conteúdo credíveis, como a *CINHAL COMPLETE*, *SciELO*, *Ebooks Collection*, *Nursing Reference Center*, *MEDLINE*, *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) entre outros, pesquisando em revistas académicas, recursos eletrónicos, livros, revistas e relatórios. Foi ainda utilizado o motor de busca Google Académico e recursos como livros publicados no âmbito destas temáticas, bem como dissertações de mestrado e teses de doutoramento. Os descritores *MeSH* utilizados foram *clinical supervision in nursing*, *pain*, *surgical wound*, *ambulatory surgery*, *outpatient surgery*. Foram selecionadas as opções texto integral, analisado pelos pares, no período entre o ano de 2015 e 2022. A literatura anterior a 2015 foi usada apenas quando contribuiu para a discussão da evidência mais atual.

Com o intuito de apresentar este trabalho de forma lógica e organizada no que diz respeito à sua estrutura, dividiu-se em cinco capítulos distintos. O primeiro capítulo comporta o enquadramento conceptual, de modo a contextualizar o tema em estudo. Sendo a problemática principal a SCE, apresentam-se neste capítulo os seus conceitos e alguns modelos, dando relevância ao modelo de SCE aplicado, fazendo-se uma breve referência à operacionalização do Modelo SafeCare. Faz-se referência ainda à importância da qualidade em saúde e a garantia da segurança dos cuidados, bem como os contributos da SCE neste âmbito. Abordam-se ainda os IS-SCE escolhidos, nomeadamente a dor e FC, e a importância destes indicadores no contexto de CA. Por fim, apresenta-se o contexto do estudo, explorando as suas particularidades.

No segundo capítulo desta dissertação apresenta-se o enquadramento metodológico, onde é explanada a pertinência do estudo, a sua finalidade e objetivos, bem como o desenho da investigação dando relevância ao tipo de estudo, população e amostra, caracterização da amostra, método de colheita de dados e tratamento dos mesmos e, no final, as considerações éticas pertinentes para este estudo.

No terceiro capítulo expõem-se os resultados obtidos da investigação. A sua análise e discussão são efetuadas no quarto capítulo, onde os resultados são comparados com outros estudos realizados no mesmo âmbito.

No quinto e último capítulo são apresentadas as conclusões principais do estudo, dando-se relevo aos aspetos mais significativos, às limitações e sugestões para futuras investigações.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

“Definir o problema é muitas vezes o mais difícil num processo de investigação” (Fortin, 2009, p.49). Torna-se relevante definir convenientemente os elementos do problema, e para isso a análise da literatura existente é a ferramenta ideal para o investigador elaborar conceitos e formular ideias relacionando o conhecimento existente com o que objetiva conhecer (Fortin, 2009).

Neste enquadramento conceptual, são explorados de forma detalhada, e após revisão da literatura, todos os conceitos pertinentes para a perceção clara do problema, de forma a contextualizar o estudo.

1.1. Supervisão Clínica em Enfermagem

As organizações de saúde, ao longo dos últimos anos, têm dado especial destaque à expressão “supervisão clínica em enfermagem” (Abreu, 2003), tendo em conta a sua pertinência em processos de melhoria de qualidade e de acreditação, como estratégia de acompanhamento e de desenvolvimento profissionais, e ainda como forma de uniformização da prestação de cuidados de maneira a garantir os requisitos considerados fundamentais pelos serviços nacionais de saúde (Abreu, 2007).

Este aumento de popularidade e destaque da supervisão tem gerado um aumento de estudos de investigação na área em Portugal apenas nos últimos anos, dado que, na publicação de Alarcão e Tavares em 1987, estes consideravam que “não poderemos circunscrever as nossas reflexões ao que tem sido publicado em Portugal pela simples razão de que muito poucos estudos sobre supervisão têm vindo a lume no nosso país” (Alarcão & Tavares, 1987, p.17), referindo ainda que a maioria dos importantes autores da época seriam estrangeiros e maioritariamente americanos, visto os Estados Unidos da América (EUA) apresentarem mais desenvolvimentos nesta área (Alarcão & Tavares, 1987).

Tendo em conta estes pressupostos, importa olhar para a supervisão numa perspetiva histórica, analisando o contributo de alguns referenciais teóricos determinantes na evolução deste conceito e na origem de seus modelos, bem como, face à diversidade de definições e

terminologias, procurar a sua clarificação e especificação, não só em termos teóricos, mas também em situações específicas decorrentes da prática supervisiva (Abreu, 2007).

1.1.1. Os conceitos

Os estudos sobre o processo de supervisão levados a cabo nos anos sessenta e oitenta apresentavam predominantemente uma perspectiva psicossocial e relacional baseada no modelo de Carl Rogers (Alarcão & Tavares, 2003), enfatizando “a ajuda ao indivíduo a tornar-se pessoa, valorizando três atitudes essenciais: realismo, aceitação e empatia” (Abreu, 2007, p. 162). Dussault em 1970, baseando-se no modelo supracitado, considerava que as atitudes identificadas por Rogers seriam fundamentais para estabelecer uma relação “positiva, congruente, responsável e comprometida entre o supervisor e o supervisionado”, dando importância ao “autoconceito, conhecimento dos outros, abertura de espírito, compreensão e sensibilidade” (Abreu, 2007, p. 162).

Hildegard Peplau “sistematizou, no contexto da enfermagem, um conjunto de preocupações que mais tarde viria a dar corpo ao que se convencionou designar de “supervisão clínica em enfermagem” (Abreu, 2007, p. 178). Peplau considerava que o acompanhamento das práticas clínicas, no âmbito da formação em enfermagem, incorporava diversos aspetos importantes relacionados com o desenvolvimento de atitudes, habilidades e características pessoais, bem como a inteligência emocional, preocupações éticas e competências relacionais (Abreu, 2007). Betty Neuman vê a supervisão das práticas como um sistema que permite avaliar e até mesmo validar o próprio processo de enfermagem (Abreu, 2007). Imogene King considera que, numa dinâmica supervisiva, o acompanhamento das práticas permite que haja uma avaliação na tomada de decisão dos profissionais (Abreu, 2007).

Martha Rogers, vê a relação assistencial como algo complexo integrando “campos de energia”, realidades “tridimensionais” e “representações cognitivas” que a permitiria explorar novas atitudes assistenciais no acompanhamento das práticas (Abreu, 2007). Jean Watson, na sua “Teoria dos Cuidados Humanos Transcendentais”, faz referência ao acompanhamento das práticas e ao desenvolvimento pessoal dos enfermeiros, dando créditos à SCE como um processo que possibilita o crescimento pessoal e espiritual (Abreu, 2007).

Apesar de não ser atribuída responsabilidade no desenvolvimento dos princípios da SCE a Florence Nightingale, esta surge ligada a este conceito por ter aplicado estes princípios não só nas áreas de formação de estudantes de enfermagem, mas também na promoção da

qualidade das práticas profissionais (Abreu, 2007). Na área da formação, Florence Nightingale dava instruções para que os estudantes de enfermagem fossem treinados sob supervisão de enfermeiros experientes que estivessem “treinados para treinar” (Myrick, 1998, p. 589), evidenciando que uma supervisão com qualidade seria promotora de boas práticas clínicas e, por conseguinte, desse origem a uma prática profissional de qualidade.

Devido à rápida evolução académica, do estatuto da profissão e do sistema de saúde, a SCE nos EUA difundiu-se depressa, contrariamente ao sucedido na Europa (Abreu, 2002; Garrido et al., 2008). No Reino Unido, o debate sobre SCE só passou a ser relevante depois dos acontecimentos ocorridos em Bristol, Kent e Canterbury no início dos anos 90, com especial relevo ao caso da enfermeira Beverley Allitt (Abreu, 2007; Garrido et al., 2008). A SCE passou a ser considerada como basilar e indispensável, dando importância à qualidade e segurança dos cuidados, e especial relevo à criação de estratégias de acompanhamento e suporte aos profissionais de saúde durante o processo de desenvolvimento pessoal e profissional, quer na sua formação inicial quer nos dos contextos da prática (Abreu, 2007; Garrido et al., 2008).

Em Portugal, a temática da SC surge com Alarcão e Tavares associada à formação de professores no âmbito da pedagogia e educação. Relativamente à sua aplicação no âmbito da disciplina de enfermagem, tem vindo a ser utilizada e difundida cada vez mais, estando associada à evolução da profissão, à reforma do ensino, ao desenvolvimento de estudos na área da qualidade e segurança dos cuidados, e ainda devido aos processos de acreditação/certificação da qualidade (Abreu, 2007). No entanto, em 2010, a OE publicou o “Modelo de Desenvolvimento Profissional - Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências”, onde propôs processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências no qual incluía um modelo de SCE como forma de validação e certificação de competências (Conselho de Enfermagem, 2010).

Como referido anteriormente, Alarcão e Tavares em 1987 definiam supervisão como “o processo em que um professor, em princípio mais experiente e mais informado, orienta um outro professor ou candidato a professor no seu desenvolvimento humano e profissional” (Alarcão & Tavares, 1987, p.18). Os autores na sua publicação de 1987, citando Smyth (1984), referem que a supervisão nos EUA estava associada a um processo hierárquico e impessoal de inspeção e domínio, controlo da qualidade e melhoria do ensino. Não sendo esta rigidez e ideia de controlo e de avaliação uma novidade, em 2003, Alarcão e Tavares vão mais longe e, referindo-se ao processo e ao significado que os intervenientes lhe atribuíam, acrescentam que a supervisão “era uma designação que, na língua portuguesa, evocava (e de certo modo ainda evoca) conotações de poder e de relacionamento socioprofissional contrárias aos valores de respeito pela pessoa humana e pelas suas capacidades autoformativas” (Abreu, 2007, p.162).

Na área da saúde, como esclarece Abreu (2007), o termo “supervisão” é vago e pode reportar-se a situações distintas. Este dá o exemplo de supervisão de gestão (*“managerial supervision”*) ou SC, mas também pode ainda designar diferentes modelos e estratégias, incluindo *“preceptorship, mentorship, supervision of qualified practice, peer review and the maintenance of identified professional standards and was: ‘both a personal and professional experience’* (Butterworth e Faugier, 1992 como citado em Abreu, 2007, p. 177).

Atualmente existe já uma ideia clara nos enfermeiros sobre o que é supervisão. Contudo, a maioria associa-a à supervisão de estudantes pelo que, apesar da expansão do conhecimento de enfermagem em SC nos últimos anos, ainda persistem algumas confusões e concepções erróneas no que concerne à supervisão de enfermeiros, não existindo ainda uma definição universalmente aceite. No entanto, e focando agora a área em estudo, interessa expor o que a literatura nos apresenta sobre SCE, enunciando as inúmeras definições deste conceito.

Butterworth e Faugier, já em 1992, definiam SC como uma troca de experiências entre profissionais, enfatizando que este processo deve promover oportunidades para o desenvolvimento das suas capacidades e não envolver penalizações, melhorando os padrões clínicos e a qualidade dos cuidados.

Em 1993, no documento *“Vision for the Future”* do *National Health Service Management Executive* define SC como:

“a formal process of professional support and learning which enables individual practioners to develop knowledge and competence, assume responsibility for their own practice and enhance consumer protection and safety of care in complex clinical situations. It is central to the process of learning and to scope of the expansion of practice and should be seen as a means of encouraging self-assessment and analytical and reflective skills” (p.15).

Em 1998, Bernard e Goodyear na sua segunda edição de *“Fundamentals of Clinical Supervision”*, mantendo a mesma definição nas reedições de 2004, 2009, 2014 e 2019, descreve SC como:

“a intervention provided by a more senior member of a profession to a more junior member of the same profession. This relationship is evaluative, extends over time, and has the simultaneous purposes of enhancing the professional functioning of the more junior person(s) monitoring the quality of professional services offered to the client(s) she, he, or they see(s), and serving as a gate keeper of those who are to enter the particular profession” (p.6)

Por sua vez, Abreu (2007, p.18) com o objetivo de sintetizar a definição de SCE, refere que é *“(...) um processo de acompanhamento de profissionais de enfermagem pelos seus pares (...) [e em] que na base da SCE está o princípio do desenvolvimento pessoal e profissional”*.

Garrido et al. (2008, p.15) referem que a SCE

“é um processo baseado no relacionamento profissional, entre um enfermeiro, que executa práticas clínicas, e um supervisor clínico de enfermagem. Envolve o supervisor que transmite o seu conhecimento, experiência e valores aos colegas,

para o desenvolvimento da prática, permitindo aos profissionais estabelecer, manter e melhorar padrões, bem como promover a inovação na prática clínica”.

Em Portugal, no contexto do Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP), a OE definiu supervisão clínica como:

“um processo formal de acompanhamento da prática profissional que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica. A ação, a reflexão e a colaboração entre supervisor e supervisionado são eixos centrais na supervisão clínica” (Nunes, 2009, p.5).

Constata-se assim a existência de diversas definições relativas à SC com aspetos de consenso, mas também outras divergências, relacionadas em parte com os sistemas de saúde de cada país, cultura intrínseca, bem como aspetos de semântica e linguística inerente ao conceito. Considera-se pertinente a referência a um projeto europeu compreendido entre 2010 e 2012, que envolveu vários países, e cuja finalidade foi obter consenso de definição e, como referem Prata et al. (2015, In ESEP, 2015, p. 244), “o conceito final advém, não só, de uma adaptação transcultural, mas também, de uma adaptação linguística. Foi concebido tendo por base toda a documentação enviada pelos países participantes, a análise dos diversos conceitos e a discussão efetuada pelos peritos.”. Assim sendo, Prata et al. (2015, In ESEP, 2015, p.244) definem:

“Clinical Supervision is a formal, systematic and continuous process of professional support and learning, for practicing nurses, in which nurses are assisted in developing their practice through regular discussion with experienced colleagues and aims to promote autonomous decision-making, valuing the individual’s protection and safe care provision through reflective processes and clinical practice analysis”.

Independentemente das inúmeras definições do conceito de SC recolhidas e existentes na literatura, é possível identificar alguns aspetos comuns, nomeadamente, a existência de um processo formal, bem estruturado e com procedimentos específicos, que está intrinsecamente ligado a um conjunto de definições e propósitos, como o assegurar práticas de qualidade, desenvolver competências nos profissionais, sejam estas pessoais ou profissionais, e acompanhar e dar suporte, tendo como dimensão central deste processo a relação entre o supervisor e supervisionado, e o empenho e compromisso entre os atores (Abreu, 2002; Garrido et al., 2008).

Através do que já foi explorado, é possível verificar a complexidade da supervisão, também já defendida por diversos autores (Sloan, 1999a; Abreu, 2007; Garrido et al., 2008), contudo, esta é simultaneamente rica em benefícios. Abreu (2007, p.185), enumera-os de forma variada recorrendo a vários autores:

“Permite desenvolver saberes e competências (Barton-Wright, 1994; Bishop, 1994, Friedman e Mart, 1995; Nicklin 1995, Lowry, 1998); proporciona uma melhoria na qualidade de cuidados (Bishop, 1994, Timpson, 1996); os profissionais sentem-se mais apoiados (Benfer, 1979; Farrington, 1995: Cutcliffe e Epling, 1997), favorece a redução dos níveis de ansiedade e stress (Firth, 1986; Wilkin, 1988; Faugier, 1994), os profissionais sentem-se menos motivados para abandonar a profissão (Bishop,

1994), o número de reclamações nos serviços diminui (Farrington, 1995, Nicklin, 1995) e existe uma maior confiança dos enfermeiros nas suas práticas profissionais (Bishop, 1994, Cutcliffe e Epling, 1997).”

Os contributos da SC estendem-se para lá do desenvolvimento profissional dos enfermeiros, contribuindo também para o desenvolvimento das organizações, instituições e sistemas de saúde e em primeira instância dos clientes (Butterworth et al., 1996, como citado em Abreu, 2007), e ainda, para melhorar os níveis de qualidade e segurança dos cuidados de saúde (Butterworth & Faugier, 1992; Hyrkäs & Paunonen-Ilmonen, 2001; Abreu, 2007).

Garrido et al. (2008).defendem que, com o aumento constante da complexidade dos cuidados de saúde e o aumento da exigência nesses mesmos cuidados, é imposto aos profissionais uma constante atualização de conhecimentos e competências, havendo constantes mudanças nas estruturas organizacionais, como também uma constante evolução tecnológica, nas formas de gestão e ainda na prestação dos cuidados. No entanto, é na SCE que há um reconhecimento crescente como sistema capaz de dar respostas a estas exigências, proporcionando estabilidade, apoio e orientação, que permitirá aos profissionais olhar o futuro de forma promissora e capaz, por forma a darem resposta às mudanças das organizações (Garrido et al., 2008).

A *Suffolk Community Healthcare*, um dos consórcios suportados pelo *National Health Service* (NHS), no documento referente à política de supervisão clínica de março de 2017, explora os benefícios da SC, indicando que a supervisão tem um papel chave no incitamento dos profissionais em enfrentar a mudança e melhorar os seus serviços, podendo estes benefícios ser mensurados através de indicadores de desempenho como a diminuição de erros ou incidentes, a melhoria das relações, no aumento do tempo de manutenção dos profissionais nos seus postos de trabalho e na promoção da autoaprendizagem e reflexão. (NHS, 2017).

Cruz (2012), vai mais longe e, questionando os participantes sobre a importância e a necessidade da SCE, emergem quatro categorias da temática ‘relevância da SCE’, nomeadamente, ‘formativa’, ‘administrativa’, ‘normativa’ e ‘restauradora’. Já em 1996, Fowler tendo por base o modelo de Proctor (1986), traduziu os possíveis propósitos da supervisão clínica em normativa, formativa e restaurativa.

Cruz (2012, p.123) afirma ainda que as “funções formativa, normativa e restauradora são componentes essenciais da supervisão clínica e é fundamental não confundir o core da supervisão com a função administrativa”. Ainda assim, o NHS (2006, p. 7) salienta a importância da supervisão clínica em:

- “- Rever, refletir e receber orientação na prática;
- Proteger o cliente;
- Assegurar uma prática competente;
- Monitorizar e salvaguardar standards;
- Identificar, desenvolver e partilhar competências práticas;
- Rever e refletir em questões clínicas;
- Refletir sobre os incidentes críticos;
- Diminuir sentimentos de isolamento e de stresse;

- Aumentar sentimentos de responsabilidade e de compromisso no desenvolvimento da prestação dos cuidados;
- Manter a perspectiva de fronteiras profissionais e assegurar que essas são entendidas na relação profissional/cliente;
- Expressar emoções ou sentimentos dolorosos relacionados com o trabalho;
- Assegurar que os standards éticos e legais são mantidos.”

Para que a SC seja implementada com sucesso e de forma a emergir todas estas qualidades e benefícios da supervisão, é importante salientar o relevo da relação humana entre o supervisor e o supervisionado. A relação supervisiva deve ser alicerçada na confiança e na confidencialidade entre o supervisor e supervisionado (Cruz, 2012). O papel do supervisor é fundamental na criação desta relação, mas consiste também na orientação do processo de aprendizagem do supervisionado, na criação de momentos de inovação e criatividade, na identificação de situações potencialmente problemáticas, na discussão de ações alternativas, explorando o potencial reflexivo e as capacidades de decisão do supervisionado. A função do supervisor clínico passa também por aconselhar, dar suporte, acompanhar e colaborar na formação contínua, promovendo a qualidade e segurança dos cuidados (Orga, 2004, como citado em Abreu, 2007).

Segundo o NHS (2006, p.7), o papel do supervisor deve centrar-se em:

- “- *Ensure protected time for each supervisee to lay out issues in his/her own way;*
- *Help supervisees explore and clarify thinking, feeling and beliefs, which underlie aspects of their professional work;*
- *Share experience, information and skills appropriately;*
- *Challenge practice, which he/she perceives to be unethical, unwise or incompetent;*
- *Challenge personal and professional blind spots, which he/she may perceive in individuals or group;*
- *Be aware of the organizational contracts, which he/she and the supervisees may have with the employer and client in terms of supervision;*
- *Facilitate in the process of ‘shared responsibility’”.*

Não só a relação supervisiva e o papel do supervisor são importantes no processo de supervisão, mas também o perfil ou as qualidades e competências do supervisor são essenciais na efetividade deste processo (Andrews, 1999; Neary, 2000; Stuart, 2003; Cruz, 2012). Já em 1997, Bulmer referia a lealdade, a honestidade, a sinceridade, saber ouvir, ter competências analíticas, prestar apoio, fazer críticas construtivas sem julgar, ser facilitador sem ser diretivo, ser honesto acerca das suas limitações e proporcionar *feedback*, como um conjunto de competências mais valorizado nos supervisores. Em 1998, Sloan reportava outras competências relevantes num bom supervisor, salientando as competências interpessoais e comunicacionais que incluem a capacidade de escutar e de fornecer informação de forma clara e compreensível. O mesmo autor acrescentava ainda que características como a habilidade de estabelecer relações de suporte, ter conhecimentos e capacidades relevantes para a prática clínica, para além das descritas anteriormente, eram consideradas importantes pelos enfermeiros (Sloan, 1999b). Inúmeros outros autores descrevem também o perfil do supervisor (Hyrkäs et al., 2002; Lynch et al., 2008b).

No estudo levado a cabo por Cruz (2012, p. 130 a 135), os participantes enumeraram um vasto conjunto de competências que o enfermeiro supervisor clínico deveria possuir, nomeadamente: “espírito aberto, aceite pelos pares, ambicioso, assertivo, autocrítico, calmo/paciente, comunicador/ouvinte ativo, de confiança, (...) dedicado/disponível, experiente (profissional/vida), isento/imparcial, líder, modelo, motivador, (...) observador, orientador, perito, perspicaz, persuasor (...), professor/formador, profissional/com prática baseada na evidência, próximo, respeitador/colaborador e treinador.”, indo assim ao encontro do já descrito na literatura.

Relativamente à categoria profissional do supervisor, Abreu (2007) afirma que o supervisor não deve ser o enfermeiro gestor. Cruz (2012, p. 113) refere que “o supervisor clínico deve ter um perfil adequado ao papel que desempenha e não deve ser hierarquicamente superior ao supervisionado”. Para isso, segundo Hyrkäs (2002), o que permite distinguir a liderança da supervisão clínica é a natureza da relação entre supervisor e supervisionado. A credibilidade e a capacidade dos supervisores para supervisarem depende da confiança dos supervisionados (Eriksson & Fagerberg, 2008).

1.1.2. Os modelos

A SCE comporta a elaboração e a aplicação sistemática de planos individualizados de aprendizagem para os supervisionados, representando o quadro conceptual que orienta todo o processo supervisivo. É nesta base bem estruturada e definida na sua forma e conteúdo que o processo se desenrola, indicando o caminho a percorrer (Garrido et al., 2008). É com esta base metódica que os modelos supervisivos são desenvolvidos, tendo em consideração que, segundo Abreu (2007), “um modelo pode ser entendido como uma matriz explicativa, detentora de um corpo organizado e articulado de conceitos ou ideias, com o intuito de orientar o pensamento, proporcionar leituras de fenómenos e constituir uma referência para a acção” (Abreu, 2007, p. 190).

Como seria expectável, vários modelos foram desenvolvidos por vários autores no decorrer da procura de repostas às necessidades supervisivas encontradas. Este acontecimento é relatado por Garrido et al. (2008) no seu trabalho publicado, fazendo estes autores referência a “um variado leque de definições e modelos de supervisão clínica, cujas diferenças refletem as particularidades da disciplina, a área do conhecimento e o foco de aprendizagem, bem como, a área de atividade dos autores e das suas diferentes perspetivas conceptuais” (Garrido et al., 2008). Dada esta multiplicidade de modelos de SC, autores

como Leddick (1994), Holloway (1995), Bernard e Goodyear (1998), Hyrkäs (2002) e Dixon (2004) agruparam e classificaram os modelos de SC tendo em conta as perspectivas teóricas e conceptuais inerentes à mesma (Garrido et al., 2008).

Garrido et al. (2008) abordam os modelos de desenvolvimento, como o modelo de aquisição de perícia de Benner (2001); modelos experienciais; modelos dos papéis sociais; modelos centrados nas funções da SC, como o de Proctor (1986); modelos centrados na relação supervisiva, como o de Heron (1990) e o de Severinsson (2001); modelos centrados nos cuidados ao cliente; modelos de orientação específica; e modelos ecléticos/integrados (Hyrkäs, 2002; Abreu, 2007; Garrido et al., 2008). Os mesmos autores abordam em particular o modelo de Niklin por não encontrarem nenhuma classificação para o mesmo (Garrido et al., 2008).

De entre todos os modelos, destaca-se o modelo de SC de Proctor (1986). Insere-se na categoria de modelos centrados nas funções da SC que “descrevem a organização das funções da supervisão, dando orientação relativamente aos focos e à organização das suas sessões.” (Cottrell & Smith 2002 como citado em Garrido et al., 2008, p. 22). É o modelo mais popular no Reino Unido e dos mais citados na literatura de enfermagem, centrado nas três funções essenciais da SC: formativa, normativa e restaurativa (Sloan & Watson, 2002).

A função formativa ou educativa é caracterizada pelo seu carácter educacional, focando-se no desenvolvimento de competências, compreensão, reflexão e ainda habilidades do supervisionado. A função restaurativa ou encorajadora é caracterizada pelo suporte proporcionado ao supervisionado, apoiando as ações e respostas do supervisionado com o intuito ajudar na gestão das emoções tendo em conta as situações clínicas e os seus contextos. A função normativa ou administrativa é centrada no controlo da qualidade, assegurando a competência e responsabilidade profissional, garantindo os padrões de qualidade (Hyrkäs, 2002; Sloan & Watson, 2002; Abreu, 2007; Garrido et al., 2008).

Atendendo à diversidade de modelos, Garrido et al. (2008) entendem que não há nenhum modelo ideal e que o contexto organizacional e profissional determinará qual o modelo a ser usado, em virtude da intenção dos modelos ser orientar objetivamente para a tomada de decisão em contexto.

Cruz (2012, p. 39), por forma a dar resposta à questão “Quais os efeitos da implementação do modelo de SC desenvolvido para sustentar a prática profissional dos enfermeiros?”, e de modo a “Contribuir para a melhoria da qualidade da prática profissional dos enfermeiros, através do desenvolvimento de um modelo de SCE que responda às exigências do seu exercício profissional”, numa das etapas do seu trabalho, desenvolveu um modelo de SCE que sustenta a prática profissional, permitindo aos enfermeiros desenvolver a sua perícia no exercício profissional. A ideia da criação de um modelo emergiu devido à:

“não existência de um modelo de supervisão clínica que se mostrasse eficaz para os enfermeiros, a visão de que diferentes contextos socioclínicos e políticos podiam

conduzir à criação de modelos diferenciados e, ainda, ao facto de que normalmente há um consenso sobre o que é uma supervisão deficiente, mas não sobre as tarefas a desenvolver no contexto de uma supervisão consistente” (Cruz, 2012 como citado por Carvalho et al., 2019, p.11).

Neste contexto, surge o MSCEC desenvolvido por Cruz em 2012, como resultado do seu estudo de doutoramento intitulado “Do Ad Hoc a um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem em Uso”. Este modelo:

“ancora em três eixos, designadamente: conceção de cuidados, exercício profissional e supervisão (...). Os contributos (...) são altamente e diretamente dependentes das relações que se estabelecem por via dos eixos referidos, destacando-se os seus principais intervenientes: clientes, enfermeiros supervisionados, enfermeiros supervisores clínicos e enfermeiros supervisores clínicos major, enquanto potenciais agentes de mudança para a excelência em saúde.” (Cruz, 2012, p.167)

O MSCEC é alicerçado na união das relações entre os intervenientes que atuam nos três eixos já referidos, proporcionando “um modelo ativo, dinâmico, pragmático e transferível para outros contextos de saúde.” (Cruz, 2012, p. 164). O que este modelo idealizado por Cruz (2012, p.167) apresenta de novo é “a sua flexibilidade, abrangência, capacidade de adaptação e replicação em qualquer contexto”, isto quando é incorporado “num quadro de melhoria contínua da qualidade, orientado pela criação/manutenção de uma cultura de supervisão e inserido na política institucional com logística própria”. Cruz (2012, p.167) refere ainda que, tendo em conta os pressupostos já referidos, o modelo terá ainda impacto “na excelência da prestação dos cuidados, na segurança dos clientes, na aptidão dos enfermeiros ao exercício profissional e na satisfação dos diferentes intervenientes”.

Partindo dos resultados do estudo de Cruz (2012), foi desenvolvido o projeto C-S2AFECARE-Q - Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados, tendo por base o MSCEC. Ao longo do tempo este projeto foi sofrendo algumas alterações tendo-se uniformizado como SafeCare, resultando deste o Modelo SafeCare (Carvalho et al., 2019). A implementação do Modelo SafeCare tem como objetivo “desenvolver, nos enfermeiros, um conjunto de competências que lhes permitam ter um exercício profissional de excelência, através da identificação de áreas de intervenção” e visa “contribuir para a promoção da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, através da implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem” (Carvalho et al., 2019, p.13). A grande mais valia deste modelo está relacionada com a sua flexibilidade e aplicabilidade em diferentes contextos da prática clínica, sendo o foco central as necessidades e os interesses sentidos pelos enfermeiros de cada contexto (Carvalho et al., 2019). Assim, o MSCEC, estruturalmente, é composto por três diferentes eixos: conceção de cuidados, exercício profissional e supervisão (Cruz, 2012), ao passo que o modelo SafeCare evoluiu para quatro eixos: contexto, cuidados de enfermagem, desenvolvimento profissional e supervisão (figura 1) (Carvalho et al., 2019).



Figura 1: Eixos do Modelo SafeCare (Carvalho et al., 2019, p.12)

No Modelo SafeCare, o contexto é o eixo que diz respeito ao contexto de cuidados, ou seja, o ambiente onde os cuidados são prestados. Sabe-se que hoje em dia os contextos de cuidados são ambientes complexos “que condicionam e influenciam os processos de trabalho e que se refletem na condição de saúde dos clientes de cuidados.” (Carvalho et al., 2019, p. 13). Este eixo é colocado num lugar central porque apresenta grande influência e medeia as interações com os restantes eixos (cuidados de enfermagem, exercício profissional e supervisão) (Carvalho et al., 2019).

Relativamente ao eixo dos cuidados de enfermagem, foi adotada a definição proposta pelo Conselho de Enfermagem da OE no documento relativo aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001). Assim sendo os cuidados de enfermagem centram-se

“na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). Quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual - fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. Assim, no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência.” (OE, 2001, p. 10)

Os cuidados de enfermagem abrangem a conceção, a execução e a avaliação dos mesmos, baseando-se numa relação terapêutica estabelecida com o cliente, num processo dinâmico, com o objetivo de o ajudar a ser proactivo na tomada de decisão e gestão do seu processo de saúde ou doença ao longo de todo o ciclo vital (OE, 2001; Carvalho et al., 2019).

No que ao desenvolvimento profissional diz respeito, resulta da necessidade de formação e evolução contínua ao longo da sua carreira profissional. Carvalho et al. (2019) assume que no desenvolvimento profissional de um enfermeiro são incluídos os seus objetivos pessoais, a pessoa, o contexto de cuidados e a cultura de cuidados, defendendo que, para haver desenvolvimento profissional, o enfermeiro deve ter características pessoais assentes na volição de uma melhoria contínua, deve idealizar objetivos a atingir e devem ser disponibilizadas pelo contexto condições propícias ao desenvolvimento.

Relativamente à supervisão, os autores do Modelo SafeCare consideraram o conceito proposto pela OE (2010) no MDP, fazendo referência também ao Regulamento n.º 366/2018, DR, 2ª série, n.º 113 (Carvalho et al., 2019).

No que se refere aos eixos do Modelo SafeCare anteriormente apresentados, Carvalho et al. (2019) consideram o contexto o eixo central influenciando e sendo influenciado por todos os outros eixos (cuidados de enfermagem, desenvolvimento profissional e supervisão). No entanto, todos eles estão interrelacionados e sendo um desenvolvido, provoca desenvolvimento em todos os outros. Estes eixos são dinâmicos provocam melhorias ao nível da qualidade de cuidados, da segurança dos mesmos e da satisfação profissional dos enfermeiros (Carvalho et al., 2019).

Para além dos seus eixos, o Modelo SafeCare assenta num conjunto de princípios descritos por Carvalho et al. (2019, p. 16 e 17) que devem ser respeitados, nomeadamente:

- i) enfermeiro supervisor clínico - é o enfermeiro responsável pelo processo de supervisão; é reconhecido pelos pares como sendo detentor de um conhecimento concreto e pensamento sistematizado no domínio da disciplina e da profissão de enfermagem e da SC, com competência efetiva e demonstrada no exercício profissional diário.
- ii) enfermeiro supervisor clínico major - detém as mesmas características que o supervisor, mas o papel de supervisão deste recai sobre o grupo de enfermeiros supervisores; nunca será o gestor do contexto supervisionado; é também responsável pela gestão e implementação do modelo em todas as suas etapas, pelo que deve ter formação específica na área da SC.
- iii) enfermeiro supervisionado - é o enfermeiro do contexto de cuidados sobre o qual recai o processo supervisão.
- iv) objetivos da SC - devem ser claramente explícitos para que sejam facilmente compreendidos por todos os enfermeiros que participam na implementação do modelo.
- v) condições institucionais - o Modelo SafeCare pressupõe um conjunto de condições que devem ser cumpridas, importantes para o sucesso da sua implementação.
- vi) deveres dos supervisores e supervisionados - o Modelo SafeCare designa um conjunto de deveres que devem ser cumpridos por todos os intervenientes do processo, tendo estes de assumir e respeitar determinados valores.

Originalmente o MSCEC constituía três fases, tendo o Modelo SafeCare sido reorganizado em quatro etapas, nomeadamente diagnóstico de situação, identificação das necessidades em SC, implementação do Modelo SafeCare e avaliação dos resultados (Carvalho et al., 2019).

Na primeira etapa, diagnóstico de situação, os IS-SCE são identificados pelo gestor do contexto e pelo enfermeiro supervisor major tendo em conta as necessidades dos contextos. Após esta identificação, é realizada uma pesquisa de forma a selecionar, ou construir se for

o caso, os instrumentos adequados para a avaliação dos indicadores identificados. Serão os resultados destas avaliações que irão identificar as dificuldades relacionadas com os IS-SCE sentidas pelos enfermeiros que terão formação e refletirão durante as reuniões de supervisão (Carvalho et al., 2019).

A identificação das necessidades em SC sentidas pelos enfermeiros é o grande objetivo da segunda etapa deste modelo. É uma etapa que complementa a anterior, onde após a realização do diagnóstico da situação, importa identificar as áreas que os enfermeiros pretendem trabalhar ou ver trabalhadas durante as reuniões de supervisão que resultem em contributos para o seu desenvolvimento pessoal e profissional, tendo sempre em mente a melhoria dos cuidados de enfermagem e a segurança dos mesmos. Estas necessidades são identificadas pelo enfermeiro supervisor major tendo em conta a experiência e/ou a preferência deste, bem como as características do grupo de enfermeiros supervisionado, e através de reuniões com os enfermeiros, da análise dos contratos de supervisão e pela realização de entrevistas. Através desta flexibilidade, é possível nesta etapa adaptar o modelo de SC ao contexto em que ele está a ser implementado (Carvalho et al., 2019).

A terceira etapa é a implementação do Modelo SafeCare. “Esta etapa inicia-se com formação em SC. Seguidamente, são identificados os enfermeiros supervisores clínicos e os enfermeiros supervisionados e organizadas as equipas de supervisão, de acordo com critérios pré-definidos. Para isso, são agendadas reuniões de supervisão mensais.” (Carvalho et al., 2019, p. 19). Nesta etapa, os IS-SCE são trabalhados nas reuniões de supervisão, bem como outros aspetos identificados pelos enfermeiros na etapa segunda, sendo possível que peritos nas áreas em questão, externos à equipa e do contexto de cuidados, possam ser um recurso para responder às necessidades a nível formativo (Carvalho et al., 2019).

Ainda na etapa terceira, o grande objetivo é “desenvolver nos enfermeiros competências que por eles são identificadas como deficitárias, através da implementação de um processo de SC promotor da reflexão sobre as práticas, adotando uma filosofia de melhoria contínua da qualidade.” (Carvalho et al., 2019, p.19).

Na quarta e última etapa, a avaliação dos resultados, é realizada uma reavaliação dos IS-SCE escolhidos na primeira etapa, o diagnóstico da situação, utilizando os mesmos procedimentos. Nesta etapa pretende-se avaliar a eficácia da implementação deste modelo nos IS-SCE identificados inicialmente e verificar os ganhos em saúde. É também avaliado o impacto da implementação do modelo através de entrevistas ou do discurso dos vários intervenientes envolvidos neste processo de forma a identificar as alterações e as vantagens da aplicação do Modelo SafeCare no contexto (Carvalho et al., 2019).

Salientando o já descrito anteriormente, tal como Cruz (2012) defende na sua versão original (MSCEC), a inovação deste modelo “(...) relaciona-se com a sua flexibilidade, abrangência, capacidade de adaptação e replicação em qualquer contexto, desde que seja inserido num quadro de melhoria contínua da qualidade, orientado pela

criação/manutenção de uma cultura de supervisão e inserido na política institucional com logística própria” (p.167), tendo como foco central as necessidades e os interesses sentidos pelos enfermeiros de cada contexto (Carvalho et al., 2019).

1.2. Qualidade em saúde

Qualidade é vista atualmente como algo inerente na nossa sociedade, quer a nível individual, quer a nível coletivo ou empresarial, independentemente do seu setor de atividade. Frequentemente ouvem-se expressões como qualidade de vida, qualidade dos serviços e do atendimento, em qualquer área de atividade, e até a procura de qualidade dos cuidados de saúde. Importa perceber o que define a qualidade e qual a sua repercussão na saúde.

Abreu (2007, p.199), fazendo referência a Delgado (2004), define qualidade como “uma forma de estar, de conviver e de atuar, no sentido de haver uma procura permanente de obtenção de melhores resultados a partir de um melhor desempenho de cada elemento interveniente no processo”. Já no Decreto-lei 71/2012, de 21 de março (p. 1317), qualidade é definida como “o conjunto de atributos e características de uma entidade ou produto que determinam a sua aptidão para satisfazer necessidades e expectativas da sociedade.”

A subjetividade, e por isso, também a complexidade do termo qualidade é assumida por vários autores, uma vez que estas características acarretam grande dificuldade na criação de uma definição universal e absoluta deste termo (Rego, 2011; António & Teixeira, 2007).

O conceito qualidade, bem como as metodologias associadas ao seu conceito, tiveram origem na indústria e nas suas reformas políticas, principalmente a partir da 1ª Guerra Mundial, associada a William Edwards Deming, considerado o grande precursor do movimento da qualidade a nível mundial (Branco, 2012; Campos et al., 2010). Também Joseph Juran, que introduziu a necessidade de a perspetiva do consumidor ser posta em consideração na adequação do produto (Gomes, 2004), e Kaoru Ishikawa que contribuiu com o desenvolvimento de ferramentas de qualidade para a resolução de problemas, estão associados a esta temática (Campos et al., 2010).

Em Portugal, após a adesão à Comissão Económica Europeia (CEE), emerge uma cultura de qualidade desafiando as empresas a melhorarem e a implementarem programas de qualidade tendo em conta a concorrência externa com padrões mais exigentes (Branco, 2012). Esta implementação de programas de qualidade depressa passou do setor da indústria para o setor dos serviços, nomeadamente na área da saúde (Lopes, 2015).

Na área da saúde, a preocupação com a qualidade dos cuidados leva-nos para a antiguidade e faz-nos atravessar toda a História, desde Hipócrates, passando por Florence Nightingale, que aborda esta temática pela primeira vez no século XIX, até Ernest Codman que no início do século XX a parametriza (Campos et al., 2010; Lopes, 2015). Além destes nomes, destaca-se ainda Avedis Donabedian por adaptar e definir conceitos relacionados com qualidade em saúde (Campos et al., 2010; Fragata, 2011; Lopes, 2015). Ainda em 1990, o *Institute of Medicine* (IoM) definia qualidade em saúde como “o grau em que os serviços de saúde para os indivíduos e populações aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados de saúde desejados de acordo com o conhecimento profissional corrente” (IoM, 1990, como citado em Campos et al., 2010). Já o *Department of Health (UK)* (DoH), em 1997, também se referia à qualidade, relativamente ao seu sistema de saúde, de uma forma mais abrangente como: “*doing the right things, at the right time, for the right people, and doing them right - first time*” (DoH, 1997, p. 23).

É factual que existem múltiplas definições sobre o conceito de qualidade em saúde, onde comumente é defendido a prestação de cuidados de melhor nível, com os melhores recursos disponíveis e de forma eficiente com o objetivo de satisfazer as necessidades dos clientes. Tendo em conta o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 - Extensão a 2020:

“A Qualidade em Saúde pode ser definida como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão (Saturno P et. al., 1990). Implica, ainda, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível” (DGS, 2015a, p.16).

Apesar da qualidade em saúde ser bastante pretendida, deve ter-se em conta os diversos fatores que a condicionam, tanto a nível global, como a variabilidade dos contextos socioculturais, a incerteza e imprevisibilidade do futuro, entre outros; assim como as condicionantes relacionadas como a oferta e a procura de cuidados de saúde (Campos et al., 2010). Tendo em conta esta complexidade, um sistema de saúde de qualidade deve assentar em três pilares defendidos primeiramente por Donabedian (1997), nomeadamente estrutura, processo e resultados (Donabedian, 1997; Abreu, 2007; Fragata, 2011), onde a estrutura descreve a organização, os recursos humanos e os materiais relevantes para a assistência; o processo tem em conta os fatores inerentes à prestação de cuidados como a qualidade técnica, integração e continuidade dos cuidados e produção de informação clínica; e o resultado da própria prestação de cuidados que engloba todos os ganhos em saúde dos clientes relacionados com processos de doença ou promoção de hábitos de vida saudáveis (Donabedian, 1997; Abreu, 2007; DGS, 2013a; Lopes, 2015).

Em suma, “melhorar continuamente a qualidade no sector da saúde significa tudo fazer, diariamente, para que os cuidados prestados sejam efetivos e seguros; para que a utilização dos recursos seja eficiente; para que a prestação de cuidados seja equitativa; para que os cuidados sejam prestados no momento adequado; para que a prestação de cuidados

satisfaça os cidadãos e corresponda, tanto quanto possível, às suas necessidades e expectativas” (DGS, 2015a, p. 16).

1.2.1. Qualidade e segurança dos cuidados

Como descrito anteriormente, a qualidade dos cuidados de saúde tem um peso importante na sociedade global, estando sempre aliadas à definição desse conceito palavras como efetividade, segurança, equitabilidade, adequação e satisfação. Tal como definido pelo DoH, qualidade de cuidados é *“doing the right things right, at the first time to the right people, at the right time in the right place, at the lower cost”* (DoH, 1997, como citado em DGS, 2013a, p. 45).

No seu livro, o IoM (2001) estabelece seis finalidades para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, afirmando que os cuidados devem ser seguros, eficazes, centrados no cliente, oportunos, eficientes e equitativos (OMS, 2020). Em 2006, a OMS divulgou os conceitos básicos da qualidade, muito semelhantes aos definidos pelo IoM, acrescentando que estes deviam ser também acessíveis e aceitáveis (OMS, 2020). Tendo em conta todos estes critérios, pode então falar-se de “cuidados de alta qualidade” em saúde (OMS, 2020).

Ao falar em qualidade em saúde, é imperativo falar em segurança, sendo esta uma das principais dimensões da qualidade (DGS, 2013a, 2022), a gestão do risco como um instrumento para a sua garantia (DGS, 2013a), e a segurança do doente um princípio fundamental dos cuidados de saúde (OMS, 2004, 2020a, 2020b). Em Portugal, a Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, contempla na sua Base 1, o direito à proteção da saúde, onde a segurança do doente é um dos componentes fundamentais (Despacho n.º 9390/2021). Como refere Fragata (2011), a segurança completa os três pilares de um sistema de saúde de qualidade defendidos por Donabedian (estrutura, processo e resultado). Assim, a segurança dos doentes “é vista (...) como um ponto de acesso dos esforços para melhorar a qualidade dos cuidados, podendo os cuidados seguros ser encarados como um barómetro do sucesso do sistema básico para melhorar a qualidade” (OMS. 2020a, p. 13)

Em 2000, a publicação do livro *“To Err is Human”* pelo IoM quebrou o silêncio em torno da temática da insegurança associada à prestação de cuidados de saúde, uma vez que denunciava a existência de até 98000 mortes anuais de clientes nos hospitais dos EUA decorrentes de erros preveníveis. A publicação não responsabilizava diretamente os profissionais, mas sim o sistema organizacional onde se prestavam cuidados (Lopes, 2015).

Com a consciência da necessidade de prevenir eventos adversos em cuidados de saúde e os danos causados por estes, houve a necessidade de desenvolvimentos a nível mundial de ordem política e organizacional, como a criação de diversas agências de segurança em vários países, e da *World Alliance for Patient Safety* (WAPS) sob a responsabilidade da OMS, desenvolvendo inúmeros programas para a segurança do doente, onde incluíam várias campanhas como a Higiene das Mãos e a Cirurgia Segura (OMS, 2004, 2006, 2008, 2021; Fragata, 2011). Em Portugal, programas ao nível da cultura de segurança, identificação inequívoca de doentes, a cirurgia segura, prevenção de úlceras por pressão, segurança da medicação, prevenção de quedas, infeções associadas aos cuidados de saúde, e da notificação de incidentes de segurança, foram incluídos no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020 incorporado na Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde (Despacho n.º 1400-A/2015; Despacho n.º 9390/2021).

É inequívoco falar hoje em dia em complexidade nos cuidados de saúde, devido à cada vez maior sofisticação dos tratamentos, à evolução das tecnologias e à sua variedade, ao ambiente de alta pressão nos contextos e à necessidade de um atendimento cada vez mais rápido (OMS, 2004; Garrido et al., 2008; DGS, 2013a). É neste contexto de elevada exigência onde o número de tomadas de decisão é cada vez mais elevado, onde cada vez mais este tem de ser rápido, preciso e correto, que o erro acontece. São estes os fatores que fazem da prestação de cuidados de saúde uma atividade complexa e de risco, incerteza e insegurança, propícia à ocorrência de eventos adversos e erros, com possibilidade de inferir danos (Fragata & Martins, 2004; OMS, 2004; DGS, 2013a).

A OMS (2021) admite que todo o processo de prestação de cuidados pode ter um risco inerente, ou seja, “a probabilidade de ocorrência de um incidente” (DGS, 2011, p. 21). No entanto, a natureza e o tamanho dos riscos associados aos cuidados de saúde variam tendo em conta o contexto e disponibilidade da prestação dos cuidados, as infraestruturas e os recursos dos países (OMS, 2021). Os danos causados pelos eventos adversos, muitas vezes não têm implicação direta apenas no cliente. A necessidade de internamentos prolongados, a repetição de procedimentos, os litígios, a diminuição da eficácia e eficiência muitas vezes são consequências dos eventos adversos que contribuem para o desperdício dos já diminutos recursos financeiros (Fragata, 2011; Lopes, 2015; OMS, 2004, 2020b).

Com tudo isto, é importante focar então a segurança do doente, e tudo fazer para que haja diminuição dos eventos adversos, dos danos causados, da ocorrência de erros, e minimizar o seu risco. Entende-se então por segurança do doente como “a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável.” (DGS, 2011, p. 21). A OMS define ainda segurança do doente como

“(…) a framework of organized activities that creates cultures, processes, procedures, behaviours, technologies and environments in health care that consistently and sustainably lower risks, reduce the occurrence of avoidable harm, make errors less likely and reduce impact of harm when it does occur” (OMS, 2021, p.1)

Melhorar a segurança do doente, para a OMS (2004), implica ter presente três ações complementares, nomeadamente, prevenir a ocorrência de eventos adversos, torná-los visíveis e mitigar os seus efeitos quando acontecerem. Para isto, é necessário melhorar a capacidade de aprender com os erros; melhorar a capacidade de antecipar erros e analisar fraquezas sistemáticas que possam causar eventos adversos; identificar o conhecimento já existente, dentro e fora do setor da saúde; e melhorar o próprio sistema de prestação de cuidados de saúde, na medida em que haja uma reconfiguração das estruturas, dos incentivos e que a qualidade seja colocada no centro do sistema (OMS, 2004).

O PNSD 2021-2026 é suportado por cinco pilares, nomeadamente Cultura de Segurança, Liderança e Governança, Comunicação, Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança, e ainda Práticas Seguras em Ambientes Seguros (DGS, 2022). De todos, destaca-se a “Cultura de Segurança”, considerada o primeiro pilar no PNSD 2021-2026, por ser fundamental para a redução de incidentes na prestação de cuidados, bem como para a criação de um ambiente seguro para profissionais e consequentemente para os clientes (DGS, 2022).

Nos dias de hoje, melhorar e garantir a segurança do doente é um desafio cada vez maior na prestação de cuidados de saúde, e quando estes não são seguros, recaem nos clientes lesões e sofrimento humano consideráveis que seriam evitáveis (OMS, 2020b). Sabe-se ainda que, para evitar estes danos e melhorar a segurança do doente, é necessário trabalhar e eliminar falhas a nível de conhecimento, políticas, conceção, prestação e comunicação em todos os níveis (OMS, 2020b). Estes são os desafios transversais a todos os sistemas de saúde, onde a SC pode ter uma palavra a dizer no contributo para qualidade e segurança do doente.

1.2.2. Supervisão clínica e qualidade e segurança dos cuidados

Tendo em conta os desenvolvimentos na área da SCE dos últimos anos, é possível afirmar que esta poderá ser uma forma de auxílio dos profissionais de saúde relevante para assegurar ou até mesmo melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados (Koivu et al., 2011; Cruz, 2012; Silva, 2015; Augusto, 2020; Teixeira, 2021). A SCE tem também um papel importante tanto na prevenção do risco clínico (Garrido et al., 2008), como na diminuição de erros ou incidentes (NHS, 2017), demonstrando ser benéfico não só para os profissionais e os cuidados prestados, como também para os clientes e as organizações (Augusto, 2020).

São muitas as áreas onde a SC se destaca como uma ferramenta relevante no contributo para a qualidade e segurança dos cuidados em saúde, desde a área formativa, normativa, restaurativa e administrativa (Cruz, 2012), dando resposta ao constante aumento da

exigência e complexidade dos cuidados de saúde (Garrido et al., 2008; Cruz, 2012), e aos desafios que emergem da procura global de cuidados de alta qualidade e de segurança.

A SCE é vista como uma estratégia de suporte aos profissionais, ajudando-os a entender o seu papel e as suas responsabilidades, e através da reflexão na prática, permite ainda desenvolver conhecimentos e competências técnicas e de relação (Garrido et al., 2008; Cruz & Carvalho, 2012). A SCE reduz níveis de stress e de sentimentos de isolamento, aumentando a sensação de segurança e responsabilidade, protegendo o cliente e o profissional (NHS, 2009); traz importantes benefícios no desenvolvimento pessoal e profissional, comportando-se como uma estratégia essencial promotora do pensamento crítico e reflexivo (Abreu, 2007), exibindo um forte contributo na construção da identidade profissional sendo uma grande ajuda na sua integração de novos profissionais (Albuquerque, 2021).

O contributo da SCE estende-se ainda ao desenvolvimento de competências emocionais (Teixeira, 2021) e inteligência emocional (Cruz, 2019; Oliveira, 2019), bem como no processo de aprendizagem enquanto estudantes (Silva, 2018), sem esquecer a qualidade e segurança de cuidados (Augusto, 2020). Todos estes contributos refletem-se na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados, tratando-se de características essenciais e promotoras desta melhoria (Abreu, 2007; Garrido et al., 2008; NHS, 2009).

É factual e inequívoca a documentação dos múltiplos contributos da SCE, desde as últimas décadas até aos dias de hoje, e em vários contextos, sendo por esta via, uma forma melhorar os cuidados de saúde, tornando-os de melhor qualidade e mais seguros, conduzindo a uma maior satisfação dos clientes e de todos os seus utilizadores (Lopes, 2015). Apesar de tudo isto, a SC ainda não é comumente implementada nas organizações de saúde portuguesas (Augusto, 2020) onde a exigência da qualidade dos cuidados e da segurança do doente são incorporados em múltiplos programas governamentais para a saúde (DGS, 2015a, 2019, 2022). Os diversos programas de melhoria da qualidade e segurança elaborados por instituições como a DGS e OMS, defendem que, para atingir os seus objetivos, devem constituir nos sistemas de saúde práticas baseadas na evidência (OMS, 2020), ambientes e oportunidades de análise e reflexão das práticas (OMS, 2004), incitando a que haja uma cultura de qualidade e segurança.

A OMS (2020) refere não haver uma definição única de cultura de qualidade, mas apresenta a definição de Donaldson e Donaldson (2000) descrita como “uma organização que cria um ambiente de trabalho aberto e participativo, onde as ideias e as boas práticas sejam partilhadas, onde o ensino e a investigação sejam valorizados e onde a culpabilização apenas excecionalmente seja usada” (OMS, 2020, p. 13). Esta mesma entidade enumera ainda quais as principais características de uma cultura de segurança, de onde pode destacar-se a “(...) abertura e transparência; (...) trabalho de equipa; responsabilização a todos os níveis; ensino integrado no sistema; circuitos de *feedback* ativos para as melhorias; (...) capacitação dos

indivíduos, embora reconhecendo a complexidade dos sistemas; (...) valorização dos cuidados compassivos (...)” (OMS, 2020, p. 13).

Para Fragata (2011), o conceito de cultura de segurança determina que haja partilha de conhecimento sobre segurança, antecipação do erro e notificação quando este ocorre, uma cultura de não infabilidade para a ocorrência do erro e de não culpabilização do mesmo, advindo da análise do erro, estratégias de mudança e melhoria contínua da equipa/organização. Ainda sobre esta temática, a DGS (2022) assume como primeiro pilar do seu PNSD a cultura de segurança, como já foi destacado anteriormente. Já Garrido et al. (2008) consideravam a SCE como um dos alicerces para a melhoria dos padrões clínicos, tendo esta um importante contributo no desenvolvimento da qualidade dos cuidados de enfermagem e por isso também na prevenção do risco clínico. Assim, esta estratégia não só traz benefícios para os enfermeiros envolvidos em todo o processo, mas também beneficia os seus clientes e organizações (Cruz, 2012; Cruz, et al., 2013).

Importa dizer que todas estas características defendidas por várias organizações nos seus planos de promoção da qualidade e segurança dos cuidados, refletem-se nos princípios e contributos ou resultados da SC. Não se pode dissociar qualidade, segurança de cuidados e a SC, sendo esta uma ferramenta crucial em processos de melhoria contínua.

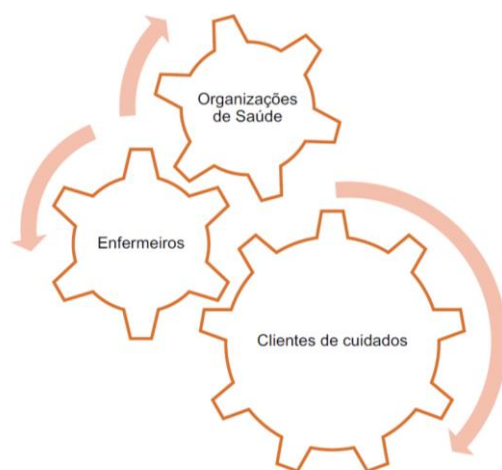


Figura 2: Contributos da SCE (Augusto, 2020, p. 48)

Augusto (2020) refere que a SC influencia os enfermeiros, as organizações de saúde e os seus clientes (Cruz, 2012; Cruz, et al., 2013), representando esta influência no esquema apresentado na figura 2. Assim, sustentando-se com vários autores, Augusto (2020) descreve que a SC tem impacto:

- nos enfermeiros por promover o desenvolvimento das suas competências, melhorando assim o seu exercício profissional (Silva et al., 2011; Dilworth et al., 2013);
- nas organizações de saúde por promover a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados (Coelho et al., 2012; Tomlinson, 2015), a satisfação no

trabalho, uma vez que profissionais saudáveis, apoiados e motivados, melhoram a experiência dos cuidados e os resultados em saúde (OMS, 2015), e o sentimento de pertença à organização (Koivu et al., 2011), levando à diminuição do *turnover* e prevenção do *burnout* (Hyrkäs, 2005);

- nos clientes de cuidados por possibilitar uma rápida recuperação clínica (Bradshaw et al., 2007), para além da melhoria da qualidade e segurança dos cuidados já descritos.

1.3. Indicadores sensíveis à Supervisão Clínica em Enfermagem

Os IS-SCE, como explorado anteriormente, são identificados pelo gestor do contexto e pelo enfermeiro supervisor major na primeira etapa de implementação do Modelo SafeCare, tendo em conta as necessidades dos contextos (Carvalho et al., 2019). Estes são definidos como “o indicador que, por via dos processos associados à SCE tem potencial de promover a segurança e a qualidade dos cuidados” (Carvalho et al., 2019, p.12). Os IS-SCE devem ser operacionalizados de modo a acompanhar, monitorizar e avaliar a implementação deste modelo (Carvalho et al., 2019).

No presente estudo, os IS-SCE identificados para proceder à realização do diagnóstico da situação foram a Dor e a FC atendendo ao contexto da CA.

1.3.1. Dor

A dor é um dos principais focos de atenção da prática de enfermagem no meio hospitalar. A sua correta identificação, avaliação, diagnóstico, prevenção e tratamento é de extrema importância, não só por ser considerado o quinto sinal vital, mas também por acarretar importância ética, evitando sofrimento do cliente; importância preventiva, de forma a evitar complicações associadas à dor não tratada; e importância socioeconómica, nomeadamente o absentismo laboral e escolar e os seus custos associados, o aumento do tempo de internamento, os custos relacionados com a frequente procura dos serviços de

saúde e das despesas com a terapêutica, da morbidade e mortalidade (Sarmiento et al., 2013; DGS, 2013b, 2017; Batalha, 2016; Lobão, 2021).

O enfermeiro, enquanto profissional privilegiado pela proximidade e tempo de contacto com o cliente e, no âmbito das suas competências nos domínios da prática profissional, ética e legal e do desenvolvimento profissional, tem, portanto, a dor como foco da sua atenção. Desta forma, ao promover e intervir no controlo da dor, contribui para a satisfação do cliente, para o seu bem-estar e autocuidado (OE, 2008; Sarmiento et al., 2013). Assim, o controlo da dor trata-se de um dever dos profissionais de saúde e um direito dos clientes (DGS, 2003; Sarmiento et al., 2013, Small & Laycock, 2020). Deste modo, torna-se importante compreender o conceito de dor, a sua tipologia e características, os seus instrumentos de avaliação e as políticas de saúde em torno deste indicador.

Em 2003, a DGS institui a Dor como quinto sinal vital, definindo-a como “uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só a componente sensorial como uma componente emocional da pessoa que a sofre” (p. 4), tendo esta uma perceção e expressão variável de pessoa para pessoa (DGS, 2003). A Dor é vista como uma experiência individual, multidimensional e carregada de subjetividade, pois são considerados os fatores fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais de cada indivíduo, fazendo dele o melhor avaliador da sua própria dor (OE, 2008; Sarmiento et al., 2013; Small & Laycock, 2020).

A Dor, segundo o *International Council of Nurses* (ICN) no seu *browser* da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), é definida como

“Perceção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tônus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite.” (ICN, 2016, p. 54; ICN, 2019).

De acordo com a revisão da definição realizada em 2020, a *International Association for the Study of Pain* (IASP) define a dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à associada, a danos reais ou potenciais nos tecidos”.

A dor aguda é um sintoma habitualmente limitado no tempo, que pode e deve ser controlado (DGS, 2003, 2013b). É ainda uma “Dor de início recente e de provável duração limitada, havendo normalmente uma definição temporal e / ou causal” (OE, 2008, p. 25).

De acordo com a IASP (2011a, p.1),

“Dor aguda é a consciência de sinalizações nocivas de lesão tecidual recente, que pode ser complicada pela sensibilização tanto do sistema nervoso periférico como central (SNC). Sua intensidade muda com o processo inflamatório, a cicatrização tecidual e o movimento. Uma característica primordial da dor aguda é a sua resolução. (...) sinaliza traumatismo tecidual, e a sensibilização inibe o comportamento normal de um modo protetor para minimizar o risco e promover a

cicatrização tecidual. Embora desagradável, a dor aguda contribui para a sobrevivência.”

Por outro lado, a dor crónica é definida como dor persistente ou recorrente que se mantém depois da cura da lesão que lhe deu origem, ou sem se objetivar uma lesão, devendo ser encarada como uma doença e não como um sintoma (DGS, 2003, 2008, 2013b), apresentando uma duração igual ou superior a 3 meses (DGS, 2008; Small & Laycock, 2020). É uma “Dor prolongada no tempo, normalmente com difícil identificação temporal e / ou causal, que causa sofrimento, podendo manifestar-se com várias características e gerar diversas situações patológicas” (OE, 2008, p. 25). Esta tem um grande impacto negativo na qualidade de vida, originando sequelas psicológicas, sociais e económicas para além do próprio sofrimento, podendo envolver para além das próprias pessoas, a família, os cuidadores e amigos (DGS, 2003, 2013b; Small & Laycock, 2020), apresentando uma prevalência na população portuguesa adulta que excede os 30% e, quando considerada apenas a dor de intensidade moderada a forte, excede os 14% (DGS, 2017).

A correta avaliação e controlo da dor devem ser assumidos como uma prioridade nos cuidados de saúde (Augusto, 2020). Já em 2003, a DGS declara obrigatória a avaliação e registo da intensidade da dor de forma contínua regular em todos os clientes internados nos serviços de saúde, com o objetivo de otimizar o controlo da dor, dar segurança aos prestadores de cuidados e melhorar a qualidade de vida do cliente. Em 2017, o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor apresentava quatro metas de saúde para 2020:

- “A. Contribuir para melhorar a formação dos profissionais de saúde sobre a avaliação e controlo da dor
- B. Caracterizar a realidade no que respeita à prevalência e tratamento da dor crónica na população pediátrica
- C. Promover modelos de boas práticas na abordagem da dor em todos os níveis de prestação de cuidados de saúde.
- D. Contribuir para a literacia dos cidadãos em relação à prevenção e controlo da dor” (DGS, 2017, p. 5)

Estas metas enquadram-se nas premissas apresentadas pela DGS ao referir que a abordagem ao cliente com dor deve ser baseada na melhor evidência científica possível e, por isso, a formação dos profissionais de saúde deve iniciar-se desde o período pré-graduado e ser continuamente aprofundada e atualizada ao longo do percurso profissional, dado a elevada prevalência da dor e a transversalidade da sua abordagem (DGS, 2017). No entanto, associações como a IASP e a *European Federation of Pain* (EFIC) reconhecem repetidamente que não é isso que acontece na realidade (DGS, 2013b, 2017). A DGS não esquece, contudo, a responsabilidade dos cidadãos na prevenção e gestão da dor ao referir ser importante sensibilizá-los e dotá-los de capacidades, melhorando a sua literacia em saúde (DGS, 2017).

A OE (2008), no seu “Guia Orientador de Boa Prática” sobre a Dor, apresenta diversas recomendações para a prática profissional dos enfermeiros, fazendo referência à prestação de cuidados, englobando a avaliação da dor, fundamental para o seu controlo; o controlo da dor, com intervenções de prevenção e tratamento; o ensino à pessoa/cuidador

principal/família, defendendo que o seu envolvimento deve sempre ter em conta o princípio ético da autonomia; e a documentação, fazendo parte do Código Deontológico e das Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais a comunicação da informação relevante do cliente que assegure a continuidade e qualidade dos cuidados, defendendo a importância do sistema de registos. O documento emana ainda recomendações referentes à formação dos profissionais, onde a aquisição e atualização dos seus conhecimentos é uma responsabilidade das instituições de ensino, de prestação de cuidados e dos próprios enfermeiros; e recomendações sobre políticas organizacionais, referindo que a efetividade do controlo da dor depende do compromisso das instituições de saúde (OE, 2008).

Tendo em conta o contexto cirúrgico, o tipo de dor mais frequente é a dor pós-cirúrgica ou pós-operatória. A DGS (2001), no Plano Nacional de Luta Contra a Dor (PNLCD), define dor pós-operatória como “dor presente num doente cirúrgico, de qualquer idade, e em regime de internamento ou ambatório, causada por doença preexistente, devida à intervenção cirúrgica ou à conjugação de ambas. A dor perioperatória insere-se, assim, paradigmaticamente, no conceito de dor aguda” (DGS, 2001, p. 27).

A DAPO ocorre após uma lesão tecidual decorrente de uma cirurgia e deve desaparecer durante o processo de cicatrização (Small & Laycock, 2020; Lobão, 2021). Esta pode ser afetada pelo tipo de incisão, grau de lesão tecidual, pela duração ou pelo grau de retração intra-operatória (Conian & Diamond, 2001; Way & Domerty, 2004; Lobão, 2021). Trata-se de um tipo de dor provocada pelo próprio profissional de saúde no decorrer da intervenção terapêutica, pelo que tem causas bem conhecidas, onde o seu controlo está dependente da existência e adequada aplicação de protocolos de atuação no período perioperatório (DGS, 2008). Assim, a FC desencadeia inúmeras respostas na matriz da dor e até sentimentos de medo, ansiedade e frustração. Apesar de a dor diminuir nos primeiros dias após a cirurgia para a grande parte dos clientes, nalguns casos a dor mantém-se ou até aumenta (Small & Laycock, 2020). Tendo em conta a intensidade e a duração da dor, o controlo analgésico adequado no período perioperatório, para além de evitar sofrimento desnecessário e de diminuir a possibilidade de desenvolvimento de dor crónica, ajuda na redução da morbilidade e do tempo de internamento, traduzindo-se também numa mais valia do ponto de vista económico, psicológico e social (DGS, 2008; IASP, 2011a, 2011b; Small & Laycock, 2020). Importa referir que, em 10 a 50% dos clientes que se submeteram a procedimentos cirúrgicos comuns, a DAPO é seguida de dor crónica, sendo que 2 a 10% destes clientes podem manifestar dor crónica severa (IASP, 2011b; Augusto, 2020).

Estudos realizados no âmbito da dor pós-operatória a nível europeu demonstram que há deficiência no seu controlo, facto incompreensível e inaceitável tendo em conta o referido anteriormente, nomeadamente, ser um problema bem conhecido e com uma causa própria, decorrente de um ato médico, e com uma solução já bem estudada, dependendo da aplicação de protocolos de controlo da dor já bem estabelecidos (DGS, 2008).

Segundo Sarmiento et al. (2013), fundamentando-se em vários estudos, a previsibilidade da intensidade da dor pós-operatória depende de vários fatores, sendo eles

“inerentes ao doente (sexo, idade, IMC, expectativas, informação e educação, experiência cirúrgica anterior, duração da dor previamente à cirurgia, medicação analgésica já instituída, genética...), à cirurgia (proposta e realmente efetuada, técnica cirúrgica, duração, adequação do binómio cirurgião x cirurgia...) e à técnica anestésica (opioide no intra-operatório, administração de anestésicos locais, bloqueios nervosos contínuos...)” (Sarmiento et al., 2013, p.9).

Os mesmos autores referem ainda que o melhor fator preditivo de dor severa após a alta, em domicílio, é controlo inadequado da dor durante as primeiras horas do pós-operatório, sendo por isso de extrema importância tratá-la “agressivamente” durante esse período (Sarmiento et al., 2013).

A IASP (2011b) recomenda que a DAPO e as respostas ao tratamento analgésico devem ser devidamente documentadas; o tratamento analgésico tem de ser adaptado à cirurgia e a dor, controlada o melhor possível no período pré-operatório, de forma a prevenir a dor crónica. Os profissionais de saúde envolvidos devem ainda estar sensibilizados para colaborar na prevenção e no tratamento da DAPO, de forma de melhorar o seu resultado clínico (Augusto, 2020).

Small e Laycock (2020), na sua revisão narrativa sobre a gestão da DAPO, refere que esta é comum e que cerca de 20% dos clientes apresentam dor severa nas primeiras 24 horas após a cirurgia, cenário que se mantém inalterável nos últimos 30 anos. Os estudos apresentados por estes autores provam-no. Num estudo transversal observacional de 2016, com cerca de 15000 doentes ingleses sujeitos a cirurgia, 11% referiram dor severa e 37% dor moderada nas primeiras 24 horas (Walker et al., 2016, como citado em Small & Laycock, 2020). Os dados do relatório anual do *Perioperative Quality Improvement Programme* (PQIP) de 2017-2018 do *National Institute of Academic Anaesthesia* (NIAA), que incluíram 79 hospitais ingleses, revelaram que 48% dos doentes referiram dor moderada e 19% dor aguda durante as 24 horas após a cirurgia. Estes dados, segundo os mesmos autores, repetiram-se no relatório anual de 2018-2019 (NIAA, 2018, 2019, como citado em Small & Laycock, 2020), mantendo-se igualmente elevados no período de 2019-2021 (NIAA, 2021). Ainda nesta revisão narrativa, um outro estudo prospetivo de coorte, desta vez alemão, com 50523 doentes, identificou 47,2% com dor severa nas primeiras 24h após a cirurgia (Gerbershagen et al., 2013, como citado em Small & Laycock, 2020).

No cenário português, a percentagem de clientes submetidos a cirurgia que referem dor no período pós-operatório ronda os 70% (Azevedo et al., 2010; Lobão, 2021). No estudo de Azevedo et al. (2010) que englobava 12 unidades hospitalares portuguesas, concluíram que, no segundo dia pós-operatório, a prevalência de dor de intensidade moderada era de 71% e de intensidade severa em 25% dos 1351 clientes participantes (Lobão, 2021).

No âmbito da CA, o controlo da DAPO é um dos aspetos de qualidade mais relevante. Apesar de todos os desenvolvimentos farmacológicos e tecnológicos, da criação de programas e protocolos, a dor persiste como o sintoma mais referido após a cirurgia, sendo a primeira causa de reinternamento após CA (Sarmiento et al., 2013).

Tal como os outros tipos de dor, a DAPO interfere na satisfação do cliente, no seu retorno à vida do quotidiano, na necessidade de prolongamento da estadia hospitalar ou até mesmo da possibilidade de internamento, acarreta risco de evolução da dor para a cronicidade, pode afetar a credibilidade do serviço de CA perante a instituição e a população, pondo em causa todas as vantagens associadas a este regime cirúrgico, nomeadamente clínicas, sociais e económicas (Sarmiento et al., 2013).

Um estudo levado a cabo por Sousa (2015) concluiu que a DAPO é a complicação mais referida pelos participantes na primeira noite em domicílio após cirurgia, cerca de 75,6%. Um outro estudo apurou que a primeira causa de admissão e de readmissão hospitalar após a cirurgia é a dor pós-operatória, apresentando uma incidência acima dos 30% em CA (Lopez et al., 2012, como citado em Lobão, 2021).

Deste modo, colmatar o problema da dor depende do sucesso das estratégias terapêuticas e, para isso, é necessária a monitorização contínua da dor e por conseguinte, a sua documentação. Nesse sentido, é importante ter conhecimento das escalas utilizadas no serviço de CA da unidade hospitalar em estudo, onde está preconizado que a avaliação da dor efetuada pelos enfermeiros deva ser realizada a cada 4 horas nas primeiras 8 horas pós-operatórias, sendo posteriormente uma vez por turno, no mínimo de 8 em 8 horas.

A DGS (2003) atribui algumas regras à aplicação das escalas de avaliação da dor, referindo que a intensidade da Dor é sempre a referida pelo cliente, o registo desta refere-se ao momento da sua colheita, a escala utilizada deve sempre ser a mesma, o profissional de saúde deve utilizar uma linguagem comum e de fácil entendimento para o cliente, ensinando-o sobre a sua utilização, assegurando que ele compreende corretamente o significado e a utilização da escala. Sarmiento et al. (2013) acrescenta que os instrumentos usados na avaliação da dor devem ser adaptados à idade e ao estado de consciência do cliente, devendo este e os seus familiares serem capacitados, sugerindo que o ensino da avaliação da dor deva ser feito no período pré-operatório, a sua instituição na fase de recuperação, prolongando-se até depois da alta hospitalar.

As escalas dirigidas a adultos sugeridas pela instituição, e que vão ao encontro do preconizado pela DGS, são a Escala Numérica, Escala Qualitativa, Escala Visual Analógica (EVA), a Escala de Faces de Wong Baker, a Escala de Faces Revista - Faces Pain Scale - Revised (FPS-R), e ainda a escala PAINAD - Pain Assessment in Advanced Dementia. Esta última, apesar de sugerida pela instituição, não se encontra disponível para documentação no aplicativo informático SClínico©.

A Escala PAINAD é uma escala que avalia a presença de comportamentos de dor e não propriamente a sua intensidade, devendo ser usada apenas quando não é possível aplicar uma escala de autoavaliação da dor. É um instrumento validado para a língua e cultura portuguesa podendo ser aplicado em adultos idosos não comunicantes, com ou sem demência, incapazes de autoavaliarem a dor devido a alterações da cognição (Warden et al., 2003; Batalha et. al, 2012). Apesar desta escala não estar validada noutras populações mais heterogêneas, a instituição onde decorreu este estudo refere que, no seu procedimento geral para avaliação da dor no adulto, na falta de outras opções, esta escala fica indicada como instrumento de referência para a avaliação da dor no adulto não idoso incapaz de autoavaliar a dor.

O controlo da DAPO passa muitas vezes por uma analgesia multimodal (Sarmiento et al, 2013; Small & Laycock, 2020), também denominada como balanceada, que consiste

“na administração de uma combinação de analgésicos opióides e não-opióides que atuem em locais diferentes, quer no sistema nervoso central quer no periférico, com o objetivo de melhorar o controlo da dor e simultaneamente eliminar os efeitos laterais indesejáveis relacionados com o uso de opióides” (Sarmiento et al., 2013, p. 9).

Existem também diversas medidas não farmacológicas que se revêm eficazes no controlo da dor, muitas vezes mais baratas e fáceis de implementar (Sarmiento et al, 2013; Small & Laycock, 2020). Estas medidas são intervenções no âmbito da educação e da psicologia, como a terapia cognitiva comportamental; técnicas de distração (músicoterapia, aromaterapia e realidade virtual) muitas vezes usadas durante e após as cirurgias, mostrando resultados em clientes com ansiedade (Small & Laycock, 2020). A “imobilização/mobilização; massagem; crioterapia; acupuntura; treino de habilidades de coping; técnicas de relaxamento (com imaginação, visualização e distração); terapia ocupacional; toque terapêutico; medidas de conforto e o TENS” são também outras técnicas não farmacológicas descritas por Sarmiento et al. (2013, p. 10).

Por tudo isto, importa que a Dor e o efeito das terapêuticas instituídas sejam valorizados e continuamente diagnosticados, avaliados e registados pelos profissionais de saúde como hábito e princípio de boa prática aquando a abordagem dos clientes, sejam eles de qualquer faixa etária, com qualquer tipo de dor, de qualquer origem (DGS, 2003). Tendo em conta o impacto da má gestão da dor aguda na saúde, melhorar a qualidade dos cuidados é também melhorar a qualidade de gestão da dor, sendo esta, parte integrante dos cuidados perioperatórios e componente central nos programas de recuperação (Small & Laycock, 2020). Para isso, a informação dada durante a prestação dos cuidados, o planeamento pré-operatório, a correta avaliação da dor e o seu tratamento farmacológico ou não-farmacológico são estratégias relevantes para o controlo da DAPO, tendo em vista a melhor recuperação do cliente após a cirurgia (Small & Laycock, 2020).

Concluindo, uma adequada avaliação, diagnóstico e tratamento da dor é essencial não só para a satisfação, bem-estar e saúde dos clientes, como para os resultados em saúde.

1.3.2. Ferida Cirúrgica

Desde os primórdios da humanidade que o Homem se preocupa com o aparecimento de feridas, pois colocavam em risco a sua integridade física (Menoita, 2015; Baltazar, 2021).

A investigação dos profissionais de saúde sobre feridas acentuou-se nos últimos anos, alavancando uma melhoria da qualidade dos cuidados, permitindo reduzir a dor e o tempo de cicatrização e assim melhorar o conforto e a satisfação do cliente (Baltazar, 2021).

Ferida é qualquer interrupção na continuidade da pele, que afeta a sua integridade. Também é definida como uma deformidade ou lesão, que pode ser superficial ou profunda, fechada ou aberta, simples ou complexa, aguda ou crónica (Menoita, 2015; Baltazar, 2021).

No que se refere à FC, esta é caracterizada por uma rutura intencional da integridade epitelial da pele e das estruturas subjacentes. Segundo o ICN no seu *browser* da CIPE, esta é definida como:

“Ferida: corte de tecido produzido por um instrumento cirúrgico cortante, de modo a criar uma abertura num espaço do corpo; ou num órgão, produzindo drenagem de soro e sangue, que se espera que seja limpa, ou seja, sem mostrar quaisquer sinais de infeção ou pus.” (ICN, 2016, p. 58; ICN, 2019).

A interrupção da cicatrização de uma FC fechada pode ocorrer por várias razões e durante qualquer fase do processo de cicatrização devido a fatores locais como hipoxia, tecido desvitalizado, infeção/contaminação, condições inflamatórias, ferida de maiores dimensões, stress/ou trauma mecânico contínuo; ou sistémicos, relacionados com o estado geral do indivíduo, nomeadamente, idade avançada ou muito jovem, stress psicológico, doença crónica prévia (diabetes, obesidade, doença renal, doença hepática/icterícia, doença respiratória crónica, distúrbios do tecido conjuntivo e imunossupressão), terapêutica (corticosteróides, radioterapia, quimioterapia), abuso de substâncias (tabagismo, alcoolismo), desnutrição, e fraca adesão a planos terapêuticos. Importa realçar que estes fatores estão interligados, uma vez que os fatores sistémicos alteram os fatores locais e influenciam a capacidade de reparação tecidual (Leal & Carvalho, 2014; Baltazar, 2021).

Problemas relacionados com a cicatrização da FC são considerados complicações pós-operatórias. Pode afirmar-se que os cuidados cirúrgicos e complicações que deles podem advir são bastante representativos, sendo em muitos casos preveníveis, o que merece a

atenção por parte de toda a comunidade de saúde pública (Haynes et al., 2009; Sousa, 2015). Para Doherty (2011), a prevenção das complicações cirúrgicas começa no período pré-operatório através da avaliação da doença e dos fatores de risco do cliente. Sabe-se que muitos fatores desencadeantes de complicações pós-cirúrgicas podem ser evitáveis, quer pela avaliação dos seus riscos ou através da limitação de possíveis fragilidades em todo o processo (Sousa, 2015). No entanto, a prevenção das complicações alonga-se no período pós-operatório até à alta clínica do cliente através do *follow-up*, mantendo a vigilância e garantindo que os cuidados pós-operatórios são realizados (Rothrock, 2014; Cardante, 2020).

Em todo este processo, o enfermeiro apresenta um papel importante na prevenção de complicações cirúrgicas, nomeadamente aquelas relacionadas com a FC. O processo de atenuação de complicações engloba toda a equipa de CA, iniciando-se na consulta pré-operatória e culminando com a alta clínica, onde o *follow-up* multidisciplinar dos clientes submetidos a cirurgia em CA se trata de um procedimento muito importante no controlo das complicações pós-operatórias. Neste processo, as avaliações e intervenções no âmbito do conhecimento tem uma especial relevância na prática de enfermagem, permitindo detetar precocemente complicações, bem como facilitar os processos de transição dos clientes (Rothrock, 2014; Allison & George, 2014; Sousa, 2015; Cooke, et al., 2016; Cardante, 2020).

A FC torna-se complexa quando apresenta complicações locais, nomeadamente seroma, hematoma, infeção e deiscência, aumentando o tempo de cicatrização (Borges et al., 2016; Baltazar, 2021). Assim, o seu tratamento tem como objetivo o rápido encerramento de forma a obter-se uma cicatriz funcional e satisfatória (Menoita, 2015).

A infeção da FC ou infeção do local cirúrgico (ILC) é uma preocupação constante do enfermeiro, sendo a segunda causa de internamento hospitalar mais frequente (Sousa, 2015), representando 13% das infeções relacionadas com os cuidados hospitalares, segundo os dados do Inquérito Nacional de Prevalência de Infeção (Pina et al., 2012).

Em Portugal, a prevalência de infeções adquiridas nos cuidados de saúde em 2012 apresentava uma taxa global de 10,6%, sendo a ILC a terceira mais frequente (18%), e a infeção mais frequente nos serviços de cirurgia (DGS, 2013c). Dados europeus estimam que a incidência de ILC pode chegar a 20%, dependendo do procedimento, dos critérios de vigilância utilizados e da qualidade dos dados obtidos. A *United States Center of Disease Control National Nosocomial Infections Surveillance* considera que a ILC representa 14 a 16% das infeções em utentes hospitalizados e 38% nos utentes cirúrgicos (Baltazar, 2021).

Com estes dados, pode perceber-se que existem implicações na saúde dos clientes, na prestação de cuidados e até consequências a nível económico (DGS, 2013c). Sabe-se que cada ILC é responsável pelo prolongamento de 7 a 11 dias de internamento e por um aumento do risco de morte de 2 a 11 vezes mais. Estima-se que 60% das ILC sejam evitáveis, desde que se cumpram medidas preventivas, conhecidas como feixes de intervenções, que não são mais que um conjunto de recomendações orientadoras da prática clínica (DGS, 2015c).

Num estudo realizado em 2015, onde se observou uma taxa de incidência global de ILC de 8%, verificou-se que 63% foram diagnosticadas durante o internamento e 37% após a alta, tendo aumentado, em média, o tempo de internamento dos clientes em 14 dias (DGS, 2015b). Isto alerta para o facto das medidas de prevenção e vigilância da ILC não se circunscreverem apenas ao perioperatório, mas até a alta, corroborando o já descrito.

As infeções da FC dependem de inúmeros fatores, alguns dos quais já descritos, podendo estar relacionados com a pessoa intervencionada, com os procedimentos perioperatórios e ainda com fatores ambientais e organizacionais. Para além dos fatores intrínsecos à pessoa intervencionada, a duração do ato cirúrgico, a assepsia do procedimento cirúrgico, a preparação inadequada da pele no pré-operatório ou outras complicações, como o hematoma ou o seroma são exemplos de fatores com impacto direto na cicatrização e que potenciam o risco de infeção da FC (Pina et al., 2012; Costa, 2013; DGS, 2013c; Sousa, 2015). Por tudo isto, torna-se fundamental a combinação de várias medidas básicas na prevenção da ILC, nomeadamente a preparação adequada pré-operatória, a técnica cirúrgica assética, a profilaxia antibiótica e os cuidados pós-operatórios (DGS, 2013c).

Em 2015, a DGS divulgou o algoritmo clínico «“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico» especificando as seguintes intervenções:

- “a) Realizar banho com cloro-hexidina a 2% no dia anterior à cirurgia e, no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência (...);
- b) Administrar antibiótico para profilaxia antibiótica cirúrgica dentro dos 60 minutos anteriores à incisão cirúrgica, sempre que indicado (...);
- c) Evitar tricotomia (...) e, quando absolutamente necessária usar máquina de corte imediatamente antes da intervenção cirúrgica (...);
- d) Manter normotermia perioperatória (temperatura central $\geq 35,5^{\circ}\text{C}$) (...);
- e) Manter glicemia ≤ 180 mg/dl durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes (...)” (DGS, 2015c, p.1).

Tendo tudo isto em conta, e atendendo ao contexto de CA, a intervenção do enfermeiro no âmbito da FC é bastante abrangente. Apesar do tratamento à FC não ser uma intervenção preponderante neste contexto, sendo praticamente inexistente (Lopes, 2020), toda a preparação pré e intra-operatória terá um papel fundamental na prevenção de complicações pós-operatórias, onde se inclui a ILC. Não obstante, a correta documentação e planeamento de intervenções relacionadas com a FC deve partir do BO, garantindo a correta identificação da FC (Zinn & Swofford, 2014), de modo a permitir a continuidade e a qualidade dos cuidados (OE, 2014), continuando até à alta clínica do cliente (Rothrock, 2014; Allison & George, 2014; Sousa, 2015; Cooke, et al., 2016; Cardante, 2020). Assim, a correta avaliação e documentação não só permitirá reduzir ILC (Ding et al., 2016), monitorizar o processo cicatricial da FC e o sucesso do seu tratamento (Gouveia, 2009 como citado em Antunes et al., 2015), e ainda avaliar os resultados da intervenção do enfermeiro (Baltazar, 2021).

1.4.Contexto da cirurgia de ambulatório

Como já explorado anteriormente, o Modelo SafeCare apresenta quatro eixos estruturantes, sendo um deles o contexto. Admite-se que o contexto de cuidados é o ambiente onde os cuidados são prestados que assume um lugar central como eixo do Modelo SafeCare por influenciar e interferir nos restantes eixos (cuidados de enfermagem, exercício profissional e supervisão) (Carvalho et al., 2019).

O contexto onde este estudo se desenvolve é o contexto da CA. Este tipo de cirurgia é cada vez mais comum e com maior expansão mundial. É alicerçada num paradigma de qualidade e segurança, com grandes níveis de eficácia e eficiência (Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório [CNADCA], 2008; Lemos, 2010; Cardante, 2020)

A CA é definida pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS), em 2008, como

“toda a intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora geralmente realizada em regime de cirurgia convencional, possa ser realizada em regime de ambulatório com admissão e alta do utente no mesmo dia, ou até um máximo de 23 horas após a admissão, em instalações próprias, com segurança e de acordo com as atuais *leges artis*” (ERS, 2008, p.5).

De acordo com a *International Association for Ambulatory Surgery* (IAAS, 2014, p.7), CA define-se como “*an operation/procedure, excluding an office or outpatient operation/procedure, where the patient is discharged on the same working day*”. A IAAS refere ainda que, em vários países, CA pode ter um internamento inferior 24 horas (IAAS, 2014). Em Portugal, o conceito de CA é legalmente introduzido em 2006 (CNADCA, 2008).

Pode considerar-se que a CA é um modelo organizativo de prestação de cuidados cirúrgicos centrado no cliente, sendo deste modo importante para a melhoria da eficiência, efetividade e qualidade dos cuidados de saúde e organização hospitalar (Sarmiento et al., 2013; Despacho n.º 1380/2018; Pinto & Sarnadas, 2020; Pinto et al., 2020), transpondo múltiplos benefícios tanto a nível dos clientes e familiares (humanização, acessibilidade), como dos profissionais de saúde (satisfação) e do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (custos, eficácia, eficiência) (CNADCA, 2008; Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses [AESOP], 2012; Sarmiento et al., 2013; Cardante, 2020).

São múltiplos os estudos atuais que enumeram os benefícios da CA (Pinto & Sarnadas, 2020; Pinto et al., 2020; Cardante, 2020; Lobão, 2021). No Despacho n.º 1380/2018, são expostas as vantagens da CA fazendo referência à baixa taxa de complicações pós-operatórias, e à incidência de reinternamentos no pós-operatório mais baixa quando comparada com a incidência de reinternamento em cirurgias eletivas com internamento. Um outro fator está relacionado com a dor pós-operatória, sendo esta no geral menor no contexto de CA; o risco

tromboembólico é menor, devido à deambulação precoce; há ainda uma diminuição do risco de exposição a infeções nosocomiais por, em contexto de CA, o tempo de permanência em ambiente de cuidados de saúde ser reduzida (CNADCA, 2008; AESOP, 2012; Despacho N.º 1380/2018, 2018; Pinto & Sarnadas, 2020; Pinto et al, 2020; Lobão, 2021).

Do ponto de vista social, a realização de procedimentos em CA apresenta um impacto muito positivo para o cliente pois permite uma recuperação no seu ambiente sociofamiliar mais rápida e eficaz, facilitando o regresso precoce à sua vida do quotidiano, com menor rutura sociofamiliar e célere integração socioprofissional (CNADCA, 2008; Despacho n.º 1380/2018, 2018; Cardante, 2020; Pinto & Sarnadas, 2020; Pinto et al, 2020). Tudo isto leva a uma diminuição do stress associado ao internamento hospitalar (AESOP, 2012; Cardante, 2020).

Em termos organizacionais, a CA possibilita uma reorganização da estrutura hospitalar ao utilizar o internamento para cirurgias mais complexas, que exigem cuidados mais diferenciados e mais prolongados, possibilitando a redução do tempo de espera para cirurgia. Isto, economicamente, traduz-se numa possibilidade de melhor gestão e contenção de custos diretos e indiretos associados a uma menor taxa de morbilidade (CNADCA, 2008; Despacho n.º 1380/2018, 2018; Cardante, 2020; Pinto & Sarnadas, 2020; Pinto et al, 2020).

Pode dizer-se que a CA tem apresentado um forte crescimento desde o início do século a nível mundial, mas também a nível nacional. Em Portugal, no ano de 2000, apenas 10% do total de cirurgias ambulatorizáveis foram realizadas neste regime (Despacho n.º 1380/2018; Pinto et al., 2020). Em 2017, cerca de 80 % destas cirurgias foram realizadas em CA, sendo que cerca de 63 % do total de cirurgias programadas realizaram-se em regime de ambulatório. Por isto, Portugal constitui-se como um exemplo de referência ao nível da expansão da CA (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2017; Despacho n.º 1380/2018; Pinto et al., 2020).

Segundo dados do último Relatório de Acesso a Cuidados de Saúde (Ministério da Saúde [MS], 2020, p. 112), em 2010 as cirurgias de ambulatório rondavam os 49,5% entre o total de cirurgias programadas, número este que aumentou e que, no final de 2020 era de 66%.

Nas entrevistas realizadas por Cardante (2020) para o seu estudo, Baleizão (2019, como citado por Cardante, 2020, p. 16) refere que,

“em média, para a mesma patologia, um utente operado em CA economiza 40% de recursos comparativamente a um utente que é intervencionado em cirurgia convencional, uma vez que esta última implica uma estrutura mais laboriosa, com mais pessoal técnico, mais equipamentos e um internamento hospitalar.”

Tudo isto deve-se à inovação tecnológica, à evolução das técnicas cirúrgicas e anestésicas, bem como ao compromisso e ao empenho de todos os profissionais de saúde. (Lobão, 2021).

A importância da CA não se circunscreve aos recursos económicos e organizacionais. Existem várias variáveis que orientam para relevância desta prática, nomeadamente, o cliente que é um fim em si mesmo (Cardante, 2020). Os clientes submetidos a este regime cirúrgico,

devem ser criteriosamente selecionados, existindo critérios sociais e clínicos a considerar para a sua admissão (CNADCA, 2008; Manley & Beltman, 2009).

Nos critérios sociais estão estabelecidos parâmetros como condições adequadas de habitação no local de pernoita; fácil acesso a comunicações, nomeadamente telefone; acompanhamento por um adulto nas primeiras 24 horas após a alta; transporte próprio assegurado em veículo automóvel após a alta; e local de residência ou pernoita a uma distância inferior a 60 minutos da unidade de CA (CNADCA, 2008). Relativamente aos critérios clínicos, estes preconizam que os clientes sejam clínica e psiquicamente estáveis; saudáveis ou apresentem uma doença sistémica ligeira, sem limitação funcional, classificados como ASA I ou ASA II, respetivamente, de acordo com a classificação de estado físico da *American Society for Anesthesiologists (ASA)*; caso apresentem alterações sistémicas graves, ou seja classificados como ASA III, deve ser garantida uma avaliação rigorosa e prudente no pré-operatório por anestesiologia (CNADCA, 2008), assim como assegurar que os cuidados a manter no domicílio sejam convenientemente planeados e entendidos (Rothrock & McEwen, 2008). São ainda parâmetros clínicos a considerar cirurgias pouco traumáticas, de duração previsível inferior a 120 minutos; com baixa probabilidade de complicações pós-operatórias; e ainda com Dor pós-operatória possível de ser controlada por via oral (CNADCA, 2008).

Para além da preocupação com a qualidade, a segurança é uma palavra-chave em CA e, por isso, torna-se fundamental salientar os protocolos clínicos e os circuitos de ambulatório dos clientes (Cardante, 2020). A criação de protocolos clínicos torna-se importante na medida em que permite a sua utilização e monitorização do cumprimento, sendo essencial o estabelecimento de critérios de alta e de seleção de clientes, bem como a avaliação pré-operatória e a definição de normas de orientação para analgesia pós-operatória ou para prevenção de náuseas e vômitos pós-operatórios (Despacho n.º 30114/2008, 2008).

A CNADCA, no seu relatório de 2008 sobre a prática da CA, analisou os circuitos próprios na prestação dos cuidados de saúde aos clientes de CA e, de forma a maximizar a produtividade, a eficiência e a eficácia, verificou que o ideal é uma unidade gerida de forma independente, com uma área de admissão, sala de preparação, sala operatória, unidade de cuidados pós-anestésicos, salas de recobro próprias e encaminhamento na alta (CNADCA, 2008; Despacho n.º 30114/2008, 2008).

O presente estudo acontece quando o cliente se encontra no recobro, nomeadamente após a alta da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA). A Unidade de CA é assim constituída por três salas de recobro, a sala de recobro I ou UCPA que corresponde à zona de recobro anestésico, localizada a seguir ao BO com equipamento de monitorização; a sala de recobro II é onde se dirigem os clientes após alta da UCPA onde permanecem durante um período mais prolongado e onde pode já haver presença dos acompanhantes; e por último a sala de recobro III, sala de cadeirões, correspondente à sala de recobro tardio, onde já

preferencialmente acompanhados por familiares, os clientes são submetidos ao processo de verificação dos designados requisitos pré-alta, nomeadamente, deambulação, ingestão de líquidos e alimentos sólidos e capacidade miccional (CNADCA, 2008).

Como instrumentos de garantia da segurança, da prestação continuada dos cuidados, da confiança dos clientes bem como de avaliação do seu grau de satisfação com a CA, existem procedimentos de apoio no pós-operatório como a disponibilidade de contacto telefónico do elemento da equipa designado para esse fim e um contacto por via telefónica do hospital às vinte e quatro horas de pós-operatório (CNADCA, 2008; Despacho n.º 30114/2008, 2008) onde o cliente já se encontra no domicílio, assumindo um carácter preventivo e no caso de surgirem complicações, o cliente é de imediato encaminhado (Lobão, 2021). É neste contacto telefónico que o enfermeiro realiza o *follow-up*, esclarecendo dúvidas, reforçando os ensinamentos protocolados, avaliando a adesão ao regime terapêutico e se estão a ser cumpridos os cuidados pós-operatórios (Lobão, 2021).

Durante todo o percurso do cliente, é-lhe transmitida informação em diversos momentos não só oralmente, mas também por escrito, para que este não esqueça o que fazer na preparação pré-operatória, nem os sinais que possam ser relevantes no pós-operatório. Assim, a informação clínica neste contexto é fundamental, envolvendo os clientes e seus familiares de forma clara e cuidada num processo que exige a sua responsabilização. (Despacho n.º 30114/2008, 2008). A garantia da segurança e qualidade nos cuidados aos clientes na CA é um princípio de sucesso e de evolução, fazendo da CA uma área prioritária e um pilar de desenvolvimento sustentável do SNS (Cardante, 2020).

Do ponto de vista dos cuidados de enfermagem, a CA assume os mesmos princípios que no contexto de outro tipo de BO, mas de um modo mais abrangente. Na CA, o contacto com o cliente e a sua família ou cuidador, inicia-se mais cedo e termina mais tarde, uma vez que o enfermeiro perioperatório de uma unidade CA, não intervém apenas no âmbito da consulta externa (pré), do BO (intra) ou do internamento (pós), mas sim em todo este percurso (Duarte & Martins, 2014; Cardante, 2020).

Em resumo, a CA é inovadora por ser um modelo organizativo específico, centrado no cliente, envolvendo um circuito independente do de internamento, procurando ganhos em eficiência e em qualidade, e obtendo níveis de maior humanização e satisfação dos clientes e seus familiares. Este modelo facilita que certos procedimentos cirúrgicos, habitualmente efetuados em regime convencional, possam ser realizados em regime de ambatório, com elevados padrões de qualidade e de segurança, permitindo a admissão e alta do cliente no próprio dia da cirurgia (Despacho n.º 30114/2008, 2008; Cardante, 2020).

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A aquisição de novo conhecimento deve-se à investigação científica pela sua constante procura de respostas a questões pertinentes num processo sistemático. É o método que fornece à investigação o seu carácter sistemático, pois é nele apresentado o conjunto de processos e meios necessários para a realização da investigação, permitindo a passagem da conceção à sua operacionalização (Fortin, 2009).

No processo de investigação é, portanto, necessária uma fase metodológica na qual se determina o procedimento para a obtenção das respostas às questões de investigação. Para isso, nesta fase explana-se o desenho do estudo tendo em conta a sua finalidade e objetivos, define-se a população em estudo, o tamanho da amostra necessário, o método de colheita e tratamento de dados tendo em conta as considerações éticas (Fortin, 2009).

Torna-se, assim, essencial o rigor no desenvolvimento e estruturação do método para que este não condicione a obtenção dos dados e, por conseguinte, os resultados finais.

2.1. Pertinência do Estudo

Atualmente, a SCE tem vindo a ter mais importância e relevo tendo em conta o seu impacto na qualidade e segurança dos cuidados. É vista como um sistema capaz de dar suporte contínuo aos profissionais de saúde, promovendo o seu desenvolvimento de competências e, com isso, melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados (Carvalho, 2017).

Inserido no Mestrado de Supervisão Clínica em Enfermagem e associado a uma área ainda pouco explorada – SC em CA, particularmente nos indicadores Dor e FC, este estudo, tal como já foi sendo referido, integra a etapa I - diagnóstico de situação, da implementação do modelo de SCE do Projeto SafeCare da ESEP desenvolvido num centro hospitalar universitário da região do grande Porto.

A Dor e a FC são considerados indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem e nesse sentido, o seu estudo parece pertinente nomeadamente no que concerne à sua correta utilização. Identificar como é realizada a sua avaliação, as atividades de diagnóstico, os

diagnósticos e as intervenções de enfermagem relacionados com os focos “Dor” e “FC” nos clientes submetidos a cirurgia num serviço de CA, enunciados pelo enfermeiro e comparada com os registos por ele efetuados e com a avaliação feita pelo investigador, poderá permitir efetuar ilações de interesse que permitam efetuar uma proposta acerca dos conteúdos formativos a incorporar nas sessões de supervisão que irão decorrer na etapa III – implementação do modelo SafeCare.

Tendo em conta os IS-SCE enunciados e a sua conveniência como indicadores de qualidade, considerou-se pertinente estudá-los de forma a procurar contributos para a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem com a operacionalização do modelo de SCE. Contudo, está-se ciente de que nesta etapa apenas se conseguirá obter subsídios para a etapa III, não se conseguindo comprovar a alteração desses mesmos IS-SCE, por via da SC.

Apesar destas condicionantes considera-se, pela escassez de estudos encontrados, a relevância e pertinência do estudo efetuado. De igual modo, ciente de que apesar das pequenas dimensões dos resultados que possam vir a ser obtidos, estes irão contribuir para a implementação de um modelo de SCE sustentado e para o desenvolvimento da área do perioperatório, área ainda deficitária em evidência científica em enfermagem.

2.2.Finalidade e Objetivos

Decorrente do problema em estudo, do seu quadro teórico e conceptual, a finalidade e os objetivos orientam a investigação para o método apropriado de forma a alcançar a informação desejada (Fortin, 2009).

O objetivo de um estudo trata-se um enunciado que descreve de forma clara como é orientada a investigação tendo em conta o nível de conhecimento existente (Fortin, 2009).

Tendo em conta a pergunta de investigação “Quais os contributos da SC em enfermagem para a segurança e qualidade dos cuidados perioperatórios em ambulatório na avaliação da dor e da FC como indicadores de supervisão?”, este estudo tem como finalidade “Contribuir para a promoção da qualidade e segurança e dos cuidados perioperatórios em ambulatório na avaliação da dor e da FC como indicadores de supervisão” ao fornecer dados objetivos para a realizar o diagnóstico da situação tendo em conta o Modelo SafeCare.

De modo a concretizar a finalidade apresentada, foram estabelecidos os seguintes objetivos gerais e respetivos objetivos específicos:

- Descrever a avaliação da dor dos clientes submetidos a cirurgia num serviço de CA;
 - Descrever a dor dos clientes submetidos a cirurgia num serviço de CA identificada pelo enfermeiro;
 - Comparar a avaliação da dor dos clientes submetidos a cirurgia num serviço de CA, realizada pelo enfermeiro e pelo investigador;
 - Comparar as atividades de diagnóstico relacionadas com o foco “Dor” nos clientes submetidos a cirurgia num serviço de CA, realizadas pelo enfermeiro e pelo investigador;
 - Comparar os diagnósticos relacionados com o foco “Dor” nos clientes submetidos a cirurgia num serviço de CA, enunciados pelo enfermeiro e pelo investigador;
 - Comparar as intervenções de enfermagem relacionadas com o foco “Dor” nos clientes submetidos a cirurgia num serviço de CA, planeadas pelo enfermeiro e pelo investigador no momento;
 - Comparar o registo das atividades de diagnóstico relacionadas com o foco “Dor” nos clientes submetidos a cirurgia num serviço de CA, realizado pelo enfermeiro e pelo investigador;
 - Comparar o registo de diagnósticos relacionados com o foco “Dor” nos clientes submetidos a cirurgia num serviço de CA, realizado pelo enfermeiro e pelo investigador;
 - Identificar o registo de intervenções de enfermagem relacionadas com o foco “Dor” usualmente planeadas pelos enfermeiros de um serviço de CA;
 - Estabelecer correspondência com as intervenções que o enfermeiro afirma realizar, com as que registou e com as que o investigador adotaria relacionadas com o foco “Dor” nos clientes submetidos a cirurgia num serviço de CA.
 - Comparar a avaliação da “Dor” dos clientes submetidos a cirurgia num serviço de CA, realizada e registada pelo enfermeiro e pelo investigador;
 - Comparar as atividades de diagnóstico relacionadas com o foco “Dor” nos clientes submetidos a cirurgia num serviço de CA, realizadas e registadas pelo enfermeiro e pelo investigador;
 - Comparar os diagnósticos relacionados com o foco “Dor” nos clientes submetidos a cirurgia num serviço de CA, enunciados e registados pelo enfermeiro e pelo investigador;
 - Comparar as intervenções de enfermagem relacionadas com o foco “Dor” nos clientes submetidos a cirurgia num serviço de CA, planeadas e registadas pelo enfermeiro e pelo investigador no momento;
- Descrever a avaliação da FC dos clientes submetidos a cirurgia, de um serviço de CA;

- Descrever a FC dos clientes submetidos a cirurgia num serviço de CA, identificada pelo enfermeiro;
- Comparar a avaliação da FC dos clientes submetidos a cirurgia num serviço de CA, realizada pelo enfermeiro e pelo investigador;
- Comparar as atividades de diagnóstico relacionadas com o foco “FC” nos clientes submetidos a cirurgia num serviço de CA, realizadas pelo enfermeiro e pelo investigador;
- Comparar os diagnósticos relacionados com o foco “FC” nos clientes submetidos a cirurgia num serviço de CA, enunciados pelo enfermeiro e pelo investigador;
- Comparar as intervenções de enfermagem relacionadas com o foco “FC” nos clientes submetidos a cirurgia num serviço de CA, planeadas pelo enfermeiro e pelo investigador no momento;
- Comparar o registo das atividades de diagnóstico relacionadas com o foco “FC” nos clientes submetidos a cirurgia num serviço de CA, realizado pelo enfermeiro e pelo investigador;
- Comparar o registo de diagnósticos relacionados com o foco “FC” nos clientes submetidos a cirurgia num serviço de CA, realizado pelo enfermeiro e pelo investigador;
- Identificar o registo de intervenções de enfermagem relacionadas com o foco “FC” usualmente planeadas pelos enfermeiros de um serviço de CA;
- Estabelecer correspondência com as intervenções que o enfermeiro afirma realizar, com as que registou e com as que o investigador adotaria relacionadas com o foco “FC” nos clientes submetidos a cirurgia num serviço de CA.
- Comparar a avaliação da FC dos clientes submetidos a cirurgia num serviço de CA, realizada e registada pelo enfermeiro e pelo investigador;
- Comparar as atividades de diagnóstico relacionadas com o foco “FC” nos clientes submetidos a cirurgia num serviço de CA, realizadas e registadas pelo enfermeiro e pelo investigador;
- Comparar os diagnósticos relacionados com o foco “FC” nos clientes submetidos a cirurgia num serviço de CA, enunciados e registados pelo enfermeiro e pelo investigador;
- Comparar as intervenções de enfermagem relacionadas com o foco “FC” nos clientes submetidos a cirurgia num serviço de CA, planeadas e registadas pelo enfermeiro e pelo investigador no momento;
- Propor conteúdos formativos a incorporar na implementação do Modelo SafeCare - etapa III - em sessões de supervisão relacionadas com a avaliação da dor e da FC num serviço de CA.

2.3. Desenho do Estudo

O desenho de investigação trata-se de um plano constituído por etapas do percurso da investigação que guiam o investigador até à concretização dos objetivos, dando resposta às questões de investigação. É no desenho que são ainda determinados os mecanismos de controlo que minimizam potenciais enviesamentos. Tendo em conta o estudo e segundo os seus objetivos, é escolhido então o desenho adequado (Fortin, 2009).

A investigação realizada apresenta um desenho de estudo de paradigma positivista ou quantitativo, de carácter descritivo, de natureza transversal, tendo por base a população de enfermeiros de um centro hospitalar e universitário do grande Porto. A amostra foi constituída pelos enfermeiros em funções no serviço de CA desse mesmo centro hospitalar, através de uma amostragem não probabilística intencional.

2.3.1. Tipo de Estudo

Atendendo ao estudo a desenvolver, à sua finalidade e respetivos objetivos, optou-se por seguir o paradigma positivista numa investigação quantitativa, de carácter descritivo, de natureza transversal.

O paradigma escolhido entende que os factos objetivos existem independentemente dos contextos, defendendo que a verdade é imutável e que qualquer coisa pode ser medida. É um paradigma direcionado para os resultados e para a sua generalização às populações alvo através das amostras, onde se procura alcançar resultados que possam ter aplicabilidade na prática e que desenvolvam melhorias em determinadas situações (Fortin, 2009).

Segundo Fortin (2009), o desenho de carácter descritivo pretende realizar uma descrição detalhada de um determinado conceito ou fenómeno, possibilitando perceber a sua visão geral ao identificar as suas características, motivo pela qual foi escolhido para o presente estudo atendendo aos objetivos apresentados em se focar na descrição do fenómeno da Dor e FC no contexto de CA.

Trata-se de um estudo de natureza transversal por se pretender descrever o fenómeno num período de tempo delimitado, tendo a capacidade de medir a frequência de um certo acontecimento numa população, num determinado momento (Fortin, 2009). Foi escolhida

esta natureza de estudo ainda por ser económica, de organização simples e de rápido acesso a dados úteis (Fortin, 2009).

2.3.2. População e Amostra

A definição da população e amostra apresenta uma grande relevância no processo de investigação, “(...) sendo o objetivo deste exercício tirar conclusões precisas sobre a população, a partir de um grupo mais restrito de indivíduos (...)” de modo a que a amostra “(...) represente fielmente a população visada” (Fortin, 2009, p. 310).

Uma população é definida por um conjunto de elementos, sendo estes pessoas, espécies ou processos, que partilham características comuns (Fortin, 2009). Neste estudo, pretende-se estudar a população de enfermeiros de um hospital universitário do grande Porto, no período compreendido entre 15 de maio de 2018 a 14 de setembro de 2018.

Tendo em conta os constrangimentos em recolher informação de toda a população, iniciou-se o processo de amostragem implicando a criação de uma amostra retirada da população alvo, mantendo-se as características definidas, o que permitiu fazer generalizações com os resultados obtidos (Fortin, 2009).

Os critérios de inclusão definem a população, fazendo correspondência às características essenciais dos elementos da população (Fortin, 2009). No presente estudo, foram critérios de inclusão exercer funções como enfermeiro ou enfermeiro especialista no serviço de cirurgia em ambulatório. Deste modo, foi definida uma amostra constituída pelos enfermeiros em funções no serviço de CA desse mesmo centro hospitalar, através de uma amostragem não probabilística intencional.

Apesar do tipo de amostragem não probabilística não permitir a todos os elementos da população a mesma possibilidade de integrar a amostra, e consciente de haver o risco de não ser tão representativa e fiável quanto uma amostragem probabilística, no que diz respeito à generalização dos dados, este é o tipo de amostragem utilizado nas disciplinas de carácter profissional (Fortin, 2009). Inserido no contexto profissional de enfermagem, acresce o facto da intencionalidade do investigador em estudar o contexto de CA, justificando o processo de amostragem escolhido.

2.3.3. Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra

Para a caracterização sociodemográfica e profissional da amostra, foi realizada uma análise descritiva. As variáveis categóricas/nominais foram apresentadas sob a forma de frequências absolutas (n) e frequências relativas (%). Recorreu-se à análise estatística através das medidas de tendência central como a média, moda, mediana, desvio padrão (DP), valor mínimo e valor máximo. As variáveis idade, tempo de exercício profissional; tempo de exercício de funções em CA e tempo de exercício de funções em BO, como enfermeiro instrumentista e/ou circulante, são variáveis quantitativas discretas. Assim, para além das estatísticas descritivas realizadas foram criadas classes (intervalos de valores) de forma a observar a frequência absoluta e percentagem de cada classe.

De salientar que se verificaram casos de resposta omissa, que por serem raros foram tratados como não resposta, pelo que se observam diferentes frequências absolutas no decorrer da apresentação e análise dos resultados.

Foram incorporados 49 enfermeiros participantes no estudo, o correspondente a 96% da equipa de enfermagem. A Tabela 1 apresenta a Caracterização Sociodemográfica e profissional da amostra através de frequências.

Tabela 1: Caracterização Sociodemográfica e profissional da amostra - Tabela de Frequências

Características		n	%
Sexo	Feminino	43	87,8
	Masculino	3	6,1
	Sem resposta	3	6,1
Idade (anos completos)	até 40	13	26,5
	40 - 44	10	20,4
	45 - 49	15	30,6
	Mais 50	9	18,4
	Sem resposta	2	4,1
	até 5	1	2,0
Tempo de exercício profissional (anos completos)	6 - 10	3	6,1
	11 - 15	11	22,4
	16 - 20	11	22,4
	21 - 25	13	26,5
	26 - 30	6	12,2
	31 - 35	3	6,1
	Sem resposta	1	2,0
	Enfermeiro	39	79,6
Título Profissional	Enfermeiro Especialista	10	20,4
	Enfermeiro Chefe	0	0
	Outro	0	0
Habilitações Académicas	Bacharelato	1	2,0
	Licenciatura	27	55,1
	Pós-graduação	6	12,2
	Especialidade	9	18,4
	Mestrado	6	12,2
	Doutoramento	0	0
Situação Jurídica de Emprego	Contrato de Trabalho em Funções Públicas	36	73,5

Características	n	%
	Contrato Individual de Trabalho por Tempo Indeterminado	13 26,5
	Contrato Individual de Trabalho a Termo Resolutivo Certo	0 0
	Outro	0 0
Tempo de exercício de funções em CA (anos completos)	até 5	7 14,3
	6 - 10	33 67,3
	11 - 15	4 8,2
	16 - 20	1 2,0
	21 - 25	2 4,1
	Sem Resposta	2 4,1
	até 5	10 20,4
Tempo de exercício de funções, em Bloco Operatório, como enfermeiro instrumentista e/ou anestesista e/ou circulante (anos completos)	6 - 10	17 34,7
	11 - 15	3 6,1
	16 - 20	5 10,2
	21 - 25	3 6,1
	26 - 30	1 2,0
	Sem Resposta	10 20,4
	Intra-operatório (Blocos)	38 77,6
Área cirúrgica onde desenvolve a maior parte da atividade profissional	Recobros (Pós-operatórios)	27 55,1
	Consultas (Pré/Pós-operatórias)	12 24,5
	Não	43 87,8
Formação em Supervisão Clínica	Sim	5 10,2
	Sem Resposta	1 2,0

A amostra foi constituída com 88% de participantes do sexo feminino, com uma média de idades de 44 anos (DP=6,746) compreendidas entre os 31 e 59 anos. Relativamente ao tempo de exercício profissional, os enfermeiros trabalhavam em média há 20 anos (DP=7,165), existindo profissionais entre 3 a 35 anos de exercício profissional.

Dos participantes, cerca de 80% eram enfermeiros e 20% enfermeiros especialistas. Relativamente às suas habilitações académicas, tendo em conta o seu maior grau de formação, a maioria dos enfermeiros eram licenciados (55,1%), não havendo nenhum doutorado. Dos que especificaram a sua especialidade, Enfermagem Médico-cirúrgica foi a especialidade mais referenciada (37,5%) (Tabela 2). A maioria dos enfermeiros (73,5%) apresentavam como situação jurídica de emprego um Contrato de Trabalho em Funções Públicas.

Tabela 2: Habilitações Académicas - Tabela de frequências

	Habilitações Académicas	n	%
Especialidade	Enfermagem Comunitária	1	12,5
	Enfermagem Médico-Cirúrgica	3	37,5
	Enfermagem Saúde Comunitária	2	25,0
	Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica	2	25,0
	Total	8	100,0
Mestrado	Ciências Enfermagem	1	16,7
	Comunicação Clínica	1	16,7
	Economia e Gestão	1	16,7
	Enfermagem Reabilitação	1	16,7
	Gestão Unidades Saúde	1	16,7
	Medicina Catástrofe	1	16,7
	Total	6	100,0
Doutoramento	Sem Doutoramento	49	100,0

Relativamente ao tempo de exercício de funções em CA, a maioria dos enfermeiros (67,3%) exerce funções entre 6 e 10 anos, tendo a amostra uma média de 7,6 anos (DP=4,514) de exercício profissional em CA. De salientar que 2 elementos não responderam à questão, não sendo certo que corresponderia a zero anos completos e, por isso, não foram incluídos para análise estatística (Tabela 3). No que diz respeito ao tempo de exercício de funções, em BO, como enfermeiro instrumentista e/ou anestesista e/ou circulante, a maioria dos enfermeiros (34,7%) exerce funções entre 6 e 10 anos, tendo a amostra uma média de 9,56 anos (DP= 7,290) de exercício profissional no BO. De salientar que 10 elementos não responderam à questão, não sendo por isso incluídos para análise estatística (Tabela 3).

Tabela 3: Análise descritiva da caracterização Sociodemográfica da amostra com medidas de tendência central

	N	Média	Moda	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade	47	44,19	36 ^a	45	6,746	31	59
Tempo de exercício profissional	48	19,83	20	20	7,165	3	35
Tempo de exercício de funções em CA	47	7,60	7	7	4,514	1	23
Tempo de exercício de funções, em Bloco Operatório	39	9,56	6 ^a	7	7,290	1	28

a. Há vários valores de moda. O menor valor é mostrado

As áreas cirúrgicas onde os enfermeiros desenvolvem a maior parte da sua atividade profissional foram distribuídas entre o intra-operatório, nos variados BO do serviço de CA; os recobros, englobando as várias tipologias de recobro pós-operatório; e as consultas pré e pós-operatórias. Verificou-se que a maioria dos enfermeiros trabalhavam no intra-operatório (77,6%), sendo que 38,8% tinham funções no intra-operatório e nos recobros. O Gráfico 1 ilustra a distribuição dos enfermeiros pelos diferentes postos de trabalho onde desenvolve a sua atividade profissional.

A percentagem de enfermeiros sem formação em SC era cerca de 88%.

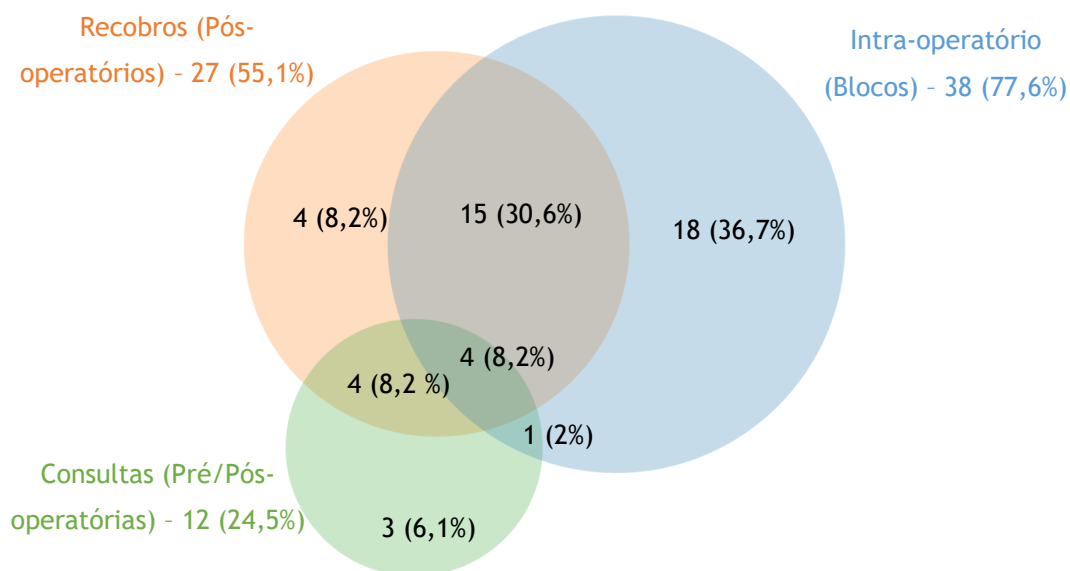


Gráfico 1: Área cirúrgica onde desenvolve a maior parte da atividade profissional

2.3.4. Colheita de Dados

A escolha do método de colheita de dados apropriado é um aspeto importante no processo de investigação. Cabe ao investigador eleger o tipo de instrumento mais adequado ao objetivo de estudo, população e meios disponíveis (Fortin, 2009)

Este estudo, que consiste na fase de diagnóstico da situação, pretende recolher informação sobre a avaliação da dor e da FC, nomeadamente a forma como estas avaliações são realizadas pelos enfermeiros, documentadas pelos mesmos e realizadas pelo supervisor clínico, de forma a poderem ser comparadas para se poder identificar as necessidades em SCE. Para isso, foi utilizado um questionário intitulado “Avaliação da Dor e Ferida Cirúrgica” (Anexo I), elaborado pela equipa de investigadores, nomeadamente pelo supervisor major, com o objetivo de dar resposta aos parâmetros pertinentes a avaliar.

Atendendo ao paradigma quantitativo descritivo da investigação e aos seus objetivos, a aplicação do questionário como técnica de colheita de dados é comumente utilizada (Fortin, 2009).

O questionário é a técnica de colheita de dados mais utilizada pelos investigadores, onde é pedido ao participante a resposta escrita a um conjunto de questões. Estas questões podem ser abertas ou fechadas, estruturadas numa sequência lógica previamente definida onde os enviesamentos são quase impossíveis. A sua simplicidade e clareza possibilitam a colheita de dados a um grande número de pessoas, num curto espaço de tempo, exigindo menos recursos económicos e humanos, sendo a flexibilidade quanto à estrutura, forma e meio de colheita e distribuição, a sua grande vantagem. Através deste método, é possível recolher informação factual sobre acontecimentos ou situações, crenças, atitudes, conhecimentos e sentimentos (Fortin, 2009).

O questionário “Avaliação da Dor e Ferida Cirúrgica” foi construído através de informação recolhida por revisão narrativa da literatura, dando resposta a aspetos relevantes que surgiram dessa revisão, bem como a referência a pontos-chave de normas divulgadas pela DGS relativas a estes temas. Este questionário é constituído por três partes, sendo a primeira a caracterização do cliente, a segunda questões relacionadas com a avaliação da dor e a terceira, questões relacionadas com a avaliação da FC. Na caracterização do cliente, é recolhida informação sociodemográfica e clínica do cliente, como comorbilidades, informações cirúrgicas, dor crónica e estado emocional. Na segunda parte, avaliação da dor, é pedido para avaliar a dor e caracterizá-la, identificar as estratégias farmacológicas usadas, se necessário, e parâmetros vitais avaliados. Nesta parte, é ainda pedido que sejam registadas as atividades diagnósticas, diagnósticos e intervenções realizadas tendo por base o programa de registo dos enfermeiros para o foco “Dor”, estando presente todas as opções

de registo do programa. Na terceira parte, avaliação da FC, pretende-se identificar quais os feixes de intervenções para a prevenção de infeção do local cirúrgico realizados, tendo em conta as normas da DGS preconizadas; a avaliação da FC, e como na parte anterior, identificar os registos de enfermagem a executar tendo por base o programa de registos de enfermagem para o foco “FC”.

Após a pré-testagem do questionário, o processo de colheita de dados realizou-se através do preenchimento do mesmo instrumento pelos vários intervenientes, sendo este realizado no mesmo turno (preferencialmente um a seguir ao outro) de forma a possibilitar a sua comparação (Figura 3). Assim, este foi aplicado primeiramente pelos enfermeiros constituídos na amostra em estudo; de seguida pela figura do supervisor clínico representada por três investigadores, sendo um deles o próprio autor do estudo e os outros dois investigadores com formação na área de SCE, preparados adequadamente para o efeito; e posteriormente recolhida toda a informação documentada pelos enfermeiros através de novo preenchimento do questionário.

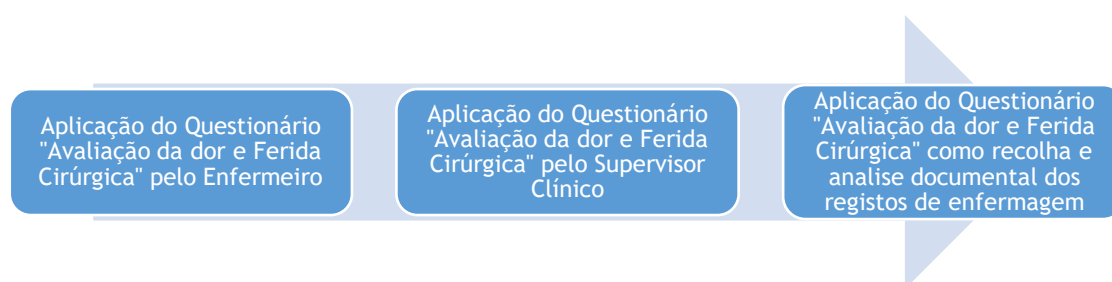


Figura 3: Procedimento de colheita de dados

A estruturação e preenchimento do questionário foi realizado de forma a ser possível efetuar leitura ótica dos mesmos. Esta automatização do processo permite diminuir o tempo de recolha dos dados dos questionários e os erros relativamente à introdução manual de dados, resultando numa maior confiança nos dados recolhidos e economia de tempo e de meios. Os questionários após inseridos na máquina de leitura ótica foram revistos de modo a não se perder nenhuma informação.

2.3.5. Tratamento dos Dados

Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o programa IBM SPSS Statistics 26.0.0. com aplicação de procedimentos de estatística descritiva e indutiva.

Na análise descritiva dos dados é efetuado um resumo dos dados em bruto através de testes estatísticos com o intuito de descrever as características da amostra e dar resposta às

questões de investigação. Pretende-se assim evidenciar um conjunto de dados recolhidos de uma amostra, de forma a serem interpretados pelo investigador e demais indivíduos. Por outro lado, a inferência estatística vai além da descritiva, centrando-se nos resultados recolhidos de uma amostra, procurando por inferência antever as características ou o comportamento da população (Fortin, 2009).

Através da análise descritiva, foram identificadas as características sociodemográficas e clínicas tendo em conta a informação recolhida através do questionário aplicado. As variáveis contínuas foram descritas com recursos a medidas de tendência central média, moda, desvio padrão (DP), valor mínimo e valor máximo. As variáveis categóricas/nominais foram apresentadas sob a forma de frequências relativas (%) e frequências absolutas (N).

Posteriormente, foram utilizados procedimentos estatísticos indutivos ou de inferência com recurso a aplicação dos testes não paramétricos adequados ao estudo conforme a sua natureza. A avaliação das relações significativas entre as variáveis foi realizada através da aplicação de testes não paramétricos - Teste de Kruskal Wallis e Teste de Mann Whitney, com o nível de significância estatística considerado de 1% ($p < 0,01$) (Fortin, 2009).

De salientar que se verificaram casos de resposta omissa, que por serem raras foram tratados como não resposta, pelo que aparecem diferentes frequências absolutas no decorrer da apresentação e análise dos resultados.

2.4. Considerações Éticas

Tendo em conta a investigação no domínio da saúde, sobretudo pelo envolvimento da participação direta ou indireta de pessoas, deve ter-se em consideração os pressupostos de natureza ética, garantindo o anonimato e a confidencialidade dos dados, de forma a proteger os participantes de consequências menos positivas decorrentes da sua participação no estudo (Fortin, 2009).

Neste estudo, o respeito pelos princípios éticos referentes à investigação e seu cumprimento estiveram sempre presentes. Assim, relativamente à instituição onde se desenvolveu a investigação foi realizada uma carta de parceria com a ESEP envolvendo os investigadores do presente estudo, sendo o estudo aprovado pela Comissão de Ética da unidade hospitalar.

Relativamente aos procedimentos éticos de natureza individual, foi solicitada formalmente a participação dos enfermeiros bem como sua a autorização livre e esclarecida de participação no estudo dando o seu consentimento informado de acordo com a Declaração

de Helsínquia da Associação Médica Mundial e a Lei da Proteção de Dados Pessoais (Anexo II). Foi ainda apresentado o estudo, o seu objetivo e benefícios, bem como a importância dos resultados da investigação e a sua participação no mesmo. Deixou-se claro que a não participação não conduziria a prejuízo para o enfermeiro, garantindo assim, a liberdade de escolha na participação do estudo.

Durante todo o processo de investigação foram garantidos o anonimato e a confidencialidade dos intervenientes, bem como o carácter voluntário da participação na investigação. Assim, um dos cuidados tidos em conta foi que em nenhuma parte do instrumento utilizado fosse possível identificar a pessoa ou as pessoas envolvidas.

3. RESULTADOS

No presente capítulo serão apresentados e analisados os resultados obtidos com recurso ao tratamento estatístico.

De forma a melhorar a compreensão dos resultados, este capítulo foi dividido em subcapítulos com base na organização do instrumento aplicado (caracterização do cliente, avaliação da dor, e avaliação da FC). Apenas foram representados os dados e resultados com relevância para o estudo.

Tal como referido, este estudo insere-se num outro mais alargado, do qual já resultaram várias apresentações sob a forma de comunicação livre e pósteres, bem como uma publicação (Teixeira et al., 2020) da qual sou coautor e que contém os resultados deste estudo, nomeadamente parte dos resultados do subcapítulo da “Avaliação da Dor”. De modo a conservar a singularidade do artigo e a integridade da autora principal, não se irá utilizar o texto integral do artigo, mas apenas os dados e posterior discussão mais atualizada.

3.1. Caracterização do Cliente

Neste subcapítulo, serão apresentados os resultados referentes à caracterização socioclínica dos clientes que foram recolhidas informações, a caracterização cirúrgica e o seu histórico de dor.

De modo a manter a fiabilidade dos dados e evitando possíveis omissões, os dados apresentados neste subcapítulo foram obtidos através do supervisor clínico, tendo sido analisados cento e dezasseis (N=116) casos.

Para apresentar os resultados desta análise, são exibidas tabelas com as frequências (n) e respetivas percentagens (%) e observadas em gráficos as características analisadas.

3.1.1. Caracterização socioclínica

Os resultados da análise da caracterização socioclínica dos cento e dezasseis (N=116) casos integrados no estudo encontram-se representados na Tabela 4.

Tabela 4: Caracterização socioclínica

	N		n	%
Género	116	Feminino	68	58,6
		Masculino	48	41,4
Especialidade Cirúrgica	116	Oftalmologia	10	8,6
		Ginecologia	10	8,6
		Cirurgia vascular	10	8,6
		Cirurgia geral	10	8,6
		Otorrinolaringologia	10	8,6
		Ortopedia	10	8,6
		Neurocirurgia	10	8,6
		Cirurgia da Mama	7	6,0
		Cirurgia de ambulatório	10	8,6
		Cirurgia Maxilofacial	10	8,6
		Plástica	9	7,8
		Urologia	10	8,6
Comorbilidades	116	Sim	94	81,0
		Não	22	19,0
		Diabetes Mellitus	12	10,3
		HTA	35	30,2
		Dislipidemia	30	25,9
		Ansiedade	14	12,1
		Depressão	10	8,6
		Imunossupressão	1	0,9
		História de Infecção ou colonização	0	0
		Hepatopatia	0	0
		Neuropatia	0	0
		Cirurgias anteriores	78	67,2
Hábitos tabágicos	116	Sim	20	17,2
		Não	96	82,8
Hábitos alcoólicos	116	Sim	7	6,0
		Não	109	94,0
Histórico de uso de drogas	116	Sim	1	0,9
		Não	115	99,1
Estado Emocional	116	Tranquilo	61	52,6
		Otimista	10	8,6
		Pessimista	0	0
		Ansioso	45	38,8
		Deprimido	0	0
Acompanhante identificado	116	Sim	116	100,0
		Não	0	0

Procedeu-se ainda à caracterização demográfica dos clientes em estudo, estratificando as classes etárias por género (Gráfico 2), tendo sido agrupada em classes etárias com base na classificação: Adulto jovem (<=40 anos); Adulto maduro (41-64 anos); Idoso jovem - 3ª idade (65-79 anos); Idoso maduro - 4ª idade (>=80 anos).

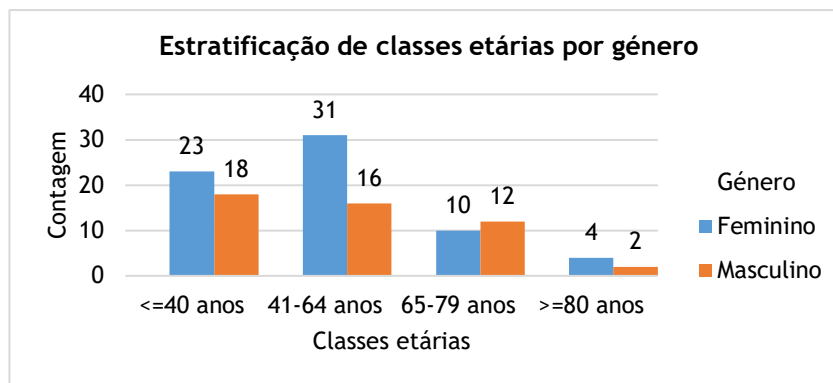


Gráfico 2: Caracterização demográfica estratificando as classes etárias por género

Os indivíduos adultos jovens representaram 35,3% (n=41), os adultos maduros 40,5% (n=47), os idosos jovens traduziram 19% (n=22) e os indivíduos idosos maduros figuraram 5,2% (n=6) do total de clientes integrados no estudo.

A média de idades situava-se nos 48,7 anos, com um DP de aproximadamente 18 anos tendo o cliente mais jovem 18 anos de idade e o idoso 86 anos.

Quando realizado o agrupamento por classes etárias, verificou-se que a maior percentagem de clientes era composta por adultos maduros do género feminino (n=31; 26,7%).

Relativamente ao género, a maioria dos clientes eram do género feminino (n=68; 58,6%).

Tendo em conta os dados apresentados na tabela supra, salienta-se o facto de terem sido incluídos de entre 12 especialidades, 10 casos por especialidade à exceção da especialidade “Cirurgia da mama” (n=7) e “Plástica” (n=9).

Importa referir que a maioria dos clientes apresentavam comorbilidades (n=94; 81%), sendo as mais frequentes a Hipertensão Arterial (HTA) (n=35; 30,2%) e dislipidemia (n=30; 25,9%). Em 12 casos (10,3%) foram referidos a presença de Diabetes *Mellitus* (DM) tendo sido avaliada a glicemia capilar (GC) em 11 casos. Desses 11 casos, o valor da GC variou entre 104 e 178mg/dl na admissão apresentando em média 133,27mg/dl (DP=24,125). Tendo em conta as comorbilidades tidas como opções de resposta, foi necessário em 56 casos (48,8%) documentar outras comorbilidades que se encontram descritas no Anexo III.

Em grande parte dos casos (n=78; 67,2%) foram realizadas cirurgias anteriores à que motivou o internamento, sendo descrito como mais frequente apenas uma cirurgia prévia, existindo em média 3,03 cirurgias (DP=2,476). O número de cirurgias prévias variou entre 1 e 15 sendo o valor da mediana 2.

Relativamente aos hábitos de consumo, a maioria não apresentava hábitos tabágicos (n=96; 82,8%), nem hábitos alcoólicos (n=109; 94%), nem histórico de consumo de drogas (n=115; 99,1%).

Os clientes incluídos no estudo foram questionados sobre o seu estado emocional, tendo os relatos variado entre “tranquilo” (n=61; 52,6%), “ansioso” (n=45; 38,8%) e “otimista” (n=10; 8,6%). “Tranquilo” foi o estado emocional mais mencionado.

Por último, de referir que todos os clientes apresentavam um acompanhante identificado.

3.1.2. Caracterização cirúrgica

Os resultados da análise da caracterização cirúrgica encontram-se na Tabela 5.

Tabela 5: Caracterização cirúrgica

	N	n	%
Tempo de cirurgia	116	Menos de 1 hora	99 85,3
		Entre 1 e 3 horas	17 14,7
		Mais de 3 horas	0 0
Tipo de anestesia	116	Bloqueio motor	5 4,3
		Geral balanceada	42 36,2
		Geral inalatória	38 32,8
		Outro	31 26,7
Outro tipo de anestesia	116	Analgesia	3 2,6
		Anestesia local	1 0,9
		Anestesia tópica	2 1,7
		Bloqueio peribulbar	2 1,7
		Geral intravenosa	1 0,9
		Local	2 1,7
		Local sedação	1 0,9
		MAC	3 2,6
		Raquianestesia	1 0,9
		Sedação	15 12,9
Tempo de anestesia	116	Menos de 1 hora	92 79,3
		Entre 1 e 3 horas	24 20,7
		Mais de 3 horas	0 0
Estado físico de acordo com a escala da American Society of Anesthesiologists (ASA)	116	ASA I	32 27,6
		ASA II	65 56,0
		ASA III	18 15,5
		ASA IV	1 0,9
		ASA V	0 0
		ASA VI	0 0

Da análise dos dados referentes à caracterização cirúrgica, verificou-se que na maioria dos casos o tempo de cirurgia foi menos de 1 hora (n=99; 85,3%), bem como o tempo de anestesia (n=92; 79,3%), nunca se tendo prolongado, em ambos os casos, mais de 3 horas.

O tipo de anestesia mais utilizado foi a geral balanceada (n=42; 36,2%) seguida de geral inalatória (n=38; 32,8%) e sedação (n=15; 12,9%).

Por último, tendo em conta o estado físico de acordo com a escala da ASA, a maioria dos clientes foram classificados como ASA II (n=65; 56%), tendo a classificação variado entre ASA I e ASA IV.

3.1.3. Histórico de dor

Os resultados da análise do histórico de dor encontram-se representados na Tabela 6.

Tabela 6: Histórico de dor

	N		n	%
Histórico de dor crónica	116	Sim	35	30,2
		Não	81	69,8
Histórico de uso de medidas não farmacológicas de alívio da dor	116	Sim	9	7,8
		Não	107	92,2
Medidas não farmacológica de alívio da dor utilizadas	9	Compressão	1	11,1%
		Fisioterapia	1	11,1%
		Hidroginástica	1	11,1%
		Massagem	2	22,2%
		Meias elásticas	1	11,1%
		Quente	1	11,1%
		Repouso	3	33,3%
Histórico de uso de medidas farmacológicas de alívio da dor	116	Sim	32	27,6
		Não	84	72,4
Medidas farmacológica de alívio da dor utilizadas	32	AINE	11	34,4
		Analgésico	15	46,9
		Associação de analgésicos	1	3,1
		Analgésico - opióide	1	3,1
		Anti-inflamatório	3	9,4
		ATB	4	12,5
		Bioflavonoides	1	3,1
		Corticoide	1	3,1
		Laxante	1	3,1
Analgesia prescrita em domicílio	116	Sim	28	24,1
		Não	88	75,9
Analgesia prescrita em domicílio	28	AINE	9	32,1
		Analgésico	13	46,4
		Associação de analgésicos	1	3,6
		Analgésico - opióide	1	3,6
		Analgésico com relaxante muscular	2	7,1
		Anti-inflamatório	3	10,7
		Bioflavonoides	2	7,1
		Corticoide	1	3,6
		Laxante	1	3,6

Da análise dos dados apresentados relativos ao histórico de dor, apenas 30,2% dos casos (n=35) apresentavam histórico de dor crónica.

De todos os casos analisados (N=116), em 9 casos houve o relato de uso de medidas não farmacológicas de alívio da dor (7,8%) e em 32 casos a referência ao uso de medidas farmacológicas de alívio da dor (27,6%).

Como medidas não farmacológicas de alívio da dor utilizadas foram descritas o uso da compressão, de meias elásticas, do quente, o recurso à fisioterapia, hidroginástica e massagem, e ainda o repouso, sendo esta última a mais relatada (n=3; 33,3%).

De modo a analisar as medidas farmacológicas de alívio da dor usadas descritas pelos clientes foram agrupados os fármacos preferencialmente por classes terapêuticas. A categoria de medidas farmacológicas mais referida foi a categoria de fármacos analgésicos (n=15; 46,9). De referir ainda a existência da categoria de fármacos antibióticos mencionada por alguns clientes (n=4; 12,5%) na medida em que o uso destes fármacos resultou no alívio da dor, por resolução da causa da dor (infecção).

Verificou-se ainda que 28 casos (24,1%) já apresentavam prescrição de analgesia em domicílio, sendo na sua maioria fármacos exclusivos da classe de analgésicos (n=13; 46,4%).

3.2. Avaliação da Dor

Neste subcapítulo, são apresentados os resultados referentes à caracterização da dor dos clientes que foram recolhidas informações e ao plano de cuidados desenvolvido, discriminando as atividades de diagnóstico, os diagnósticos e as intervenções planeadas.

Os resultados apresentados resultaram da análise dos dados obtidos pela aplicação do questionário “Avaliação da Dor e Ferida Cirúrgica” nos cento e dezasseis (N=116) casos integrados no estudo, com origem no enfermeiro, no supervisor clínico e na documentação dos enfermeiros (consulta dos registos), de forma a comparar as informações recolhidas.

Para apresentar os resultados desta análise, são exibidos gráficos e tabelas de análise descritiva com as frequências (n) e respetivas percentagens (%), bem como tabelas de análise indutiva com apresentação dos resultados de testes não paramétricos, nomeadamente o Teste de Kruskal Wallis (H) e Teste de Mann Whitney (U), e o respetivo nível de significância estatística (p).

3.2.1. Caracterização da dor

A análise dos resultados da escala da dor escolhida pelas várias fontes de dados, nomeadamente Enfermeiro (RE), Registos (RR) e Supervisor (RS) para avaliação da dor encontra-se representada no Gráfico 3.

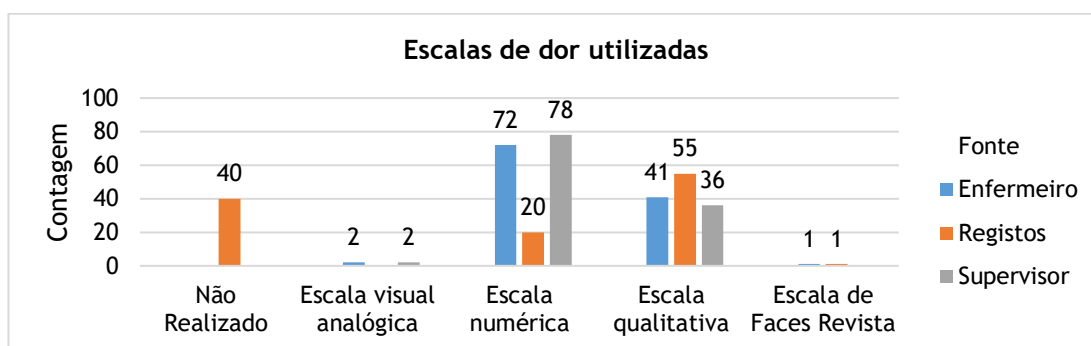


Gráfico 3: Escalas da dor utilizadas

Constatou-se que em 34,5% dos casos (n=40) não foi realizado o registo da dor com recurso a uma escala. A escala mais utilizada pelos enfermeiros (n=72; 62,1%) e pelo supervisor (n=78; 67,2%) foi a Escala Numérica enquanto a mais registada foi a escala qualitativa (n=55; 47,4%).

Ao analisar a tabela de frequências (Tabela 7), verificou-se alguma discrepância nos resultados entre RE, RR e RS. Procedeu-se, assim, à análise bivariada procurando perceber se as diferenças entre as três fontes de dados seriam significativas recorrendo, para isso, ao teste de Kruskal Wallis. Pareceu pertinente analisar também se as diferenças entre RE-RR, RE-RS e RR-RS seriam significativas, e por isso recorreu-se ao teste de Mann Whitney.

Através dos resultados dos testes não paramétricos apresentados na Tabela 7, verificou-se não existir diferenças estatisticamente significativas na escolha da escala para avaliação da dor.

Tabela 7: Escalas de dor utilizadas

Escala da dor	Enfermeiro		Registos		Supervisor	
	n	%	n	%	n	%
Não Realizado	0	0,0%	40	34,5%	0	0,0%
Escala visual analógica	2	1,7%	0	0,0%	2	1,7%
Escala numérica	72	62,1%	20	17,2%	78	67,2%
Escala qualitativa	41	35,3%	55	47,4%	36	31,0%
Escala de Faces Revista	1	0,9%	1	0,9%	0	0,0%
Total	116	100,0%	116	100,0%	116	100,0%
			H (p)	U1 (p)	U2 (p)	U3 (p)
Escala da dor			0,331	0,167	0,398	0,396

H - Teste de Kruskal Wallis H entre enfermeiros (RE), registos (RR) e supervisor (RS)

U1- Teste de Mann Whitney U entre enfermeiro (RE) e registos (RR)

U2 - Teste de Mann Whitney U entre enfermeiro (RE) e supervisor (RS)

U4 - Teste de Mann Whitney U entre registos (RR) e supervisor (RS)

A análise dos resultados da intensidade da dor avaliada pelas várias fontes de dados, encontra-se representada no Gráfico 4.

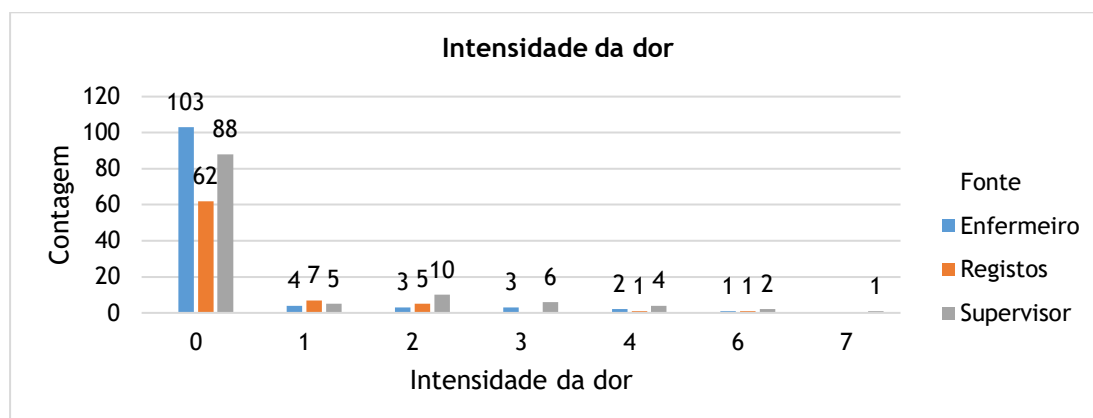


Gráfico 4: Intensidade da dor

Da análise realizada, constatou-se que o score da dor avaliada foi compreendido entre 0 (sem dor) e 7, sendo a mais frequente dor 0 (sem dor) avaliada tanto pelos enfermeiros (n=103; 88,8%), como nos registos (n=62; 81,6%) e pelo supervisor (n=88; 75,9%).

Através dos resultados dos testes não paramétricos apresentados na Tabela 8; atendendo ao nível de significância estatístico considerado ($p < 0,01$), verificou-se que existe diferença significativa entre o score da dor atribuído pelo enfermeiro e pelo supervisor ($p = 0,009$).

Tabela 8: Intensidade da dor

Intensidade da dor	Enfermeiro		Registos		Supervisor	
	n	%	n	%	n	%
0	103	88,8%	62	81,6%	88	75,9%
1	4	3,4%	7	9,2%	5	4,3%
2	3	2,6%	5	6,6%	10	8,6%
3	3	2,6%	0	0,0%	6	5,2%
4	2	1,7%	1	1,3%	4	3,4%
6	1	0,9%	1	1,3%	2	1,7%
7	0	0,0%	0	0,0%	1	0,9%
Total	116	100,0%	76	100,0%	116	100,0%
			H (p)	U1 (p)	U2 (p)	U3 (p)
Intensidade da dor			0,030	0,199	0,009	0,223

H - Teste de Kruskal Wallis H entre enfermeiros (RE), registos (RR) e supervisor (RS)

U1- Teste de Mann Whitney U entre enfermeiro (RE) e registos (RR)

U2 - Teste de Mann Whitney U entre enfermeiro (RE) e supervisor (RS)

U4 - Teste de Mann Whitney U entre registos (RR) e supervisor (RS)

Relativamente aos casos avaliados com dor, foram analisadas as características da dor quando à sua localização, frequência e duração. Os resultados obtidos encontram-se exibidos na Tabela 9.

Tabela 9: Características da dor

		Enfermeiro		Registos		Supervisor	
Características da dor		n	%	n	%	n	%
Localização da dor	Realizado	10	76,9%	0	0,0%	28	100,0%
	Não realizado	3	23,1%	14	100,0%	0	0,0%
	Total	13	100,0%	14	100,0%	28	100,0%

		Enfermeiro		Registos		Supervisor	
Frequência da dor	Realizado	2	15,4%	0	0,0%	10	35,7%
	Não realizado	11	84,6%	14	100,0%	18	64,3%
	Total	13	100,0%	14	100,0%	28	100,0%
Duração da dor	Realizado	9	69,2%	0	0,0%	28	100,0%
	Não realizado	4	30,8%	14	100,0%	0	0,0%
	Total	13	100,0%	14	100,0%	28	100,0%
	Contínua	7	77,8%	-	-	17	60,7%
	Intermitente	1	11,1%	-	-	2	7,1%
	Episódica	1	11,1%	-	-	9	32,1%
	Total	9	100,0%	-	-	28	100,0%

Dos resultados apresentados, importa salientar que nenhuma das características da dor foram encontradas nos registos realizados. O supervisor, em todo os casos com dor, identificou as características da dor.

Relativamente à duração da dor, quando esta característica foi identificada, a maioria dos casos era contínua, tanto nos casos identificados pelo RE (n=7; 77,8%) como pelo RS (n=17; 60,7%).

A necessidade de avaliação ou a avaliação efetiva dos parâmetros vitais, Pressão Arterial (PA), Frequência cardíaca (Fc), Frequência respiratória (FR), Saturação periférica de oxigénio (SPO2), Temperatura corporal (TC), Dor e GC durante os vários momentos do internamento, Pré-operatório, Intra-operatório, Recobro imediato e Recobro tardio, foi analisada estando os seus resultados expostos na Tabela 10.

Tabela 10: Necessidade de avaliação dos parâmetros vitais

Parâmetros vitais	Momento	Enfermeiro		Registos		Supervisor	
		n	%	n	%	n	%
Pressão Arterial	Pré-operatório	113	97,4%	112	96,6%	116	100,0%
	Intra-operatório	110	94,8%	94	81,0%	116	100,0%
	Recobro imediato	97	83,6%	87	75,0%	116	100,0%
	Recobro tardio	101	87,1%	67	57,8%	116	100,0%
	Total	112	96,6%	112	96,6%	116	100,0%
Frequência cardíaca	Pré-operatório	112	96,6%	112	96,6%	116	100,0%
	Intra-operatório	108	93,1%	93	80,2%	116	100,0%
	Recobro imediato	96	82,8%	87	75,0%	116	100,0%
	Recobro tardio	101	87,1%	67	57,8%	116	100,0%
Frequência respiratória	Pré-operatório	37	31,9%	0	0,0%	116	100,0%
	Intra-operatório	59	50,9%	3	2,6%	116	100,0%
	Recobro imediato	50	43,1%	0	0,0%	116	100,0%
	Recobro tardio	47	40,5%	0	0,0%	116	100,0%
	Total	113	97,4%	111	95,7%	116	100,0%
Saturação periférica de oxigénio	Pré-operatório	113	97,4%	111	95,7%	116	100,0%
	Intra-operatório	109	94,0%	92	79,3%	116	100,0%
	Recobro imediato	97	83,6%	85	73,3%	116	100,0%
	Recobro tardio	100	86,2%	66	56,9%	116	100,0%
Temperatura corporal	Pré-operatório	37	31,9%	8	6,9%	116	100,0%
	Intra-operatório	29	25,0%	0	0,0%	116	100,0%
	Recobro imediato	46	39,7%	1	0,9%	116	100,0%
	Recobro tardio	43	37,1%	2	1,7%	116	100,0%
	Total	113	97,4%	111	95,7%	116	100,0%

Parâmetros vitais	Momento	Enfermeiro		Registos		Supervisor	
		n	%	n	%	n	%
Dor	Pré-operatório	39	33,6%	13	11,2%	116	100,0%
	Intra-operatório	41	35,3%	0	0,0%	116	100,0%
	Recobro imediato	90	77,6%	62	53,4%	116	100,0%
	Recobro tardio	99	85,3%	53	45,7%	116	100,0%
Glicemia Capilar	Pré-operatório	18	15,5%	12	10,3%	116	100,0%
	Intra-operatório	5	4,3%	2	1,7%	116	100,0%
	Recobro imediato	8	6,9%	4	3,4%	116	100,0%
	Recobro tardio	13	11,2%	6	5,2%	116	100,0%

Foi possível verificar que o supervisor considerou necessária a avaliação de todos os parâmetros vitais em todos os casos em todos os momentos do internamento. Por outro lado, considerando os resultados verificados acima de 80% dos casos, os enfermeiros consideraram necessária a avaliação da PA, Fc e a SPO2 em todos os momentos do internamento, e a dor no recobro tardio. Relativamente aos registos efetuados, verificou-se que foram avaliados a apenas a PA e a Fc no pré-operatório e no intra-operatório e a SPO2 no pré-operatório, quando considerados os resultados acima de 80% dos casos.

Através da análise dos resultados dos testes não paramétricos apresentados na Tabela 11 foi possível verificar se existem diferenças estatisticamente significativas na necessidade de avaliação dos parâmetros vitais nos diferentes momentos do internamento identificadas pelas várias fontes de dados.

Constatou-se que não houve diferenças estatisticamente significativas em qualquer um dos testes realizados no momento do pré-operatório para o parâmetro vital PA, Fc, SPO2. Quando comparados os resultados entre RE e RR (U1), verificou-se também não existir diferenças estatisticamente significativas em todos os momentos do internamento para o parâmetro vital GC.

Para além das já mencionadas, não foram identificadas ainda diferenças estatisticamente significativas quando comparados os resultados entre RE e RR (U1) para a avaliação da PA no recobro imediato ($p=0,106$), a avaliação da Fc no recobro imediato ($p=0,149$) e a avaliação da SPO2 no recobro imediato ($p=0,056$). Quando comparados os resultados entre RE e RS (U2) não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas na avaliação da PA no intra-operatório ($p=0,013$). Todas as outras avaliações dos parâmetros vitais nos diferentes momentos de internamento apresentaram diferenças estatisticamente significativas ($p=0,0001$).

Tabela 11: Necessidade de avaliação dos parâmetros vitais - Análise estatística não paramétrica

Parâmetros vitais	Momento	H (p)	U1 (p)	U2 (p)	U3 (p)
Pressão Arterial	Pré-operatório	0,151	0,702	0,082	0,044
	Intra-operatório	0,0001	0,001	0,013	0,0001
	Recobro imediato	0,0001	0,106	0,0001	0,0001
	Recobro tardio	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001

Parâmetros vitais	Momento	H (p)	U1 (p)	U2 (p)	U3 (p)
Frequência cardíaca	Pré-operatório	0,130	1,000	0,044	0,044
	Intra-operatório	0,0001	0,004	0,004	0,0001
	Recobro imediato	0,0001	0,149	0,0001	0,0001
	Recobro tardio	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
Frequência respiratória	Pré-operatório	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
	Intra-operatório	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
	Recobro imediato	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
	Recobro tardio	0,0001	0,0001	0,000	0,0001
Saturação periférica de oxigênio	Pré-operatório	0,089	0,473	0,082	0,024
	Intra-operatório	0,0001	0,001	0,007	0,0001
	Recobro imediato	0,0001	0,056	0,0001	0,0001
	Recobro tardio	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
Temperatura corporal	Pré-operatório	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
	Intra-operatório	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
	Recobro imediato	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
	Recobro tardio	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
Dor	Pré-operatório	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
	Intra-operatório	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
	Recobro imediato	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
	Recobro tardio	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
Glicemia Capilar	Pré-operatório	0,0001	0,241	0,0001	0,0001
	Intra-operatório	0,0001	0,251	0,0001	0,0001
	Recobro imediato	0,0001	0,237	0,0001	0,0001
	Recobro tardio	0,0001	0,094	0,0001	0,0001

H - Teste de Kruskal Wallis H entre enfermeiros (RE), registros (RR) e supervisor (RS)

U1- Teste de Mann Whitney U entre enfermeiro (RE) e registros (RR)

U2 - Teste de Mann Whitney U entre enfermeiro (RE) e supervisor (RS)

U4 - Teste de Mann Whitney U entre registros (RR) e supervisor (RS)

3.2.2. Plano de cuidados - Atividades de diagnóstico

Os resultados da análise das atividades de diagnóstico planejadas referentes ao foco “Dor” com origem nas três fontes de dados, nomeadamente RE, RR e RS encontram-se representadas na Tabela 29 no Anexo IV. De forma a facilitar a interpretação dos dados, estes serão apresentados através de gráficos.

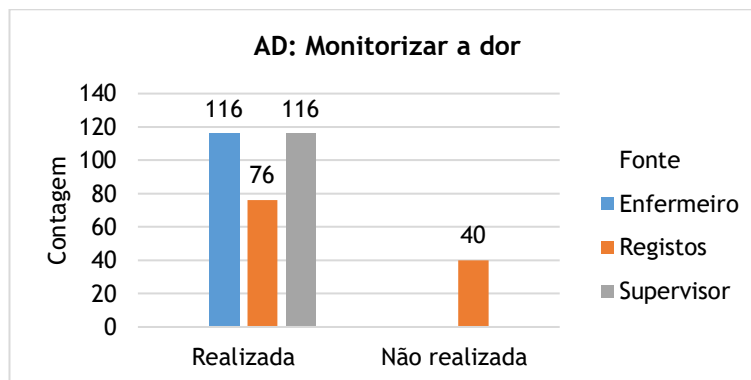


Gráfico 5: Atividade de diagnóstico: Monitorizar a dor

O Gráfico 5 representa os resultados da análise da realização da atividade de diagnóstico (AD) “Monitorizar a dor”. Analisando os dados, importa salientar que em 34,5% (n=40) dos casos esta AD não foi registada pelo enfermeiro.

O Gráfico 6 exibe os resultados da análise da realização da AD “Vigiar sedação”. Analisando os dados, verificou-se que não existiu registo desta AD em todos os casos (n=116; 100%).

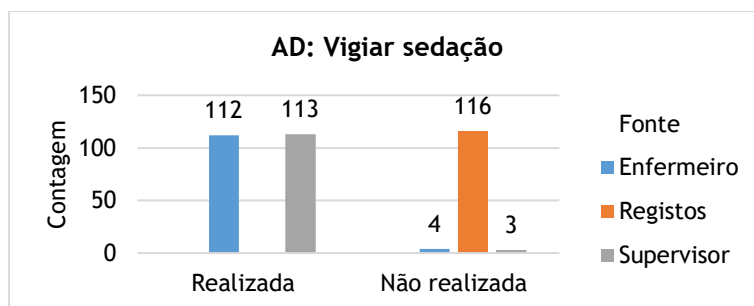


Gráfico 6: Atividade de diagnóstico: Vigiar sedação

O Gráfico 7 expõe os resultados da análise da realização da AD “Vigiar a dor”. Verificou-se que não houve registo desta AD em todos os casos (n=116; 100%).

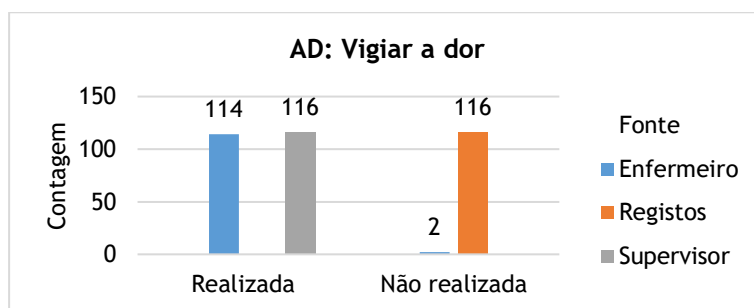


Gráfico 7: Atividade de diagnóstico: Vigiar a dor

O Gráfico 8 exibe os resultados da análise da realização da AD “Monitorizar bloqueio motor”. Verificou-se que esta AD apenas foi realizada pelo enfermeiro em 21,6% (n=25) dos casos e pelo supervisor em 14,7% (n=17) dos casos. Não houve registo desta AD.

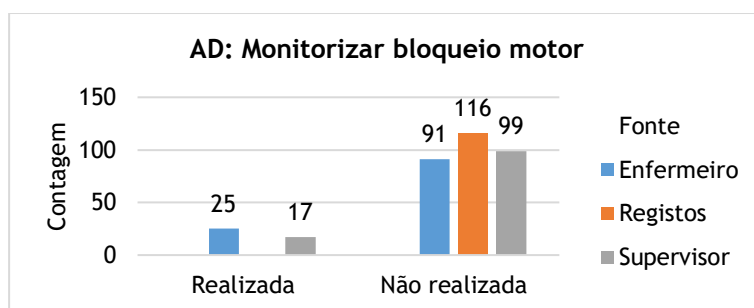


Gráfico 8: Atividade de diagnóstico: Monitorizar bloqueio motor

O Gráfico 9 mostra os resultados da análise da realização da AD “Avaliar o conhecimento sobre estratégias de alívio da dor”. Analisando os dados, verificou-se que esta AD foi realizada pelo enfermeiro em 83,6% (n=97) dos casos e pelo supervisor em 95,7% (n=111) dos casos. Não foi realizado nenhum registo desta AD.

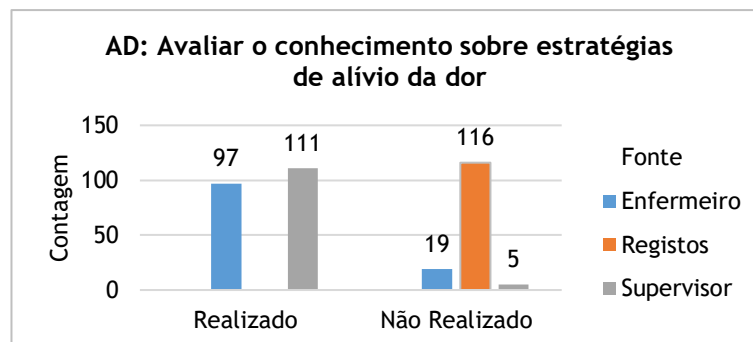


Gráfico 9: Atividade de diagnóstico: Avaliar o conhecimento sobre estratégias de alívio da dor

O conteúdo da informação documentada relativa à AD “Avaliar o conhecimento sobre estratégias de alívio da dor” encontra-se descrito na Tabela 12. Verificou-se que o conhecimento sobre a “dor” e sobre a “gestão do regime terapêutico” foram os mais documentados pelos enfermeiros (n=74; 63,8% e n=82; 70,7% respetivamente). Já o supervisor documentou com mais frequência a presença de conhecimento sobre a “dor” e a “avaliação da dor” (n=86; 74,1% e n=78; 67,2% respetivamente). De salientar que os resultados do item “nenhum parâmetro” englobam os dados em que não foram identificados o conhecimento de nenhum item e a não realização da AD.

Tabela 12: Atividades de diagnóstico: Avaliar o conhecimento sobre estratégias de alívio da dor

		Enfermeiro		Registos		Supervisor	
		n	%	n	%	n	%
Avaliar o conhecimento sobre estratégias de alívio da dor	Dor	74	63,8%	-	-	86	74,1%
	Complicações	56	48,3%	-	-	13	11,2%
	Avaliação da dor	55	47,4%	-	-	78	67,2%
	Gestão do Regime Terapêutico	82	70,7%	-	-	68	58,6%
	Estratégias não farmacológicas	46	39,7%	-	-	16	13,8%
	Nenhum parâmetro	27	23,3%	-	-	26	22,4%

O Gráfico 10 apresenta os resultados da análise da realização da AD “Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento”. Através da análise dos dados, verificou-se que esta AD foi realizada pelo enfermeiro em 90,5% (n=105) dos casos e pelo supervisor em todos os casos (n=116). Foi realizado apenas 1 registo desta AD (0,9%).

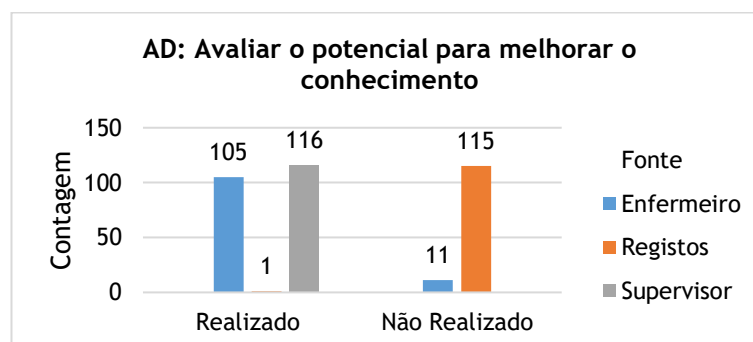


Gráfico 10: Atividade de diagnóstico: Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento

Os itens documentados relativos à AD “Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento” encontram-se descritos na Tabela 13. Verificou-se que a maioria dos casos apresentavam todos os itens desta AD. No caso em que houve registo desta AD verificou-se a presença de todos os itens desta AD. De salientar que o os resultados do item “nenhum parâmetro” englobam os dados em que não foram identificados nenhum dos itens e não realizada a AD. Relativamente ao item “nenhum parâmetro” foi identificado pelo enfermeiro em 10,3% (n=12) e pelo supervisor em 6% (n=12) do total de casos.

Tabela 13: Atividades de diagnóstico: Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento

		Enfermeiro		Registos		Supervisor	
		n	%	n	%	n	%
Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento	Capacidade Cognitiva	102	87,9%	1	0,9%	108	93,1%
	Consciencialização das mudanças do seu estado de saúde	100	86,2%	1	0,9%	109	94,0%
	Força de vontade expressa na aprendizagem	99	85,3%	1	0,9%	108	93,1%
	Envolvimento no processo de ensino/aprendizagem	98	84,5%	1	0,9%	108	93,1%
	Nenhum parâmetro	12	10,3%	115	99,1%	7	6,0%

O Gráfico 11 expõe os resultados da análise da realização da AD “Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor”. Analisando os dados, verificou-se que esta AD foi realizada pelo enfermeiro em 68,1% (n=79) dos casos e pelo supervisor em 54,3% (n=63) dos casos. Não foi realizado nenhum registo desta AD.

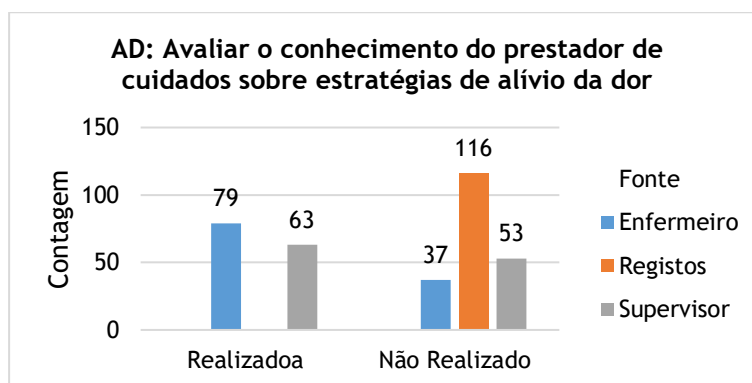


Gráfico 11: Atividade de diagnóstico: Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor

O conteúdo da informação documentada relativa à AD “Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor” encontra-se descrito na Tabela 14. Verificou-se que o item conhecimento sobre a gestão do regime terapêutico foi o mais documentado pelos enfermeiros (n=74; 63,8%) ao passo que o supervisor documentou com mais frequência a presença de conhecimento sobre a dor (n=47; 40,5%). De salientar que o os resultados do item “nenhum parâmetro” englobam os dados em que não foram identificados o conhecimento de nenhum item e a não realização da AD.

Tabela 14: Atividades de diagnóstico: Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor

		Enfermeiro		Registos		Supervisor	
		n	%	n	%	n	%
Avaliar o conhecimento sobre estratégias de alívio da dor	Dor	62	53,4%	-	-	47	40,5%
	Complicações	59	50,9%	-	-	9	7,8%
	Avaliação da dor	49	42,2%	-	-	26	22,4%
	Gestão do Regime Terapêutico	74	63,8%	-	-	45	38,8%
	Estratégias não farmacológicas	47	40,5%	-	-	9	7,8%
	Nenhum parâmetro	40	34,5%	-	-	65	56,0%

Através da análise dos resultados dos testes não paramétricos apresentados na Tabela 15 foi possível verificar se existem diferenças estatisticamente significativas na realização das AD identificadas pelas várias fontes de dados.

Constatou-se que não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas quando comparados os resultados entre RE e RS (U2) da realização da AD “Monitorizar a dor” ($p=1$), “Vigiar sedação” ($p=0,702$), “Vigiar a dor” ($p=0,317$), “Monitorizar bloqueio motor” ($p=0,173$) e “Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor” ($p=0,031$). De salientar que RE e RS realizaram o mesmo número de vezes a AD “Monitorizar a dor” (U2: $p=1$).

Verificou-se que em todas as AD, os resultados dos testes H, U1 e U3 apresentaram diferenças estatisticamente significativas ($p=0,0001$).

Tabela 15: Atividades de diagnóstico do foco: dor - Análise estatística não paramétrica

Atividades de Diagnóstico	H (p)	U1 (p)	U2(p)	U3 (p)
Monitorizar a dor	0,0001	0,0001	1,000	0,0001
Vigiar sedação	0,0001	0,0001	0,702	0,0001
Vigiar a dor	0,0001	0,0001	0,317	0,0001
Monitorizar bloqueio motor	0,0001	0,0001	0,173	0,0001
Avaliar o conhecimento sobre estratégias de alívio da dor	0,0001	0,0001	0,003	0,0001
Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento	0,0001	0,0001	0,001	0,0001
Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor	0,0001	0,0001	0,031	0,0001

H - Teste de Kruskal Wallis H entre enfermeiros (RE), registos (RR) e supervisor (RS)

U1- Teste de Mann Whitney U entre enfermeiro (RE) e registos (RR)

U2 - Teste de Mann Whitney U entre enfermeiro (RE) e supervisor (RS)

U4 - Teste de Mann Whitney U entre registos (RR) e supervisor (RS)

3.2.3. Plano de cuidados - Diagnósticos

Os resultados da análise dos diagnósticos enunciados referentes ao foco “Dor” nos casos integrados no estudo, com origem nas três fontes de dados, RE, RR e RS, encontram-se

representadas na Tabela 16. De forma a facilitar a sua interpretação, os dados serão também apresentados em gráficos.

Tabela 16: Diagnósticos do foco: dor

Foco	Diagnóstico	Enfermeiro		Registos		Supervisor	
		n	%	n	%	n	%
Dor	Sem registo	4	3,4%	116	100,0%	0	0,0%
	Dor, em grau reduzido	12	10,3%	-	-	17	14,7%
	Dor, em grau moderado	4	3,4%	-	-	9	7,8%
	Dor, em grau elevado	1	0,9%	-	-	2	1,7%
	Sem dor	95	81,9%	-	-	88	75,9%
	Total	116	100,0%	-	-	116	100,0%
Conhecimento sobre estratégias de alívio da dor	Sem registo	20	17,2%	116	100,0%	0	0,0%
	Potencial para melhorar	85	73,3%	-	-	98	84,5%
	Conhecimento	8	6,9%	-	-	11	9,5%
	Sem potencial	3	2,6%	-	-	7	6,0%
	Total	116	100,0%	-	-	116	100,0%
Conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor	Sem registo	38	32,8%	116	100,0%	53	45,7%
	Potencial para melhorar	69	59,5%	-	-	56	48,3%
	Conhecimento	9	7,8%	-	-	7	6,0%
	Total	116	100,0%	-	-	116	100,0%

O Gráfico 12 representa os resultados da análise do diagnóstico “Dor”. Analisando os dados, importa salientar que este diagnóstico não foi enunciado em nenhum registo realizado pelo enfermeiro. O diagnóstico “Sem Dor” foi o mais enunciado pelo enfermeiro (n=95; 81,9%) e pelo supervisor (n=88, 75,9%).

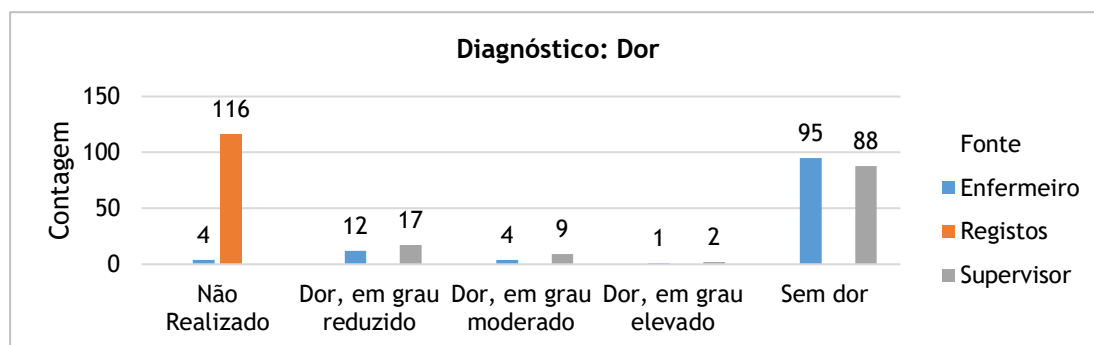


Gráfico 12: Diagnóstico: Dor

O Gráfico 13 exibe os resultados da análise do diagnóstico “Conhecimento sobre estratégias de alívio da dor”. Analisando os dados, verificou-se que este diagnóstico não foi enunciado em nenhum registo realizado pelo enfermeiro. O diagnóstico “Potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias de alívio da dor” foi o mais enunciado pelo enfermeiro (n=85; 73,3%) e pelo supervisor (n=98, 84,5%).

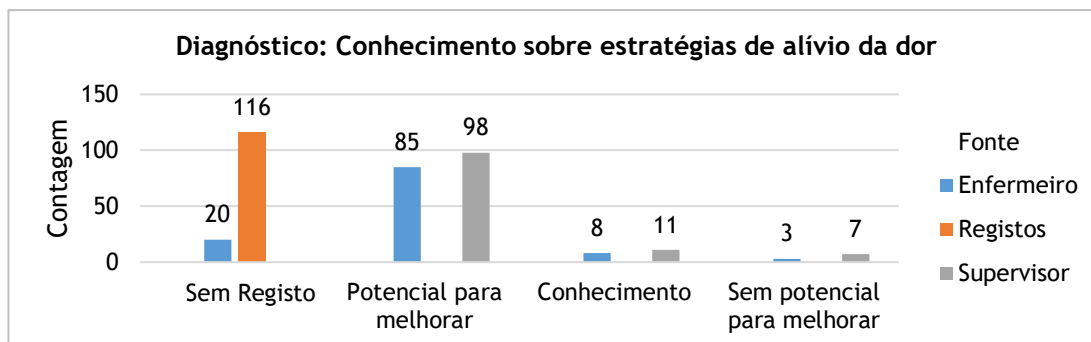


Gráfico 13: Diagnóstico: Conhecimento sobre estratégias de alívio da dor

O Gráfico 14 expõe os resultados da análise do diagnóstico “Conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor”. Foi possível verificar que este diagnóstico não foi enunciado em nenhum registo realizado pelo enfermeiro. Ainda o enfermeiro e o supervisor não viram necessidade de enunciar o diagnóstico em 38 (32,8%) e 53 (45,7%) casos respetivamente. O diagnóstico “Potencial para melhorar o Conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor” foi o mais enunciado pelo enfermeiro (n=69; 59,5%) e pelo supervisor (n=56, 48,3%).

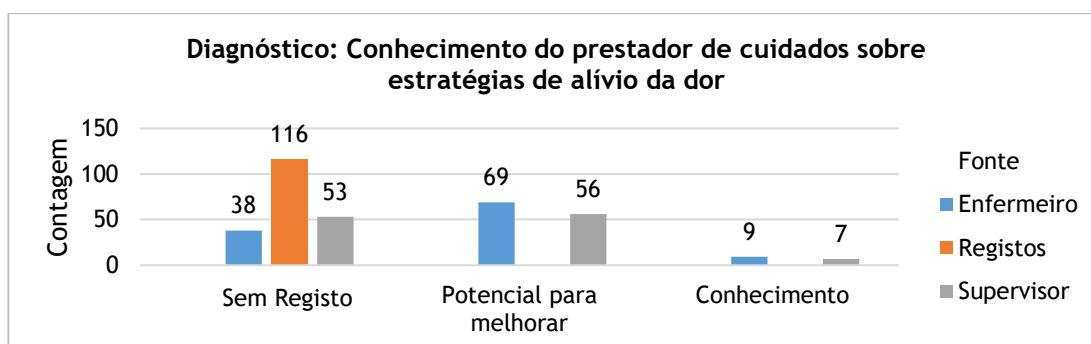


Gráfico 14: Diagnóstico: Conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor

Através da análise dos resultados dos testes não paramétricos apresentados na Tabela 17 foi possível verificar se existem diferenças estatisticamente significativas na enunciação dos diagnósticos relacionados com o foco “Dor” identificados pelas várias fontes de dados.

Constatou-se que não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas quando comparados os resultados entre RE e RS (U2) na enunciação de qualquer diagnóstico.

Quando comparados os resultados entre as três fontes de dados através do teste H, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na enunciação de todos os diagnósticos à exceção do diagnóstico “Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias de alívio da dor” (H: $p=0,022$) e “Conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor” (H: $p=0,013$).

Verificou-se ainda que em todas enunciações de diagnósticos os resultados dos testes U3 apresentaram diferenças significativas.

Tabela 17: Diagnósticos do foco: Dor - Análise estatística não paramétrica

Diagnóstico		H (p)	U1 (p)	U2(p)	U3 (p)
Dor		0,0001	0,0001	0,369	0,0001
Conhecimento sobre estratégias de alívio da dor	Potencial para melhorar	0,0001	0,0001	0,037	0,0001
	Conhecimento	0,005	0,004	0,474	0,001
	Sem potencial	0,022	0,082	0,197	0,007
Conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor	Potencial para melhorar	0,0001	0,0001	0,088	0,0001
	Conhecimento	0,013	0,002	0,605	0,007

H - Teste de Kruskal Wallis H entre enfermeiros (RE), registos (RR) e supervisor (RS)

U1- Teste de Mann Whitney U entre enfermeiro (RE) e registos (RR)

U2 - Teste de Mann Whitney U entre enfermeiro (RE) e supervisor (RS)

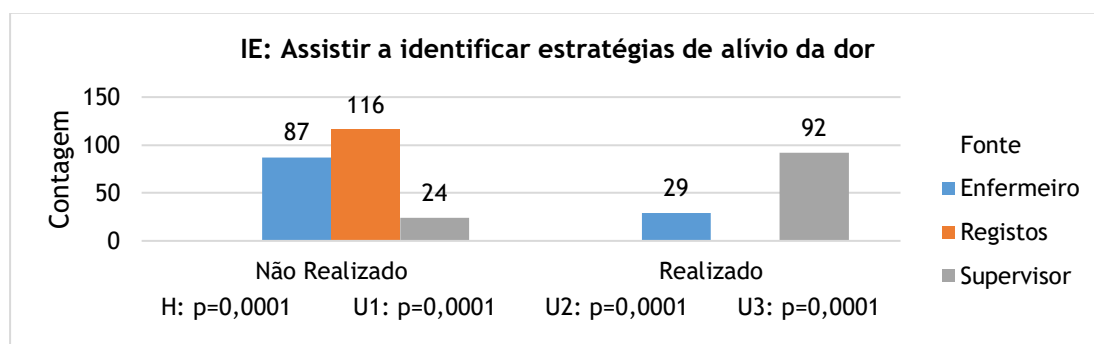
U4 - Teste de Mann Whitney U entre registos (RR) e supervisor (RS)

3.2.4. Plano de cuidados - Intervenções

Os resultados da análise das intervenções de enfermagem planeadas com origem nas três fontes de dados, nomeadamente RE, RR e RS encontram-se representadas na Tabela 30 do Anexo V sob a forma de frequências e na Tabela 31 do anexo VI com os resultados da análise estatística não paramétrica. De forma a facilitar a sua interpretação, tal como anteriormente, apenas serão apresentados os dados relevantes sob a forma de gráficos.

O Gráfico 15 expõe os resultados da intervenção de enfermagem (IE) “Assistir a Identificar estratégias de alívio da dor”. Verificou-se não existir nenhum registo do planeamento desta IE. Em 87 (75%) casos os enfermeiros não planearam esta IE ao contrário do supervisor que a planeou em 92 (79,3%) casos. Assim, verificaram-se diferenças estatísticas em todos os testes não paramétricos realizados (H: $p=0,0001$; U1: $p=0,0001$; U2: $p=0,0001$; U3: $p=0,0001$).

Gráfico 15: Intervenção: Assistir a Identificar estratégias de alívio da dor



H - Teste de Kruskal Wallis H entre enfermeiros (RE), registos (RR) e supervisor (RS)

U1- Teste de Mann Whitney U entre enfermeiro (RE) e registos (RR)

U2 - Teste de Mann Whitney U entre enfermeiro (RE) e supervisor (RS)

U4 - Teste de Mann Whitney U entre registos (RR) e supervisor (RS)

O Gráfico 16 apresenta os resultados da IE “Assistir a pessoa a controlar a dor através do posicionamento”. Verificou-se não existir nenhum registo do planeamento desta IE. Em 100 (86,2%) casos os enfermeiros não planearam esta IE ao contrário do supervisor que a planeou em 80 (69%) casos. Deste modo, verificaram-se diferenças estatísticas em todos os testes não paramétricos realizados (H: $p=0,0001$; U1: $p=0,0001$; U2: $p=0,0001$; U3: $p=0,0001$).

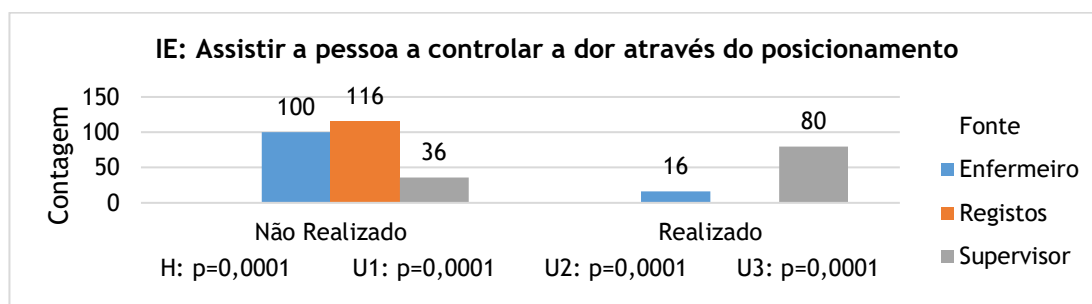


Gráfico 16: Intervenção: Assistir a pessoa a controlar a dor através do posicionamento

O Gráfico 17 mostra os resultados da IE “Vigiar a dor”. Verificou-se não existir nenhum registo do planeamento desta IE. Esta IE foi planeada pelos enfermeiros em 79 (68,1%) ao passo que o supervisor a planeou na totalidade dos casos ($n=116$; 100%). Através dos testes não paramétricos foi possível verificar-se diferenças estatísticas (H: $p=0,0001$; U1: $p=0,0001$; U2: $p=0,0001$; U3: $p=0,0001$).

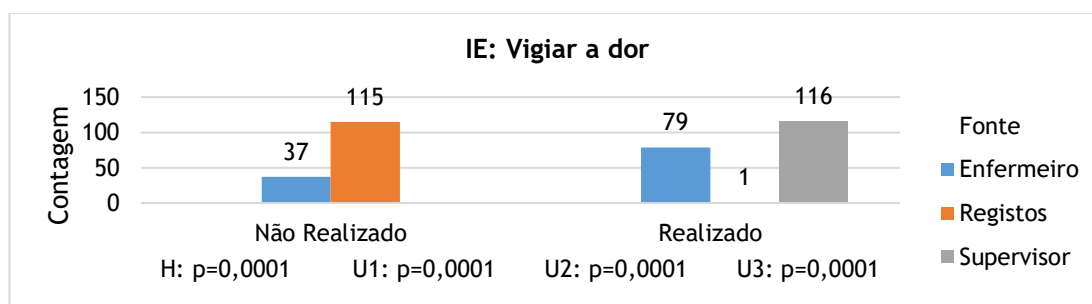


Gráfico 17: Intervenção: Vigiar a dor

O Gráfico 18 exibe os resultados da IE “Gerir analgésicos”. Verificou-se não existir nenhum registo do planeamento desta IE. Esta IE foi planeada pelos enfermeiros em 100 (86,2%) ao passo que o supervisor a planeou na totalidade dos casos ($n=116$; 100%). Através dos testes não paramétricos foi possível verificar-se diferenças estatísticas (H: $p=0,0001$; U1: $p=0,0001$; U2: $p=0,0001$; U3: $p=0,0001$).

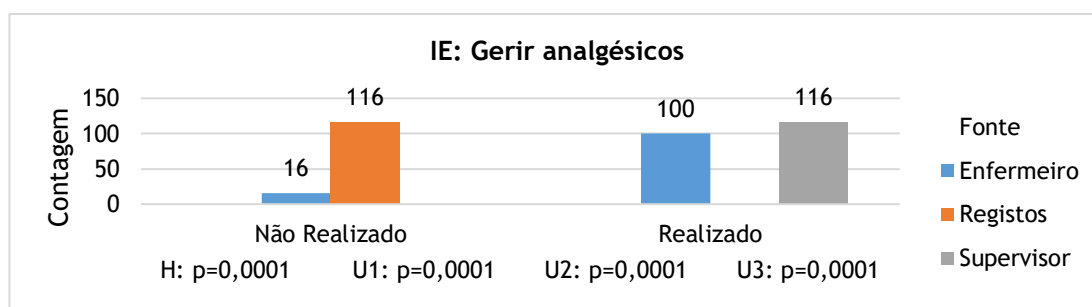


Gráfico 18: Intervenção: Gerir analgésicos

Os resultados do planeamento da IE “Monitorizar a dor” encontram-se no Gráfico 19. Verificou-se que em todos os casos ocorreu registo desta IE bem como o planeamento por parte do supervisor. Por isso, o teste U3 apresentou um $p=1$. Ainda foi possível verificar que os enfermeiros não realizaram o planeamento deste IE em 13 (11,2%), motivo pela qual, através dos testes não paramétricos realizados, foi possível verificar-se diferenças estatísticas (H: $p=0,0001$; U1: $p=0,0001$; U2: $p=0,0001$).

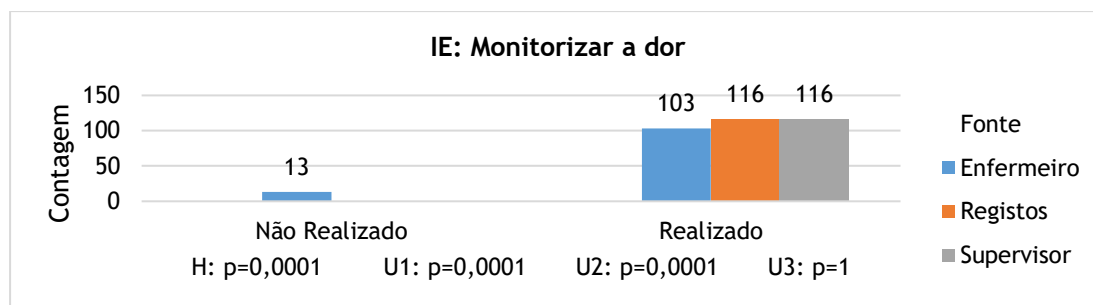


Gráfico 19: Intervenção: Monitorizar a dor

Os resultados do planeamento da IE “Vigiar sedação” encontram-se representados no Gráfico 20. Verificou-se não existir nenhum registo do planeamento desta IE. De salientar que a maioria dos casos esta IE foi planeada pelo supervisor clínico ($n=110$; 94,8%). Deste modo, verificaram-se diferenças estatísticas em todos os testes não paramétricos realizados (H: $p=0,0001$; U1: $p=0,0001$; U2: $p=0,0001$; U3: $p=0,0001$).

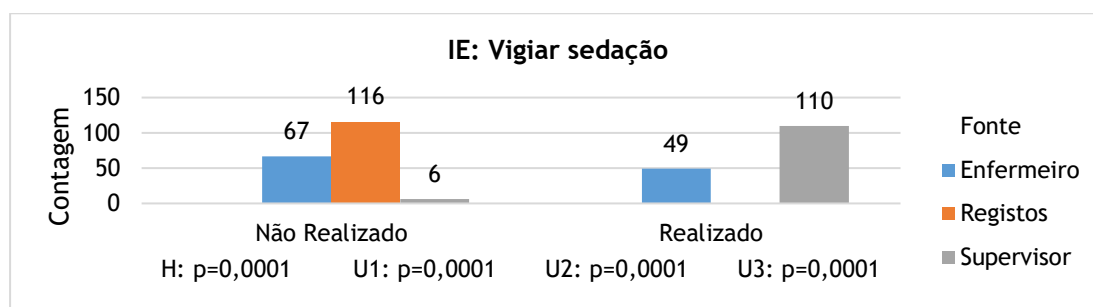


Gráfico 20: Intervenção: Vigiar sedação

Os resultados do planeamento da IE “Avaliar conhecimento sobre estratégias de alívio da dor” encontram-se representados no Gráfico 21. Verificou-se não existir nenhum registo do planeamento desta IE e a maioria dos casos foi planeada pelo supervisor clínico ($n=98$; 84,5%). Verificaram-se, portanto, diferenças estatísticas em todos os testes não paramétricos realizados (H: $p=0,0001$; U1: $p=0,0001$; U2: $p=0,0001$; U3: $p=0,0001$).

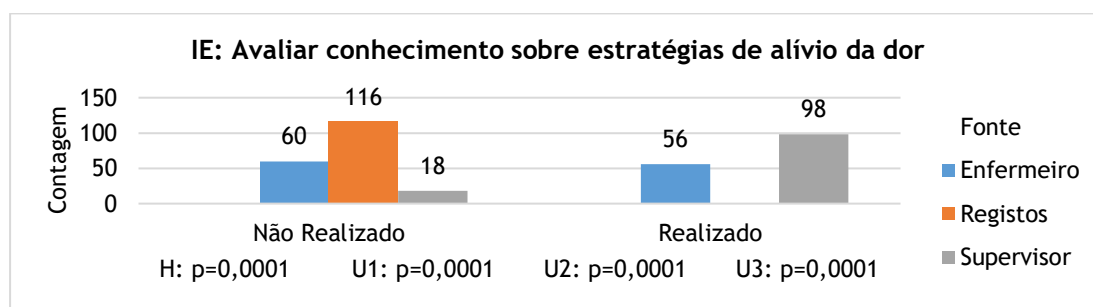


Gráfico 21: Intervenção: Avaliar conhecimento sobre estratégias de alívio da dor

Os resultados análise do planeamento da IE “Ensinar sobre dor” encontram-se no Gráfico 22. Verificou-se não existir nenhum registo do planeamento desta IE, no entanto foi planeada pelo enfermeiro em 57 (49,1%) casos e pelo supervisor clínico em 41 (35,7%) não se tendo verificado diferença significativa entre estas duas fontes de dados (U2: $p=0,034$). Nas restantes comparações realizadas verificara-se diferenças estatísticas nos testes não paramétricos realizados (H: $p=0,0001$; U1: $p=0,0001$; U3: $p=0,0001$).

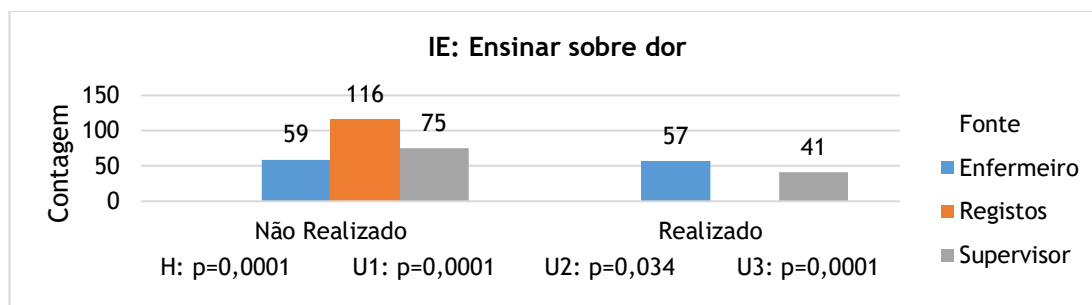


Gráfico 22: Intervenção: Ensinar sobre dor

O Gráfico 23 exibe os resultados da IE “Ensinar sobre estratégias adaptativas”. Verificou-se não existir nenhum registo do planeamento desta IE. Esta IE não foi planeada pelos enfermeiros em 65 (56%) ao passo que o supervisor planeou em 84 (72,4%) casos. Através dos testes não paramétricos foi possível verificar-se diferenças estatísticas (H: $p=0,0001$; U1: $p=0,0001$; U2: $p=0,0001$; U3: $p=0,0001$).

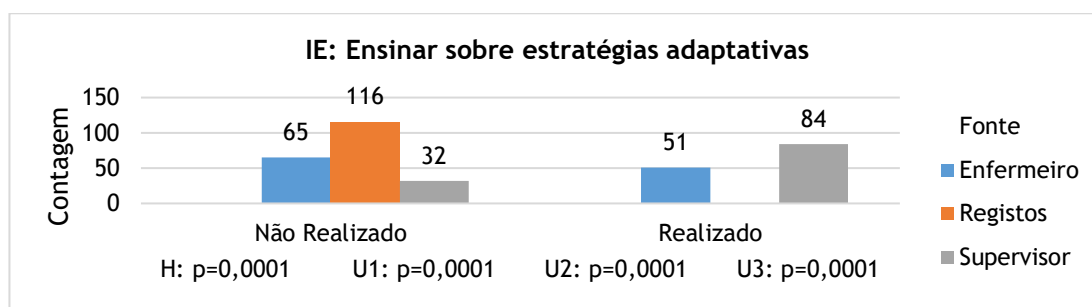


Gráfico 23: Intervenção: Ensinar sobre estratégias adaptativas

Os resultados análise do planeamento da IE “Ensinar sobre estratégias não farmacológicas” encontram-se no Gráfico 24. Verificou-se apenas 1 (0,9%) registo do planeamento desta IE, enquanto foi planeada pelo enfermeiro em 61 (52,6%) casos e pelo supervisor clínico em 92 (79,3%). Através dos testes não paramétricos foi possível verificar-se diferenças estatísticas (H: $p=0,0001$; U1: $p=0,0001$; U2: $p=0,0001$; U3: $p=0,0001$).

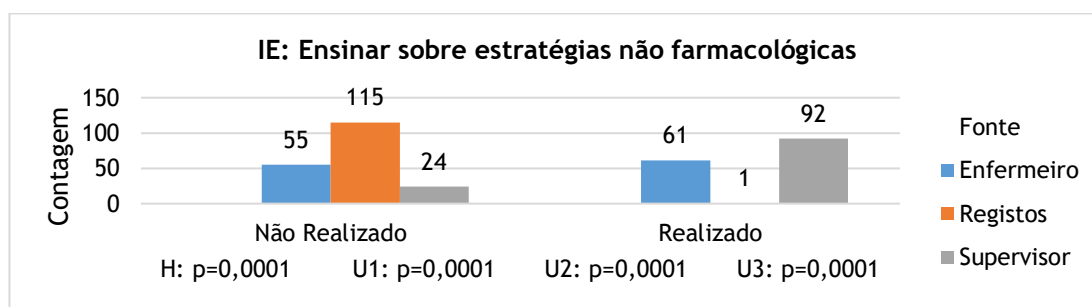


Gráfico 24: Intervenção: Ensinar sobre estratégias não farmacológicas

O Gráfico 25 exibe os resultados da IE “Ensinar sobre medicamentos”. Verificou-se que foi realizado o registo do planeamento desta IE em 2 (1,7%) casos, planeada pelos enfermeiros em 83 (71,6%) casos e pelo supervisor em 56 (48,3%) casos. Através dos testes não paramétricos verificou-se diferenças estatísticas (H: $p=0,0001$; U1: $p=0,0001$; U2: $p=0,0001$; U3: $p=0,0001$).

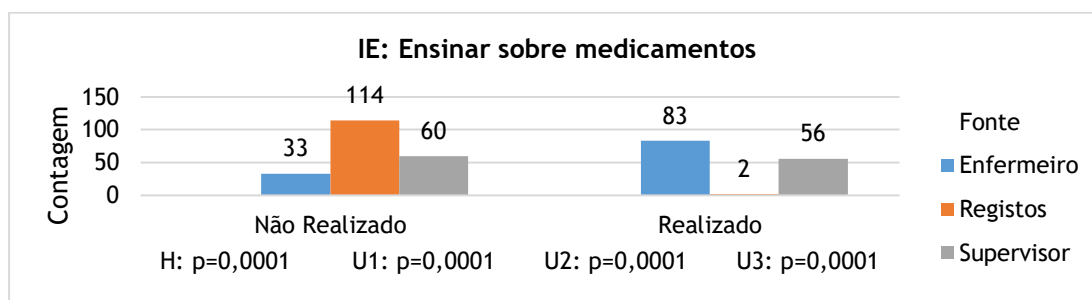


Gráfico 25: Intervenção: Ensinar sobre medicamentos

Os resultados análise do planeamento da IE “Ensinar sobre regime medicamentoso” encontram-se no Gráfico 26. Constatou-se que foi realizado o registo do planeamento desta IE em 3 (2,6%) casos, planeada pelos enfermeiros em 98 (84,5%) casos e pelo supervisor em 43 (37,1%) casos. Através dos testes não paramétricos foi possível verificar-se diferenças estatísticas (H: $p=0,0001$; U1: $p=0,0001$; U2: $p=0,0001$; U3: $p=0,0001$).

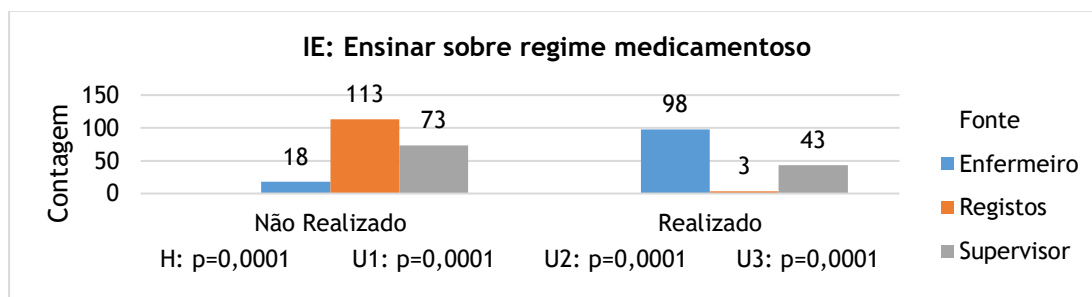


Gráfico 26: Intervenção: Ensinar sobre regime medicamentoso

O Gráfico 27 mostra os resultados da IE “Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor”. Verificou-se não existir nenhum registo do planeamento desta IE. No entanto, foi realizado o planeamento desta IE o mesmo número de vezes pelos enfermeiros e supervisores ($n=56$; 48,3%). Assim o teste U relativo à comparação entre RE e RS não teve diferença nenhuma ($p=1$). Nas restantes comparações foi possível verificar-se diferenças estatísticas (H: $p=0,0001$; U1: $p=0,0001$; U3: $p=0,0001$).

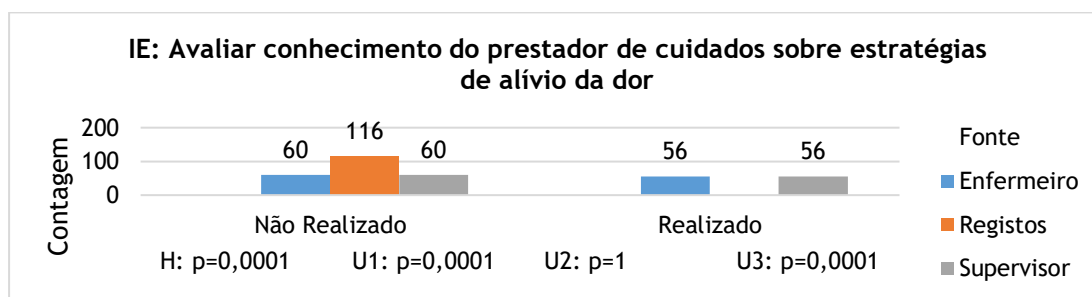


Gráfico 27: Intervenção: Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor

Os resultados do planeamento da IE “Ensinar o prestador de cuidados a aliviar a dor com estratégias não farmacológicas” encontram-se representados no Gráfico 28. Verificou-se não existir nenhum registo do planeamento desta IE e tendo-se verificado o planeamento desta IE um número de vezes idêntico pelos enfermeiros (n=54; 46,6%) e supervisores (n=53; 45,7%). Assim o teste U relativo à comparação entre RE e RS não teve diferença significativa (p=0,895) mas nas restantes comparações foi possível verificar-se diferenças estatísticas (H: p=0,0001; U1: p=0,0001; U3: p=0,0001).

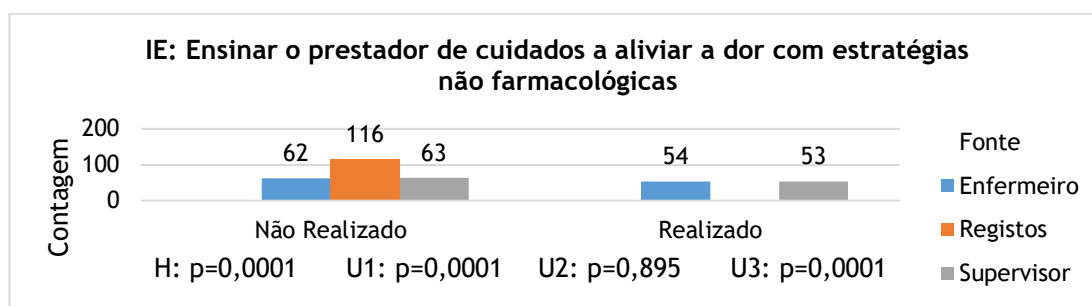


Gráfico 28: Intervenção: Ensinar o prestador de cuidados a aliviar a dor com estratégias não farmacológicas

O Gráfico 29 exibe os resultados da IE “Ensinar o prestador de cuidados a gerir o regime medicamentoso”. Verificou-se não existir nenhum registo do planeamento desta IE. Esta IE não foi planeada pelo supervisor em 97 (83,6%) casos ao passo que os enfermeiros planearam em 57 (49,1%) casos. Através dos testes não paramétricos foi possível verificar-se diferenças estatísticas (H: p=0,0001; U1: p=0,0001; U2: p=0,0001; U3: p=0,0001).

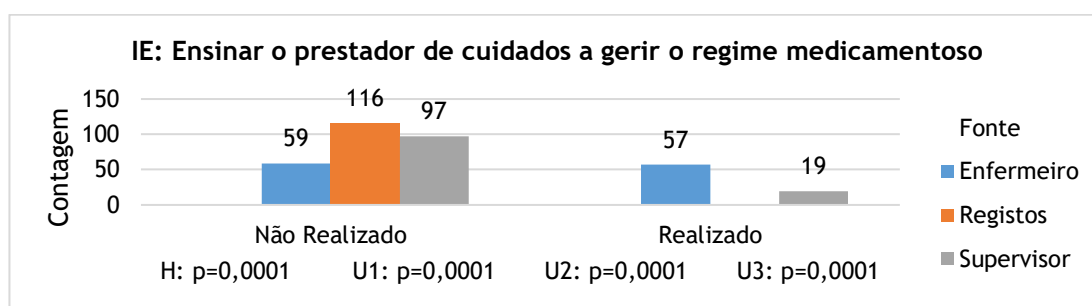


Gráfico 29: Intervenção: Ensinar o prestador de cuidados a gerir o regime medicamentoso

Os resultados da análise do planeamento da IE “Ensinar o prestador de cuidados a vigiar dor” encontram-se no Gráfico 30. Verificou-se não existir nenhum registo do planeamento desta IE, no entanto foi planeada pelo enfermeiro em 55 (47,4%) casos e pelo supervisor clínico em 39 (33,6%) não se tendo verificado diferença significativa entre estas duas fontes de dados (U2: p=0,033). Nas restantes comparações realizadas verificara-se diferenças estatísticas nos testes não paramétricos realizados (H: p=0,0001; U1: p=0,0001; U3: p=0,0001).

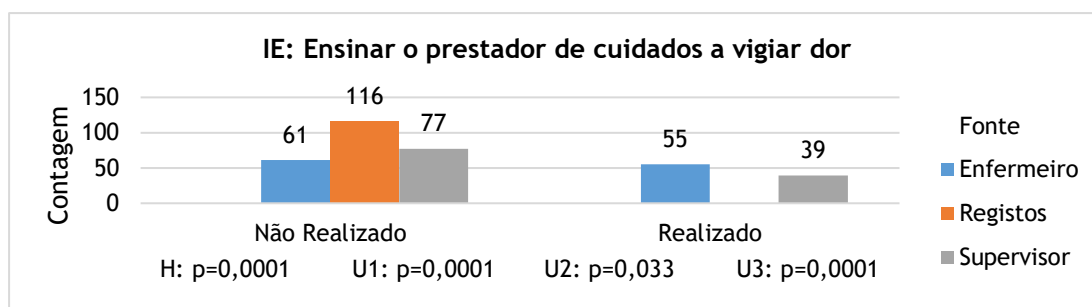


Gráfico 30: Intervenção: Ensinar o prestador de cuidados a vigiar dor

Os resultados da análise do planeamento da IE “Ensinar o prestador de cuidados sobre como aliviar a dor” encontram-se no Gráfico 31. Verificou-se não existir nenhum registo do planeamento desta IE, no entanto foi planeada pelo enfermeiro em 54 (46,6%) casos e pelo supervisor clínico em 38 (32,8%) não se tendo verificado diferença significativa entre estas duas fontes de dados (U2: p=0,032). Nas restantes comparações realizadas verificara-se diferenças estatísticas nos testes não paramétricos realizados (H: p=0,0001; U1: p=0,0001; U3: p=0,0001).

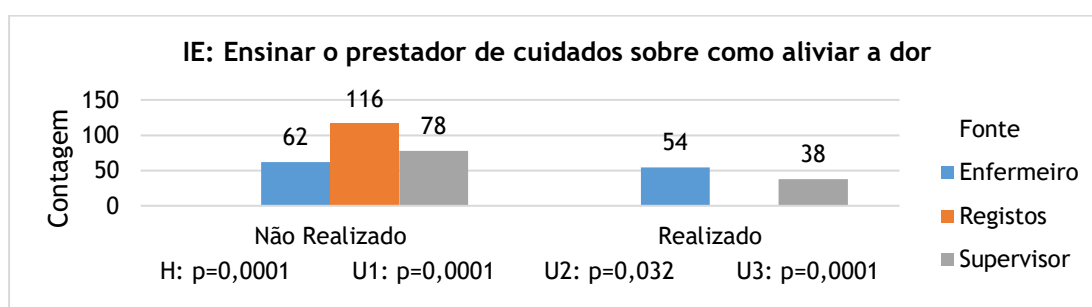


Gráfico 31: Intervenção: Ensinar o prestador de cuidados sobre como aliviar a dor

Dos dados não apresentados em gráficos, importa salientar que se verificou não haver diferenças estatisticamente significativas em todos os testes realizados nas IE “Aplicar envolvimento quente” (H: p=0,049; U1: p=0,082; U2: p=0,082; U3: p=1), “Executar técnica de massagem” (H: p=0,049; U1: p=0,082; U2: p=0,082; U3: p=1), “Executar terapia através de neuro estimulador de superfície” (H: p=0,368; U1: p=0,317; U2: p=0,317; U3: p=1). Apenas se verificou existir diferenças estatisticamente significativas no teste H nas IE “Executar técnica de imaginação guiada” (H: p=0,006) e “Administrar sacarose oral” (H: p=0,002). Verificou-se ainda não haver diferenças estatisticamente significativas no teste U quando comparados os resultados entre o RE e RS nas IE “Aliviar a dor através de embalagem fria” (U2: p=0,851); “Aplicar envolvimento frio” (U2: p=0,115) e “Monitorizar bloqueio motor” (U2: p=0,843) demonstrando existir decisões de planeamento para realização da IE idênticas.

Por último, verificou-se ter havido a mesma decisão entre os RR e o RS quanto ao planeamento das IE “Executar terapia através de neuro estimulador de superfície” (U3: p=1), “Executar tratamentos com estratégias não farmacológicas” (U3: p=1), “Planear técnica de distração” (U3: p=1) e “Posicionar” (U3: p=1).

3.3. Avaliação da Ferida Cirúrgica

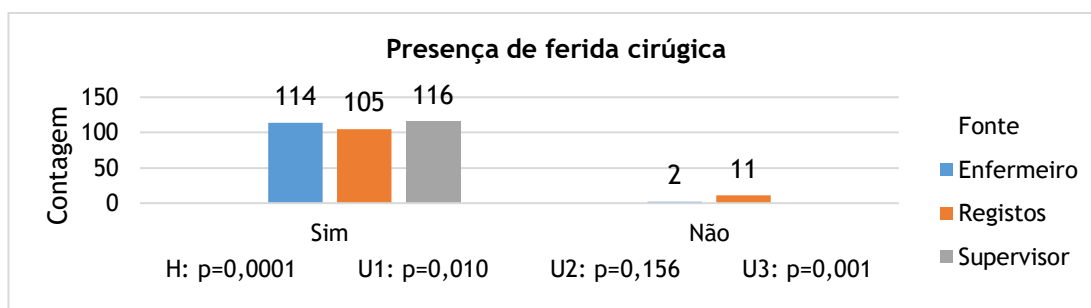
Neste subcapítulo, serão apresentados os resultados obtidos através do questionário referentes à caracterização da FC e ao plano de cuidados desenvolvido, discriminando as atividades de diagnóstico, os diagnósticos e as intervenções planeadas.

Para apresentar os resultados desta análise, serão exibidas tabelas de análise descritiva com as frequências (n) e respectivas percentagens (%), bem como tabelas de análise indutiva com apresentação dos resultados de testes não paramétricos, nomeadamente o Teste de Kruskal Wallis (H) e Teste de Mann Whitney (U), bem como o respetivo nível de significância estatística (p).

3.3.1. Caracterização da Ferida cirúrgica

A análise dos resultados da identificação da presença de FC pelas várias fontes de dados, nomeadamente RE, RR e RS encontra-se representados no Gráfico 32.

Gráfico 32: Identificação de presença de ferida cirúrgica



H - Teste de Kruskal Wallis H entre enfermeiros (RE), registos (RR) e supervisor (RS)

U1- Teste de Mann Whitney U entre enfermeiro (RE) e registos (RR)

U2 - Teste de Mann Whitney U entre enfermeiro (RE) e supervisor (RS)

U4 - Teste de Mann Whitney U entre registos (RR) e supervisor (RS)

Constatou-se que não foi registada a identificação da FC pelos enfermeiros em 9,5% dos casos (n=11) e estes não a identificaram em 1,7% (n=2) dos casos. Verificou-se ainda que o supervisor identificou a presença de FC em todos os casos (n=116).

Ao analisar os resultados verificou-se alguma discrepância nos resultados entre RE, RR e RS. Procedeu-se, assim, à análise bivariada procurando perceber se as diferenças entre as três fontes de dados seriam significativas recorrendo, para isso, ao teste de Kruskal Wallis.

Pareceu pertinente analisar também se as diferenças entre RE-RR, RE-RS e RR-RS seriam significativas, e por isso recorreu-se ao teste de Mann Whitney.

Através dos resultados dos testes não paramétricos também apresentados no Gráfico 32, verificou-se existir diferenças estatisticamente significativas na identificação da presença de FC quando comparados os resultados entre as três fontes de dados (H: $p=0,0001$) e quando comparados os resultados entre RR e RS (U3: $p=0,001$).

A análise dos resultados das classificações das FC identificadas pelas várias fontes de dados, encontra-se representada no Gráfico 33.

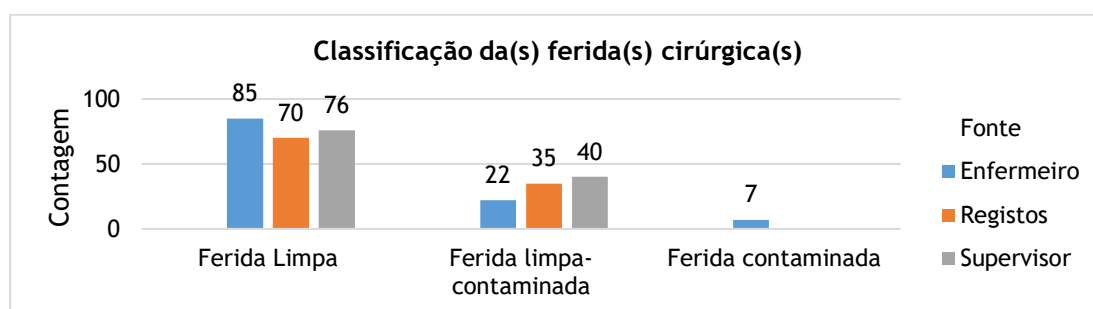


Gráfico 33: Classificação da(s) ferida(s) cirúrgica(s)

Da análise realizada, constatou-se que a maioria das feridas identificadas por todos os intervenientes foram classificadas como feridas limpas (RE: 74,6%, $n=85$; RR: 66,7%, $n=70$; RS: 65,5%, $n=76$). Foram ainda classificadas 6,1% das feridas como contaminadas por parte dos enfermeiros. Por último, em nenhum caso constou uma ferida classificada como suja ou infetada.

Através da análise da tabela de frequências e dos resultados dos testes não paramétricos apresentados na Tabela 18, verificou-se que apesar de existirem algumas diferenças entre as várias fontes de dados, estas não se traduziram como significativas em nenhum dos testes (H: $p=0,482$; U1: $p=0,346$; U2: $p=0,256$; U3: $p=0,857$).

Tabela 18: Classificação da(s) ferida(s) cirúrgica(s)

		Enfermeiro		Registos		Supervisor	
		n	%	n	%	n	%
Classificação da(s) ferida(s) cirúrgica(s)	Ferida Limpa	85	74,6%	70	66,7%	76	65,5%
	Ferida limpa-contaminada	22	19,3%	35	33,3%	40	34,5%
	Ferida contaminada	7	6,1%	0	0,0%	0	0,0%
	Ferida suja ou infetada	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Total	114	100,0%	105	100,0%	116	100,0%
		H (p)		U1 (p)	U2(p)	U3 (p)	
Classificação da(s) ferida(s) cirúrgica(s)		0,482		0,346	0,256	0,857	

H - Teste de Kruskal Wallis H entre enfermeiros (RE), registos (RR) e supervisor (RS)

U1- Teste de Mann Whitney U entre enfermeiro (RE) e registos (RR)

U2 - Teste de Mann Whitney U entre enfermeiro (RE) e supervisor (RS)

U4 - Teste de Mann Whitney U entre registos (RR) e supervisor (RS)

A análise dos resultados do tipo de cicatrização das FC identificadas, encontra-se representada no Gráfico 34.

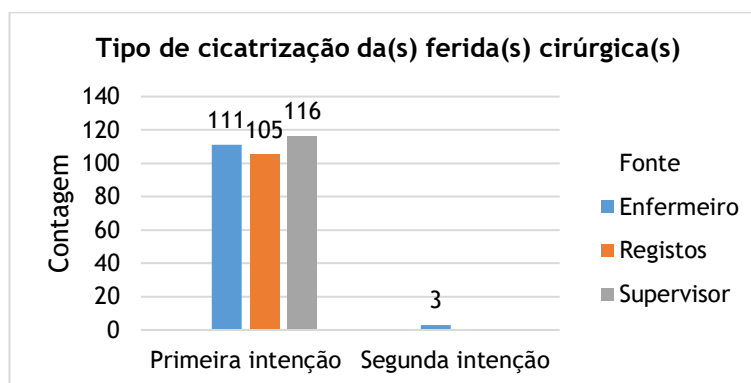


Gráfico 34: Tipo de cicatrização da(s) ferida(s) cirúrgica(s)

Tendo em conta os dados apresentados, verificou-se que apenas 2,6% dos casos (n=3) os enfermeiros identificaram FC com cicatrização por segunda intenção. Todas as FC identificadas pelo supervisor e nos registos clínicos apresentavam uma cicatrização por primeira intenção. Não foi verificada nenhuma FC com cicatrização por terceira intenção.

Analizando os dados da Tabela 19 relativa às frequências e os resultados dos testes não paramétricos, verificou-se não existirem diferenças estatisticamente significativas (H: $p=0,054$; U1: $p=0,095$; U2: $p=0,079$), não existindo inclusive nenhuma diferença entre RR e RS (U3: $p=1,000$)

Tabela 19: Tipo de cicatrização da(s) ferida(s) cirúrgica(s)

		Enfermeiro		Registos		Supervisor	
		n	%	n	%	n	%
Tipo de cicatrização da(s) ferida(s) cirúrgica(s)	Primeira intenção	111	97,4%	105	100,0%	116	100,0%
	Segunda intenção	3	2,6%	0	0,0%	0	0,0%
	Terceira intenção	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Total	114	100,0%	105	100,0%	116	100,0%
		H (p)		U1 (p)	U2(p)	U3 (p)	
Tipo de cicatrização da(s) ferida(s) cirúrgica(s)		0,054		0,095	0,079	1,000	

H - Teste de Kruskal Wallis H entre enfermeiros (RE), registos (RR) e supervisor (RS)

U1 - Teste de Mann Whitney U entre enfermeiro (RE) e registos (RR)

U2 - Teste de Mann Whitney U entre enfermeiro (RE) e supervisor (RS)

U4 - Teste de Mann Whitney U entre registos (RR) e supervisor (RS)

Relativamente aos casos com FC identificada, foram analisados os cuidados tidos com a mesma, nomeadamente a utilização de material de sutura, a colocação de drenos durante a cirurgia, o uso de penso, a necessidade de execução de tratamento à FC durante o internamento e ainda a indicação de tratamento da FC após a alta. Os resultados obtidos encontram-se exibidos na Tabela 20.

Tabela 20: Cuidados com a Ferida cirúrgica

		Enfermeiro		Registos		Supervisor	
		n	%	n	%	n	%
Utilizado material de sutura	Sim	96	84,2%	89	84,8%	91	78,4%
	Não	18	15,8%	16	15,2%	25	21,6%
	Total	114	100,0%	105	100,0%	116	100,0%
Colocado(s) dreno(s) durante a cirurgia	Sim	3	2,6%	2	1,9%	2	1,7%
	Não	111	97,4%	103	98,1%	114	98,3%
	Total	114	100,0%	105	100,0%	116	100,0%
Utilizado penso	Sim	91	79,8%	93	82,3%	95	81,9%
	Não	23	20,2%	20	17,7%	21	18,1%
	Total	114	100,0%	113	100,0%	116	100,0%
Executado tratamento à ferida cirúrgica durante o internamento	Sim	0	0,0%	2	1,8%	0	0,0%
	Não	114	100,0%	111	98,2%	116	100,0%
	Total	114	100,0%	113	100,0%	116	100,0%
	Motivo: Penso repassado	0	0,0%	2	1,8%	0	0,0%
	No SCA antes das 48h	17	19,5%	13	13,1%	16	13,8%
Indicação de tratamento da ferida cirúrgica após a alta	No SCA após as 72h	38	43,7%	57	57,6%	68	58,6%
	No centro de saúde antes das 48h	7	8,0%	1	1,0%	3	2,6%
	No centro de saúde após as 72h	25	28,7%	28	28,3%	29	25,0%
	Total	87	100,0%	99	100,0%	116	100,0%

Dos resultados apresentados, importa salientar que na maioria dos casos em que a FC foi identificada, foi utilizado material de sutura (RE: 84,2%, n=96; RR: 84,9%, n=89; RS: 78,4%, n=91) e não foi necessária colocação de dreno durante a cirurgia (RE: 97,4,2%, n=111; RR: 98,1%, n=103; RS: 98,3,4%, n=114). O uso de penso como proteção da FC ocorreu na maioria dos casos (RE: 79,8%, n=91; RR: 82,3%, n=93; RS: 81,9%, n=95) e a necessidade de executar o tratamento à ferida durante o internamento foi identificada em apenas dois casos (1,8%) nos registos dos enfermeiros, sendo que em todos os casos o motivo foi por o penso se encontrar repassado. Importa referir que o número total de casos dos registos dos enfermeiros no parâmetro “utilização de penso” e “executar o tratamento à ferida durante o internamento” é diferente ao número total de FC identificadas, uma vez que, em oito casos, apesar de não existir identificação da FC estes parâmetros foram registados pelo enfermeiro.

Relativamente à indicação de tratamento da FC após a alta, a maioria dos casos teve indicação para realizar no SCA 72h após a alta (RE: 43,7%, n=38; RR: 57,6%, n=57; RS: 58,6%, n=68). De referir que o número total de casos com reposta a este parâmetro é inferior ao número total de FC identificadas pelos enfermeiros e nos registos dos enfermeiros. Importa ainda acrescentar que em seis casos onde nos registos dos enfermeiros foi identificado “no SCA após as 72h” não estava identificada a FC.

Através da análise dos resultados dos testes não paramétricos apresentados na Tabela 21 foi possível verificar se existem diferenças estatisticamente significativas relativamente aos cuidados com a FC. Constatou-se que não há diferenças estatisticamente significativas em nenhum teste não paramétrico de cada parâmetro analisado.

Tabela 21: Cuidados com a FC - Análise estatística não paramétrica

Cuidados com a FC	H (p)	U1(p)	U2(p)	U3(p)
Utilizado material de sutura	0,386	0,911	0,263	0,229
Colocado(s) dreno(s) durante a cirurgia	0,880	0,720	0,638	0,920
Utilizado penso	0,876	0,635	0,690	0,937
Executado tratamento à ferida cirúrgica durante o internamento	0,130	0,155	1,000	0,151
Indicação de tratamento da ferida cirúrgica após a alta	0,924	0,999	0,739	0,729

H - Teste de Kruskal Wallis H entre enfermeiros (RE), registos (RR) e supervisor (RS)

U1- Teste de Mann Whitney U entre enfermeiro (RE) e registos (RR)

U2 - Teste de Mann Whitney U entre enfermeiro (RE) e supervisor (RS)

U4 - Teste de Mann Whitney U entre registos (RR) e supervisor (RS)

3.3.2. Plano de cuidados - Atividades diagnósticas

Os resultados da análise das atividades de diagnóstico planeadas referentes ao foco “FC” encontram-se representadas na Tabela 32 no Anexo VII. De forma a facilitar a interpretação dos dados, estes são apresentados através de gráficos.

O Gráfico 35 representa os resultados da análise da realização da atividade de diagnóstico (AD): Vigiar penso da FC. Analisando os dados, importa salientar que em 81,9% (n=95) dos casos houve necessidade de realizar esta AD pelo enfermeiro e pelo supervisor. No entanto, o registo desta AD ocorreu em 55,2% (n=64) dos casos.

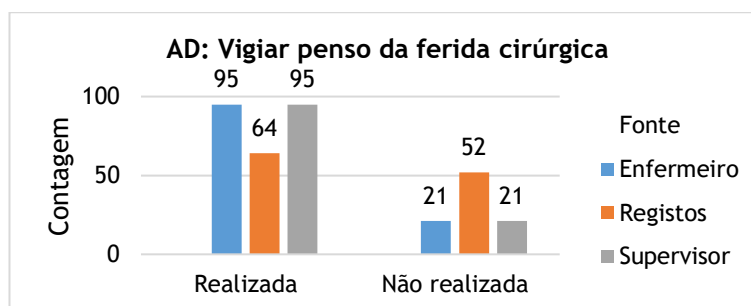


Gráfico 35: Atividade de diagnóstico: Vigiar penso da ferida cirúrgica

O Gráfico 36 exibe os resultados da análise da realização da AD “Vigiar líquido de drenagem”. Analisando os dados verificou-se que esta AD foi realizada pelo supervisor em 9,5% (n=11) casos. Houve a realização e o registo pelos enfermeiros em apenas 1,7% (n=2) e 0,9% (n=1) dos casos respetivamente.

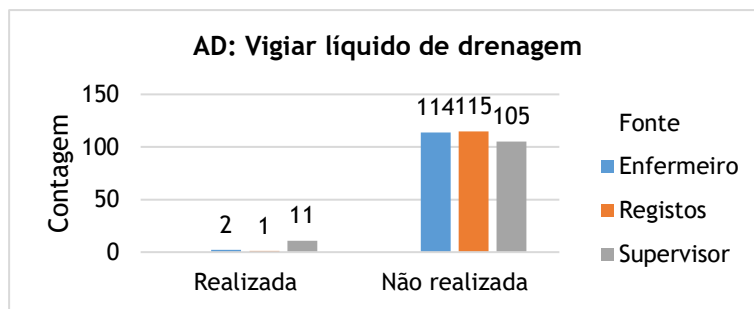


Gráfico 36: Atividade de diagnóstico: Vigiar líquido de drenagem

O Gráfico 37 expõe os resultados da análise da realização da AD “Avaliar o conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida”. Verificou-se que não houve registo desta AD em 56,9% (n= 66) dos casos.

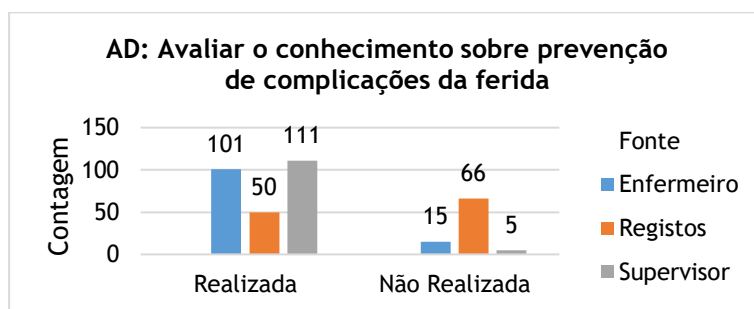


Gráfico 37: Atividade de diagnóstico: Avaliar o conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida

O conteúdo da informação documentada relativa à AD “Avaliar o conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida” encontra-se descrito na Tabela 22. Verificou-se que o conhecimento sobre “complicações da ferida”, sobre “sinais de complicações da FC” e sobre os “cuidados da FC” foram os mais documentados pelos enfermeiros (n=74, 63,8%; n=82, 70,7% e n=82, 70,7% respetivamente). Já o supervisor documentou com mais frequência a presença de conhecimento sobre os “cuidados da ferida cirúrgica” (n=55, 47,4%). De salientar que os resultados do item “nenhum parâmetro” englobam os dados em que não foram identificados o conhecimento de nenhum item e a não realização da AD.

Tabela 22: Atividade de diagnóstico: Avaliar o conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida

		Enfermeiro		Registos		Supervisor	
		n	%	n	%	n	%
Avaliar o conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida	Complicações da ferida	74	63,8%	1	0,9%	10	8,6%
	Sinais de complicações da ferida cirúrgica	82	70,7%	0	0,0%	11	9,5%
	Cuidados da ferida cirúrgica	82	70,7%	0	0,0%	55	47,4%
	Nenhum parâmetro	28	24,1%	115	99,1%	60	51,7%

O Gráfico 38 apresenta os resultados da análise da realização da AD “Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento”. Através da análise dos dados, verificou-se que esta AD foi

realizada pelo enfermeiro em 88,8% (n=103) dos casos e pelo supervisor em todos os casos (n=116). Foram realizados registos desta AD em 47,4% (n=55).

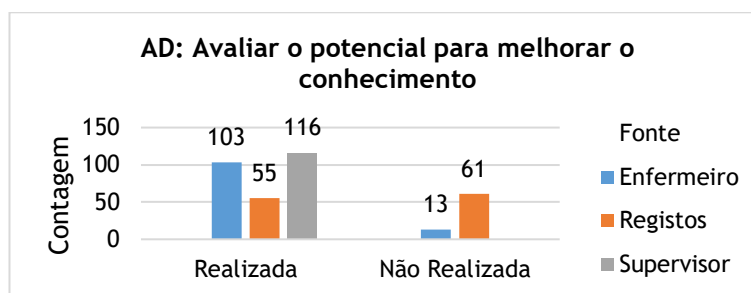


Gráfico 38: Atividade de diagnóstico: Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento

Os itens documentados relativos à AD “Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento” encontram-se descritos na Tabela 23. Verificou-se que a maioria dos casos apresentavam todos os itens desta AD. Em 45,7% dos casos em que houve registos desta AD verificou-se a presença de todos os itens desta AD. De salientar que os resultados do item “nenhum parâmetro” englobam os dados em que não foram identificados nenhum dos itens e não realizada a AD. Relativamente ao item “nenhum parâmetro” foi identificado pelo enfermeiro em 12,1% (n=14), nos registos em 54,3% (n=63) e pelo supervisor em 5,2% (n=6) do total de casos.

Tabela 23: Atividade de diagnóstico: Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento

		Enfermeiro		Registos		Supervisor	
		n	%	n	%	n	%
Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento	Capacidade Cognitiva	99	85,3%	53	45,7%	109	94,0%
	Consciencialização das mudanças do seu estado de saúde	100	86,2%	53	45,7%	110	94,8%
	Força de vontade expressa na aprendizagem	98	84,5%	53	45,7%	109	94,0%
	Envolvimento no processo de ensino/ aprendizagem	96	82,8%	53	45,7%	109	94,0%
	Nenhum parâmetro	14	12,1%	63	54,3%	6	5,2%

O Gráfico 39 expõe os resultados da análise da realização da AD “Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de complicações da ferida”. Analisando os dados, verificou-se que esta AD foi realizada pelo enfermeiro em 72,4% (n=84) dos casos e pelo supervisor em 56% (n=65) dos casos. Não foi realizado nenhum registo desta AD.

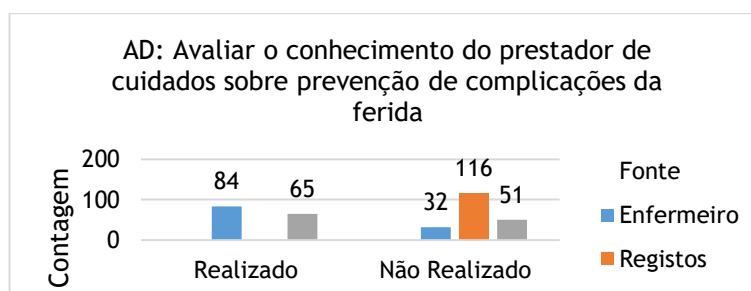


Gráfico 39: Atividade de diagnóstico: Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de complicações da ferida

O conteúdo da informação documentada relativa à AD “Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de complicações da ferida” encontra-se descrito na Tabela 24. Verificou-se que o item conhecimento sobre “sinais de complicações da FC” e “cuidados da FC” foi o mais documentado pelos enfermeiros (n=73, 62,9% e n=71, 61,2% respetivamente) ao passo que o supervisor documentou com mais frequência a presença de conhecimento sobre os “cuidados da FC” (n=34, 29,3%). De salientar que os resultados do item “nenhum parâmetro” englobam os dados em que não foram identificados o conhecimento de nenhum item e a não realização da AD.

Tabela 24: Atividade de diagnóstico: Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de complicações da ferida

		Enfermeiro		Registos		Supervisor	
		n	%	n	%	n	%
Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de complicações da ferida	Complicações da ferida	66	56,9%	-	-	7	6,0%
	Sinais de complicações da ferida cirúrgica	73	62,9%	-	-	8	6,9%
	Cuidados da ferida cirúrgica	71	61,2%	-	-	34	29,3%
	Nenhum parâmetro N116	38	32,8%	-	-	80	67,2%

Através da análise dos resultados dos testes não paramétricos apresentados na Tabela 25 foi possível verificar se existem diferenças estatisticamente significativas na realização das AD identificadas pelas várias fontes de dados.

Não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas quando comparados os resultados entre RE e RS (U2) da realização da AD “Vigiar penso da ferida cirúrgica” (p=1), “Vigiar líquido de drenagem” (p=0,010) e “Avaliar o conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida” (p=0,020), e ainda entre RE e RR (U1) da realização da AD “Vigiar líquido de drenagem” (p=0,562). De salientar que RE e RS realizaram o mesmo número de vezes a AD “Vigiar penso da ferida cirúrgica” (U2: p=1).

Verificou-se que em todas as restantes comparações realizadas, os resultados dos testes H, U1, U2 e U3 apresentaram diferenças estatisticamente significativas (p<0,01).

Tabela 25: Atividades de diagnóstico do foco: FC - Análise estatística não paramétrica

Atividades de Diagnóstico	H (p)	U1 (p)	U2 (p)	U3 (p)
Vigiar penso da ferida cirúrgica	0,0001	0,0001	1,000	0,0001
Vigiar líquido de drenagem	0,001	0,562	0,010	0,003
Avaliar o conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida	0,0001	0,0001	0,020	0,0001
Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de complicações da ferida	0,0001	0,0001	0,009	0,0001

H - Teste de Kruskal Wallis H entre enfermeiros (RE), registos (RR) e supervisor (RS)

U1 - Teste de Mann Whitney U entre enfermeiro (RE) e registos (RR)

U2 - Teste de Mann Whitney U entre enfermeiro (RE) e supervisor (RS)

U4 - Teste de Mann Whitney U entre registos (RR) e supervisor (RS)

3.3.3. Plano de cuidados - Diagnósticos

Os resultados da análise dos diagnósticos enunciados referentes ao foco “FC” encontram-se representadas na Tabela 26.

Tabela 26: Diagnósticos do foco: FC

Foco	Diagnóstico	Enfermeiro		Registos		Supervisor	
		n	%	n	%	n	%
Ferida Cirúrgica	Não realizado	8	6,9%	11	9,5%	0	0,0%
	Realizado	108	93,1%	105	90,5%	116	100,0%
	Total	116	100,0%	116	100,0%	116	100,0%
Conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica	Sem registo	19	16,4%	70	60,3%	5	4,3%
	Potencial para melhorar	87	75,0%	45	38,8%	96	82,8%
	Conhecimento	7	6,0%	0	0,0%	9	7,8%
	Sem potencial	3	2,6%	1	0,9%	6	5,2%
	Total	116	100,0%	116	100,0%	116	100,0%
Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de complicações	Sem registo	33	28,4%	116	100,0%	55	47,4%
	Potencial para melhorar	77	66,4%	-	-	55	47,4%
	Conhecimento	6	5,2%	-	-	6	5,2%
	Total	116	100,0%	-	-	116	100,0%

O Gráfico 40 representa os resultados da análise do diagnóstico FC. Analisando os dados, verificou-se que este diagnóstico foi enunciado em todos os casos pelo supervisor, não foi enunciado pelo enfermeiro em 6,9% (n=8) dos casos e não foi registado pelo enfermeiro em 9,5% (n=11) dos casos.

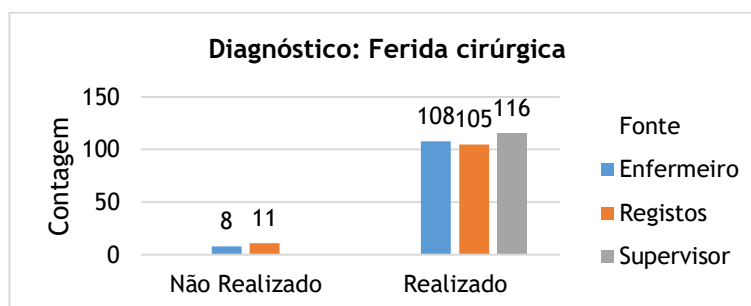


Gráfico 40: Diagnóstico: Ferida cirúrgica

O Gráfico 41 exibe os resultados da análise do diagnóstico “Conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica”. Analisando os dados, verificou-se que este diagnóstico não foi enunciado nos registos realizados pelo enfermeiro em 60,3% (n=70) dos casos. O diagnóstico “Potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica” foi o mais enunciado pelo enfermeiro (n=87; 75%) e pelo supervisor (n=96, 82,8%).

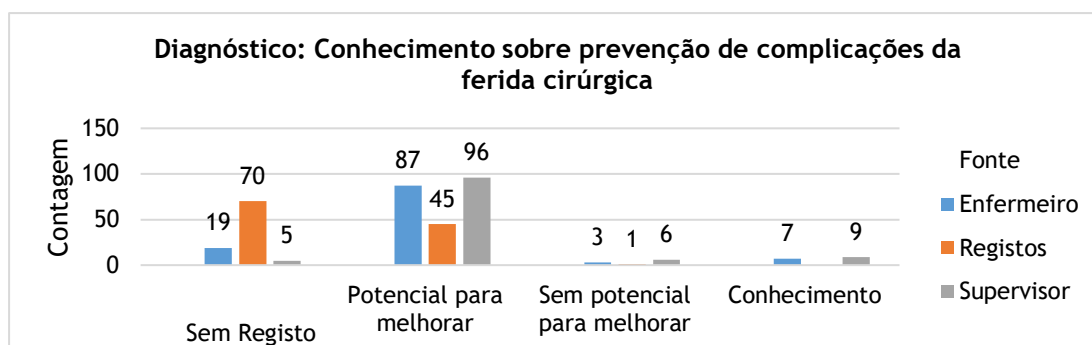


Gráfico 41: Diagnóstico: Conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica

O Gráfico 42 expõe os resultados da análise do diagnóstico “Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de complicações”. Foi possível verificar que este diagnóstico não foi enunciado em nenhum registo realizado pelo enfermeiro. Ainda, o enfermeiro e o supervisor não viram necessidade de enunciar o diagnóstico em 33 (28,4%) e 55 (47,4%) casos respetivamente. O diagnóstico “Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de complicações” foi o mais enunciado pelo enfermeiro (n=77; 66,4%) e pelo supervisor (n=55, 47,4%).

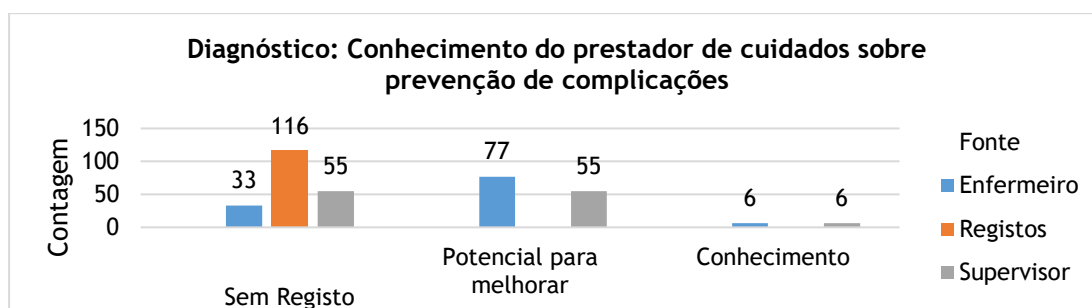


Gráfico 42: Diagnóstico: Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de complicações

Através da análise dos resultados dos testes não paramétricos apresentados na Tabela 27 foi possível verificar se existem diferenças estatisticamente significativas na enunciação dos diagnósticos relacionados com o foco “FC” identificados pelas várias fontes de dados.

Constatou-se que não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas quando comparados os resultados em qualquer teste não paramétrico nos diagnósticos “Conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica” e “Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de complicações”.

Relativamente ao diagnóstico “Ferida cirúrgica”, não se verificou diferenças estatisticamente significativas apenas quando comparados os resultados entre RE e RR (U1: p=0,474).

Para além do já descrito, verificou-se também que não se existiram diferenças estatisticamente significativas quando comparados os resultados entre RE e RS (U2) no diagnóstico “Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações da

ferida cirúrgica” (U2: $p=0,149$) e “Sem potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica” (U2: $p=0,605$).

Quando comparados os resultados entre as três fontes de dados através do teste H, para além dos já referidos, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na enunciação do diagnóstico “Sem potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica” (H: $p=0,013$).

Verificou-se que em todas as restantes comparações realizadas, os resultados dos testes H, U1, U2 e U3 apresentaram diferenças estatisticamente significativas ($p<0,01$).

Tabela 27: Diagnósticos do foco: FC - Análise estatística não paramétrica

Diagnóstico		H (p)	U1 (p)	U2(p)	U3 (p)
Ferida Cirúrgica		0,005	0,474	0,004	0,001
Conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica	Potencial para melhorar	0,0001	0,0001	0,149	0,0001
	Conhecimento	0,142	0,314	0,309	0,056
	Sem potencial	0,013	0,007	0,605	0,002
Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de complicações	Potencial para melhorar	0,0001	0,0001	0,004	0,0001
	Conhecimento	0,045	0,013	1,000	0,013

H - Teste de Kruskal Wallis H entre enfermeiros (RE), registos (RR) e supervisor (RS)

U1- Teste de Mann Whitney U entre enfermeiro (RE) e registos (RR)

U2 - Teste de Mann Whitney U entre enfermeiro (RE) e supervisor (RS)

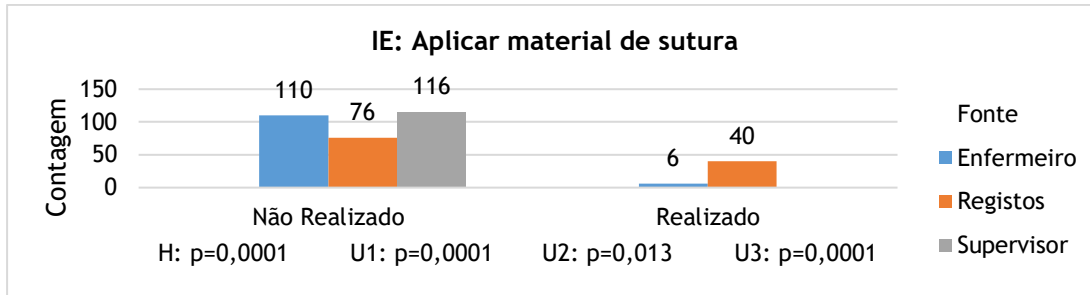
U4 - Teste de Mann Whitney U entre registos (RR) e supervisor (RS)

3.3.4. Plano de cuidados - Intervenções

Os resultados da análise das intervenções de enfermagem planeadas enunciados referentes ao foco “FC” encontram-se representadas na Tabela 33 do Anexo VIII sob a forma de frequências e na Tabela 34 do anexo IX com os resultados da análise estatística não paramétrica. De forma a facilitar a sua interpretação, apenas serão apresentados os dados relevantes sob a forma de gráficos.

O Gráfico 43 expõe os resultados da IE “Aplicar material de sutura. Verificou-se não existir nenhum planeamento desta IE por parte do supervisor. Em 40 (34,5%) casos existiu o registo do planeamento desta IE e o enfermeiro planeou-a em seis (5,2%) casos. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas quando comparados os resultados entre RE e RS (U2: $p=0,013$). Nas restantes comparações realizadas verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nos testes não paramétricos realizados (H: $p=0,0001$; U1: $p=0,0001$; U3: $p=0,0001$).

Gráfico 43: Intervenção: Aplicar material de sutura



H - Teste de Kruskal Wallis H entre enfermeiros (RE), registos (RR) e supervisor (RS)

U1- Teste de Mann Whitney U entre enfermeiro (RE) e registos (RR)

U2 - Teste de Mann Whitney U entre enfermeiro (RE) e supervisor (RS)

U4 - Teste de Mann Whitney U entre registos (RR) e supervisor (RS)

O Gráfico 44 apresenta os resultados da IE “Aplicar penso compressivo”. Verificou-se que esta IE foi registada como planeada em 29 (25%) casos, enquanto os enfermeiros planearam em 20 (17,2%) e o supervisor em apenas 5 (4,3%). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas quando comparados os resultados entre RE e RR (U1: p=0,149). Nas restantes comparações verificaram-se diferenças estatisticamente significativas (H: p=0,0001; U2: p=0,002; U3: p=0,0001).

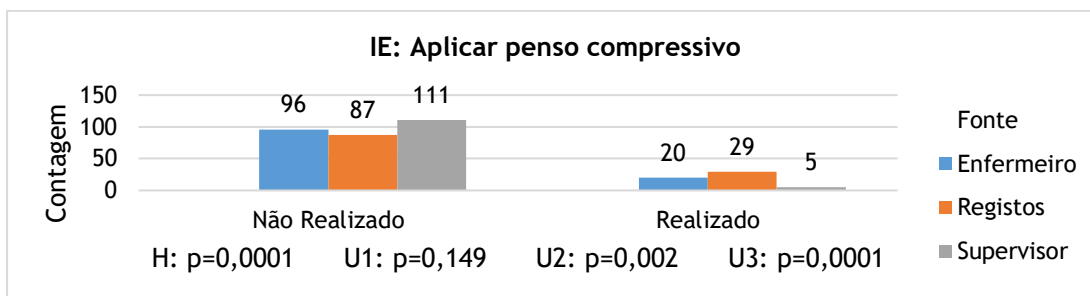


Gráfico 44: Intervenção: Aplicar penso compressivo

O Gráfico 45 mostra os resultados da IE “Avaliar ferida cirúrgica”. Verificou-se que esta IE foi registada como planeada em 27 (23,3%) casos e planeada pelos enfermeiros em 39 (17,2%), enquanto o supervisor planeou-a em 108 (93,1%) casos. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas quando comparados os resultados entre RE e RR (U1: p=0,081). Nas restantes comparações realizadas verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nos testes não paramétricos realizados (H: p=0,0001; U2: p=0,0001; U3: p=0,0001).

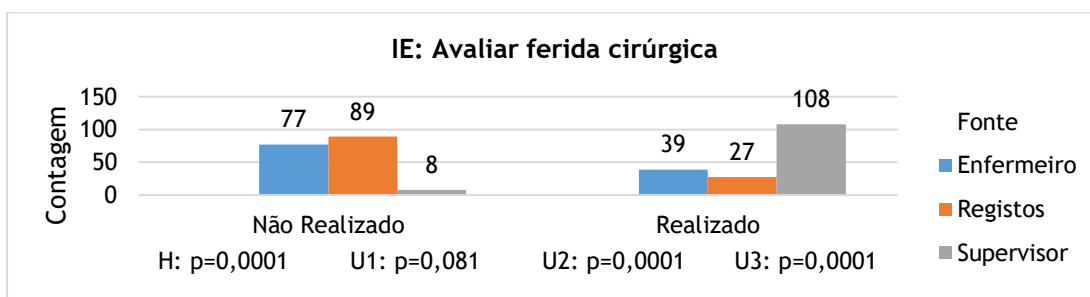


Gráfico 45: Intervenção: Avaliar ferida cirúrgica

O Gráfico 46 exibe os resultados da IE “Executar tratamento da ferida cirúrgica”. Verificou-se que na maioria dos casos houve o planeamento desta IE pelo supervisor (n=105, 90,5%). O registo do planeamento desta IE ocorreu em 78 (67,2%) casos enquanto os enfermeiros planearam apenas em 54 (46,6%) casos, sendo possível verificar-se diferenças estatisticamente significativas (H: $p=0,0001$; U1: $p=0,001$; U2: $p=0,0001$; U3: $p=0,0001$).

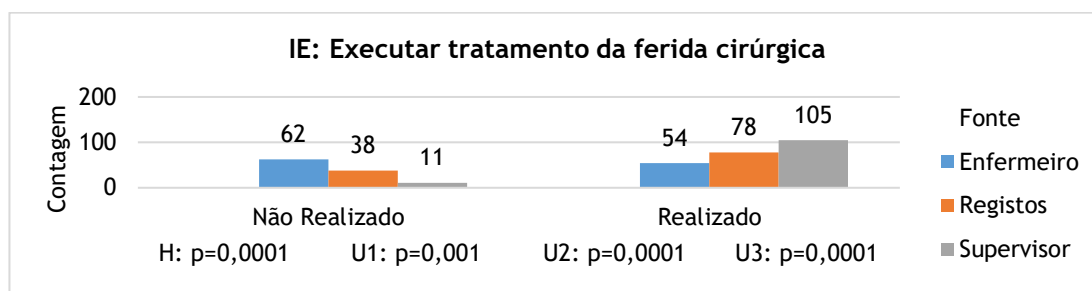


Gráfico 46: Intervenção: Executar tratamento da ferida cirúrgica

Os resultados análise do planeamento da IE “Reforçar penso da ferida” encontram-se no Gráfico 47. Verificou-se existir apenas 11 (9,5%) casos de registo do planeamento desta IE e a maioria dos casos foi planeada pelo supervisor clínico (n=91; 78,4%). Verificaram-se, portanto, diferenças estatisticamente significativas em todos os testes não paramétricos realizados (H: $p=0,0001$; U1: $p=0,0001$; U2: $p=0,0001$; U3: $p=0,0001$).

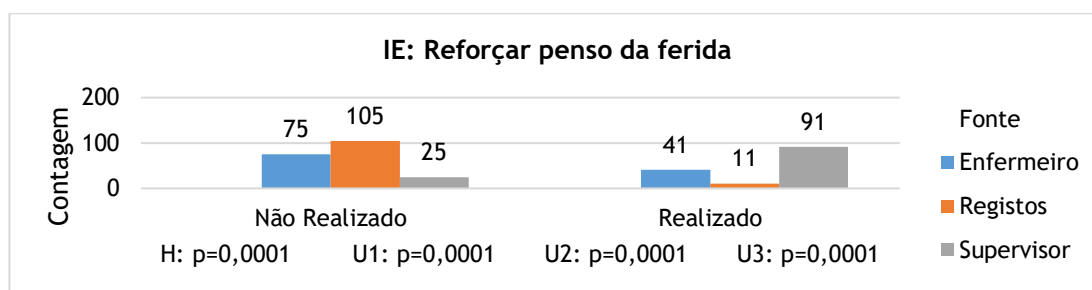


Gráfico 47: Intervenção: Reforçar penso da ferida

Os resultados análise do planeamento da IE “Remover material de sutura” encontram-se representados no Gráfico 48. Verificou-se existir apenas 21 (18,1%) casos de planeamento desta IE pelo enfermeiro, 49 (42,2%) casos com registo de planeamento e a maioria dos casos foi planeada pelo supervisor clínico (n=69; 59,5%). Deste modo, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em todos os testes não paramétricos realizados (H: $p=0,0001$; U1: $p=0,0001$; U2: $p=0,0001$; U3: $p=0,009$).

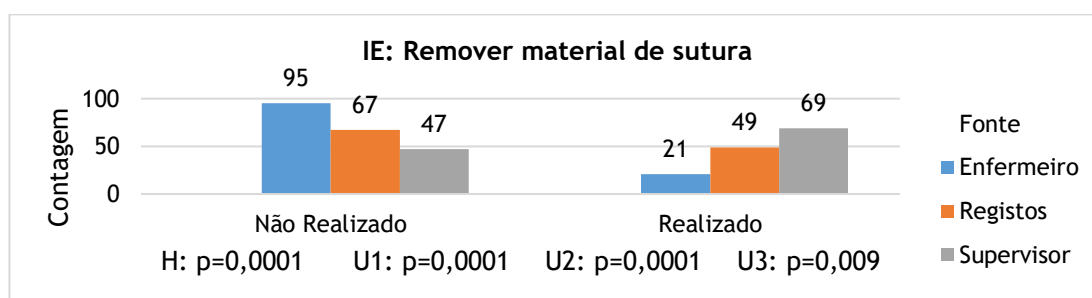


Gráfico 48: Intervenção: Remover material de sutura

Os resultados do planeamento da IE “Vigiar líquido de drenagem” encontram-se representados no Gráfico 49. Verificou-se que na maioria dos casos esta IE não foi planeada pelo enfermeiro (n=113; 97,4%), pelo supervisor clínico (n=105; 90,5%) e não foi registado o seu planeamento (n=111; 95,7%). Verificou-se, portanto, não existir diferenças estatisticamente significativas em todos os testes não paramétricos realizados (H: $p=0,056$; U1: $p=0,473$; U2: $p=0,028$; U3: $p=0,121$).

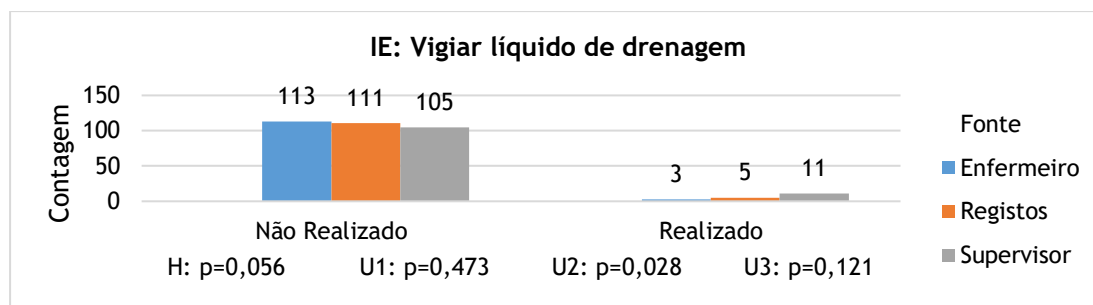


Gráfico 49: Intervenção: Vigiar líquido de drenagem

Os resultados análise do planeamento da IE “Vigiar penso da ferida” encontram-se no Gráfico 50. Verificou-se que na maioria dos casos esta IE foi planeada pelo enfermeiro (n=91; 78,4%), pelo supervisor clínico (n=95; 81,9%) e foi registado o seu planeamento (n=78; 67,2%). Verificou-se, portanto, não existir diferenças estatisticamente significativas em todos os testes não paramétricos realizados (H: $p=0,025$; U1: $p=0,056$; U2: $p=0,511$; U3: $p=0,011$).

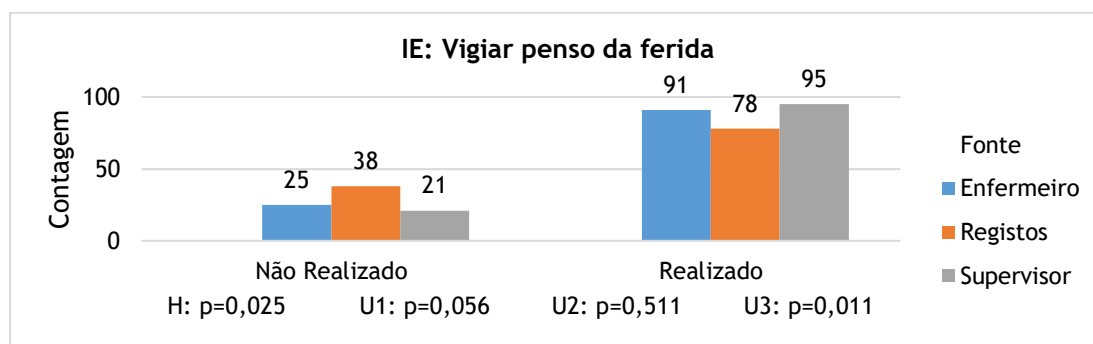


Gráfico 50: Intervenção: Vigiar penso da ferida

O Gráfico 51 exibe os resultados da IE “Avaliar conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica”. Verificou-se que na maioria dos casos esta IE foi planeada pelo enfermeiro (n=90; 77,6%), pelo supervisor clínico (n=100; 86,2%). Não ocorreu o registo do planeamento desta IE em 66 (56,9%) casos. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas quando comparados os resultados entre RE e RS (U2: $p=0,089$). Nas restantes comparações realizadas verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nos testes não paramétricos realizados (H: $p=0,0001$; U2: $p=0,0001$; U3: $p=0,0001$).

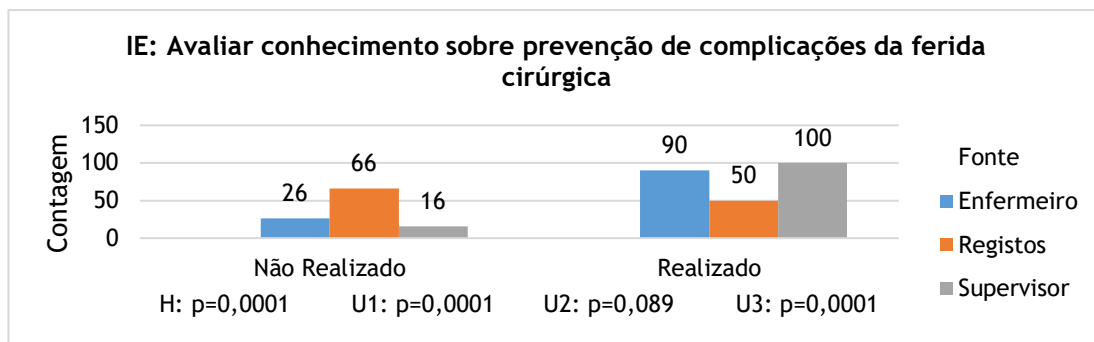


Gráfico 51: Intervenção: Avaliar conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica

Os resultados análise do planeamento da IE “Ensinar sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica” encontram-se no Gráfico 52. Verificou-se que os enfermeiros planearam esta IE em 93 (80,2%) casos e o supervisor em 100 (86,2%). Não ocorreu o registo do planeamento desta IE em 70 (60,3%) casos. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas quando comparados os resultados entre RE e RS (U2: $p=0,220$). Nas restantes comparações realizadas verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nos testes não paramétricos realizados (H: $p=0,0001$; U2: $p=0,0001$; U3: $p=0,0001$).

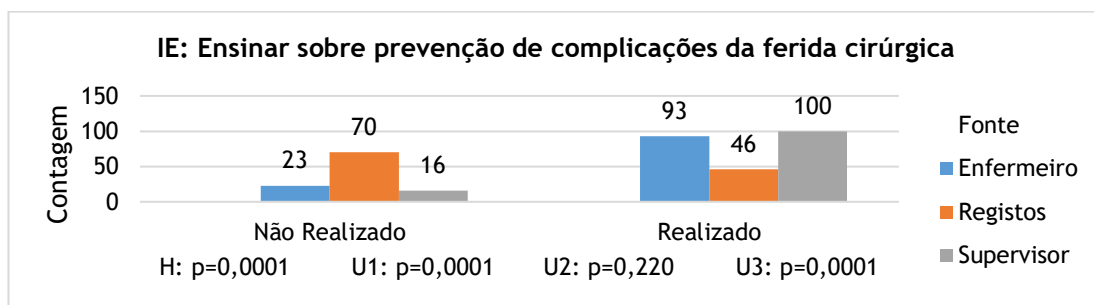


Gráfico 52: Intervenção: Ensinar sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica

O Gráfico 53 mostra os resultados da IE “Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica”. Verificou-se não existir nenhum registo do planeamento desta IE. No entanto, foi realizado o planeamento desta IE em 84 (72,4%) casos pelos enfermeiros e em 61 (52,6%) casos pelo supervisor. Assim, através dos testes não paramétricos foi possível verificar-se diferenças estatisticamente significativas (H: $p=0,0001$; U1: $p=0,0001$; U2: $p=0,002$; U3: $p=0,0001$).

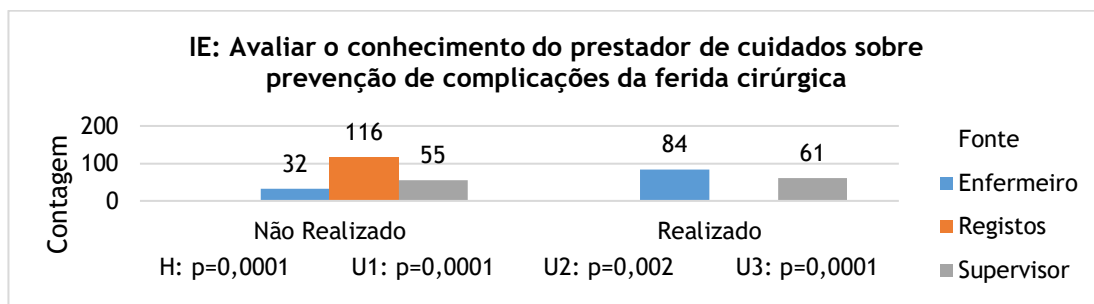


Gráfico 53: Intervenção: Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica

O Gráfico 54 exibe os resultados da IE “Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica”. Verificou-se não existir nenhum registo do planeamento desta IE. Esta IE foi planeada pelo supervisor em 81 (69,8%) casos ao passo que os enfermeiros planearam em 61 (52,6%) casos. Através dos testes não paramétricos foi possível verificar-se diferenças estatisticamente significativas (H: $p=0,0001$; U1: $p=0,0001$; U2: $p=0,007$; U3: $p=0,0001$).

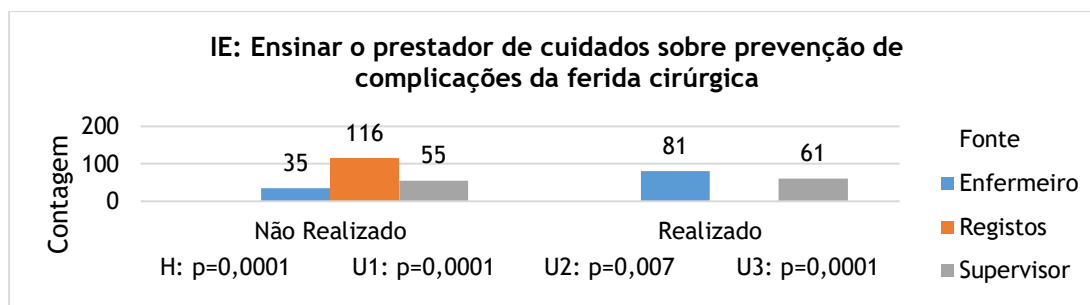


Gráfico 54: Intervenção: Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica

Dos dados não apresentados em gráficos, importa salientar que se verificou não haver diferenças estatisticamente significativas em todos os testes realizados nas IE “Executar tratamento ao local de inserção do dreno” (H: $p=0,777$; U1: $p=0,562$; U2: $p=0,562$; U3: $p=1$), “Monitorizar líquido de drenagem” (H: $p=0,368$; U1: $p=0,317$; U2: $p=0,317$; U3: $p=1$), “Remover dreno” (H: $p=0,777$; U1: $p=1$; U2: $p=0,562$; U3: $p=0,562$), Trocar dreno” (H: $p=0,135$; U1: $p=1$; U2: $p=0,156$; U3: $p=0,156$).

Por último, verificou-se ter havido a mesma decisão entre os RE e RR quanto ao planeamento das IE “Remover dreno” (U1: $p=1$), “Trocar dreno” (U1: $p=1$), e ainda entre RR e RS no planeamento das IE “Executar tratamento ao local de inserção do dreno” (U3: $p=1$) e Monitorizar líquido de drenagem” (U3: $p=1$).

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação dos resultados, no presente capítulo são discutidos os mesmos, com o propósito de compreender o seu significado, estabelecer relação com outros estudos e ainda apresentar os contributos para a melhoria da segurança e qualidade dos cuidados com a implementação do modelo SafeCare.

De forma a melhor organizar a discussão dos resultados, este capítulo foi dividido em subcapítulos com base nos dois IS-SCE referentes à avaliação da dor e à avaliação da FC.

4.1. Avaliação da Dor

No que se refere à avaliação da dor, verificou-se que os enfermeiros e supervisor encontram-se em concordância na escolha da escala de avaliação da dor, tendo privilegiado a escala numérica, como já constatado também por Augusto (2020). Por outro lado, a escala mais documentada pelos enfermeiros foi a escala qualitativa, com o acréscimo de que a avaliação da dor não foi documentada durante o internamento em 34,5% dos casos, contrariamente ao caracterizado por Augusto (2020). Apesar das diferenças, estas não se mostraram significativas nos testes não paramétricos realizados. Parece-nos que a escolha das escalas foi adequada às características dos clientes, possibilitando uma avaliação o mais próximo possível da autoperceção da dor. O autorrelato da dor é amplamente reconhecido como a forma de avaliação da dor mais confiável, sendo considerado o “*gold standard*” para a maioria do tipo de populações (Kim et al., 2017; Augusto, 2020). A dor, o quinto sinal vital e o registo da sua intensidade uma norma de boa prática (DGS, 2003), apresenta uma maior relevância em contextos cirúrgicos, tornando fulcral a sua avaliação (IASP, 2011b; Lobão, 2021) sobretudo em contexto de CA (Sarmiento et al., 2013).

Relativamente à intensidade da dor, apesar de se verificar que a maioria dos casos não apresentava dor no pós-operatório imediato, como verificado também por Costa (2019), constatou-se existirem diferenças estatisticamente significativas entre o score de dor atribuído pelo enfermeiro e pelo supervisor ($U2: p=0,009$). A existência desta diferença pode ser apontada ao facto de o momento da avaliação da dor poder não ser seguido ao do

supervisor, tendo em conta a disponibilidade e o volume de trabalho/solicitações por parte do enfermeiro em cada turno; por não ser baseado nas informações do cliente; ou pelo cliente não estar capacitado para avaliar a dor corretamente tendo em conta a escala de autoavaliação utilizada.

A avaliação da dor envolve mais do que apenas a quantificação da intensidade da dor (Chou et al., 2016). A dor no pós-operatório deve ser caracterizada, para além da intensidade, com elementos como a localização, a duração ou agravamento, como recomenda Chou et al. (2016). Apesar destas recomendações, nenhuma das características da dor foram encontradas nos registos realizados pelo enfermeiro. Apenas o supervisor identificou as características em todos os casos com dor. É fundamental ainda a compreensão e documentação do historial de dor de cada cliente de forma que as práticas de atuação no seu tratamento e controlo sejam dirigidas e adequadas a cada pessoa (IASP, 2011b; Peisah et al., 2014; Augusto, 2020). A preocupação do controlo da dor deve-se ao facto de existir uma grande possibilidade da DAPO se manter nos dias seguintes à cirurgia, com possibilidade de escalada de intensidade, cenário inalterável nos últimos 30 anos, sendo a primeira causa de readmissão após intervenção cirúrgica em contexto de CA, havendo ainda a possibilidade de desenvolvimento de dor crónica a longo prazo (Azevedo et al., 2010; IASP, 2011a, 2011b; Sarmiento et al., 2013; Small & Laycock, 2020; Lobão, 2021). Neste sentido, os profissionais de saúde devem estar sensibilizados de forma a prevenir e tratar a DAPO (IASP, 2011b; Augusto, 2020).

Para além da dor, a avaliação dos outros sinais vitais no contexto cirúrgico, incluindo a glicemia capilar, apresenta extrema relevância. A constante monitorização dos sinais vitais é crucial para prevenir a deterioração clínica do cliente e, por conseguinte, manter a estabilidade hemodinâmica no mesmo (Akhtar, 2013; Manninen & Unger, 2016; Thran, 2018), incluindo a manutenção da normotermia (Rebelo, 2014; DGS, 2013c, 2015c; Azenha, 2017) e a normoglicemia (DGS, 2013c, 2015). Estas monitorizações devem acompanhar o cliente ao longo do seu internamento no serviço de CA, sendo realizadas com maior frequência a partir do momento da entubação endotraqueal (Min et al., 2017) até ao pós-operatório imediato, diminuindo de frequência ao longo do período de estadia no recobro tardio até ao momento da alta (Thran, 2018; Filson et al., 2018). No presente estudo, esta constante monitorização durante todos os momentos do perioperatório não foi constatada nos dados obtidos através dos enfermeiros e dos registos pelos mesmos. Thran (2018) expõe que o volume de monitorizações nem sempre é acompanhado pelos registos dos enfermeiros, sendo um problema já considerado na literatura. Assim, verificaram-se inúmeras diferenças estatisticamente significativas na necessidade de avaliação dos parâmetros vitais, nos diversos momentos, quando comparadas entre as três fontes de dados. Apenas não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas em qualquer um dos testes realizados no momento do pré-operatório para o parâmetro vital PA, Fc, SpO2, assim como quando

comparados os resultados entre RE e RR (U1) em todos os momentos do internamento para o parâmetro GC.

Relativamente à conceção cuidados relativo ao foco “Dor”, nomeadamente as AD, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas quando comparados os resultados entre RE e RS (U2) da realização da AD “Monitorizar a dor” ($p=1$), “Vigiar sedação” ($p=0,702$), “Vigiar a dor” ($p=0,317$), “Monitorizar bloqueio motor” ($p=0,173$) e “Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor” ($p=0,031$). No entanto, em todas as AD, os resultados dos testes H, U1 e U3 apresentaram diferenças estatisticamente significativas ($p=0,0001$). Isto deveu-se essencialmente ao facto de a maioria das AD não terem sido registadas pelos enfermeiros na globalidade dos casos e, por isso, quando comparados os resultados de qualquer interveniente com os resultados obtidos através dos registos, observaram-se diferenças estatisticamente significativas. Comparando os resultados obtidos neste estudo com os resultados obtidos por Augusto (2020) na etapa homóloga (etapa I), a percentagem de não realização das AD é superior no presente estudo. De destacar que já Augusto (2020) verificou uma elevada percentagem de não registo nas AD “Vigiar a sedação”, com cerca de 69%; “Avaliar o conhecimento sobre estratégias de alívio da dor”, com 99%; e “Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor”, com mais de 90%. A AD: “Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento” apenas não foi registada em 27% dos casos no estudo de Augusto (2020).

Relativamente aos diagnósticos apresentados no plano de cuidados relativos ao foco “Dor”, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas quando comparados os resultados entre RE e RS (U2) da enunciação de qualquer diagnóstico, demonstrando alguma coerência entre as avaliações dos enfermeiros e do supervisor. No entanto, todas as enunciações de diagnósticos relativos aos resultados dos testes U3 apresentaram diferenças estatisticamente significativas devido ao facto de não existir documentação de nenhum diagnóstico relativo ao foco “Dor”. Os resultados obtidos podem ser comparados com os resultados de Augusto (2020) obtidos na etapa homóloga (etapa I), tendo-se verificado resultados semelhantes em ambos os estudos, ou seja, uma maioria de casos com diagnósticos “Sem dor” identificados pelos enfermeiros e supervisor; uma maioria de casos com diagnósticos “Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de alívio da dor” identificados pelos enfermeiros e supervisor; e nenhum diagnóstico registado relativamente ao “Conhecimento do prestador de cuidados”.

Relativamente às IE planeadas no plano de cuidados relativos ao foco “Dor”, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas em qualquer um dos testes realizados nas IE “Aplicar envolvimento quente” (H: $p=0,049$; U1: $p=0,082$; U2: $p=0,082$; U3: $p=1$), “Executar técnica de massagem” (H: $p=0,049$; U1: $p=0,082$; U2: $p=0,082$; U3: $p=1$), e “Executar terapia através de neuro estimulador de superfície” (H: $p=0,368$; U1: $p=0,317$; U2: $p=0,317$; U3: $p=1$). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no teste U quando comparados os resultados entre o RE e RS nas IE “Aliviar a dor através de

embalagem fria” (U2: $p=0,851$); “Aplicar envolvimento frio” (U2: $p=0,115$) e “Monitorizar bloqueio motor” (U2: $p=0,843$). Isto demonstra existir decisões de planeamento para realização de IE idênticas. No entanto, IE como “Assistir a identificar estratégias de alívio da dor”; “Assistir a pessoa a controlar a dor através do posicionamento”; “Vigiar a dor”; “Gerir analgésicos”; “Monitorizar a dor”; “Vigiar sedação”; e todas as IE relacionadas com o domínio do conhecimento relativo ao foco “Dor”, apresentaram diferenças estatisticamente significativas na maioria dos testes não paramétricos realizados. Salienta-se que à exceção da IE “Monitorizar a dor”, que foi registada em todos os casos, na maioria das IE não existiu o registo do planeamento para a sua realização.

Olhando para os resultados de Augusto (2020) obtidos na primeira etapa do seu trabalho, também se verificou existir uma percentagem muito baixa de registos de planeamento de IE no domínio do conhecimento do foco “Dor”, não havendo IE planeadas direcionadas para o prestador de cuidados.

Atendendo ao contexto de CA, onde há um internamento inferior a 24 horas e a necessidade de um controlo da dor eficaz, a avaliação, gestão e a capacitação do cliente e seu acompanhante ou prestador de cuidados no domínio da dor é de extrema relevância (CNADC, 2008; Caseiro, 2009; Oliveira, 2011; Sarmiento et al., 2013; Chou et al., 2016; Vieira et al., 2017). A garantia da continuidade de cuidados e, por isso, da gestão da dor, é uma exigência num programa de CA (CNADC, 2008; Caseiro, 2009; Oliveira, 2011; Sarmiento et al., 2013; Vieira et al., 2017). Portanto, a capacitação do controlo da dor deve ser iniciada no pré-operatório e, no momento da alta, deve ser garantido que o cliente ou seu acompanhante/prestador de cuidados compreendam as recomendações e estejam capacitados para a gestão da dor (CNADC, 2008; Caseiro, 2009; Oliveira, 2011; Sarmiento et al., 2013; Chou et al., 2016; Vieira et al., 2017), evitando cenários de mau controlo de dor, desenvolvimento de dor severa, reinternamentos ou desenvolvimento de dor crónica (Azevedo et al., 2010; IASP, 2011a, 2011b; Sarmiento et al., 2013; Appleton, 2018; Small & Laycock, 2020; Lobão, 2021).

Com tudo isto, apesar de os resultados exibirem a preocupação dos enfermeiros nesta área com a demonstração de execução de AD, elaboração de diagnósticos e da intenção de planeamento e execução de intervenções, não se verifica a documentação dos mesmos.

Os registos de enfermagem, considerados fundamentais para a transmissão de informação objetiva como garantia da continuidade de cuidados, são também considerados como as atividades que indicam legalmente a execução dos cuidados prestados (OE, 2001, 2014; Baltazar, 2021). As diferenças relatadas entre os registos efetuados pelos enfermeiros e o que eles consideram importante executar traduzem incongruências que, por isso, podem pôr em causa a continuidade dos cuidados, bem como a segurança e a qualidade dos mesmos transpondo também consequências a nível legal. A documentação da prática de enfermagem permite assim promover os cuidados prestados (documentação legal) e ainda dar visibilidade

aos contributos dos cuidados de enfermagem no contexto dos cuidados de saúde, nomeadamente nos ganhos em saúde das populações, na investigação e na continuidade dos cuidados (Tareco, 2015).

Atendendo à globalidade dos resultados neste estudo referente à avaliação da dor e considerando as diferenças de resultados entre RE, RR e RS encontradas, pode inferir-se que a implementação do Modelo SafeCare contribuirá para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados atendendo aos efeitos positivos deste modelo já documentados na literatura (Cruz, 2012; Augusto, 2020; Teixeira, 2021; Rocha, 2022). O facto de Augusto (2020), ao compreender o impacto do Modelo SafeCare no IS-SCE dor ter verificado uma melhoria significativa em todos os parâmetros avaliados após a implementação do Modelo SafeCare, permite projetar resultados semelhantes para o IS-SCE dor para o contexto em estudo.

Com este diagnóstico da situação, para além das sessões de supervisão em grupo, sugere-se realizar formação (curso teórico) sobre a avaliação da dor. Para Ghazali et al. (2019), a realização de cursos teóricos com simulações sobre a dor está recomendada para o desenvolvimento de competências na avaliação da dor e, principalmente, da reavaliação da dor sentida pelo cliente. Sarmiento et al. (2013, p. 7) recomenda que avaliação da dor deva ser ensinada desde o pré-operatório até ao momento após a alta hospitalar, expondo o seguinte algoritmo de avaliação da dor:

“A - avaliar a dor regularmente e quantifica-la; B - basear-se nas informações do doente; C - capacitar os doentes e familiares; D -distribuir as intervenções de forma oportuna, lógica e coordenada; E - escolher a intervenção mais adequada ao doente e ao seu meio sociofamiliar.”

No trabalho de Augusto (2020), um dos grupos de SC desenvolveu um curso de avaliação da dor tendo em conta as necessidades encontradas na etapa I do seu projeto. Este foi repetido três vezes na instituição de maneira a promover a participação da totalidade dos participantes do projeto e teve uma abordagem multidisciplinar. Foram abordadas temáticas como a fisiopatologia da dor, avaliação da dor, tratamento farmacológico e não farmacológico da dor, tendo sido também constituídos grupos de trabalho que operacionalizaram casos clínicos sobre a dor. Adicionalmente ao curso, houve lugar para discussão das dificuldades sentidas pelos enfermeiros inerentes à avaliação da dor (Augusto, 2020)

Atendendo aos resultados de Augusto (2020), sugere-se o mesmo procedimento para a formação sobre a avaliação da dor, devendo ter em conta os pressupostos acima citados, bem como as dificuldades dos enfermeiros apresentadas nos resultados deste estudo.

Matias (2022), no seu estudo relativo à avaliação da cultura de segurança de uma unidade de CA, identificou como aspetos fortes, mas ainda com grande potencial de melhoria, a aprendizagem organizacional - melhoria contínua e a informação relacionada com o cliente e, entre vários aspetos críticos/problemáticos, o pouco investimento na formação e

integração dos profissionais, mais visível no grupo profissional de enfermagem. Estes dados robustecem ainda mais a pertinência de formação na área da dor, revelada como algo deficitária à luz dos resultados apresentados neste estudo.

É ainda possível afirmar a necessidade de sensibilizar os enfermeiros para a importância de integrar na prática clínica uma correta avaliação da dor e principalmente a sua documentação.

Da mesma forma, e atendendo à globalidade dos resultados neste estudo referente à monitorização de sinais vitais, e considerando as diferenças de resultados entre RE, RR e RS encontradas, pode-se afirmar que é importante também sensibilizar os enfermeiros para a correta e constante documentação dos mesmos.

Tendo isto em conta, a implementação do Modelo SafeCare permitirá estimular o pensamento crítico-reflexivo dos enfermeiros, motivá-los para a reflexão e mudança das suas práticas clínicas, baseando-se na melhor evidência científica. Possibilitará o acompanhamento individual de cada enfermeiro, mas também a troca de experiências e a discussão de casos clínicos, promovendo a aproximação entre os enfermeiros e o trabalho em equipa.

4.2. Avaliação da Ferida Cirúrgica

No que se refere à avaliação da FC, verificou-se que os enfermeiros e supervisor encontram-se em concordância com a identificação da FC não se tendo verificado diferenças estatisticamente significativas (U2: $p=0,156$), no entanto, em 9,5% dos casos a presença de FC não foi registada, motivo pelo qual se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos testes não paramétricos (H e U3).

Relativamente à classificação das FC quanto ao grau de contaminação e ao tipo de cicatrização, os resultados obtidos não mostraram diferenças estatisticamente significativas entre as avaliações realizadas pelos vários intervenientes. O mesmo se verificou nos parâmetros relativos ao material de sutura, drenos, uso de penso, execução de tratamento à FC durante o internamento e a indicação de tratamento da FC após a alta. Apesar destas compatibilidades de resultados entre enfermeiros, registos e supervisor, é importante referir que, quando comparadas com o número total de FC identificadas, o número total de casos dos registos dos enfermeiros no parâmetro “utilização de penso” e “executar o tratamento à ferida durante o internamento” foi superior. Com isto pode deduzir-se que os

enfermeiros não identificaram a FC mas avaliaram a presença de penso ou a necessidade de execução de tratamento à FC, ou por outras palavras, a FC foi um foco da sua atenção mas esta não estava documentada.

Relativamente à indicação de tratamento da FC após a alta, apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas nos testes não paramétricos realizados, o número total de casos com reposta a este parâmetro foi inferior ao número total de FC identificadas pelos enfermeiros e nos registos dos mesmos, acrescentando que existiram seis casos onde foi identificado “no SCA após as 72h” nos registos dos enfermeiros e a FC não se encontrava documentada. Com isto depreende-se que podem ter ocorrido casos em que os clientes apresentavam FC e esta estava identificada, mas não existiu uma orientação para o seu tratamento após a alta, bem como casos em que houve a preocupação de orientar os clientes para o tratamento da FC após a alta, mas não existia registo de presença da mesma. Ding et al. (2016) referem que é importante a avaliação e acompanhamento de todas as FC estando as decisões clínicas dependentes da avaliação individual de cada enfermeiro, dos sinais clínicos e sintomas de infeção sistémica ou da FC, dos seus fatores de risco e do ambiente de cicatrização.

Importa referir que não existem em Portugal estudos no âmbito da implementação do Modelo SafeCare ou de um modelo de SCE com este IS-SCE, pelo que a comparação dos resultados obtidos no diagnóstico da situação não é possível.

Relativamente à conceção de cuidados relativo ao foco “FC”, nomeadamente as AD, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas quando comparados os resultados entre RE e RS (U2) da realização da AD “Vigiar penso da ferida cirúrgica” ($p=1$), “Vigiar líquido de drenagem” ($p=0,010$) e “Avaliar o conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida” ($p=0,020$), e ainda entre RE e RR (U1) da realização da AD: “Vigiar líquido de drenagem” ($p=0,562$). No entanto, em todas as restantes comparações realizadas, os resultados dos testes H, U1, U2 e U3 apresentaram diferenças estatisticamente significativas ($p<0,01$). Isto deveu-se essencialmente ao facto de, na maioria das AD, a não documentação pelos enfermeiros ter sido bastante superior à dos outros intervenientes, corroborando a conclusão de Do e seus colaboradores (2020) de que a documentação da avaliação da FC entre enfermeiros é insuficiente e inconsistente.

Destaca-se ainda a diferença significativa em todos os testes não paramétricos nas AD “Avaliar potencial para melhorar o conhecimento” e “Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de complicações da ferida”, destacando o não registo da avaliação da AD relativa ao conhecimento do prestador de cuidados em todos os casos.

Relativamente ao diagnóstico “Ferida cirúrgica” presente no plano de cuidados relativo ao foco “FC”, apenas não se verificaram diferenças estatisticamente significativas quando comparados os resultados entre RE e RR (U1: $p=0,474$) existindo diferenças na identificação e documentação da FC por parte do enfermeiro em relação ao supervisor.

Relativamente aos diagnósticos do domínio do conhecimento presentes no plano de cuidados relativo ao foco “FC”, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas quando comparados os resultados entre RE e RS (U2), excetuando o diagnóstico “Potencial do prestador de cuidados para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica”, demonstrando alguma coerência entre as avaliações dos enfermeiros e do supervisor. Ainda no domínio do conhecimento, constatou-se que não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas quando comparados os resultados em qualquer teste não paramétrico nos diagnósticos “Conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica” e “Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de complicações”, não existindo documentação por parte dos enfermeiros de nenhum diagnóstico relativo ao prestador de cuidados.

Relativamente às IE planeadas no plano de cuidados relativos ao foco “FC”, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas em qualquer um dos testes realizados nas IE “Executar tratamento ao local de inserção do dreno” (H: $p=0,777$; U1: $p=0,562$; U2: $p=0,562$; U3: $p=1$), “Monitorizar líquido de drenagem” (H: $p=0,368$; U1: $p=0,317$; U2: $p=0,317$; U3: $p=1$), “Remover dreno” (H: $p=0,777$; U1: $p=1$; U2: $p=0,562$; U3: $p=0,562$), “Trocar dreno” (H: $p=0,135$; U1: $p=1$; U2: $p=0,156$; U3: $p=0,156$); “Vigiar líquido de drenagem” (H: $p=0,056$; U1: $p=0,473$; U2: $p=0,028$; U3: $p=0,121$), e “Vigiar penso da ferida” (H: $p=0,025$; U1: $p=0,056$; U2: $p=0,511$; U3: $p=0,011$).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no teste U quando comparados os resultados entre o RE e RS nas IE: “Aplicar material de sutura” (U2: $p=0,851$); “Avaliar conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica” (U2: $p=0,089$) e “Ensinar sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica” (U2: $p=0,220$). Isto demonstra haver decisões de planeamento para realização destas IE idênticas entre enfermeiros e supervisor, faltando coerência com o planeamento demonstrado nos registos.

Não se verificaram também diferenças estatisticamente significativas no teste U quando comparados os resultados entre o RE e RR nas IE: “Aplicar penso compressivo” (U1: $p=0,149$); e “Avaliar ferida cirúrgica” (U1: $p=0,081$). Apesar desta coerência entre as decisões de planeamento dos enfermeiros e dos seus registos, estes não se encontram em conformidade com o planeamento realizado pelo supervisor. Importa salientar o facto de a IE “Avaliar a ferida cirúrgica” apenas ter sido planeada pelo enfermeiro em 17,2% dos casos e registada em 23,3% dos casos. O planeamento desta IE bem como a IE “Executar tratamento à FC” e “Remover material de sutura” parece-nos ser de extrema importância para assegurar a continuidade de cuidados à FC, que se verificou ser uma área a melhorar tendo em conta as diferenças estatisticamente significativas identificadas na comparação dos resultados destas IE.

É importante referir que se verificou existir uma percentagem mais baixa de registo de planeamento de IE no domínio do conhecimento do foco “FC” comparativamente com o

enfermeiro e supervisor, tendo-se verificado também não haver documentação do planeamento das IE relacionadas com o domínio do conhecimento do foco “FC” direcionadas ao prestador de cuidados.

Atendendo à globalidade dos resultados neste estudo referentes ao IS-SCE FC e considerando as diferenças de resultados entre RE, RR e RS encontradas, pode inferir-se que a implementação do Modelo SafeCare contribuirá para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados atendendo aos efeitos positivos deste modelo já documentados na literatura (Cruz, 2012; Augusto, 2020; Teixeira, 2021; Rocha, 2022).

Em suma, as grandes necessidades de melhoria identificadas neste diagnóstico de situação relativamente ao IS-SCE FC são a correta documentação e identificação do diagnóstico da FC, a correta documentação dos cuidados de enfermagem do domínio do conhecimento e necessidade de sensibilização dos enfermeiros para o envolvimento do prestador de cuidados como interveniente importante na continuação das vigilâncias e cuidados após a alta. De notar a importância de documentar IE essenciais importantes para a continuidade dos cuidados após a alta, no sentido transmitir a informação adequada.

Como já referido no capítulo anterior, a documentação da prática clínica dos enfermeiros é essencial para a prestação de cuidados de qualidade (OE, 2001, 2014; Baltazar, 2021). É através de uma documentação sistemática das necessidades de cuidados e respetivas IE que, através dos resultados obtidos, se avalia a eficácia dos mesmos, facilitando a continuidade dos mesmos (OE, 2001; Baltazar, 2021). Neste sentido, e tendo em conta a particularidade do contexto de CA, nomeadamente o tempo de internamento inferior a 24h, a correta aferição e diagnóstico das necessidades bem como o planeamento de IE adequadas ao cliente durante o tempo de internamento, permitirá uma continuação de cuidados adequada após a alta (Sousa, 2015).

Vários estudos (Li & Korniewicz, 2013; Antunes et al., 2015; Ding et al., 2016; Baltazar, 2021) salientam a importância da avaliação e monitorização das feridas na prestação de cuidados de enfermagem. Li e Korniewicz (2013) referem que, relativamente à ferida, devem documentar-se informações como classificação; localização; dimensões e profundidade; características do tecido presente no leito da ferida; presença ou não de exsudado, características da pele circundante e dor, incluindo também o registo fotográfico da ferida (Baltazar, 2021), bem como qual o tratamento instituído. Ding et al. (2016) salientam que a correta avaliação e documentação de feridas potencia a diminuição de risco de ILC mas continua a ser um desafio para os enfermeiros.

Desconhece-se a existência de um protocolo ou normativa institucional relativamente à avaliação e monitorização da FC pelo que se sugere a reflexão desta prática para a sua uniformização e correta documentação de forma a garantir a continuidade dos cuidados.

A necessidade de estabelecer uma parceria de cuidados com o cliente e acompanhante ou prestador de cuidados é de extrema importância dado o contexto de CA (Cardante, 2020). Tendo em conta os resultados obtidos, apesar dos enfermeiros se mostrarem preocupados com o domínio do conhecimento sobre prevenção de complicações da FC do cliente e do prestador de cuidados, a sua documentação não foi realizada, não representando a atividade clínica do enfermeiro.

Vários autores (Marques, 2011; Allison & George, 2014; Sousa, 2015; Cardante, 2020) enfatizam a importância de empoderar o cliente e o seu familiar relativamente à gestão dos sintomas, vigilância pós-operatória e despiste de complicações pós-operatórias, devendo ser um objetivo da intervenção dos enfermeiros perioperatórios da CA. Estes autores referem que é no pré-operatório que este processo se inicia, dando continuidade até ao momento da alta clínica na consulta pós-operatória, sendo esta, crucial para a diminuição de complicações e aumento de satisfação e segurança do cliente sujeito a cirurgia em contexto de CA (Alves, 2011, Marques, 2011; Rothrock, 2014; Allison & George, 2014; Sousa, 2015; Guo, 2015; Cooke, et al., 2016; Gröndahl et al., 2019; Cardante, 2020). A AESOP (2012) propõe a realização de uma consulta de enfermagem pré-operatória, com o objetivo de avaliar as necessidades físicas e psicológicas do cliente e, ainda, informá-lo acerca dos procedimentos desde a admissão até à alta (garantindo o envolvimento da família ou de um adulto idóneo e responsável), oferecer informação escrita com as indicações pré-operatórias, iniciando o ensino sobre os cuidados a ter após a alta, devendo estes ser validados posteriormente no *follow-up* após a cirurgia. Apesar de não ser objetivo deste estudo a caracterização das práticas de enfermagem na consulta de pré-operatório, reconhece-se que essas IE apresentam alto impacto durante todo o perioperatório, sendo crucial a garantia da continuidade de cuidados na área do conhecimento de forma a prevenir complicações pós-cirúrgicas (Marques, 2011; Rothrock, 2014; Allison & George, 2014; Sousa, 2015; Guo, 2015; Cooke, et al., 2016; Gröndahl et al., 2019; Cardante, 2020). Deste modo, sugere-se a incorporação de momentos de reflexão sobre a prática clínica e documentação nesta área do conhecimento, bem como a sensibilização dos enfermeiros para esta temática nas sessões de supervisão.

Tendo tudo isto em conta, a implementação do Modelo SafeCare permitirá estimular o pensamento crítico-reflexivo dos enfermeiros, motivá-los para a reflexão e mudança das suas práticas clínicas, baseando-se na melhor evidência científica. Possibilitará o acompanhamento individual de cada enfermeiro, mas também a troca de experiências e a discussão de casos clínicos, promovendo uma melhoria da prática clínica traduzida em melhoria da qualidade e segurança dos cuidados.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento deste estudo fez com que fosse possível representar o diagnóstico da situação dos IS-SCE dor e FC no contexto de CA, clarificando as dificuldades sentidas e as necessidades formativas e reflexivas dos enfermeiros. Permitiu, portanto, dar contributos para a implementação de um Modelo de SCE com o intuito de melhorar os cuidados de enfermagem relativos à dor e FC e, com isso, garantir a qualidade e segurança dos cuidados.

Não há dúvidas acerca da importância da SCE, considerada como um dos alicerces para a melhoria dos padrões clínicos, com grande impacto no desenvolvimento da qualidade dos cuidados de enfermagem (Garrido et al., 2008), beneficiando não só os enfermeiros envolvidos no processo supervisivo, mas também os seus clientes e organizações (Cruz, 2012; Cruz, et al., 2013; Augusto, 2020). No entanto, atendendo há escassa evidência científica sobre os modelos de SCE adotados e seus resultados (Pollock et al., 2017; Markey et al., 2020), considerámos que este estudo foi mais um contributo para o desenvolvimento e divulgação de resultados relativos à implementação do Modelo SafeCare.

A avaliação dos IS-SCE permitiu o seu diagnóstico de situação, etapa I da implementação do Modelo SafeCare, através da aplicação do instrumento a partir do qual se conseguiu perceber que existiam falhas na avaliação e documentação da dor e da FC no contexto de CA estudado. Portanto, pode considerar-se que os IS-SCE dor e FC são indicadores completamente adequados ao contexto estudado.

Os resultados obtidos relacionados com o IS-SCE “Dor” expuseram o défice de documentação da monitorização da dor; a falta de registos da caracterização da dor; a diferença de intensidade da dor avaliada pelo enfermeiro e supervisor; a ausência de documentação de todas monitorizações realizadas, nomeadamente os sinais vitais nos vários momentos do perioperatório; a não elaboração do plano de cuidados adequado às necessidades do cliente, existindo um défice praticamente total de registos relacionados com a avaliação das AD, a elaboração dos diagnósticos e o planeamento das IE. Na globalidade, apesar de na maioria dos casos os enfermeiros diagnosticarem corretamente, o seu registo não se verificou, traduzindo-se, no limite, e em termos legais, em não realização do mesmo. Constatou-se ainda a ausência de planeamento substancial de IE diferentes da IE “Monitorizar dor”; uma escassa documentação de IE relacionadas com o domínio do conhecimento e nula relativamente ao prestador de cuidados. Percebeu-se que há preocupação dos enfermeiros em avaliar, diagnosticar e intervir na área do conhecimento da dor, tanto relacionado com o cliente como com o acompanhante/prestador de cuidados, mas não há documentação dos mesmos.

No que aos resultados relacionados com o IS-SCE FC diz respeito, não se verificou uma total concordância na identificação da FC ao contrário do constatado na sua classificação. Verificaram-se ainda incongruências nas orientações do cliente no tratamento após a alta; um grande défice de documentação das AD pelos enfermeiros, havendo diferenças nas AD executadas no domínio do conhecimento do cliente e o registo nulo relacionado com o prestador de cuidados. Apuraram-se também diferenças na identificação e documentação do diagnóstico FC em relação ao supervisor. Apesar de alguma coerência no planeamento de IE pelo enfermeiro comparativamente com o supervisor, há falta da sua documentação, verificando-se uma diminuta percentagem de documentação no domínio do conhecimento e ausência completa relativamente ao prestador de cuidados.

Em suma, as grandes áreas com necessidade de intervenção da SC apontam para a formação da dor e da FC; a correta documentação da prática de enfermagem; o desenvolvimento do domínio do conhecimento, e a inclusão do prestador de cuidados como parceiro de cuidados.

Deste modo, identificaram-se alguns contributos para um modelo de SC que potencialize as competências dos enfermeiros na avaliação da dor e da FC, dando destaque às sessões de supervisão individuais visando responder às necessidades individuais de cada enfermeiro, dando apoio no desenvolvimento do seu pensamento crítico-reflexivo; e às sessões de supervisão de grupo, com temáticas dirigidas às necessidades de melhoria encontradas, possibilitando a exposição de dúvidas, a troca de experiências e a discussão de casos clínicos, permitindo que a reflexão da prática clínica desencadeie mudanças na sua prática, baseadas na evidência, estimulando a equipa para a formação contínua e para a investigação.

Perspetiva-se, à luz de resultados obtidos por outros estudos, que a implementação do Modelo SafeCare resulte numa melhoria destes indicadores, traduzindo uma melhoria da qualidade e segurança dos cuidados.

Após a conclusão do estudo, considera-se que se cumpriram os objetivos propostos, realizando o diagnóstico da situação ao descrever a avaliação da dor e da FC dos clientes submetidos a cirurgia num serviço de CA e propondo conteúdos formativos a incorporar na implementação do Modelo SafeCare na etapa III nas sessões de supervisão relacionadas com a avaliação da dor e da FC. Para além disto, considera-se que foi possível expor os contributos de um modelo de SCE num contexto diferente aos já estudados e com um IS-SCE diferente e novo comparativamente com os já explorados.

Na sequência do estudo realizado, permanecem ainda algumas dúvidas e emergem novas necessidades de investigação que poderão ser abordadas em estudos desenvolvidos futuramente.

Importa referir que alguns dados recolhidos através do instrumento selecionado mas não analisados no presente estudo contribuirão para outros estudos, de forma a adequar a

implementação do Modelo SafeCare. Assim, será pertinente a realização de investigação que vise:

- Explorar os IS-SCE dor e FC nas consultas de enfermagem de pré-operatório e follow-up no contexto de CA;
- Identificar o impacto da implementação do Modelo SafeCare na redução das complicações pós-operatórias;
- Explorar outras áreas sensíveis aos cuidados de enfermagem e, por isso, outros IS-SCE de modo a descobrir outros contributos da implementação de um modelo de SCE;
- Implementar o modelo SafeCare e avaliar o seu impacto noutras áreas sensíveis aos cuidados de enfermagem;
- Sensibilizar os enfermeiros, gestores hospitalares e a população em geral para a importância da implementação de modelos de SCE nas instituições de saúde.

Apesar da prorrogação da concretização desta dissertação em tempo oportuno, devido a alguma desmotivação, mas também à pandemia pela COVID-19 que ainda nos acompanha com sobrecargas dos serviços e dos profissionais, isto não invalida a importância que o objeto de estudo constitui para a enfermagem enquanto ciência e, particularmente, para a prática de cuidados.

Concluindo, é fundamental que a investigação na área da SCE continue de modo a procurar e constatar mais e melhores contributos do e para o desenvolvimento do modelo SafeCare, capaz de promover a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde, com consequências cada vez mais importantes e positivas na qualidade de vida da população.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2002). Supervisão Clínica em Enfermagem: Pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade. *Sinais Vitais*, 45 (11), p.53-57
- Abreu, W. (2003). *Supervisão, qualidade e ensinos clínicos: que parcerias para a excelência em saúde?*. Coimbra: Formasau.
- Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.
- Abreu, W., Barroso, C., Segadães, M. de F., & Teixeira, S. (2015). Promotion of Self-Care in Clinical Practice: Implications for Clinical Supervision in Nursing. *International Journal of Information and Education Technology*, 5(1), 6-9. <https://doi.org/10.7763/IJiet.2015.V5.466>
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2017). Atividade cirúrgica do SNS atinge o valor mais elevado de sempre em 2016. <http://www.acss.min-saude.pt/2017/08/29/atividade-cirurgica-do-sns-atinge-o-valor-mais-elevado-de-sempre-em-2016/>
- Akhtar, A., Macfarlane, R. J., & Waseem, M. (2013). Pre-operative assessment and post-operative care in elective shoulder surgery. *The open orthopaedics journal*, 7, 316-322. <https://doi.org/10.2174/1874325001307010316>
- Alarcão, I., & Tavares, J. (1987). Supervisão da prática pedagógica - uma perspetiva de desenvolvimento e aprendizagem. Coimbra: Almedina.
- Alarcão, I., & Tavares, J. (2003). Supervisão da prática pedagógica: Uma perspetiva de desenvolvimento e aprendizagem. Coimbra: Almedina.
- Albuquerque, J. S. (2021). *Integração dos enfermeiros e construção da identidade profissional: Contributos da supervisão clínica*. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/39577>
- Allison, J., & George, M. (2014). Using Preoperative Assessment and Patient Instruction to Improve Patient Safety. *AORN Journal*, 99(3), 364-375. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2013.10.021>
- Alto Comissariado da Saúde e Ministério da Saúde, Portugal (2010). *Plano Nacional de Saúde 2010-2016, Eixos Estratégicos - Qualidade em Saúde* http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/02/qs_18-03-2011.pdf
- Alto Comissariado da Saúde, Portugal (2010a). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Visão, modelo conceptual e estratégia de elaboração*. <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Documento-Estrategico-PNS-2011-20161.pdf>
- Alves, A. I. (2011). *Competências interpessoais em saúde: comunicar para a qualidade, com o utente em equipa multidisciplinar* (Tese de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, Lisboa). Repositório Científico de Acesso Aberto: <http://hdl.handle.net/10362/9585>.
- Andrews, M. (1999). Mentorship in nursing: a review of the literature. *Journal of Advanced in Nursing*, 29(1), 201-207.

- António, N. & Teixeira, A. (2007). *Gestão da Qualidade: de Deming ao Modelo de Excelência da EFQM*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Antunes, J., Carvalho, P., Freire, T., & Marques, F. (2015). Nursing records and wound healing evolution. *Journal of Aging & Innovation*, 4 (2), 3-10. <http://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/1-registos-feridas.pdf>
- Appleton, S. R. (2018). Dor Crónica Pós-Cirúrgica: Uma Realidade Crescente. *Revista Da Sociedade Portuguesa De Anestesiologia*, 27 (2), 28-32. <https://doi.org/10.25751/rspa.13801>
- Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses (AESOP). (2012). *Enfermagem Perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados*. 2ª edição, Lusodidacta. Loures.
- Augusto, C., Rocha, I., Carvalho, L., & Pinto, C. (2019). Evaluation of nurses's job satisfaction. *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences*. 565-574. <https://doi.org/10.15405/epsbs.2019.04.02.71>
- Augusto, M. C. (2020). *Indicadores sensíveis à Supervisão Clínica em Enfermagem - Contributos para a Qualidade dos Cuidados*. (Tese de doutoramento) Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/133881/2/467260.pdf>
- Australian College of Nursing. (2019). *Clinical Supervision for Nurses and Midwives (Joint Position Statement*. Australia. <https://www.acn.edu.au/wp-content/uploads/clinical-supervision-nurses-midwives-position-statement-background-paper.pdf>
- Azenha, M. (2017). Proposta de Consensos de Manutenção da Normotermia no Período Perioperatório. *Revista Da Sociedade Portuguesa De Anestesiologia*, 26(1), 26-37. <https://doi.org/10.25751/rspa.10884>
- Azevedo, LF, Caseiro JM, Pozza D, Barata NE, Costa Pereira A, Castro Lopes JM.(2010). *Estudo epidemiológico prospetivo e multicêntrico sobre dor cronica pós-operatória em Portugal - resultados preliminares*. Lisboa: APED Livro do 3º congresso interdisciplinar de dor.
- Baltazar, M. A. L. (2021). *Avaliação da ferida cirúrgica: documentação de enfermagem*. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Repositório Científico de Acesso Aberto: <http://web.esenfc.pt/?url=ZLaXh3Bj>
- Batalha, L. (2016). *Avaliação da Dor: Manual de estudo - Versão 1*. Coimbra: ESEnFC,
- Batalha, L.; Duarte, C.; Rosário, R.; Costa, M.; Pereira, V. & Morgado, T. (2012). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Pain Assessment in Advanced Dementia. *Revista de Enfermagem Referência, III Série* (8), 7-16. <https://doi.org/10.12707/RIII1294>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bernard, J. & Goodyear, R. (1998). *The fundamentals of clinical supervision* (2nd ed.) Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
- Bernard, J. & Goodyear, R. (2004). *Fundamentals of clinical supervision* (3rd ed.) Boston: Allyn and Bacon.
- Bernard, J. & Goodyear, R. (2009). *Fundamentals of clinical supervision* (4th ed.) London: Pearson Education
- Bernard, J. & Goodyear, R. (2014). *Fundamentals of clinical supervision* (5th ed.) Boston : Pearson,
- Bernard, J. & Goodyear, R. (2019). *Fundamentals of clinical supervision* (6th ed.) New York Pearson

- Bond, M.; Holland, S. (1998). *Skills of Clinical Supervision for Nurses*. Buckingham: Open University Press.
- Borges, E. L., Pires Júnior, J. F., Abreu, M. N. S., Lima, V. L. de A., Silva, P. A. B., & Soares, S. M. (2016). Factors associated with the healing of complex surgical wounds in the breast and abdomen: retrospective cohort study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24(0). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1398.2811>
- Bowles, N., & Young, C. (1999). An evaluative study of clinical supervision based on Proctor's three function interactive model. *Journal of Advanced Nursing*, 30(4), pp. 928-964.
- Bradshaw, T., Butterworth, A., & Mairs, H. (2007). Does work place based clinical supervisions during psychosocial intervention education enhance outcome for mental health nurses and service users they work with? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* (14), 4-12.
- Branco, R. (2012). *O movimento da qualidade em Portugal*. Porto: Vida Económica.
- Brunero, S., & Lamont, S. (2012). The process, logistics and challenges of implementing clinical supervision in a tertiary referral hospital. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26 (1), 186-193. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00913.x>
- Brunero, S., & Stein-Parbury, J. (2008). The effectiveness of clinical supervision in nursing: an evidenced based literature review. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(3), 86-94. https://www.researchgate.net/publication/230802446_The_effectiveness_of_clinical_supervision_in_nursing_An_evidence-based_literature_review
- Bulmer, C. (1997). Supervision: how it works. *Nursing Times*, 93,53-54.
- Butterworth, T & Faugier, J. (1992). *Clinical supervision and mentorship in nursing*. London: Chapman and Hall, London, UK
- Butterworth, T., Bell, L., Jackson, C., & Pajnkihar, M. (2008). Wicked spell or magic bullet? A review of the clinical supervision literature 2001-2007. *Nurse Education Today*, 28, 264-272.
- Campos, L.; Saturno, P.; Carneiro, A. V. (2010) *PNS 2011-2016, 2010b PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011-2016 A QUALIDADE DOS CUIDADOS E DOS SERVIÇOS*. CEMBE <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/07/Q2.pdf>
- Cardante, S. (2020). *Consulta de enfermagem pré-operatória e de follow-up em cirurgia de ambulatório: A perspectiva dos enfermeiros*. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto: <http://hdl.handle.net/10400.26/34037>
- Carvalho, A. L., Barroso, C., Pereira, M. A., Teixeira, A. P., Pinho, F., & Osório, M. (2019). *Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem - Manual Prático*. <http://hdl.handle.net/10400.26/31971>
- Carvalho, L. (2017). Clinical supervision in nursing - strategy for knowledge and quality of care. *Rev Rene*, 18(3):291. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000300001>
- Caseiro, J. (2009). Critérios de admissão e de alta em cirurgia do ambulatório - A perspectiva do Anestesiologista. *Revista Portuguesa De Cirurgia*, (8), 49-57. Acesso em <https://revista.spcir.com/index.php/spcir/article/view/223>
- Chou, R., Gordon, D. B., de Leon-Casasola, O. A., Rosenberg, J. M., Bickler, S., Brennan, T., Carter, T., Cassidy, C. L., Chittenden, E. H., Degenhardt, E., Griffith, S., Manworren, R., McCarberg, B., Montgomery, R., Murphy, J., Perkal, M. F., Suresh, S., Sluka, K., Strassels, S., Thirlby, R., ... Wu, C. L. (2016). Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American

- Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council. *The journal of pain*, 17(2), 131-157. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.12.008>
- Coelho, M., Miranda, K., Bezerra, S., Guedes, M., & Cabral, R. (2012). Supervisão como tecnologia para a melhoria da atenção básica à saúde. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 13 (3), 704-711. <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4014/3156>
- Cogan, M. (1973). *Clinical supervision*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório. (2008). *Relatório final - Cirurgia Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente*. http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/GRP/Relatorio_Final.pdf
- Conian, S., & Diamond, A. (2001). *Controlo da Dor*. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 9789729725067.
- Conselho de enfermagem (2010). *Modelo de Desenvolvimento Profissional - Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências*.
- Cooke, M., Walker, R., Aitken, L., Freeman, A., Pavey, S., & Cantril, R. (2016). Pre operative self-efficacy education vs. usual care for patients undergoing joint replacement surgery: a pilot randomised controlled trial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30 (1), 74-82. <https://doi.org/10.1111/scs.12223>
- Costa, A. (2019). *Avaliação da dor pós-operatória e estratégias analgésicas em Cirurgia de Ambulatório num Hospital Universitário Português*. (Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://hdl.handle.net/10216/120820>
- Costa, F. J. G. (2013). Contaminação Ambiental num Hospital por *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella* spp, *Mycobacterium* não tuberculosis e outros Microrganismos Oportunistas. (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Repositório Científico de Acesso Aberto <http://repositorio.esenfc.pt/?url=yRnbdj>
- Cruz, M. (2019). *Fatores que influenciam a satisfação profissional e a inteligência emocional: Contributos para a implementação de um modelo de supervisão clínica*. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/28136>
- Cruz, S. & Carvalho, L. (2012) Portuguese version of the Manchester Clinical Supervision Scale©: the translation and validation process. *Journal of Educational Sciences & Psychology*, 2 (1), 123-131.
- Cruz, S. (2012). *Do ad hoc a um modelo de supervisão clínica em enfermagem em uso*. (Tese de Doutoramento em enfermagem, Universidade Católica Portuguesa). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.14/12619>
- Cruz, S., Carvalho, L., & Lopes, E. (2016). Improving the evaluation of risk of fall through clinical supervision: an evidence. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 217, 382-388. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.02.108>
- Cruz, S., Carvalho, L., & Sousa, P. (2012). Clinical Supervision in Nursing: the (un)Known Phenomenon. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 69, 864-873. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.12.009>
- Cruz, S., Carvalho, L., & Sousa, P. (2015a). Clinical supervision and emotional intelligence capabilities: Excellence in clinical practice. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 171, 153-157. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.101>

- Cruz, S., Carvalho, L., Barbosa, P., & Lamas, B. (2015b). Morse fall scale user's manual: Quality in supervision and in nursing practice. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 171, 334-339. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.130>
- Cruz, S., Carvalho, L., Lamas, B., & Barbosa, P. (2014). Improving Quality in the Patients - Risk of Fall Evaluation through Clinical Supervision. *International Journal of Information and Education Technology*, 4(6), 526-530. <http://hdl.handle.net/10400.26/33296>
- Cruz, S.; Carvalho, L., & Sousa, P. (2013). Clinical supervision: priority strategy to a better health. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 112, 97 - 101. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.01.1143>
- Cutcliffe, J., & Loewe, L. (2005). A comparison of North American and Europe conceptualizations of clinical supervision. *Issues in Mental Health Nursing*, 26 (5), 475-488. <https://doi.org/10.1080/01612840590931920>
- Cutcliffe, J., Sloan, G., & Bashaw, M. (2018). A systematic review of clinical supervision evaluation studies in nursing. *International journal of mental health nursing*, 27(5), 1344-1363. <https://doi.org/10.1111/inm.12443>
- Decreto-lei 71/2012 do Ministério da Economia e do Emprego (2012). *Diário da República* n.º 58/2012, Série I de 2012-03-21. <https://files.dre.pt/1s/2012/03/05800/0131601319.pdf>
- Department of Health (UK) (1997) *The new NHS: Modern. Dependable*. London: The Stationary Office. ISBN 0 10 138072 0 <https://www.gov.uk/government/publications/the-new-nhs>
- Despacho n.º 1380/2018, de 8 de fevereiro do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2018). *Diário da República* n.º 28/2018, Série II, páginas 4511 - 4511 <https://files.dre.pt/2s/2018/02/028000000/0451104511.pdf>
- Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde (2015). *Diário da República* n.º 28/2015, 1º Suplemento, Série II de 2015-02-10, páginas 2 - 10 <https://files.dre.pt/2s/2015/02/028000001/0000200010.pdf>
- Despacho n.º 30114/2008, de 21 de novembro do Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2008). *Diário da República* n.º 227/2008, Série II de 2008-11-21, páginas 47550 - 47551 <https://files.dre.pt/2s/2008/11/227000000/4755047551.pdf>
- Despacho n.º 9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2021). *Diário da República*: 2ª Série, n.º 187. <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
- Dilworth, S., Higgins, I., Parker, V., Brian, K., & Turner, J. (2013). Finding a way forward: A literature review on the current debates around clinical supervision. *Contemporary nurse*, 45 (1), 22-32. <https://doi.org/10.5172/conu.2013.45.1.22>
- Ding, S., Lin, F., & Gillespie, B. M. (2016). Surgical wound assessment and documentation of nurses: an integrative review. *Journal of Wound Care*, 25(5), 232-240. <https://doi.org/10.12968/jowc.2016.25.5.232>
- Direção-Geral da Saúde (2001) *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. Lisboa: DGS. ISBN 972-9425-95-7. https://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/Plano_Nacional_de_Luta_Contra_a_Dor.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2003). *Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Circular Normativa Nº 09 <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>

- Direção-Geral da Saúde (2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Circular Normativa Nº 11 https://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/Programa_Controlo_da_Dor.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoSegDoente_Final.pdf
- Direção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde. Portugal (2013a). Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016: Versão Completa. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2013b). PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA DOR (PENPCDor). <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2013c). *Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico*. Norma Nº 024/2013. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/prevencao-da-infecao-do-local-cirurgico.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde Portugal (2015a). Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016: Revisão e extensão a 2020: Versão Completa. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2015b). *Vigilância epidemiológica das resistências aos antimicrobianos*. Norma nº 004/2013 atualizada a 13/11/2015. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/vigilancia-epidemiologica-das-resistencias-aos-antimicrobianos.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2015c). *“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico*. Norma Nº 020/2015. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-de-local-cirurgico.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde. Portugal (2017). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. Lisboa. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-Programa_Nacional_para_a_Preven%C3%A7%C3%A3o_e_Controlo_da_Dor_-_2017.pdf
- Direção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde. Portugal (2022). *Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026* <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2019). Plano Nacional de Saúde 2021-2030: Saúde Sustentável: de todos para todos. https://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf
- Dixon, G. D. (2004). Clinical supervision: a key to treatment success. *Southern Coast Addiction Technology Transfer Center*. <https://attchub.org/explore/priorityareas/wfd/getready/docs/Beacon004.pdf>
- Do, H., Edwards, H., & Finlayson, K. (2021). Postoperative wound assessment documentation and acute care nurses' perception of factors impacting wound documentation: A mixed methods study. *International journal of clinical practice*, 75(2), e13668. <https://doi.org/10.1111/ijcp.13668>
- Doherty, G. M. (2011). *Cirurgia: Diagnóstico e Tratamento*. 13a. ed. Guanabara Koogan,
- Donabedian, A. (1997). The Quality of Care. How Can It Be Assessed? *Archives of pathology & laboratory medicine*, 121(11), 1145-1150.
- Donaldson, L. J. & Donaldson, R. J. (2000) *Essential public health, 2nd edition*. Petroc Press.

- Duarte, A., & Martins, O. (2014). *Enfermagem em Bloco Operatório*. Lisboa : Lidel - Edições técnicas, Lda.
- Entidade Reguladora da Saúde. (2008). *Estudo sobre qualidade da cirurgia de ambulatório*. Porto. ERS.
https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/75/Microsoft_Word_-_Relatorio_Qualidade_em_Cirurgia_de_Ambulatorio-VFinal.pdf
- Eriksson, S., & Fagerberg, I. (2008). Supervisor experiences of supervising nursing staff in the care of older people. *Journal of Nursing Management*, 16 (7), 876-882.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00885.x>
- Espírito Santo, P. F. do, Almeida, S. A. de, Silveira, M. M., Salomé, G. M., & Ferreira, L. M. (2013). Uso da ferramenta Pressure Ulcer Scale for Healing para avaliar a cicatrização de úlcera crônica de perna. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 28(1), 133-141. <https://doi.org/10.1590/S1983-51752013000100023>
- Filson, K., Atherholt, C., Simoes, M., DiPalma, M., John, S., Reynolds, R., & McGovern, J. (2018). Post-operative vital signs: How often is too often? *Journal of Clinical Oncology*, 36(30_suppl), 210. https://doi.org/10.1200/JCO.2018.36.30_suppl.210
- Fortin, M. (2009). O processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusodidacta.
- Fowler, J. (1996). The organisation of clinical supervision within the nursing profession: review of the literature. *Journal of advanced nursing*, 23 (3), 471-478.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1996.tb00008.x>
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos Doentes - Uma Abordagem Prática*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas.
- Fragata, J., & Martins, L. (2004). *O Erro em Medicina*. Coimbra: Almedina.
- Fragata, J., Bilbao, M., Fragata, I., Barros, P. P., Santos, S., Ferreira, S., & França, M. (2006). *Risco Clínico - Complexidade e Performance*. Coimbra: Almedina.
- Garrido, A. (2004). *A supervisão clínica e a qualidade de vida dos enfermeiros*. (Tese de Mestrado, Universidade de Aveiro). Repositório Científico de Acesso Aberto
<http://hdl.handle.net/10773/1464>
- Garrido, A.; Simões, J.; Pires, R. (2008). *Supervisão clínica em enfermagem: perspetivas práticas*. Universidade de Aveiro.
- Gerbershagen, H. J., Aduckathil, S., van Wijck, A. J., Peelen, L. M., Kalkman, C. J., & Meissner, W. (2013). Pain intensity on the first day after surgery: a prospective cohort study comparing 179 surgical procedures. *Anesthesiology*, 118(4), 934-944.
<https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e31828866b3>
- Ghazali, D. A., Kenway, P., & Casalino, E. (2019). Simulation-based training for pain assessment in the emergency department. *Medical education*, 53(11), 1149-1150.
<https://doi.org/10.1111/medu.13975>
- Goldhammer, R., R. H. Anderson & R. J. Krajewski (1980). *Clinical Supervision: special Methods for the supervision of teachers*. New York, Holt, Rinehart and Winston, 2nd ed.
- Gomes, P. (2004). A evolução do conceito de qualidade: dos bens manufacturados aos serviços de informação. *Cadernos BAD*, 2, p. 6-18
<http://eprints.rclis.org/10401/1/GomesBAD204.pdf>
- Gonge, H., & Buus, N. (2011). Model for investigating the benefits of clinical supervision in psychiatric nursing: a survey study. *International journal of mental health nursing*, 20(2), 102-111. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2010.00717.x>

- Gröndahl, W., Muurinen, H., Katajisto, J., Suhonen, R., & Leino-Kilpi, H. (2019). Perceived quality of nursing care and patient education: a cross-sectional study of hospitalised surgical patients in Finland. *BMJ Open*, 9, 1-9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023108>
- Guo, P. (2015). Preoperative education interventions to reduce anxiety and improve recovery among cardiac surgery patients: a review of randomised controlled trials. *Journal of Clinical Nursing*, 24 (1-2), 34-46. <https://doi.org/10.1111/jocn.12618>
- Haynes, A. B., Weiser, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Breizat, A.-H. S., Dellinger, E. P., Herbosa, T., Joseph, S., Kibatala, P. L., Lapitan, M. C. M., Merry, A. F., Moorthy, K., Reznick, R. K., Taylor, B., & Gawande, A. A. (2009). A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *New England Journal of Medicine*, 360(5), 491-499. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa0810119>
- Health Service Executive. (2015). *HSE HR Circular 002/15: Supervision Guidelines for Health & Social Care Professionals*. <https://www.hse.ie/eng/staff/resources/hr-circulars/circ00215.pdf>
- Heron, J. (1990). *Helping the client: a creative practical guide*. United Kingdom: Sage Publication.
- Holloway, E. (1995). *Clinical Supervision: a systems approach*. USA: Sage Publications.
- Hyrkäs, K. & Paunonen-Ilmonen, M (2001) The effects of clinical supervision on the quality of care: examining the results of team supervision. *Journal of Advanced Nursing*, 33 (4), 492-502. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01685.x>
- Hyrkäs, K. (2002). *Clinical supervision and quality care: examining the effects of team supervision in multi-professional teams*. (Academic dissertation. Finland: University of Tampere). <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/67209/951-44-5351-4.pdf?sequence=1>
- Hyrkäs, K. (2005). Clinical Supervision, Burnout, and Job Satisfaction among mental health and psychiatric nurses in Finland. *Issues in Mental Health Nursing*, 26 (5), 531-556. <https://doi.org/10.1080/01612840590931975>
- Hyrkäs, K., Appelqvist-Schmidlechner, K., & Paunonen-Ilmonen, M. (2002). Expert supervisors' views of clinical supervision: a study of factors promoting and inhibiting the achievements of multiprofessional team supervision. *Journal of Advanced Nursing*, 38(4), 387-397. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02192.x>
- IASP. (2011a). *Ano Mundial contra a Dor Aguda outubro 2010- outubro 2011 - Qual é o problema?*. Obtido de Associação Portuguesa para o Estudo da Dor: https://www.aped-dor.org/images/FactSheets/DorAguda/pt/1_Problem_Portuguese.pdf
- IASP. (2011b). *Ano Mundial contra a Dor Aguda outubro 2010- outubro 2011 - Dor Aguda e Cirurgia*. Obtido de Associação Portuguesa para o Estudo da Dor: https://www.aped-dor.org/images/FactSheets/DorAguda/pt/7_Surgery_Portuguese.pdf
- IASP. (2020) IASP Announces Revised Definition of Pain. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/?ItemNumber=10475>
- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (Eds.). (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. National Academies Press (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>
- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. National Academies Press (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/>

- Institute of Medicine (US) Committee to Design a Strategy for Quality Review and Assurance in Medicare, & Lohr, K. N. (Eds.). (1990). *Medicare: A Strategy for Quality Assurance*. National Academies Press (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235462/>
- International Association for Ambulatory Surgery (IAAS) (2014). *Ambulatory Surgery Handbook*. 2nd Edition. https://theiaas.net/wp-content/uploads/2022/06/Day_Surgery_Manual.pdf
- International Council of Nurses (2016). *Cipe® Versão 2015 - Classificação Internacional Para A Prática De Enfermagem*. Edição Portuguesa - Ordem dos Enfermeiros
- International Council of Nurses (2019). International Classification for Nursing Practice (ICNP). Obtido de ICNP Browser: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser>
- Kim, Y. S., Park, J. M., Moon, Y. S., & Han, S. H. (2017). Assessment of pain in the elderly: A literature review. *The National medical journal of India*, 30(4), 203-207. <https://doi.org/10.4103/0970-258X.218673>
- Koivu, A., Hyrkäs, K., & Saarinen, P. I. (2011). Who attend clinical supervision? the uptake of clinical supervision by hospital nurses. *Journal of Nursing Management*, 19 (1), 69-79. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01185.x>
- Koivu, A., Saarinen, P. I., & Hyrkäs, K. (2012). Does clinical supervision promote medical surgical nurses' well-being at work? A quasi-experimental 4-year follow-up study. *Journal of Nursing Management*, 20 (3), 401-413. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01388.x>
- Leal, E. C. & Carvalho, E. (2014). Cicatrização de feridas: o fisiológico e o patológico. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 9 (3), 133-143. <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2017/10/RPD-Vol-9-n%C2%BA-3-Setembro-2014-Artigo-de-Revis%C3%A3o-p%C3%A1gs-133-143.pdf>
- Leddick, G. R. (1994). *Models of Clinical Supervision*. ERIC Digest. <https://www.counseling.org/resources/library/eric%20digests/94-08.pdf>
- Lei n.º 95/2019 ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA. (2019) *Diário da República: 1ª Série, nº 169* <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
- Lemos, P. (2010). Grande Crescimento da Cirurgia Ambulatória em Portugal - Resultados do V inquérito nacional. *Revista Portuguesa de Cirurgia Ambulatória*, 11 (1), 9-20.
- Li, D., & Korniewicz, D. M. (2013). Determination of the effectiveness of electronic health records to document pressure ulcers. *Medsurg nursing : official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 22(1), 17-25. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23469495>.
- Lobão, V. T. L. F. (2021). *Follow-up da dor pós-operatória em utentes submetidos a cirurgia de ambulatório*. (Tese de mestrado, Instituto Politécnico de viana do Castelo). Repositório Científico de Acesso Aberto: <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2553>
- Lopes, E. M., (2015). O impacto da implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem na avaliação do risco de queda. (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/9763>
- Lopes, M. A. (2020). Padrão de documentação de cuidados de enfermagem no período intra-operatório. (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Repositório Científico de Acesso Aberto <http://web.esenfc.pt/?url=zXLQUZpY>
- Lynch, L., Hancox, K., Happel, B., & Parker, J. (2008b). *Clinical supervision for nurses*. USA: Wiley-Balckwell.

- Lynch, L., Happell, B., & Sharrock, J. (2008a). Clinical supervision: an exploration of its origins and definitions. *International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 13(2), 1-19.
- Maia, T., & Abreu, W. (2003). *Supervisão clínica em enfermagem: relatório síntese do projecto de intervenção*. Matosinhos: Unidade Local de Saúde de Matosinhos.
- Manley, K., & Beltman, L. (2009). *Enfermagem Cirúrgica. Prática Avançada*. Loures: Lusodidacta.
- Manninen, P. H., & Unger, Z. M. (2016). Hypoxia. *Complications in Neuroanesthesia*, 169-180. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-804075-1.00021-3>
- Markey, K., Murphy, L., O'Donnell, C., Turner, J., & Doody, O. (2020). Clinical supervision: A panacea for missed care. *Journal of nursing management*, 28(8): 2113-2117. <https://doi.org/10.1111/jonm.13001>
- Marques, A. R. O. (2011). *Cuidados de Enfermagem Pré e Pós-Operatórios em Cirurgia Ambulatória: Percepção dos Doentes* (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Repositório Científico de Acesso Aberto: <http://repositorio.esenfc.pt/?url=XfCfhn>
- Matias, A. C. R. (2022). *Avaliação da Cultura de Segurança de uma Unidade de Cirurgia Ambulatória*. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://web.esenfc.pt/?url=Wl5Inxc1>
- McGilton, K. S., Chu, C. H., Shaw, A. C., Wong, R., & Ploeg, J. (2016). Outcomes related to effective nurse supervision in long-term care homes: an integrative review. *Journal of nursing management*, 24(8): 1007-1026. <https://doi.org/10.1111/jonm.12419>
- Menoita, E. C. (2015). *Gestão de Feridas Complexas*. Lusodidáctica
- Min, J. Y., Kim, H. I., Park, S. J., Lim, H., Song, J. H., & Byon, H. J. (2017). Adequate interval for the monitoring of vital signs during endotracheal intubation. *BMC Anesthesiology*, 17(1), 110. <https://doi.org/10.1186/s12871-017-0399-y>
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2020). *Relatório Anual 2020. Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas*. Ministério da Saúde. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/09/Relatorio-do-Acesso_VF.pdf
- Mota, J. L. (2016). *Cirurgia Ambulatória: readmissões pós-cirúrgicas*. (Tese de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10362/19943>
- Myrick, F. (1998). Preceptorship: A viable alternative clinical teaching strategy? *Journal of Advanced Nursing*, 13(5), 588-591. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1988.tb01452.x>
- National Health Service (2006). *Clinical supervision policy*. Leicestershire County and Rutland: National Health Service Primary Care Trust.
- National Health Service (2009). *Clinical supervision policy*. Leicestershire County and Rutland: National Health Service Primary Care Trust.
- National Health Service (2017). *Clinical supervision policy*. Suffolk Community Healthcare Consortium. Document Reference No: 1679, Version No: 3.0
- National Health Service Management Executive (1993). *A vision for the future: the nursing, midwifery and health visiting contribution to health and health care*. London: Department of Health (DoH)
- National Institute of Academic Anaesthesia (NIAA) Health Services Research Centre. (2018) *Perioperative Quality Improvement Programme Annual Report 2017-18*. NIAA:

- London. <https://pqip.org.uk/FilesUploaded/PQIP%20Annual%20Report%202017-18.pdf>
- National Institute of Academic Anaesthesia (NIAA) Health Services Research Centre. (2019) *Perioperative Quality Improvement Programme Annual Report 2018-19*. NIAA: London. <https://pqip.org.uk/FilesUploaded/PQIP%20Annual%20Report%202018-19.pdf>
- National Institute of Academic Anaesthesia (NIAA) Health Services Research Centre. (2021) *Perioperative Quality Improvement Programme Report 3: August 2019 - July 2021*. NIAA: London. https://pqip.org.uk/FilesUploaded/PQIP-Annual-Report_2021.pdf
- Neary, M. (2000). *Teaching, assessing and evaluation for clinical competence*. Cheltenham: Stanley Thornes.
- Nicklin, P. (1997). A practice centred model of clinical supervision. *Nursing Times*, 93 (46), 52-54
- Nunes, L. (2009). Entrevista a enfermeira Lucilia Nunes, Presidente do Conselho de Enfermagem da O.E. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 32, 4-12.
- Nursing and Midwifery Council. (2018). *The Code: Professional Standards of Practice and Behaviour for Nurses, Midwives and Nursing Associates*. <https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/nmc-publications/nmc-code.pdf>
- Oliveira, A. M. (2011). *Vivências dos familiares em contexto de cirurgia ambulatória: A família como suporte ao cuidar*. (Tese de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar). Repositório Científico de Acesso Aberto <http://hdl.handle.net/10216/26922>
- Oliveira, A. M., Batalha, L. C., Fernandes, A. M., Gonçalves, J. C., & Viegas, R. G. (2014). Uma análise funcional da Wong-Baker Faces Pain Rating Scale: linearidade, discriminabilidade e amplitude. *Revista de Enfermagem Referência*, IV, série (3), 121- 130. <https://doi.org/10.12707/RIV14018>
- Oliveira, K. S. (2019). *Inteligência emocional dos enfermeiros: Contributos da supervisão clínica*. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/28831>
- ONU. (2018). *Guia sobre Desenvolvimento Sustentável: 17 objetivos para transformar o nosso mundo*. Centro de Informação Regional das Nações Unidas para a Europa Ocidental. https://unric.org/pt/wp-content/uploads/sites/9/2019/01/SDG_brochure_PT-web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *DOR - Guia Orientador de Boa Prática*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Caderno Temático - Modelo de Desenvolvimento Profissional: Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2014). *PARECER CJ 196/2014 - Sobre: Registo de penso e evolução da ferida*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer_196_2014_RegistoPensoEvolucaoFerida.pdf

- Organização Mundial da Saúde (2004). *World Alliance for Patient Safety: forward programme 2005*. Organização Mundial da Saúde. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43072>
- Organização Mundial da Saúde (2006). *Forward programme, 2006-2007 / World Alliance for Patient Safety*. Organização Mundial da Saúde. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69349>
- Organização Mundial da Saúde (2008). *World Alliance for Patient Safety: forward programme 2008-2009*, 1st ed. Organização Mundial da Saúde. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70460>
- Organização Mundial da Saúde (2015). *Orientações estratégicas europeias para o fortalecimento da Enfermagem e Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em relação às metas de Saúde 2020*. Organização Mundial da Saúde. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8884/oms_europa_orientacoesestrategi caseuropeias_online.pdf
- Organização Mundial da Saúde (2020a). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde* [Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care] <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- Organização Mundial da Saúde (2020b). *Comité Regional para a África, 70. Elaboração de um projecto de plano de acção mundial para a segurança do doente*. Organização Mundial da Saúde. Escritório Regional para a África. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333997>
- Organização Mundial da Saúde (2021). *Global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care*. Organização Mundial da Saúde. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/343477>. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- Peisah, C., Weaver, J., Wong, L., & Strukovski, J. A. (2014). Silent and suffering: a pilot study exploring gaps between theory and practice in pain management for people with severe dementia in residential aged care facilities. *Clinical interventions in aging*, 9, 1767-1774. <https://doi.org/10.2147/CIA.S64598>
- Pina, E.; Maia, M. J.; Pereira, L. G. (2012). *Vigilância das infeções do local cirúrgico: Helics-cirurgia relatório 2006-2010*. Departamento da Qualidade na Saúde. https://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2013/04/images_centrodocs_normas_normas_IACS_HELICS_cirurgia_Relat_HELICSCirur.pdf
- Pinto, J. R. L., & Sarnadas, L. L. (2020). Tradução e adaptação do Ambulatory Surgery Center Survey on Patient Safety Culture para a cultura portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência, Série V* (1), e20059, 1-10 <https://doi.org/10.12707/RIV19062>
- Pinto, J. R. L., Matias, A. C. R., & Sarnadas, L. L. (2020). Avaliação da cultura de segurança do doente em cirurgia ambulatória pelos enfermeiros: protocolo de scoping review. *Revista de Enfermagem Referência, Série V* (4), e20059, 1-6. <https://doi.org/10.12707/RV20059>
- Pollock, A., Campbell, P., Deery, R., Fleming, M., Rankin, J., Sloan, G., & Cheyne, H. (2017). A systematic review of evidence relating to clinical supervision for nurses, midwives and allied health professional. *Journal of advanced nursing*, 73(8), 1825-1837. <https://doi.org/10.1111/jan.13253>
- Potter, P. & Perry, A. (2006). *Fundamentos de enfermagem: conceitos e procedimentos*. (5ª ed.). Lusociencia

- Prata, P., Santos, M. R., Frade, J., Koch, C. (2015). *Supervisão clínica em enfermagem: um conceito de consenso em sete países da União Europeia*. In *II Congresso Internacional de Supervisão Clínica* (243-246). Porto, Escola Superior de Enfermagem Porto. https://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/publicacoes/978-989-98443-6-0.pdf
- Proctor, B. (1986). *Supervision: A co-operative exercise in accountability*. In M. Marken, & M. Payne, *Enabling and Ensuring*. Leicester: National Youth Bureau and Council for Education and Training in Youth and Community Work.
- Rebello, S. M. S. R. S. (2014). *Segurança do Doente no Bloco Operatório*. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Repositório Científico de Acesso Aberto <http://repositorio.esenfc.pt/?url=M6S3lzQX>
- Rego, G. (2011). *Gestão Empresarial nos Serviços Públicos: Uma aplicação ao sector da saúde*. 3º Ed. Porto: Vida Económica.
- Rocha, I. (2022) *Implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem: contributos para o autocuidado, satisfação profissional e competência emocional*. (Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://hdl.handle.net/10216/139953>.
- Rothrock, J. C. (2014). *Alexander'S Care Of The Patient In Surgery*. Elsevier: Health Sciences Division
- Rothrock, J. C., & McEwen, D. R. (2008). *Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico*. Loures: Lusodidacta.
- Sarmiento, P.; Marcos, A.; Fonseca, C.; Marques, M.; Lemos, P; Vieira, V. (2013). *Recomendações para o Tratamento da Dor Aguda Pós-Operatória em Cirurgia Ambulatória*. Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória
- Severinsson, E. (2001). Confirmation, meaning and self-awareness as core concepts of the nursing supervision model. *Nursing Ethics*, 8(1),36-44. <https://doi.org/10.1177/096973300100800105>
- Silva, A. T. F. (2018). *A Supervisão de Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico: contributo dos Enfermeiros Supervisores para o processo de ensino-aprendizagem*. (Tese de Mestrado, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas - Universidade Nova de Lisboa) Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10362/46724>
- Silva, M. I. (2015). *Avaliação do Risco de Queda - Contributos para a Implementação da Supervisão Clínica em Enfermagem*. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/12868>
- Silva, R., Pires, R., & Vilela, C. (2011). Supervisão de estudantes de enfermagem em ensino clínico: revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem de Referência, Série III* (3), 113-122. <https://doi.org/10.12707/RIII1036>
- Simões, S. P. H. (2016). *A cirurgia de ambulatório em Portugal*. (Tese de Mestrado, Universidade de Lisboa. Instituto Superior de Economia e Gestão). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.5/13164>
- Sirola-Karvinen, P., & Hirkäs, K. (2006). Clinical supervision for nurses in administrative and leadership positions: a systematic literature review of the studies focusing on administrative clinical supervision. *Journal of Nursing Management*, 14(8), 601-609. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2934.2006.00719.x>
- Sloan, G. (1998). Focus group interviews: defining clinical supervision. *Nursing Standard*, 12 (42), 40-43. <https://doi.org/10.7748/ns1998.07.12.42.40.c2516>
- Sloan, G. (1999a). Understanding clinical supervision from a nursing perspective. *British Journal of nursing*, 8 (8), 524-529. <https://doi.org/10.12968/bjon.1999.8.8.6632>

- Sloan, G. (1999b). Good characteristics of clinical supervisor: a community mental nurse perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 30(3), 713-722. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01121.x>
- Sloan, G., & Watson, H. (2001). John Heron's six category intervention analysis: towards understanding interpersonal relations and progressing the delivery of clinical supervision for mental health nursing in the United Kingdom. *Journal of Advanced Nursing*, 36(2), 206-214. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01961.x>
- Sloan, G., & Watson, H. (2002). Clinical supervision models for nursing: structure, research and limitations. *Nursing standard*, 17 (4), p.7-38.
- Small, C., & Laycock, H. (2020). Acute postoperative pain management. *The British journal of surgery*, 107(2), e70-e80. <https://doi.org/10.1002/bjs.11477>
- Smyth, W. J. (1984). Observation. Toward a "critical consciousness" in the instructional supervision of Experienced Teachers. *Curriculum inquiry*, 14 (4), 425-436.
- Sousa, B. (2015). *O Follow-up e as Complicações Pós-Operatórias em Cirurgia de Ambulatório*. (tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Repositório Científico de Acesso Aberto: <http://repositorio.esenfc.pt/?url=s56UHh2r>
- Stuart, C. (2003). *Assessment, supervision and support in clinical practice: a guide for nurses, midwives and other health professionals*. London: Churchill Livingstone.
- Tait, J. (1994). *Opening address at clinical supervision - coference*, Birmingham. England.
- Tareco, E. S. R. (2015). *Sistemas informáticos em saúde para a qualidade dos cuidados de enfermagem, revisão sistemática*. (Tese de Mestrado, Faculdade de Economia, Universidade do Algarve). Repositório Científico de Acesso Aberto <http://hdl.handle.net/10400.1/7670>
- Teixeira, A. I. (2021). *Supervisão Clínica em Enfermagem - Contributo para a Prática Baseada na Evidência e Competência Emocional*. (Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto: <https://hdl.handle.net/10216/136599>
- Teixeira, A., Carvalho, L., & Barroso, C. (2018). Nurses' perceptions of barriers for implementing EBP in a central hospital in the north of Portugal. *BMC Health Services Research*, 18 (2), 684.
- Teixeira, A., Ribeiro, S., Carvalho, L., & Barroso, C. (2019). Clinical supervision for the development of emotional competence. *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences*, 60, 481-488. <https://doi.org/10.15405/epsbs.2019.04.02.61>
- Teixeira, S., Carvalho, L., & Cruz, S. (2016). Avaliação do autocuidado como indicador para a supervisão clínica em enfermagem. *Rev Rene*, 17(3), 356-362.
- Thran, J. S. (2018). Documentation of Vital Signs During the Post-Operative Phase. *Master's Theses, Dissertations, Graduate Research and Major Papers Overview*. 278. <https://doi.org/10.28971/542018TJ73>
- Tomlinson, J. (2015). Using clinical supervision to improve the quality and safety of patient care: a response to Berwick and Francis. *BMC Medical Education*, 15(1), 103. <https://doi.org/10.1186/s12909-015-0324-3>
- United Nations (2015). *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. New York: United Nations. <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>
- Van Ooijen, Els (2000). *Clinical Supervision: A Practical Approach*. Churchill Livingstone
- Vieira, V., Carmona, C., Silva Pinto, J., & Marcos, A. (2017). Recomendações para Abordagem Anestésica do Doente Idoso em Cirurgia Ambulatória. *Revista Da*

- Walker, E., Bell, M., Cook, T. M., Grocott, M., Moonesinghe, S. R. (2016). Patient reported outcome of adult perioperative anaesthesia in the United Kingdom: a cross-sectional observational study. *British journal of anaesthesia*, 117(6), 758-766.
<https://doi.org/10.1093/bja/aew381>
- Warden, V., Hurley, A. C., & Volicer, L. (2003). Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *Journal of the American Medical Directors Association*, 4(1), 9-15.
<https://doi.org/10.1097/01.JAM.0000043422.31640.F7>
- Way, L., & Domerty, G. (2004). *Cuidados Pós-operatórios*. In *Cirurgia - Diagnóstico & Tratamento*. p. 12- 18. Brasil: Editora Guanabara Koogan.
- Zinn, J., & Swofford, V. (2014). Quality-improvement initiative: Classifying and documenting surgical wounds Interprofessional collaboration promoted a successful initiative to improve wound classification. *Wound Care Advisor*, 3.
- Žorga, S. (2004). Supervision: the process of life-long learning in social and educational professions. *Journal of Interprofessional Care*, 16 (3), 265-276.
<https://doi.org/10.1080/13561820220146694>

ANEXOS

ANEXO I - Questionário “Avaliação da Dor e Ferida Cirúrgica”



43055

Questionário

C-S2AFECARE-Q – Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados - avaliação da Dor e Ferida Cirúrgica

Este questionário integra-se no projeto de investigação C-S2AFECARE-Q – Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados, que está a ser realizado numa parceria da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e o [REDACTED]. Neste projeto estão envolvidos a estudante Leonor Olímpia Lopes Sousa Morais Teixeira, professora adjunta de enfermagem da ESEP, integrada no Doutoramento em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, e o estudante Rui Filipe Sá Santos, integrado no mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem, na ESEP, sob orientação do Prof. Doutor Luís Carvalho e da Prof.^a Doutora Cristina Barroso Pinto.

Tendo por base os fenómenos “Dor” e “Ferida Cirúrgica” – áreas sensíveis aos cuidados de enfermagem no contexto de cirurgia em ambulatório, pretende-se identificar contributos para a implementação de um Modelo de Supervisão Clínica que irá decorrer numa fase posterior do projeto, adaptado às necessidades identificadas no contexto em questão, tendo como objetivo promover a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem e com consequentes ganhos em saúde para o utente.

Este questionário é composto por:

- I. Caracterização do utente;
- II. Questionário sobre a avaliação da Dor;
- III. Questionário sobre a avaliação da Ferida Cirúrgica;

Para a validade e utilidade das respostas é importante que responda a todas as questões.

De forma a assegurar o anonimato das respostas, em nenhum local do questionário deverá colocar o seu nome. Os dados recolhidos através deste instrumento não têm como objetivo identificá-lo e/ou classificá-lo, têm apenas utilidade estatística.

Garantimos o cumprimento de todos os princípios éticos associados a este tipo de estudo.

A sua participação é fundamental para a realização deste estudo, pelo que desde já agradecemos a sua colaboração e o tempo dispendido.

Estaremos disponíveis para qualquer esclarecimento adicional.

Leonor Olímpia Teixeira ([REDACTED])

Rui Santos ([REDACTED])

I PARTE - CARACTERIZAÇÃO DO UTENTE

1. Idade (anos completos)

2. Género: ☐ Feminino ☐ Masculino

3. Especialidade Cirúrgica:

- ☐ Oftalmologia ☐ Neurocirurgia
☐ Ginecologia ☐ Cirurgia da Mama
☐ Cirurgia vascular ☐ Cirurgia de ambulatório
☐ Cirurgia geral ☐ Cirurgia Maxilofacial
☐ Otorrinolaringologia ☐ Plástica
☐ Ortopedia ☐ Urologia

4. Diagnóstico Cirúrgico:

5. Co-morbilidades: ☐ Sim ☐ Não

5.1 Se sim quais? (pode assinalar mais do que uma opção)

- ☐ Diabetes Mellitus ☐ História de Infecção ou colonização
 Glicémia na admissão: ☐ Hepatopatia
☐ HTA ☐ Neuropatia
☐ Dislipidemia ☐ Cirurgias anteriores Quantas?
☐ Ansiedade ☐ Outras Quais?
☐ Depressão ☐ Imunossupressão

6. Estado nutricional – Índice de Massa Corporal (IMC):

7. Hábitos tabágicos: ☐ Sim ☐ Não

8. Hábitos alcoólicos: ☐ Sim ☐ Não

9. O utente tem histórico de uso de drogas? ☐ Sim ☐ Não

10. Indique:

10.1. Procedimento(s) cirúrgico(s) realizado(s):

10.2. Tempo de cirurgia: ☐ Menos de 1 hora ☐ Entre 1 e 3 horas ☐ Mais de 3 horas

10.3. Tipo de anestesia: ☐ Bloqueio motor ☐ Geral balanceada ☐ Geral inalatória ☐ Outro

Qual

10.4. Tempo de anestesia: ☐ Menos de 1 hora ☐ Entre 1 e 3 horas ☐ Mais de 3 horas

10.5. Classificação do estado físico de acordo com a escala da American Society of Anesthesiologists (ASA):

- ☐ ASA I ☐ ASA II ☐ ASA III ☐ ASA IV ☐ ASA V ☐ ASA VI

11. O utente tem histórico de dor crónica? ☐ Sim ☐ Não

12. O utente tem histórico de uso de medidas não farmacológicas de alívio da dor? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, quais?

13. O utente tem histórico de uso de medidas farmacológicas de alívio da dor? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, quais?

14. O utente realiza analgesia prescrita em domicílio? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, qual?

15. O utente emocionalmente encontra-se: ☐ Tranquilo ☐ Otimista ☐ Pessimista ☐ Ansioso ☐ Deprimido

16. O utente tem um acompanhante identificado? ☐ Sim ☐ Não

1. Indique a (s) escalas (s) que utilizou na monitorização da dor:

- ☐ Escala visual analógica (EVA)
- ☐ Escala numérica (EN)
- ☐ Escala qualitativa
- ☐ Escala de Faces de Wong Baker
- ☐ Escala de Faces Revista - Faces Pain Scale – Revised (FPS-R)
- ☐ Escala PAINAD - Pain Assessment in Advanced Dementia

2. Indique as características da dor identificadas:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

2.1. Intensidade (score da escala): ○○○○○○○○○○

2.2 Localização:

2.3 Frequência:

2.4 Duração: ☐ Continua ☐ Intermitente ☐ Episódica

3. Estratégia farmacológica utilizada para o alívio da dor:

[illegible]

3.2. Dose (s) (mg)

--	--	--	--	--

[illegible][illegible]

4. Parâmetros vitais avaliados (pode assinalar mais do que uma opção) os parâmetros vitais avaliados no respetivo

	Pré-operatório	Intraoperatório	Recobro imediato	Recobro tardio
Pressão arterial	☐	☐	☐	☐
Frequência cardíaca	☐	☐	☐	☐
Frequência respiratória	☐	☐	☐	☐
Saturação periférica de oxigênio	☐	☐	☐	☐
Temperatura corporal	☐	☐	☐	☐
Dor	☐	☐	☐	☐
Glicemia Capilar	☐	☐	☐	☐

Registos de enfermagem a executar de acordo com os dados obtidos da avaliação da dor

1. Para o utente em análise, de acordo com as **atividades diagnósticas** para a avaliação da ferida cirúrgica, parametrizadas no Sistema SClínico Hospitalar, (preencha o círculo (●), a opção que lhe parece **(m) mais conveniente (s) para o seu plano de cuidados que realizaria**, e posteriormente, se realizou, qual a descrição da atividade.

ATIVIDADES DIAGNÓSTICAS	ATIVIDADE	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DIAGNÓSTICA	
Monitorizar a dor	☐ Realizada	<<SEGUNDO A ESCALA NUMÉRICA, COM SCORE>>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
	☐ Não realizada		○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
Vigiar sedação	☐ Realizada ☐ Não realizada	Ansioso e Agitado	○
		Cooperante, orientado e tranquilo	○
		Obedece a ordens mas sonolento	○
		Adormecido, resposta viva a estímulos dolorosos leves	○
		Adormecido, não responde a ordens, resposta lenta a estímulos	○
		Adormecido, sem resposta a ordens e estímulos	○

ATIVIDADES DIAGNÓSTICAS	ATIVIDADE	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DIAGNÓSTICA	
Vigiar dor	☐ Realizada ☐ Não realizada	Sem dor	○
		Com dor em aperto	○
		Com dor em barra	○
		Com dor em moedeira	○
		Com dor em pontada	○
		Com dor lancinante	○
		Com dor tipo cólica	○
		Agrava com o posicionamento	□
		Não agrava com o posicionamento	□
		Agrava com a deambulação	□
		Não agrava com a deambulação	□

ATIVIDADES DIAGNÓSTICAS	ATIVIDADE	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DIAGNÓSTICA	
Monitorizar bloqueio motor	☐ Realizada ☐ Não realizada	(nenhum) – movimento livre dos membros inferiores (pernas e pés)	○
		(parcial) – capaz de fletir os joelhos	○
		(quase completo) – não é capaz de fletir os joelhos mas	○
		(completo) – não consegue ter movimento dos membros	○

ATIVIDADES DIAGNÓSTICAS	ATIVIDADE	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DIAGNÓSTICA	
Avaliar o conhecimento sobre estratégias de alívio da dor	☐ Realizado ☐ Não Realizado	Dor	☐
		Complicações	☐
		Avaliação da dor	☐
		Gestão do Regime Terapêutico	☐
		Estratégias não farmacológicas	☐

ATIVIDADES DIAGNÓSTICAS	ATIVIDADE	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DIAGNÓSTICA	
Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento	☐ Realizado ☐ Não Realizado	Capacidade Cognitiva	☐
		Conscientização das mudanças do seu estado de saúde	☐
		Força de vontade expressa na aprendizagem	☐
		Envolvimento no processo de ensino/ aprendizagem	☐

ATIVIDADES DIAGNÓSTICAS	ATIVIDADE	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DIAGNÓSTICA	
Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor	☐ Realizado ☐ Não Realizado	Dor	☐
		Complicações	☐
		Prevenção da dor	☐
		Gestão do Regime Terapêutico	☐
		Estratégias não farmacológicas	☐

2. Para o utente em análise, e considerando as atividades diagnósticas elencadas anteriormente, (preencha o círculo (●), a(s) opção (ões) dos **diagnósticos de enfermagem** que lhe parece (m) mais conveniente (s) para o seu plano de cuidados, propostos no Sistema SClinico Hospitalar.

Dor, em grau reduzido	☐
Dor, em grau moderado	☐
Dor, em grau elevado	☐
Dor, em grau muito elevado	☐
Sem dor	☐
Potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias de alívio da dor	☐
Conhecimento sobre estratégias de alívio da dor	☐
Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias de alívio da dor	☐
Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor	☐
Conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor	☐

3. Para o utente em análise, de acordo com as **intervenções de enfermagem** parametrizadas no Sistema SClinico Hospitalar, preencha o círculo (●) a (s) opção (ões) que lhe parece (m) mais conveniente (s) **para o seu plano de cuidados**.

	De x em x horas				Sem horário	Hora fixa	S.O.S.	Outros horários
	1	2	3	4				
Aliviar a dor através de embalagem fria	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Aplicar envolvimento frio	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Aplicar envolvimento quente	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Assistir a identificar estratégias de alívio da dor	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Assistir a pessoa a controlar a dor através do posicionamento	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Executar técnica de distração	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Executar técnica de imaginação guiada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Executar técnica de massagem	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Executar terapia através de neuro estimulador de superfície	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Executar tratamentos com estratégias não farmacológicas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Planear técnica de distração	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Posicionar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vigiar a dor	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gerir analgésicos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Administrar sacarose oral	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Monitorizar a dor	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vigiar sedação	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Monitorizar bloqueio motor	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Avaliar conhecimento sobre estratégias de alívio da dor	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ensinar sobre dor	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ensinar sobre estratégias adaptativas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ensinar sobre estratégias não farmacológicas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ensinar sobre medicamentos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ensinar sobre regime medicamentoso	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ensinar o prestador de cuidados a aliviar a dor com estratégias não farmacológicas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ensinar o prestador de cuidados a gerir o regime medicamentoso	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ensinar o prestador de cuidados a vigiar dor	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ensinar o prestador de cuidados sobre como aliviar a dor	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

“Feixe de intervenções” de prevenção da infecção do local cirúrgico

- ☐
- Analgésico
- ☐
- Anti-inflamatório
- ☐
- Antibiótico
- ☐
- HBPM
- ☐
- Outros

[illegible]

1. Presença de ferida cirúrgica: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

- 1.1. Se sim, qual(quais) a(s) localização da(s) ferida(s) cirúrgica(s)**

[illegible]

- ## 2. Classificação da(s) ferida(s) cirúrgica(s)

☐ Ferida Limpa ☐ Ferida limpa-contaminada ☐ Ferida contaminada ☐ Ferida suja ou infectada

3. Tipo de cicatrização da(s) ferida(s) cirúrgica(s) ☐ Primeira intenção ☐ Segunda intenção ☐ Terceira intenção

4. Utilizado material de sutura? ☐ Sim ☐ Não

- #### 4.1. Se sim, qual o tipo?

[illegible]

5. Colocado(s) dreno(s) durante a cirurgia? ☐ Sim ☐ Não

- ### 5.1. Se sim, qual o tipo?

[illegible]

6. Utilizado penso? ☐ Sim ☐ Não

- 6.1. Se sim, qual o tipo penso utilizado?**

[illegible]

7. Executado tratamento à ferida cirúrgica durante o internamento? ☐ Sim ☐ Não

- 7.1. Se sim, qual o motivo?**

[illegible]

- 8. Indicação de tratamento da ferida cirúrgica após a alta:**

- ☐ No [redacted] antes das 48h
- ☐ No [redacted] após as 72h
- ☐ No centro de saúde antes das 48h
- ☐ No centro de saúde após as 72h

Registos de enfermagem a executar de acordo com os dados obtidos da avaliação da ferida Cirúrgica

1. Para o utente em análise, de acordo com as **atividades diagnósticas** para a avaliação da ferida cirúrgica, parametrizadas no Sistema SClinico Hospitalar, (preencha o círculo (●), a opção que lhe parece **(m) mais conveniente (s) para o seu plano de cuidados que realizaria**, e posteriormente, se realizou, qual a descrição da atividade.

ATIVIDADES DIAGNÓSTICAS	ATIVIDADE	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DIAGNÓSTICA	
Vigiar penso da ferida cirúrgica	☐ Realizada ☐ Não realizada	Externamente limpo e seco	☐
		Ligeiramente repassado	☐
		Moderadamente repassado	☐
		Sujo (produtos de eliminação externos à ferida)	☐
		Extremamente repassado	☐
		Aderente	☐
ATIVIDADES DIAGNÓSTICAS	ATIVIDADE	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DIAGNÓSTICA	
Vigiar líquido de drenagem	☐ Realizada ☐ Não realizada	Líquido biliar	☐
		Líquido fecaloide	☐
		Líquido hemático	☐
		Líquido purulento	☐
		Líquido/sero-hemático	☐
		Líquido seroso	☐
		Sem drenagem	☐
		Líquido entérico	☐
		Com coágulos	☐
		Com fibrina	☐
		Borbulhante	☐
		Oscilante	☐
		Sistema de aspiração com vácuo	☐
		Sistema de aspiração a baixa pressão	☐
		Sistema de aspiração sem vácuo	☐
ATIVIDADES DIAGNÓSTICAS	ATIVIDADE	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DIAGNÓSTICA	
Avaliar o conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida	☐ Realizada ☐ Não Realizada	Complicações da ferida	☐
		Sinais de complicações da ferida cirúrgica	☐
		Cuidados da ferida cirúrgica	☐
ATIVIDADES DIAGNÓSTICAS	ATIVIDADE	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DIAGNÓSTICA	
Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento	☐ Realizada ☐ Não Realizada	Capacidade Cognitiva	☐
		Consciencialização das mudanças do seu estado de saúde	☐
		Força de vontade expressa na aprendizagem	☐
		Envolvimento no processo de ensino/aprendizagem	☐

2. Para o utente em análise, e considerando as atividades diagnósticas elencadas anteriormente, (preencha o círculo (●) , a(s) opção(ões) dos **diagnósticos de enfermagem** que lhe parece (m) mais conveniente (s) para o seu plano de cuidados, propostos no Sistema SClínico Hospitalar.

3. Para o utente em análise, de acordo com as **intervenções de enfermagem** parametrizadas no Sistema SClínico Hospitalar, preencha o círculo (●) a (s) opção (ões) que lhe parece (m) mais conveniente (s) para o seu plano de cuidados.

Muito obrigado pela colaboração!

ANEXO II - Termo de consentimento informado

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

C-S2AFECARE-Q - SUPERVISÃO CLÍNICA PARA A SEGURANÇA E QUALIDADE DOS CUIDADOS

Eu, abaixo-assinado:

Fui informado de que o Estudo de Investigação acima mencionado se destina a identificar indicadores sensíveis aos cuidados de Enfermagem, em contexto perioperatório, enquanto ferramenta de apoio à gestão da qualidade dos cuidados, bem como definir um modelo de supervisão clínica em enfermagem, de forma a contribuir para a segurança e qualidade dos cuidados.

Sei que neste estudo está prevista a realização de questionários, tendo-me sido explicado em que consistem e quais os seus possíveis efeitos.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado.

Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Nome do Participante no estudo:

Data

Assinatura

___/___/___

ANEXO III - Tabela - Outras Comorbilidades

Tabela 28: Outras comorbilidades

	n	%
AIT	1	1,8
Alzheimer	1	1,8
Anemia	1	1,8
Artroses	1	1,8
Asma	8	14,3
AVC	1	1,8
Bronquite	2	3,6
CA mama	2	3,6
Carcinoma da língua	1	1,8
Cardiopatia isquêmica	1	1,8
Dermatite	1	1,8
Doença de Willebrand	1	1,8
DPOC	4	7,1
EAM	1	1,8
Epilepsia	4	7,1
FA	2	3,6
Fibroadenoma	1	1,8
Gastrite	3	5,4
Gonartrose	1	1,8
HBP	6	10,7
Hemorragia mamilar	1	1,8
Hepatite C	1	1,8
Hérnia discal lombar	1	1,8
Hérnia do hiato	1	1,8
Hiperuricemia	1	1,8
Hipotireoidismo	2	3,6
IC	3	5,4
Incontinência urinária	1	1,8
IRC	2	3,6
Litíase vesicular	1	1,8
Neoplasia mama	2	3,6
Neoplasia útero	1	1,8
Oligofrenia	2	3,6
Osteoartrose	1	1,8
Paralisia cerebral	2	3,6
Patologia da tiroide	7	12,5
PTJ	1	1,8
Refluxo esofágico	1	1,8
Refluxo gastroesofágico	1	1,8
Rinite	4	7,1
Síndrome túnel cárpico	1	1,8
Síndrome vertiginoso	1	1,8
Sinusite	3	5,4
Transplantado	1	1,8
Transplante renal	1	1,8
TVP	3	5,4
Valvuloplastia	1	1,8

Outras comorbilidades
(N=56)

ANEXO IV - Tabela - Atividades de diagnóstico do foco: dor

Tabela 29: Atividades de diagnóstico do foco: dor

		Enfermeiro		Registos		Supervisor	
		n	%	n	%	n	%
Monitorizar a dor	Realizado	116	100,0%	76	65,5%	116	100,0%
	Não realizado	0	0,0%	40	34,5%	0	0,0%
	Total	116	100,0%	116	100,0%	116	100,0%
Vigiar sedação	Realizado	112	96,6%	0	0,0%	113	97,4%
	Não realizado	4	3,4%	116	100,0%	3	2,6%
	Total	116	100,0%	116	100,0%	116	100,0%
	Ansioso e Agitado	6	5,4%	-	-	6	5,3%
	Cooperante, orientado e tranquilo	79	70,5%	-	-	104	92,0%
	Obedece a ordens mas sonolento	23	20,5%	-	-	3	2,7%
	Adormecido, resposta viva a estímulos dolorosos leves	3	2,7%	-	-	0	0,0%
	Adormecido, não responde a ordens, resposta lenta a estímulos	1	0,9%	-	-	0	0,0%
	Total	112	100,0%	-	-	113	100,0%
Vigiar a dor	Realizado	115	99,1%	0	0,0%	116	100,0%
	Não realizado	1	0,9%	116	100,0%	0	0,0%
	Total	116	100,0%	116	100,0%	116	100,0%
	Sem dor	104	90,4%	-	-	88	75,9%
	Com dor em aperto	2	1,7%	-	-	0	0,0%
	Com dor em barra	0	0,0%	-	-	0	0,0%
	Com dor em moedeira	7	6,1%	-	-	22	19,0%
	Com dor em pontada	2	1,7%	-	-	6	5,2%
	Com dor lancinante	0	0,0%	-	-	0	0,0%
	Com dor tipo cólica	0	0,0%	-	-	0	0,0%
	Total	115	100,0%	-	-	116	100,0%
	Agrava com o posicionamento	1	0,9%	-	-	13	11,2%
	Não agrava com o posicionamento	15	12,9%	-	-	2	1,7%
	Agrava com a deambulação	1	0,9%	-	-	1	0,9%
	Não agrava com a deambulação	12	10,3%	-	-	0	0,0%
	Realizado	25	21,6%	0	0,0%	17	14,7%
	Não realizado	91	78,4%	116	100,0%	99	85,3%
	Total	116	100,0%	116	100,0%	116	100,0%
Monitorizar bloqueio motor	(nenhum) - movimento livre dos membros inferiores (pernas e pés)	23	92,0%	-	-	8	47,1%
	(parcial) - capaz de fletir os joelhos	1	4,0%	-	-	8	47,1%
	(quase completo) - não é capaz de fletir os joelhos mas apresenta movimento dos pés	0	0,0%	-	-	1	5,9%
	(completo) - não consegue ter movimento dos membros	1	4,0%	-	-	0	0,0%
	Total	25	100,0%	-	-	17	100,0%

		Enfermeiro		Registos		Supervisor	
		n	%	n	%	n	%
Avaliar o conhecimento sobre estratégias de alívio da dor	Realizado	97	83,6%	0	0,0%	111	95,7%
	Não realizado	19	16,4%	116	100,0%	5	4,3%
	Total	116	100,0%	116	100,0%	116	100,0%
	Dor	74	63,8%			86	74,1%
	Complicações	56	48,3%			13	11,2%
	Avaliação da dor	55	47,4%			78	67,2%
	Gestão do Regime Terapêutico	82	70,7%			68	58,6%
	Estratégias não farmacológicas	46	39,7%			16	13,8%
	Nenhum parâmetro	27	23,3%			26	22,4%
Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento	Realizado	105	90,5%	1	0,9%	116	100,0%
	Não realizado	11	9,5%	115	99,1%	0	0,0%
	Total	116	100,0%	116	100,0%	116	100,0%
	Capacidade Cognitiva	102	87,9%	1	0,9%	108	93,1%
	Consciencialização das mudanças do seu estado de saúde	100	86,2%	1	0,9%	109	94,0%
	Força de vontade expressa na aprendizagem	99	85,3%	1	0,9%	108	93,1%
	Envolvimento no processo de ensino/aprendizagem	98	84,5%	1	0,9%	108	93,1%
	Nenhum parâmetro	12	10,3%	115	99,1%	7	6,0%
Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor	Realizado	79	68,1%	0	0,0%	63	54,3%
	Não realizado	37	31,9%	116	100,0%	53	45,7%
	Total	116	100,0%	116	100,0%	116	100,0%
	Dor	62	53,4%	-	-	47	40,5%
	Complicações	59	50,9%	-	-	9	7,8%
	Prevenção da dor	49	42,2%	-	-	26	22,4%
	Gestão do Regime Terapêutico	74	63,8%	-	-	45	38,8%
	Estratégias não farmacológicas	47	40,5%	-	-	9	7,8%
	Nenhum parâmetro	40	34,5%	116	100,0%	65	56,0%

ANEXO V - Tabela - Intervenções do foco: dor

Tabela 30: Intervenções do foco: dor

		Enfermeiro		Registos		Supervisor	
		n	%	n	%	n	%
Aliviar a dor através de embalagem fria	Realizado	16	13,8%	0	0,0%	17	14,7%
	Não realizado	100	86,2%	116	100,0%	99	85,3%
Aplicar envolvimento frio	Realizado	15	12,9%	4	3,4%	24	20,7%
	Não realizado	101	87,1%	112	96,6%	92	79,3%
Aplicar envolvimento quente	Realizado	3	2,6%	0	0,0%	0	0,0%
	Não realizado	113	97,4%	116	100,0%	116	100,0%
Assistir a identificar estratégias de alívio da dor	Realizado	29	25,0%	0	0,0%	92	79,3%
	Não realizado	87	75,0%	116	100,0%	24	20,7%
Assistir a pessoa a controlar a dor através do posicionamento	Realizado	16	13,8%	0	0,0%	80	69,0%
	Não realizado	100	86,2%	116	100,0%	36	31,0%
Executar técnica de distração	Realizado	8	6,9%	0	0,0%	1	0,9%
	Não realizado	108	93,1%	116	100,0%	115	99,1%
Executar técnica de imaginação guiada	Realizado	5	4,3%	0	0,0%	0	0,0%
	Não realizado	111	95,7%	116	100,0%	116	100,0%
Executar técnica de massagem	Realizado	3	2,6%	0	0,0%	0	0,0%
	Não realizado	113	97,4%	116	100,0%	116	100,0%
Executar terapia através de neuro estimulador de superfície	Realizado	1	0,9%	0	0,0%	0	0,0%
	Não realizado	115	99,1%	116	100,0%	116	100,0%
Executar tratamentos com estratégias não farmacológicas	Realizado	8	6,9%	0	0,0%	0	0,0%
	Não realizado	108	93,1%	116	100,0%	116	100,0%
Planear técnica de distração	Realizado	7	6,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Não realizado	109	94,0%	116	100,0%	116	100,0%
Posicionar	Realizado	17	14,7%	0	0,0%	0	0,0%
	Não realizado	99	85,3%	116	100,0%	116	100,0%
Vigiar a dor	Realizado	79	68,1%	1	0,9%	116	100,0%
	Não realizado	37	31,9%	115	99,1%	0	0,0%
Gerir analgésicos	Realizado	100	86,2%	0	0,0%	116	100,0%
	Não realizado	16	13,8%	116	100,0%	0	0,0%
Administrar sacarose oral	Realizado	6	5,2%	0	0,0%	0	0,0%
	Não realizado	110	94,8%	116	100,0%	116	100,0%
Monitorizar a dor	Realizado	103	88,8%	116	100,0%	0	0,0%
	Não realizado	13	11,2%	0	0,0%	0	0,0%
Vigiar sedação	Realizado	49	42,2%	0	0,0%	110	94,8%
	Não realizado	67	57,8%	116	100,0%	6	5,2%
Monitorizar bloqueio motor	Realizado	14	12,1%	0	0,0%	15	12,9%

		Enfermeiro		Registos		Supervisor	
		n	%	n	%	n	%
Avaliar conhecimento sobre estratégias de alívio da dor	Não realizado	102	87,9%	116	100,0%	101	87,1%
	Realizado	56	48,3%	0	0,0%	98	84,5%
	Não realizado	60	51,7%	116	100,0%	18	15,5%
Ensinar sobre dor	Realizado	57	49,1%	0	0,0%	41	35,3%
	Não realizado	59	50,9%	116	100,0%	75	64,7%
Ensinar sobre estratégias adaptativas	Realizado	51	44,0%	0	0,0%	84	72,4%
	Não realizado	65	56,0%	116	100,0%	32	27,6%
Ensinar sobre estratégias não farmacológicas	Realizado	61	52,6%	1	0,9%	92	79,3%
	Não realizado	55	47,4%	115	99,1%	24	20,7%
Ensinar sobre medicamentos	Realizado	83	71,6%	2	1,7%	56	48,3%
	Não realizado	33	28,4%	114	98,3%	60	51,7%
Ensinar sobre regime medicamentoso	Realizado	98	84,5%	3	2,6%	43	37,1%
	Não realizado	18	15,5%	113	97,4%	73	62,9%
Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor	Realizado	56	48,3%	0	0,0%	56	48,3%
	Não realizado	60	51,7%	116	100,0%	60	51,7%
Ensinar o prestador de cuidados a aliviar a dor com estratégias não farmacológicas	Realizado	54	46,6%	0	0,0%	53	45,7%
	Não realizado	62	53,4%	116	100,0%	63	54,3%
Ensinar o prestador de cuidados a gerir o regime medicamentoso	Realizado	57	49,1%	0	0,0%	19	16,4%
	Não realizado	59	50,9%	116	100,0%	97	83,6%
Ensinar o prestador de cuidados a vigiar dor	Realizado	55	47,4%	0	0,0%	39	33,6%
	Não realizado	61	52,6%	116	100,0%	77	66,4%
Ensinar o prestador de cuidados sobre como aliviar a dor	Realizado	54	46,6%	0	0,0%	38	32,8%
	Não realizado	62	53,4%	116	100,0%	78	67,2%

ANEXO VI - Tabela - Intervenções do foco: dor - Análise estatística não paramétrica

Tabela 31: Intervenções do foco: dor - Análise estatística não paramétrica

Intervenções	H (p)	U1 (p)	U2(p)	U3 (p)
Aliviar a dor através de embalagem fria	0,0001	0,0001	0,851	0,0001
Aplicar envolvimento frio	0,0001	0,009	0,115	0,0001
Aplicar envolvimento quente	0,049	0,082	0,082	1,000
Assistir a identificar estratégias de alívio da dor	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
Assistir a pessoa a controlar a dor através do posicionamento	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
Executar técnica de distração	0,002	0,004	0,018	0,317
Executar técnica de imaginação guiada	0,006	0,024	0,024	1,000
Executar técnica de massagem	0,049	0,082	0,082	1,000
Executar terapia através de neuro estimulador de superfície	0,368	0,317	0,317	1,000
Executar tratamentos com estratégias não farmacológicas	0,0001	0,004	0,004	1,000
Planear técnica de distração	0,001	0,007	0,007	1,000
Posicionar	0,0001	0,0001	0,0001	1,000
Vigiar a dor	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
Gerir analgésicos	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
Administrar sacarose oral	0,002	0,013	0,013	1,000
Monitorizar a dor	0,0001	0,0001	0,0001	1,000
Vigiar sedação	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
Monitorizar bloqueio motor	0,0001	0,0001	0,843	0,0001
Avaliar conhecimento sobre estratégias de alívio da dor	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
Ensinar sobre dor	0,0001	0,0001	0,034	0,0001
Ensinar sobre estratégias adaptativas	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
Ensinar sobre estratégias não farmacológicas	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
Ensinar sobre medicamentos	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
Ensinar sobre regime medicamentoso	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor	0,0001	0,0001	1,000	0,0001
Ensinar o prestador de cuidados a aliviar a dor com estratégias não farmacológicas	0,0001	0,0001	0,895	0,0001
Ensinar o prestador de cuidados a gerir o regime medicamentoso	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
Ensinar o prestador de cuidados a vigiar dor	0,0001	0,000	0,033	0,0001
Ensinar o prestador de cuidados sobre como aliviar a dor	0,0001	0,0001	0,032	0,0001

H - Teste de Kruskal Wallis H entre enfermeiros (RE), registos (RR) e supervisor (RS)

U1- Teste de Mann Whitney U entre enfermeiro (RE) e registos (RR)

U2 - Teste de Mann Whitney U entre enfermeiro (RE) e supervisor (RS)

U4 - Teste de Mann Whitney U entre registos (RR) e supervisor (RS)

ANEXO VII - Tabela - Atividades de diagnóstico do foco: FC

Tabela 32: Atividades de diagnóstico do foco: FC

		Enfermeiro		Registos		Supervisor	
		n	%	n	%	n	%
Vigiar penso da ferida cirúrgica	Realizado	95	81,9%	64	55,2%	95	81,9%
	Não realizado	21	18,1%	52	44,8%	21	18,1%
	Total	116	100,0%	116	100,0%	116	100,0%
	Externamente limpo e seco	90	94,7%	57	89,1%	89	93,7%
	Ligeiramente repassado	5	5,3%	6	9,4%	6	6,3%
	Moderadamente repassado	0	0,0%	1	1,6%	0	0,0%
	Total	95	100,0%	64	100,0%	95	100,0%
Vigiar líquido de drenagem	Realizado	2	1,7%	1	0,9%	11	9,5%
	Não realizado	114	98,3%	115	99,1%	105	90,5%
	Total	116	100,0%	116	100,0%	116	100,0%
	Líquido hemático	1	50,0%	1	100,0%	1	9,1%
	Líquido/sero-hemático	0	0,0%	0	0,0%	1	9,1%
	Sem drenagem	1	50,0%	0	0,0%	9	81,8%
	Total	2	100,0%	1	100,0%	11	100,0%
Avaliar o conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida	Realizado	101	87,1%	50	43,1%	111	95,7%
	Não realizado	15	12,9%	66	56,9%	5	4,3%
	Total	116	100,0%	116	100,0%	116	100,0%
	Complicações da ferida	74	63,8%	1	0,9%	10	8,6%
	Sinais de complicações da ferida cirúrgica	82	70,7%	0	0,0%	11	9,5%
	Cuidados da ferida cirúrgica	82	70,7%	0	0,0%	55	47,4%
	Nenhum parâmetro N116	28	24,1%	115	99,1%	60	51,7%
Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento	Realizado	103	88,8%	55	47,4%	116	100,0%
	Não realizado	13	11,2%	61	52,6%	0	0,0%
	Total	116	100,0%	116	100,0%	116	100,0%
	Capacidade Cognitiva	99	85,3%	53	45,7%	109	94,0%
	Consciencialização das mudanças do seu estado de saúde	100	86,2%	53	45,7%	110	94,8%
	Força de vontade expressa na aprendizagem	98	84,5%	53	45,7%	109	94,0%
	Envolvimento no processo de ensino/aprendizagem	96	82,8%	53	45,7%	109	94,0%
	Nenhum parâmetro N116	14	12,1%	63	54,3%	6	5,2%
Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de complicações da ferida	Realizado	84	72,4%	0	0,0%	65	56,0%
	Não realizado	32	27,6%	116	100,0%	51	44,0%
	Total	116	100,0%	116	100,0%	116	100,0%
	Complicações da ferida	66	56,9%	0	0,0%	7	6,0%
	Sinais de complicações da ferida cirúrgica	73	62,9%	0	0,0%	8	6,9%
	Cuidados da ferida cirúrgica	71	61,2%	0	0,0%	34	29,3%
	Nenhum parâmetro N116	38	32,8%	116	100,0%	80	67,2%

ANEXO VIII - Tabela - Intervenções do foco: FC

Tabela 33: Intervenções do foco: FC

		Enfermeiro		Registos		Supervisor	
		n	%	n	%	n	%
Aplicar material de sutura	Realizado	6	5,2%	40	34,5%	0	0,0%
	Não realizado	110	94,8%	76	65,5%	116	100,0%
Aplicar penso compressivo	Realizado	20	17,2%	29	25,0%	5	4,3%
	Não realizado	96	82,8%	87	75,0%	111	95,7%
Avaliar ferida cirúrgica	Realizado	39	33,6%	27	23,3%	108	93,1%
	Não realizado	77	66,4%	89	76,7%	8	6,9%
Executar tratamento ao local de inserção do dreno	Realizado	2	1,7%	1	0,9%	1	0,9%
	Não realizado	114	98,3%	115	99,1%	115	99,1%
Executar tratamento da ferida cirúrgica	Realizado	54	46,6%	78	67,2%	105	90,5%
	Não realizado	62	53,4%	38	32,8%	11	9,5%
Monitorizar líquido de drenagem	Realizado	1	0,9%	0	0,0%	0	0,0%
	Não realizado	115	99,1%	116	100,0%	116	100,0%
Reforçar penso da ferida	Realizado	41	35,3%	11	9,5%	91	78,4%
	Não realizado	75	64,7%	105	90,5%	25	21,6%
Remover dreno	Realizado	1	0,9%	1	0,9%	2	1,7%
	Não realizado	115	99,1%	115	99,1%	114	98,3%
Remover material de sutura	Realizado	21	18,1%	49	42,2%	69	59,5%
	Não realizado	95	81,9%	67	57,8%	47	40,5%
Trocar dreno	Realizado	0	0,0%	0	0,0%	2	1,7%
	Não realizado	116	100,0%	116	100,0%	114	98,3%
Vigiar líquido de drenagem	Realizado	3	2,6%	5	4,3%	11	9,5%
	Não realizado	113	97,4%	111	95,7%	105	90,5%
Vigiar penso da ferida	Realizado	91	78,4%	78	67,2%	95	81,9%
	Não realizado	25	21,6%	38	32,8%	21	18,1%
Avaliar conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica	Realizado	90	77,6%	50	43,1%	100	86,2%
	Não realizado	26	22,4%	66	56,9%	16	13,8%
Ensinar sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica	Realizado	93	80,2%	46	39,7%	100	86,2%
	Não realizado	23	19,8%	70	60,3%	16	13,8%
Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica	Realizado	84	72,4%	0	0,0%	61	52,6%
	Não realizado	32	27,6%	116	100,0%	55	47,4%
Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica	Realizado	81	69,8%	0	0,0%	61	52,6%
	Não realizado	35	30,2%	116	100,0%	55	47,4%

ANEXO IX - Tabela - Intervenções do foco: FC - Análise estatística não paramétrica

Tabela 34: Intervenções do foco: FC - Análise estatística não paramétrica

Intervenções	H (p)	U1 (p)	U2(p)	U3 (p)
Aplicar material de sutura	0,0001	0,0001	0,013	0,0001
Aplicar penso compressivo	0,0001	0,149	0,002	0,0001
Avaliar ferida cirúrgica	0,0001	0,081	0,0001	0,0001
Executar tratamento ao local de inserção do dreno	0,777	0,562	0,562	1,000
Executar tratamento da ferida cirúrgica	0,0001	0,001	0,0001	0,0001
Monitorizar líquido de drenagem	0,368	0,317	0,317	1,000
Reforçar penso da ferida	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
Remover dreno	0,777	1,000	0,562	0,562
Remover material de sutura	0,0001	0,0001	0,0001	0,009
Trocar dreno	0,135	1,000	0,156	0,156
Vigiar líquido de drenagem	0,056	0,473	0,028	0,121
Vigiar penso da ferida	0,025	0,056	0,511	0,011
Avaliar conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica	0,0001	0,0001	0,089	0,0001
Ensinar sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica	0,0001	0,0001	0,220	0,0001
Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica	0,0001	0,0001	0,002	0,0001
Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica	0,0001	0,0001	0,007	0,0001

H - Teste de Kruskal Wallis H entre enfermeiros (RE), registros (RR) e supervisor (RS)

U1- Teste de Mann Whitney U entre enfermeiro (RE) e registros (RR)

U2 - Teste de Mann Whitney U entre enfermeiro (RE) e supervisor (RS)

U4 - Teste de Mann Whitney U entre registros (RR) e supervisor (RS)