



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

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

Mariana Patrícia de Jesus Alves da Rocha

CONTRIBUTO DO PROGRAMA *ENHANCED RECOVERY
AFTER SURGERY*® NO CONTROLO DA DOR À PESSOA
EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO:
UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

OLIVEIRA DE AZEMÉIS, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA
PORTUGUESA

CONTRIBUTO DO PROGRAMA *ENHANCED
RECOVERY AFTER SURGERY*[®] NO CONTROLO DA
DOR À PESSOA EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO:
UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Relatório Final de Estágio

Mariana Patrícia de Jesus Alves da Rocha

Relatório Final de Estágio apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, sob orientação do Enfermeiro Mestre Jorge Moreira

Oliveira de Azeméis | 2024

À memória da minha filha, Maria Francisca.

AGRADECIMENTOS

É aqui, neste momento solene, em que dactilografo os meus agradecimentos, que, como o mar abraça a costa com as suas ondas, envolvo eu também, num profundo mar de gratidão todos aqueles que me acompanharam nesta longa navegação:

- Ao meu orientador, o Enfermeiro Mestre Jorge Moreira, agradeço a maré cheia de sabedoria e experiência, incentivando-me sempre a mergulhar nas águas profundas e desconhecidas do conhecimento e do saber e por tornar esta jornada verdadeiramente inesquecível;

- À Professora Doutora Fernanda Príncipe, à Professora Doutora Liliana Mota e à Enfermeira Mestre Isabel Miranda expresso a minha profunda gratidão pela orientação firme e constante ao longo deste percurso académico, como faróis que me guiaram com clareza e determinação nos dias de neblina;

- Aos meus colegas de mestrado, marinheiros que partilharam comigo um mar de experiências neste percurso académico, agradeço-vos o apoio e o conforto em dias de maremoto;

- À minha chefia, a Enfermeira Terezinha Roque e a Enfermeira Carmo Moura, e à minha equipa por serem a âncora que me manteve sempre firme em dias de tempestade, pelo suporte e pelas palavras de encorajamento;

- Aos meus amigos: à Sara, à Goreti, à Gisela, à Joana, à Liliana e ao Daniel, agradeço por serem as minhas boias de salvação, sempre presentes, e que entre tempestades, me mantiveram sempre à tona;

- À Leonor, agradeço por seres o meu esporão, a tua determinação e resiliência permitiram-me enfrentar ondas mais fortes do que alguma vez conseguiria imaginar, guiaste-me com segurança e confiança, obrigada por me protegeres e teres acreditado sempre em mim;

- À minha família: à Matilde, à Eugénia, à Diana, à Frederica, ao Francisco, ao Sérgio e ao Jan, expresso a minha mais profunda gratidão, por serem o meu porto seguro. O vosso amor incondicional e apoio foram o abrigo onde me refugiei nas tempestades, ancorando-me com a certeza de que nunca estarei só;

- À memória da minha filha, Maria Francisca, a minha estrela-do-mar, sou um oceano de saudades tuas.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACSA – *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*

ACS-NSQIP - *American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program*

AESOP – *Associação dos Enfermeiros de Sala de Operação Portugueses*

AORN – *Association of periOperative Registered Nurses*

APCA – *Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória*

BO – *Bloco Operatório*

CA – *Cirurgia de Ambulatório*

CIPE – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*

CNADCA – *Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia Ambulatória*

DeCS – *Descritores em Ciências da Saúde*

DEM - *Dose Equivalente de Morfina*

DGS – *Direção-Geral da Saúde*

EE – *Enfermeiro Especialista*

EEEMC - *Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica*

EEEMCEPSP - *Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória*

ELPO - *Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões devido ao Posicionamento Cirúrgico*

EORNA – *European Operating Room Nurses Association*

ERAS – *Enhanced Recovery After Surgery*

ERS – *Entidade Reguladora da Saúde*

ESSNorteCVP- *Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa*

GCL-PPCIRA – *Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*

GSIE – *Grupo de Sistemas de Informação em Enfermagem*

IASP – *International Association for the Study of Pain*

ICN – *International Council of Nurses*

ILC - *Infeção do Local Cirúrgico*

INE – *Instituto Nacional de Estatística*

ISBAR - *Identificação, Situação atual/causa, Antecedentes/Anamnese, Avaliação e Recomendações*

JBI – *Joanna Briggs Institute*

LASA - *Look-Alike, Sound-Alike*

LVSC – Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica
MeSH – Medical Subject Headings
OE – Ordem dos Enfermeiros
OF – Ordem dos Farmacêuticos
OMS – Organização Mundial de Saúde
PICO – População-Intervenção-Comparação-*Outcomes*
PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes
PRISMA – *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*
RLS – Revisão Sistemática da Literatura
SIE – Sistemas de Informação em Enfermagem
SIGIC – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
SNS – Serviço Nacional de Saúde
TVP – Trombose Venosa Profunda
UCA – Unidade de Cirurgia de Ambulatório
UCPA – Unidade de Cuidados Pós Anestésicos
ULS – Unidade Local de Saúde
WHO – World Health Organization

RESUMO

Na Era da prática baseada na evidência, o programa *Enhanced Recovery After Surgery*[®] (ERAS[®]) apresenta-se como uma abordagem de cuidados perioperatórios multimodais, multidisciplinares e centrados na pessoa a vivenciar processos cirúrgicos e/ou anestésicos na perspetiva de uma melhoria contínua da qualidade e dos resultados perioperatórios. Porém, pouca é a evidência existente do seu contributo numa área em crescimento contínuo como é a de cirurgia de ambulatório (CA), e em particular do seu contributo no controlo da dor à pessoa perioperatória em contexto ambulatorial.

O presente relatório final de estágio congrega a componente de estágio e a componente de investigação científica. Na primeira parte deste documento é apresentada, referente à componente de estágio, uma reflexão sistemática, crítico-reflexiva sobre a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e competências específicas no cuidado à pessoa em situação perioperatória e respetiva família e/ou pessoa(s) significativa(s), numa unidade de cirurgia de ambulatório na Região Norte de Portugal Continental.

Na segunda parte deste relatório encontra-se a componente de investigação, com o desenvolvimento de uma revisão sistemática da literatura (RSL) de estudos mistos que propõe mapear a evidência alusiva ao contributo do programa ERAS[®] no controlo da dor à pessoa em cirurgia de ambulatório, conduzida com base nas orientações metodológicas sugeridas pelo *Joanna Briggs Institute*[®] (JBI).

Os resultados dos estudos incluídos na revisão sistemática da literatura evidenciam que o contributo do programa ERAS[®] no controlo da dor à pessoa perioperatória em contexto ambulatorial relaciona-se com uma maior satisfação com o controlo da dor e a experiência cirúrgica, uma redução no consumo de opioides e das complicações pós-operatórias a si associadas, assim resultam das avaliações uma redução da intensidade da dor pós-operatória, sendo complementarmente evidenciada a necessidade de personalização dos protocolos, adaptando-os às características singulares da pessoa em situação perioperatória em cirurgia de ambulatório.

Palavras-chave: Enhanced Recovery After Surgery; Cirurgia de Ambulatório; Controlo da Dor; Enfermagem.

ABSTRACT

In the Era of evidence-based practice, the Enhanced Recovery After Surgery® (ERAS) programme represents a multimodal, multidisciplinary approach to perioperative care, centered on the patient undergoing surgery and/or anesthesia, with the goal of continuously improving perioperative quality and outcomes. However, there is limited evidence regarding its contribution to the rapidly growing field of outpatient surgery, particularly in terms of pain management for perioperative patients in an outpatient setting.

This final internship report combines both the internship component and the scientific research component. The first part of this document, pertaining to the internship component, presents a systematic critical-reflective analysis of the acquisition and development of common and specific competencies in the care of perioperative patients and their families/significant others, with in an outpatient surgery unit in the northern region of mainland Portugal.

The second part of this report encompasses the research component, featuring the development of a systematic literature review of mixed-method studies. This review aims to map and document the evidence regarding the contribution of the ERAS® programme to pain management for individuals undergoing outpatient surgery, following the methodological guidelines suggested by the Joanna Briggs Institute® (JBI).

The results of the studies included in the systematic literature review that the ERAS® programme contributes to improve pain management for perioperative patients in an outpatient setting. This is evidenced by greater patient satisfaction with pain management and the overall surgical experience, reduced opioid consumption and associated postoperative complications, as well as decreased postoperative pain intensity. Furthermore, the importance of personalizing the protocols, to suit the unique characteristics of perioperative patients in outpatient surgery is highlighted.

Keywords: Enhanced Recovery After Surgery; Ambulatory Surgical Procedures; Pain Management; Nursing.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Ações de Formação Desenvolvidas na UCA.	64
Tabela 2: Estruturação da Pergunta PICO.	119
Tabela 3: Critérios de seleção da pesquisa.....	121
Tabela 4: Termos-chave.....	122
Tabela 5: Termos DeCS, MeSH e <i>Headings</i> usados na pesquisa.	123
Tabela 6: Estratégia de pesquisa nas Bases de Dados.	125
Tabela 7: Estratégia de pesquisa no Google Acadêmico®.....	126
Tabela 8: Nível de evidência JBI® e <i>Score</i> de Avaliação da Qualidade Metodológica JBI®.	129
Tabela 9: Extração de dados dos estudos incluídos na presente RSL.	135

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: <i>The Perioperative Patient Focused Model</i>	30
Figura 2: Elementos-chave do programa ERAS®.	112
Figura 3: O Programa ERAS® em cirurgia de ambulatório.....	112
Figura 4: Etapas da condução da RSL.	118
Figura 5: Fluxograma do processo de identificação dos estudos da RSL.	127
Figura 6: Fluxograma PRISMA 2020.	131

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	21
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	25
1. Enquadramento do contexto de estágio	27
1.1. Estágio em contexto de cirurgia de ambulatório.....	31
2. Competências comuns do enfermeiro especialista.....	35
2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	36
2.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.....	43
2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados	52
2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	59
3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória	67
3.1. Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa	68
3.2. Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa multidisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica	77
4. Considerações finais	97
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	99
1. Resumo.....	101
2. Abstract	103
3. Fundamentação/enquadramento teórico.....	105
4. Finalidade e objetivos	115
5. Metodologia	117
5.1. Desenho metodológico	117
5.2. Tipo de estudo.....	117

5.3.	Etapas da RSL	118
5.4.	Título da revisão	118
5.5.	Questão de investigação.....	119
5.6.	Critérios de inclusão e exclusão	120
5.7.	Localização e seleção dos estudos.....	121
5.8.	Método de seleção inicial dos estudos.....	127
5.9.	Considerações éticas.....	132
6.	Resultados	133
7.	Discussão.....	165
7.1.	Avaliação da Intensidade da Dor	166
7.2.	Consumo de Opioides	170
7.3.	Satisfação da Pessoa em Situação Perioperatória	175
8.	Conclusão	179
	Considerações finais	183
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	187
	ANEXOS.....	215
	ANEXO I: Formação em Serviço como Formanda	217
	ANEXO II: Certificado de participação nas Jornadas de Enfermagem do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada “Pensar a Enfermagem: Práticas, Desafios e Oportunidades”	231
	ANEXO III: Certificado de frequência do Curso “Comunicação em Saúde”	235
	ANEXO IV: Certificado de apresentação do poster “Comunicação em Saúde: a Metodologia ISBAR na Transição de Cuidados à Pessoa em Situação Perioperatória”	239
	ANEXO V: Poster “Comunicação em Saúde: Metodologia ISBAR na Transição de Cuidados à Pessoa em Situação Perioperatória”	243
	ANEXO VI: Certificado de apresentação do poster “Saphenous and iPACK blocks in the outpatient unicompartmental knee arthroplasty? Lessons Learnt.”	245

APÊNDICES	249
APÊNDICE I: Manual de Integração dos Enfermeiros na UCA	251
APÊNDICE II: Questionário de Avaliação da Satisfação Profissional do Enfermeiro na UCA.....	261
APÊNDICE III: Sessão de Formação “Satisfação Profissional dos Enfermeiros e o Ambiente da Prática de Enfermagem”	275
APÊNDICE IV: Certificados de Formação em Serviço como Formadora.....	279
APÊNDICE V: Proposta de um plano documental sob forma de instrução de trabalho para os registos de enfermagem da UCA	289
APÊNDICE VI: Ação de Formação “Registos de Enfermagem: Revisão e Uniformização de Conceitos”	297
APÊNDICE VII: Ação de Formação “Proposta de um Plano Documental dos Registos de Enfermagem na UCA”	303
APÊNDICE VIII: Folha de Auditoria para os Registos de Enfermagem na UCA.....	313
APÊNDICE IX: Teste de Relevância I.....	317
APÊNDICE X: Aplicação do Teste de Relevância I aos estudos identificados nas bases de dados	321
APÊNDICE XI: Aplicação do Teste de Relevância I aos estudos identificados no Google Académico®	359
APÊNDICE XII: Teste de Relevância II.....	377
APÊNDICE XIII: Aplicação do Teste de Relevância II aos estudos identificados nas bases de dados	381
APÊNDICE XIV: Aplicação do Teste de Relevância II aos estudos identificados no Google Académico®	385
APÊNDICE XV: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ESTUDOS.....	389

INTRODUÇÃO

A nível global cumprem-se, aproximadamente, 230 milhões de intervenções cirúrgicas por ano. Revelando uma propensão para crescimento, a necessidade progressiva de cuidados médicos, o envelhecimento da população e a evolução da ciência e tecnologia na saúde vêm justificar aquele número (Assouline et al., 2021).

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE) (2024a), em Portugal, no ano de 2022, efetuaram-se 1,1 milhões de cirurgias, mais 71,1 mil cirurgias do que em 2021, e o número mais elevado de sempre desde 1999. Dessas, aproximadamente 72% realizaram-se em hospitais públicos ou em parcerias público-privadas, sendo que das anteriores, 86,9% resultaram de admissões previamente programadas (INE, 2024a).

Pretendendo melhorar a qualidade de vida daquelas a que elas se submetem, as cirurgias constituem procedimentos valiosos na recuperação da saúde e no incremento do bem-estar dos indivíduos. Todavia, as complicações que podem emergir após a realização da cirurgia configuram um domínio de inquietação na prestação de cuidados de saúde, sendo fundamental admitir que tais intervenções não são isentas de adversidades. Evidenciando-se como um elemento com repercussão considerável na saúde pública, tais complicações são, não raras vezes, consideradas os causadores principais de períodos extensos de internamento e de taxas altas de morbilidade (Dencker et al., 2021; World Health Organization [WHO], 2020). As complicações pós-operatórias resultam de uma pluralidade de fatores de risco, tais como idade, hábitos tabágicos, desnutrição, sedentarismo, patologia pulmonar preexistente e restrições de funcionalidade. As mesmas compreendem todos os eventos que comprometem a recuperação da pessoa, prejudicando a sua qualidade de vida. Cumprem ainda um papel fundamental neste panorama os fatores de risco cirúrgicos, como a anestesia, a ventilação mecânica, as variações na pressão toracoabdominal, a administração de analgesia e o controlo da dor (Dencker et al., 2021; Liu et al., 2020).

É em resposta ao acima descrito que emerge o desenvolvimento do programa ERAS[®], motivado pelo pensamento vanguardista de Henrik Kehlet, apologista de que efeitos adversos como dor, náuseas e vômitos, perturbações cognitivas e complicações cardíacas e/ou pulmonares, não devem fazer parte de uma cirurgia bem-sucedida (Rove & Brockel, 2018). Preservar o equilíbrio fisiológico corporal e diminuir a resposta ao stress da

cirurgia são os desígnios elementares do programa ERAS, visado melhorar os resultados clínicos da pessoa em situação perioperatória. Estes compreendem uma diminuição expressiva, entre 30% a 50%, no tempo de internamento, bem como uma redução dos custos e da morbilidade no período pós-operatório (Ljungqvist et al., 2017). O programa ERAS®, focado na pessoa em situação perioperatória e sustentado em evidência científica, é transmitido com o objetivo principal de diminuição da resposta ao stress cirúrgico, reformulando as circunstâncias do contexto perioperatório que conduzem àquela resposta, com a já aqui mencionada intenção de reduzir o tempo de internamento hospitalar, a morbilidade e mortalidade perioperatórias (Carrão et al., 2020). Com efeito, a diminuição da morbilidade da pessoa em contexto perioperatório, a diminuição dos índices de complicações perioperatórias e do reinternamento hospitalar, permitidos pela execução dos protocolos de atuação do programa ERAS®, asseguram uma recuperação mais rápida e qualitativa, com menos dor, consumo inferior de opioides e um regresso mais célere à fase pré-doença e ao quotidiano da pessoa em situação perioperatória (Lau & Chamberlain, 2017).

A prática de cuidados perioperatórios baseados na evidência, como aquela que o programa ERAS® propõe - uma parte considerável da enfermagem em contexto perioperatório - envolve o entendimento do pressuposto de determinadas tarefas e intervenções, a assimilação sobre o modo e tempo da respetiva implementação e a capacidade de analisar os resultados dos cuidados prestados, bem como a atinente segurança e relação custo-eficácia. Esta perceção habilita o enfermeiro perioperatório para a antecipação e elaboração das fases da experiência cirúrgica, bem como para compreender as suas consequências para a pessoa em situação perioperatória e para a equipa cirúrgica. O cerne da enfermagem perioperatória reside, de facto, nas práticas de enfermagem baseadas na evidência, nas atividades de cuidado e bem-estar, no pensamento crítico e no raciocínio clínico (Cuming, 2023). A aptidão para pensar de modo crítico determina a qualidade dos cuidados prestados pelo enfermeiro (Raymond et al., 2018). Empenhado regularmente na melhoria, e norteado por padrões éticos e profissionais, o pensamento crítico requer prática, conhecimento e competências. Baseando-se na ciência e no processo de enfermagem, o pensamento crítico, movido pelas necessidades da pessoa, demanda um pensamento deliberado e orientado para resultados (Cuming, 2023). Reconhece-se assim o teor da Lei n.º 8/2024 (2024), de 19 de janeiro que procede à terceira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE) aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril, quando refere que

os enfermeiros, no âmbito das suas intervenções, utilizam todas as técnicas e meios que considerem apropriados e em relação aos quais reconheçam possuir o conhecimento necessário e adequado, para a prestação das melhores intervenções, tendo como referência a prática baseada na evidência, referenciando para os recursos adequados, em função das necessidades e problemas existentes. (Lei n.º 8/2024, 2024, p. 71)

Posto isto, e avaliada a importância da temática, desenvolveu-se um estudo de investigação que se encontra na segunda parte do presente documento, tendo-se instituído a seguinte questão de investigação: *Qual o Contributo do Programa Enhanced Recovery After Surgery[®] no Controlo da Dor à Pessoa em Cirurgia de Ambulatório?*. Assim, é objetivo do estudo realizado: mapear e documentar a evidência do contributo do programa ERAS[®] no controlo da dor à pessoa em cirurgia de ambulatório. Para a concretização do objetivo anterior, uma revisão sistemática da literatura fundamentada no manual do JBI[®] for *Evidence Synthesis* (Aromataris et al., 2024) com recurso à estratégia População-Intervenção-Comparação *Outcomes* (PICO), foi então desenvolvida. De modo a assegurar a isenção e coerência do estudo de investigação, optou-se pelo emprego de instrumentos que avaliem a qualidade metodológica dos estudos, sendo que à data, e perante a contextualização do estudo, foi selecionada a utilização dos instrumentos de avaliação de qualidade metodológica do JBI (JBI, 2024).

O documento que agora se apresenta emerge após a finalização do Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II, uma unidade curricular que funciona no terceiro semestre do plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.

A unidade curricular Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II é constituído por 30 *European Credit Transfer System*, logo se presumindo uma carga total de trabalho do estudante, nesta unidade curricular, de aproximadamente 810 horas. Estas englobam 540 horas de contacto e 270 horas de trabalho autónomo do estudante. As mencionadas 540 horas de contacto subdividem-se em 440 horas de contacto na tipologia de estágio, 20 horas na tipologia de seminário e 80 horas de orientação tutorial. As atividades letivas do Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II incluem a terceira edição do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, decorrendo entre 20 de setembro de 2023 e 16 de abril de 2024.

O presente documento encontra-se, assim, estruturado em duas partes: a componente de estágio e a componente de investigação.

Na primeira parte, relativa à componente de Estágio, é feito o enquadramento do contexto de estágio - a Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) de um Centro Hospitalar da região Norte de Portugal Continental - e a contextualização da prática e da análise das aprendizagens adquiridas e/ou aprofundadas, bem como das competências comuns ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (EEEMCEPSP), assentes no *Perioperative Patient Focused Model*, a matriz conceptual de enfermagem para os cuidados perioperatórios adotada. Em harmonia com esta, a pessoa em situação perioperatória apresenta-se como o elemento principal da prestação de cuidados, ajustando as estratégias de intervenção às especificidades dos diferentes contextos de cuidados (Cuming, 2023; Van Wicklin, 2020), e diferenciando a filosofia da prestação dos cuidados centrada na pessoa (Benze et al., 2021).

A parte da Investigação encontra-se subdividida em: apresentação do resumo do trabalho desenvolvido, o seu enquadramento e fundamentação teórica, a referência aos objetivos e a sua finalidade, o desenho metodológico, os resultados e respetiva discussão, e a subsequente conclusão. As considerações finais são narradas no término do presente documento. O desenvolvimento e aquisição de competências tanto na qualidade EEEMCEPSP quanto de mestre são narradas no tópico que se inicia de seguida – a componente de Estágio - no qual é feita uma reflexão sobre o desenvolvimento e aquisição das referidas competências no decurso do ensino clínico.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

1. Enquadramento do contexto de estágio

Ora por impulsionarem a partilha de experiências entre os profissionais de saúde, ora por promoverem oportunidades de ponderação sobre as diferentes práticas, os ensinamentos clínicos possibilitam a obtenção de conhecimento e o desenvolvimento de competências. A avaliação e reflexão das práticas clínicas, a análise do papel dos supervisores nas aprendizagens e a evolução de competências são ainda de salientar (Machado & Andrade, 2020; Soares, 2021).

Constatámos, após estudo das recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista (EE) e propostas pela OE, que o relatório deverá ser uma exposição escrita destinada a apresentar e descrever as atividades desenvolvidas durante a realização do estágio, complementado por “uma reflexão teórica e interpretação crítica sobre as mesmas, sustentado num pensamento teórico de Enfermagem” (OE, 2021, p. 4).

O Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II ocorreu num Centro Hospitalar que integra quatro unidades hospitalares, localizado na região Norte de Portugal Continental. O mesmo compreende dois concelhos, pertencentes a distritos diferentes, concedendo a prestação de cuidados de saúde a 334 851 habitantes (INE, 2024b).

A Unidade Local de Saúde (ULS) agrega ainda dois agrupamentos de centros de saúde da região Norte de Portugal Continental, e garante a inter-relação com a rede de cuidados de saúde primários, em concreto desta região com as demais unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS), tendo sido criada ao abrigo do Decreto-Lei n.º 102/2023 (2023), de 7 de novembro. Aquela ostenta como propósito a prestação de cuidados de saúde diferenciados em todas as especialidades médicas e cirúrgicas. Os seus pressupostos são o desenvolvimento de formação, enquanto fundamental para o progresso dos seus profissionais, o estímulo e o contentamento dos seus colaboradores e o ensino pré e pós-graduado.

Diante do exposto, e como se constatou no Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II,

os estágios da componente clínica dos ciclos de estudos dos cursos de Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista visam o aprofundamento de conhecimentos e competências em Enfermagem e, em particular, na área de especialidade do ciclo de estudos, permitindo que as aprendizagens essenciais ocorram no contexto de prestação de cuidados, facilitando o processo de aprendizagem e de consolidação de conhecimentos. (OE, 2022, p. 1)

Utilizar os conhecimentos adquiridos e os conteúdos programáticos ministrados nas unidades curriculares que integram a área de especialização de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e/ou respetivo prestador de cuidados e/ou convivente significativo, possibilitou este aprofundamento de competências, num cenário de aplicação e troca de conhecimentos incorporado num trajeto de aprendizagem reflexiva.

Destacando-se como um método ímpar no desenvolvimento e consolidação de competências na área de especialização de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, a diversidade e complexidade de intervenções cirúrgicas naquela UCA da região Norte de Portugal Continental assumiu um papel de relevo.

Em conformidade com o Guia de Orientação do Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II de 20 de Setembro de 2023, da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP), são objetivos gerais de aprendizagem e competências:

- Aplicar conhecimentos no processo de tomada de decisão na resolução de situações complexas, em contextos alargados e multidisciplinares, na área científica de enfermagem;
- Refletir sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultam do processo de tomada de decisão na área de enfermagem especializada;
- Conceber, formular e desenvolver um relatório de estágio que inclui a componente de investigação científica na área de especialização em enfermagem à pessoa em situação perioperatória;
- Analisar criticamente, argumentar e sistematizar ideias complexas e de inovação na área científica;
- Disseminar os conhecimentos emergentes dos resultados da investigação em enfermagem;
- Desenvolver competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida de forma auto-orientada ou autónoma. (ESSNorteCVP, 2023, p. 3)

Considerando as competências comuns do EE (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e as competências específicas do EEEMCEPSP (Regulamento n.º 429/2018, 2018), os

objetivos gerais do estágio foram desenvolvidos de forma integrada com os objetivos específicos. Sem embargo, os objetivos específicos definiram-se pelas finalidades dos resultados pretendidos, sendo:

- Identificar os diagnósticos e intervenções de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, em exercício numa UCA da Região Norte de Portugal Continental e;
- Conceber um padrão referencial documental dos cuidados de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória para a UCA da Região Norte de Portugal Continental, com recurso à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Outrossim, paralelamente à organização e apreciação crítica dos conhecimentos foi necessário basear e estabilizar a prática clínica através de um modelo conceptual, atendendo às especificidades da pessoa em contexto perioperatório.

Essa exigência conduziu à opção pelo referencial teórico do *The Perioperative Patient Focused Model*, em português Modelo Perioperatório Centrado na Pessoa da *Association of Perioperative Registered Nurses* (AORN). A necessidade crescente de um modelo da prática de enfermagem perioperatória centrado na pessoa em contexto perioperatório, conduziu à concetualização do Modelo Perioperatório Centrado na Pessoa da AORN, centrando-se o anterior na segurança, resposta comportamental e fisiológica da pessoa em situação perioperatória e nos sistemas de saúde direcionados à pessoa a vivenciar um processo cirúrgico (Shin & Jang, 2023).

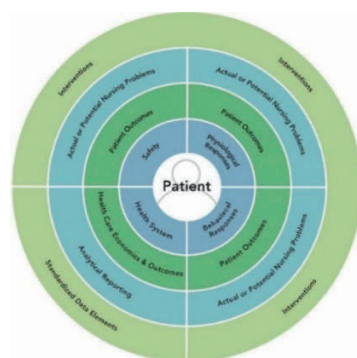
Neste modelo sobressai a centralidade dos cuidados orientados para a pessoa durante o período perioperatório (Cuming, 2023; Van Wicklin, 2020). Superando as limitações demográficas, geográficas e contextuais, a pessoa em situação perioperatória revela-se o núcleo da prática do enfermeiro perioperatório (Benze et al., 2021). O Modelo Perioperatório Centrado na Pessoa promove o seu papel, ambicionando resultados concretos e tornando-a mais do que um simples recetor de cuidados (Cuming, 2023). Sendo empenho para alcançar a excelência nos resultados, os cuidados perioperatórios planeados e implementados de forma escrupulosa pelo enfermeiro perioperatório são também a persecução constante do conforto e da segurança durante o período perioperatório (Van Wicklin, 2020; Cuming, 2023). Quatro pilares constroem este modelo, gravitando três deles em torno da pessoa em situação perioperatória (Van Wicklin, 2020):

- segurança do doente: para salvaguardar a pessoa em situação perioperatória de lesões físicas durante o seu percurso perioperatório, o enfermeiro perioperatório organiza uma rede de cuidados profundamente engendrada;
- respostas fisiológicas: o enfermeiro perioperatório harmoniza as respostas fisiológicas da pessoa em situação perioperatória, adequando-as ao ritmo do procedimento;
- respostas comportamentais: mediante os contratempos psicológicos, sociológicos e espirituais da vivência perioperatória, o enfermeiro perioperatório presta apoio emocional, orientando pessoa em situação perioperatória, família e/ou pessoa(s) significativa(s). O sistema de saúde constitui o último pilar, no qual os procedimentos administrativos e estruturais são manejados para fomentar a produção dos resultados ambicionados, radicados na saúde social e nas razões sociais (Benze et al., 2021; Van Wicklin, 2020).

O semicírculo concêntrico, contíguo aos três pilares que abarcam a pessoa em situação perioperatória - segurança, respostas fisiológicas e comportamentais - representa o foco nos resultados, seguido por dois semicírculos externos que retratam as áreas de diagnóstico e intervenção de enfermagem. Deste modo, reconhecendo diagnósticos de enfermagem e empreendendo intervenções adaptadas à singularidade da pessoa em situação perioperatória, os enfermeiros perioperatórios elaboram um plano de avaliação orientado para os resultados, procurando continuamente atingir a excelência e o bem-estar (Van Wicklin, 2020; Cuming, 2023).

O modelo apresentado na figura 1 é esclarecedor quanto ao dinamismo da vivência da pessoa em situação perioperatória e ao acompanhamento da enfermagem no decurso desse processo. A conquista, ao longo da experiência perioperatória, dos melhores resultados de saúde possíveis - fisiológicos, comportamentais e de segurança - é facilitada pela intervenção do enfermeiro no contexto do sistema de saúde (Cuming, 2023).

Figura 1: *The Perioperative Patient Focused Model.*



Fonte: Benze et al., 2021, p. 7.

1.1. Estágio em contexto de cirurgia de ambulatório

Sobre a CA, o Despacho n.º 1380/2018 (2018), emitido pelo Gabinete do Secretariado de Estado Adjunto e da Saúde, consigna que esta

representa um importante instrumento para o aumento da efetividade, da qualidade dos cuidados e da eficiência na organização hospitalar, com múltiplas vantagens associadas, reconhecidas internacionalmente. Além do impacto positivo para o doente que, em menos de 24 horas, é intervencionado de forma programada, podendo recuperar num ambiente familiar, a cirurgia de ambulatório possibilita uma organização da estrutura hospitalar no sentido de dedicar o internamento às situações mais complexas, racionalizando a despesa em saúde com uma correta reorientação dos custos hospitalares. (Despacho n.º 1380/2018, 2018, p. 4511)

Resumidamente, o modelo organizativo próprio da CA, direcionado para a pessoa em situação perioperatória, com um circuito autónomo e separado do de internamento, que requer vantagens qualitativas e de eficiência, alcançando estados de maior contentamento e humanização da pessoa em situação perioperatório, e respetiva família e /ou pessoa significativa, atribuem-lhe traços de inovação. A possibilidade de admissão e alta da pessoa em situação perioperatória no próprio dia da intervenção cirúrgica, bem como a realização, com altos níveis de qualidade e segurança, dos procedimentos cirúrgicos por via de regra realizados convencionalmente, são favorecidas por este modelo (Despacho n.º 1380/2018, 2018; Cardante, 2020).

Face à relevância que os contextos clínicos apresentaram no processo de aprendizagem, expomos agora sumariamente as particularidades - a nível orgânico e funcional - do ambiente da prática clínica cumprida no contexto deste ensino clínico.

O estágio desenrolou-se numa UCA - certificada desde março de 2023 com o “Nível Ótimo” - de um Centro Hospitalar da Região Norte de Portugal Continental pertencente ao SNS. Devidamente certificado pela *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA)*, *Caspe Healthcare Knowledge Systems* e Sistema Nacional de Avaliação em Saúde, aquela é uma ULS multifacetada e reputada na área da prestação de cuidados de saúde.

A UCA onde se realizou o ensino clínico é independente da unidade central. Salvaguardados pela permanência de um hospital de retaguarda que poderá admitir casos que, fruto de alguma complicação, necessitem de maior vigilância e de internamento cirúrgico, os centros autónomos são idealizados e estruturados tão somente para a realização de cirurgias de ambulatório. Em termos de eficiência, este modelo de UCA é o que proporciona melhores resultados, com maior produtividade no que respeita à

qualidade de tratamento. São parâmetros esperados para a UCA a existência de uma sala de espera para doentes e acompanhantes e instalações de pernoita apenas para doentes (Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia Ambulatória [CNADCA], 2008).

Uma UCA deve contemplar, segundo a Associação dos Enfermeiros de Salas de Operação Portugueses (AESOP) (2012): área de admissão; gabinete de consulta; sala de espera para utentes e acompanhantes; vestiário para os utentes; sala de preparação pré-operatória; unidade de cuidados pós anestésicos; bloco operatório (BO) e espaço exterior para estacionamento automóvel para a pessoa submetida ao processo cirúrgico-anestésico e acompanhante.

A UCA onde se realizou o ensino clínico agora descrito preenche todas as condições anteriores, abrangendo todas as áreas suprarreferidas com circuitos específicos e distintos: três salas operatórias; um espaço de recobro I destinado à fase de recuperação de pós-operatório imediato com capacidade de quatro macas; um espaço de recobro II, com capacidade de vinte e uma camas, que inclui um espaço preparado para pernoita constituído por nove camas; área de admissão que inclui secretariado, sala de admissão, sala de espera para a pessoa alvo da intervenção e para acompanhantes e/ou prestador de cuidados; vestiários e área de preparação da pessoa em situação perioperatória; um gabinete para consulta de anesthesiologia e um gabinete para consulta de enfermagem pré operatória.

A UCA funciona das 8 às 20 horas, de segunda a sexta-feira. Funciona ainda durante 24 horas nos dias em que está determinada a realização de cirurgia com pernoita. Além disso concretiza-se CA, com pernoita, em produção adicional aos fins-de-semana, sempre que as listas de espera cirúrgicas o legitimam. Esta realização em adicional deriva do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), concebido para dar continuidade ao programa criado em 2002 através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 100/2002 de 26 de abril: o Programa Especial de Combate à Listas de Espera Cirúrgicas (Resolução do Conselho de Ministros n.º 100/2002, 2002).

Liderada por uma enfermeira gestora, a equipa de Enfermagem é constituída por 37 profissionais, decompondo-se em duas equipas distintas. Uma equipa exerce funções nos períodos pré e pós-operatório, ao passo que a outra equipa exerce funções no período intraoperatório. A equipa designada para os períodos pré e pós-operatório é composta por 17 enfermeiros, sendo três especialistas em Enfermagem Médico – Cirúrgica, três enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e um Enfermeiro

Especialista em Enfermagem Comunitária. Já a segunda equipa, afeta ao período intraoperatório, é constituída por 20 enfermeiros, dos quais cinco especialistas em Enfermagem Médico Cirúrgica – um dos elementos Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória -, um Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

A equipa de enfermagem assume o método individual de trabalho, baseado na abordagem de assistência total à pessoa em situação perioperatória, sendo que a um só enfermeiro é imputada a total responsabilidade pelo acompanhamento de um grupo de pessoas em situação perioperatória durante um turno (Ventura-Silva et al., 2021).

Exercem atividade na UCA as seguintes especialidades cirúrgicas: Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascular, Estomatologia, Ginecologia, Neurocirurgia, Ortopedia, Otorrinolaringologia e Urologia. A estas junta-se ainda a especialidade de Anestesiologia que, para além da responsabilidade de atuação em emergência e avaliação e transporte do doente crítico, desenvolve atividade pré-operatória, atividade anestésica no BO e atividade no pós-operatório.

A ULS onde se integra a UCA apresenta como missão prestar cuidados de saúde diferenciados e promover qualidade de saúde da população, em articulação com a rede do SNS e os vários níveis de cuidados. Ambiciona ser reconhecido como um hospital de referência, pela sua eficiência, inovação, responsabilidade e sustentabilidade, orientado para diferenciação crescente e criação de valor (SNS, 2024a).

A contribuição deste estágio para a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas, essenciais na definição do Perfil de Competências do EEEMCEPSP, será contemplada no capítulo que se segue.

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

No panorama contemporâneo da prestação de cuidados de saúde, os avanços tecnológicos e científicos têm redefinido as expectativas e exigências para os profissionais de saúde. Neste contexto dinâmico “os cuidados de Enfermagem assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4744). Para o progresso dos níveis da qualidade da assistência em saúde considera-se que são fundamentais profissionais mais qualificados e informados sobre a sua atividade profissional, com pensamento crítico e habilidades necessárias para a resolução de problemas (Silva et al., 2018).

O EE é, conforme definido no Regulamento n.º 140/2019 (2019), “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (p. 4744), e cuja certificação garante que “possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde no grupo alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção” (p. 4745).

O mesmo regulamento define ainda o domínio de competência como uma "esfera de ação compreendendo um conjunto de competências" (p. 4745), particularizadas, no caso do EE, em competências comuns e competências específicas. Deste modo, a Enfermagem partilha de um conjunto de competências comuns, reveladas por intermédio da sua capacidade superior de conceção, gestão e supervisão de cuidados, e extensíveis a todos os cenários de prestação de cuidados de saúde, com vista à atribuição do título de EE (Regulamento, n.º 140/2019, 2019).

Assim, para Moura et al. (2019), o cuidado de enfermagem surge então retratado por um conjunto de saberes articulados que viabilizam o desenvolvimento de competências. Reivindicando atualização permanente, de modo a salientar o bem-estar, a autonomia e a humanização no mesmo, o conceito de cuidado de enfermagem anuncia-se como dinâmico e relacionado com um conjunto de saberes em interligação. O Regulamento n.º 140/2019 (2019), relativo às competências comuns do EE, serviu de base às competências comuns desenvolvidas neste estágio, e que mereceram reflexão da nossa parte. Estas compreendem as “dimensões da educação dos clientes e dos pares, de

orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática de enfermagem” (p. 4744).

Em conformidade com o mesmo regulamento, a prática especializada deverá basear-se em vários domínios - com vista à melhoria da disciplina em cada um destes - como “responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (p. 4745).

Com o fito de discorrer sobre a aquisição, desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências comuns ao EE, bem como a sua colaboração no processo de tomada de decisão aquando da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, apresenta-se de seguida a descrição pormenorizada dos quatro subdomínios das competências comuns do EE.

2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Visando assegurar a melhor assistência à pessoa, a formação ética do enfermeiro deve assentar na formação do seu conhecimento ao nível científico, técnico, ético e legal (Boozaripour et al., 2018). Com efeito, a formação em enfermagem requer o desenvolvimento de competências guiadas pelos aspetos ético-legais da profissão, para além do desenvolvimento de habilidades e competências para a prática clínica.

Tal como previsto nas competências comuns do EE, este “desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e “garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4746). No desenvolvimento do estágio o exercício profissional foi regulado por uma prática segura, em sintonia com um dos domínios do *Perioperative Patient Focused Model* – a segurança do doente -, fundado num processo ético e deontológico no processo de tomada de decisão. À vista disso o desenvolvimento das competências comuns do EE é coerente com a adoção de hábitos profissionais e éticos, através do cumprimento de práticas de cuidados conformes ao respeito dos direitos humanos e dos deveres profissionais, em que o enfermeiro demonstra “um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidade de tomada de decisão ética e deontológica” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4746).

É, em harmonia com o descrito e de acordo com o *International Council of Nurses* (ICN), o desejo pelo bem-estar integral que impele o EE a um relacionamento direto com a pessoa e respetivos familiares e/ou pessoa significativa, sendo por isso a pessoa, nos seus domínios biopsicossocial e espiritual, o foco principal dos cuidados (ICN, 2020). Beauchamp e Childress (2019) defendem quatro princípios da ética na saúde - a beneficência, a não maleficência, a autonomia e a justiça -, tidos em consideração na humanização dos cuidados de saúde, pelo que se espera que todos os seus profissionais respeitem normas de conduta, previstas em legislação ou assimiladas academicamente.

Com o intuito de garantir a segurança da pessoa, dos profissionais e do ambiente, face ao alto risco dos cuidados perioperatórios, máxime da ocorrência de eventos adversos associados à vulnerabilidade da pessoa, aos procedimentos adotados e à complexidade do ambiente e dos recursos, foi promovida a mobilização de conhecimentos e competências, praticada de acordo com a ética profissional por intermédio da aplicação de medidas de prevenção e identificação de práticas de risco que possibilitaram assumir uma atitude proativa, preservando a privacidade, dignidade e a segurança da pessoa em situação perioperatória nas práticas de enfermagem perioperatória. Do mesmo modo, verificámos que também o apoio institucional, os recursos humanos, financeiros e materiais são aspetos da organização e gestão dos serviços de saúde que podem relacionar-se causalmente com problemas éticos.

Todavia, fruto da multiplicidade dos valores e contextos culturais que imperam na sociedade, e precisamente por ser uma ação realizada entre humanos, criam-se oportunidades que favorecem a inobservância dos preceitos éticos. De mais a mais, sem embargo da predisposição do profissional para tentar cumprir os princípios éticos, essa tendência é afastada pelas falhas técnicas e materiais detetadas no ambiente laboral, facto que deriva em falhas voluntárias, ou não, da equipa de enfermagem no decorrer da prestação dos cuidados (Paixão et al., 2021).

Ainda de acordo com a Lei n.º 8/2024, de 19 de janeiro, foi aditado o artigo “os enfermeiros, no seu exercício profissional, adotam uma conduta responsável, ética e deontológica, atuando com a dignidade e autonomia técnico-científica da profissão” (Lei n.º 8/2024, 2024, p. 70). No decurso do estágio procurou-se assegurar tais pressupostos aquando da prestação de cuidados, ainda que casualmente se tenha demonstrado um dever de cumprimento dificultado perante o afluxo de pessoas no espaço físico do Recobro II da UCA. As ocasiões de programação cirúrgica de Cirurgia Pediátrica, Otorrinolaringologia ou Estomatologia, nas quais são autorizadas a permanência de dois prestadores de

cuidados ou de duas pessoas significativas com a criança alvo da prestação de cuidados, perturbando a gestão do espaço físico, são disso exemplos. A admissão e alta clínica da pessoa em situação perioperatória pediátrica na UCA são efetivadas no mesmo local. A admissão e alta no mesmo espaço físico na UCA demanda uma reflexão cuidadosa sobre a adequação, segurança, privacidade e conforto da pessoa pediátrica em situação perioperatória em ambulatório. Crianças em situação perioperatória carecem de um ambiente seguro e acolhedor, onde se possam sentir protegidas, sendo que a interação com adultos desconhecidos pode ser condição geradora de desconforto e stress. Ainda que a autorização da permanência de dois prestadores de cuidados, família e/ou pessoa(s) significativa(s), possa revelar-se emocionalmente benéfica para a criança em situação perioperatória em contexto ambulatório, esta pode criar desafios na gestão do espaço físico. Este aumento do número de pessoas presentes neste espaço pode dificultar não somente a circulação e o acesso a equipamentos, mas também a realização de procedimentos perioperatórios de modo eficiente. A rotatividade dos profissionais e a concentração de pessoas em situação perioperatória num único espaço físico podem resultar num congestionamento e sobrecarga das infraestruturas existentes. A falta de estruturas físicas adequadas agrava tal situação, comprometendo, subseqüentemente, a qualidade e a segurança dos cuidados perioperatórios prestados. Espaços sobrelotados amplificam o risco de acidente e/ou incidente e de infeção, dificultando a monitorização apropriada da pessoa pediátrica em situação perioperatória na UCA. Na mitigação dos desafios expostos previamente pode ser considerado o desenvolvimento de áreas específicas para a admissão e alta das crianças, apartadas das áreas utilizados por adultos em situação perioperatória, podendo melhorar não somente o conforto, como a privacidade de ambos. A presença simultânea de adultos e crianças no mesmo espaço físico pode comprometer a privacidade e intimidade da pessoa em situação perioperatória. A implementação de estratégias, como a participação do EEEMCEPSP no agendamento cirúrgico, assegurando a gestão do fluxo de pessoas na minimização da sua concentração no mesmo espaço físico, garante a segurança e a organização do espaço. Do ponto de vista infraestrutural, o investimento na melhoria de estruturas físicas é fundamental na criação de um ambiente acolhedor e adequado à prestação de cuidados tanto para crianças, quanto para adultos, respeitando a segurança e a privacidade da pessoa em situação perioperatória adulta e/ou pediátrica.

Neste contexto constatou-se, ocasionalmente, a inevitabilidade de restrição de visitas de familiares e/ou pessoa(s) significativa(s) da pessoa em situação perioperatória,

com exceção da população pediátrica, pessoas com deficiência e em situação de dependência. O direito dos utentes ao acompanhamento, previsto no Artigo 12.º da Lei n.º 15/2014 de 21 de março, acabou por ser, de certo modo, comprometido por tal contexto (Lei n.º 15/2014, 2014). Ainda assim, nos termos do disposto no Artigo 14.º da mesma lei “compete ao profissional de saúde responsável pela prestação dos cuidados de saúde informar e explicar ao acompanhante os motivos que impedem a continuidade do acompanhamento” (Lei n.º 15/2014, 2014, p. 2129). Uma vez que na unidade onde decorreu o estágio clínico as instalações são incompatíveis com a presença do acompanhante e com a proteção da privacidade reclamada pelas demais pessoas em situação perioperatória, o acompanhamento pode, ocasionalmente, não ser exercido naquela unidade, tendo em conta a humanização dos cuidados à pessoa em situação perioperatória. Esta atitude proativa, em harmonia com as competências do EE, acentua-se na salvaguarda da segurança, da privacidade e da dignidade da pessoa, exposta no âmbito das respostas comportamentais do *Perioperative Patient Focused Model*.

Para disponibilizar cuidados abrangentes e concentrados na criança em situação perioperatória é essencial uma abordagem global. Assim, paralelamente à promoção da recuperação física, também o bem-estar emocional e psicológico da pessoa em situação perioperatória pediátrica podem ser favorecidos pela criação, pelo EE, de um ambiente mais benéfico para as crianças em situação perioperatória (Miranda et al., 2022). Taticamente foram admitidas como medidas à prestação de cuidados, considerando que a admissão e alta são realizadas no mesmo espaço: a adequação do tom de voz; a execução isolada das admissões e/ou altas, em articulação com os demais elementos da equipa e; o conhecimento antecipado do agendamento cirúrgico (véspera do dia da cirurgia) que possibilitava a alocação da pessoa à respetiva unidade, acautelando a convergência de adultos e crianças no mesmo espaço (o acréscimo da rotatividade revelou a necessidade de readaptações do espaço físico às sucessivas exigências da unidade). A conduta do enfermeiro, e a relação que constrói com a criança/família e/ou pessoas(s) significativa(s) em todo processo, pode assinalar a diferença na maneira como aqueles vão vivenciar a experiência cirúrgica, sendo fundamental o seu papel na preparação para a cirurgia. A sua ação visa ainda ensinar a criança e seus familiares a enfrentar as inquietações associadas aos procedimentos a realizar no dia da cirurgia (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Para os mesmos autores, esta intervenção permite identificar e avaliar as necessidades individuais da criança/família, favorecendo o cuidado global e a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, na busca contínua pela excelência no exercício profissional.

Perante uma criança no período perioperatório, a atuação do profissional de enfermagem é de grande importância, devendo empregar os melhores métodos para o sucesso da experiência cirúrgica. Levando em consideração a tenra idade da pessoa em situação perioperatória e a satisfação dos envolvidos, as crianças e os seus familiares devem ser informados e aconselhados sobre o procedimento através de uma linguagem simples e acessível para todos (Işık et al., 2020). Na medida em que a ansiedade pode influenciar de forma negativa a experiência da criança durante o procedimento cirúrgico, a sua avaliação no período pré-operatório é uma tarefa fundamental dos cuidados de enfermagem. Ao contribuir para a garantia de que a criança tenha a melhor experiência possível e que o procedimento cirúrgico decorra de forma segura, uma análise e compreensão do comportamento da criança antes de entrar no BO é uma incumbência essencial do enfermeiro perioperatório.

São múltiplas as estratégias de que os profissionais se servem para avaliar e reduzir a ansiedade das crianças antes da cirurgia, bem como as sugestões para aperfeiçoar esse processo (Molina et al., 2023). Refletindo sobre as atividades desenvolvidas no âmbito do estágio que agora se descreve, são elaboradas algumas estratégias com vista à maximização do conforto da criança em situação perioperatória em CA e à minimização de eventos que possam comprometer a sua satisfação com a experiência cirúrgica, entre as quais se destacam: a realização da consulta de enfermagem pré-operatória, na qual crianças e pais, além do conhecimento do espaço físico onde se desenrola o evento cirúrgico-anestésico, podem esclarecer dúvidas respeitantes ao seu desenvolvimento; o contacto telefónico prévio às 24 horas - reforçando todo o ensino pré-operatório realizado no momento da consulta pré-operatória – que contribui para uma oportunidade singular no envolvimento da experiência cirúrgica dos seus filhos, sendo que a capacitação dos mesmos conduzirá invariavelmente a uma redução da ansiedade vivenciada pelos seus descendentes e, ainda no próprio dia da cirurgia, a disponibilidade de brinquedos, designadamente dos mini carros elétricos que asseguram o transporte da criança até à sala da cirurgia, contribuindo para a redução da ansiedade perioperatória.

Estas estratégias desempenhadas pelo enfermeiro perioperatório alinham-se com as descritas por Molina et al. (2023) sendo que, de acordo com estes autores, através da aplicação de programas de preparação pré-operatória e da capacitação dos pais durante todo o processo cirúrgico, impenderia sobre o enfermeiro o dever de facultar às crianças informações adaptadas à sua idade e aconselhar e preparar os pais antes da intervenção cirúrgica dos seus filhos - designadamente na consulta de enfermagem pré-operatória e no

contacto estabelecido nas 48 horas que antecedem a cirurgia -, para que aqueles possam ser parte ativa do processo.

O Artigo 105.º do Código Deontológico dos Enfermeiros refere na sua alínea a) que o enfermeiro assume o dever de “informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem” (Lei n.º 156/2015, 2015). Assim, o enfermeiro tem o dever de informar a pessoa e os seus familiares, satisfazendo de forma responsável todos os pedidos de informação ou explicação no que respeita aos cuidados de enfermagem prestados.

O respeito pela autonomia da pessoa em situação perioperatória em CA no processo de tomada de decisão sobressai no contexto da prática desenvolvida, atestando a idoneidade da pessoa em situação perioperatória para reivindicar o processo de tomada de decisão relacionado com a sua condição de saúde/doença.

Assim sendo considera-se, do mesmo modo, que a tomada de decisão autónoma da pessoa em situação perioperatória, família e/ ou pessoa(s) significativa(s) foi estimulada e reconhecida, garantido o consentimento informado durante a prática de cuidados de saúde, em concreto dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação em perioperatória. O direito à informação tem relevância significativa por assegurar a autonomia do indivíduo, reconhecendo a sua dignidade (Mendonça, 2017), sendo que o respeito pelo direito à autodeterminação, baseado no princípio da autonomia, proporciona à pessoa em situação perioperatória, segundo Rosa et al. (2016), a liberdade de decisão por meio de informação correta.

O Enfermeiro, tal como reproduzido no ponto 1 do Artigo 78.º da Deontologia Profissional de Enfermagem, deve garantir que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (OE, 2015, p. 38). Contudo, para que assim aconteça, é imperativo que a pessoa em situação perioperatória tenha autonomia para eleger, em consciência e liberdade, o melhor caminho para a resolução dos seus problemas de saúde/doença.

O Artigo 84.º da Deontologia Profissional de Enfermagem estabelece que o enfermeiro, concretamente o enfermeiro em processo de aquisição e desenvolvimento de competências, deve “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (OE, 2015, p. 73).

O consentimento informado corresponde à autorização, livre e esclarecida, prestada pela pessoa em situação perioperatória ou representante legal antes da submissão a quaisquer cuidados de saúde, incluindo, entre outros, atos médicos, realização

de exames, participação em investigação ou ensaio clínico (Entidade Reguladora de Saúde [ERS], 2023). No momento da admissão na UCA no dia da cirurgia verificou-se a ausência frequente do consentimento anestésico ou cirúrgico no processo físico da pessoa em situação perioperatória. A validação de ambos os consentimentos - cirúrgico e anestésico – é realizada antes da admissão no BO, em desconformidade com orientações definidas pela ERS. Na verdade, a informação deve ser comunicada antes do início da prestação de cuidados de saúde ou da participação em investigação ou ensaio clínico e, em todo o caso, com antecedência suficiente para possibilitar a reflexão por parte da pessoa em situação perioperatória (ERS, 2023). À ausência de consentimentos assinados acresce, em determinadas situações, a inexistência de um consentimento esclarecido. Nem sempre, saliente-se, o consentimento assinado pressupõe a existência de um consentimento livre e esclarecido. A definição de consentimento informado é organizada por dois conceitos fundamentais, compreensão e livre consentimento, e “conjuntamente, estes dois conceitos, quando assumidos pelo doente, são a garantia de que qualquer decisão assenta nos pressupostos de auto-responsabilização e liberdade de escolha” (ERS, 2009, p. 3). Importa ainda notar que o consentimento informado traduz a expressão da vontade do doente diante determinada intervenção e/ou tratamento e, por esse motivo, permite o exercício da sua autonomia, princípio intrínseco ao direito à dignidade humana (Moreira, 2017).

Por conseguinte, em conformidade com a Lei n.º 156/2015, é categórico que o enfermeiro cumpra o dever de “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (Lei n.º 156/2015, 2015, p. 8079).

Ainda em harmonia com o mesmo diploma legal o enfermeiro “deve partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos” (Lei n.º 156/2015, 2015, p. 8079), não negligenciando o dever de sigilo profissional. A pessoa pode, saliente-se, a qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento (ERS, 2023). Também a realização da entrevista durante a admissão cirúrgica na UCA é outro tópico associado à confidencialidade e privacidade dos dados da pessoa em situação perioperatória. É a anterior que deve decidir, tanto quanto possível, acerca da informação que permite que seja partilhada, assegurando o respeito pelo direito à confidencialidade (OE, 2015). Sucede que não raras vezes, aquando a realização desta entrevista, - à semelhança do que acontece na consulta pré operatória - a pessoa alvo dos cuidados sente-se desconfortável

ao partilhar a sua história de vida ou antecedentes de saúde à família e /ou pessoa significativa, razão pela qual se deve perceber se a pessoa se sente à vontade no ambiente onde se encontra para partilhar a informação, tendo sempre em consideração quem está presente durante a colheita de dados.

Perante a complexidade das situações com que se depara diariamente, a Enfermagem é uma profissão que exige uma tomada de decisão fundamentada. Do EE, que se depreende possuidor de um conjunto de competências aprofundadas, é esperado, em conformidade com o disposto no Regulamento n.º 140/2019 (2019), que, em parceria com os demais elementos, desenvolva estratégias de resolução de problemas, sustentando a tomada de decisão em regras deontológicas, orientando esse processo através da recolha de contributos que possibilitem uma reflexão sobre mesmo, a verificação dos seus efeitos e uma decisão devidamente fundamentada.

Referenciais teórico-metodológicos da bioética, novas tecnologias e a socialização dos meios de comunicação devem sustentar a formação ética dos profissionais, de forma a enriquecer a consciência moral e a estimular alterações de comportamentos norteadas pela justiça, pelo humanitarismo e pelo respeito mútuo, apoiando o processo de tomada de decisões da equipa de enfermagem diante conflitos ético-morais (Araújo et al., 2022). Por contribuírem de forma perentória para a melhoria do acesso aos cuidados, para a equidade e respeito na prestação desses cuidados e para a diminuição dos riscos evitáveis, a qualidade e a segurança são, para Ribeiro et al. (2017), uma obrigação ética. À vista disso, o segundo domínio das competências comuns do EE - o domínio da Melhoria Contínua da Qualidade - é apresentado imediatamente a seguir.

2.2. *Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade*

No que respeita ao domínio da melhoria contínua da qualidade, o EE “garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, “desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” e “garante um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4747). No incremento e conservação da segurança do doente cirúrgico é atribuído ao EEEMCEPSP um papel fundamental. Um dos nossos grandes pilares de intervenção é, segundo os padrões de qualidade emanados pela OE (2017a), a prudência e a gestão de risco, tendo o EEEMCEPSP

a responsabilidade de promover resultados positivos e ajudar a pessoa a atingir o seu melhor nível de função e bem-estar. Assegura um padrão de excelência no

cuidar antes, durante e após os procedimentos cirúrgicos e anestésicos de acordo com as necessidades da pessoa, atua com prudência face aos riscos e incertezas, respondendo pelas suas decisões, atos e consequências e influenciando positivamente a equipa, em benefício da pessoa em situação perioperatória. (OE, 2017a, p. 27)

O Código Deontológico do Enfermeiro – inserido segunda alteração no Estatuto da OE como anexo pela Lei n.º 156/2015 - realça, no seu Artigo 99.º, que são valores universais a observar na relação profissional a competência e o aperfeiçoamento profissional e são princípios orientadores da atividade dos enfermeiros a excelência do exercício da profissão (Lei n.º 156/2015, 2015, p. 8102). No mesmo texto diz-nos o Artigo 109.º que o enfermeiro visa, em qualquer circunstância profissional, a excelência do exercício, concordando com a importância da formação permanente e com o dever de atualizar continuamente os seus conhecimentos (Lei n.º 156/2015, 2015, p. 8103).

Trata-se de uma competência em permanente construção, uma vez que frequentemente nos deparamos com contratempos que requerem um melhoramento contínuo das nossas práticas de cuidados perioperatórios. A excelência do exercício da profissão e a atualização contínua dos conhecimentos, para as quais somos remetidos pelo disposto no Artigo 109.º do Código Deontológico do Enfermeiro, só podem ser alcançados através da formação permanente por parte dos enfermeiros. Para Azevedo et al. (2020) os enfermeiros têm o dever de firmar a sua prática em padrões de qualidade de cuidados, acautelando a segurança dos doentes sempre que exerçam a sua prática, uma vez que se tratam de profissionais habilitados com competência técnica, científica e humana devidamente atestada para o exercício da enfermagem. Estão legitimadas todas as ações de diagnóstico e intervenção do enfermeiro que resultem na melhoria contínua da qualidade, uma vez que, enquanto especialista, a responsabilidade por um desenvolvimento profissional que promova essa finalidade é intensificada. Tendo como propósito a promoção da saúde e a qualidade dos cuidados prestados, o enfermeiro deve então, segundo os mesmos autores, sustentar a sua prática em evidência científica (Azevedo et al., 2020).

Nunes (2021) invoca a responsabilidade profissional no incremento da segurança dos doentes, dado que agir de forma competente na “prevenção de riscos, é um dever que cabe aos que tenham obrigação e assumir responsabilidade do cuidado” (p. 111), observação com a qual concordamos e que norteou o estágio agora documentado e realizado, como já mencionado, em CA.

A CA revela-se uma área preferencial e um pilar de desenvolvimento sustentável do SNS, perante o indicativo de êxito e progresso que é a garantia da segurança e qualidade nos cuidados prestados aos clientes nesse âmbito (Cardante, 2020).

A UCA onde decorreu o estágio, integrada no Centro Hospitalar da Região Norte de Portugal Continental, é como já referido, desde março de 2023, certificada com "nível ótimo" pela ACSA.

A certificação e a acreditação dos sistemas de gestão de qualidade têm, desde a década de 90, assumido um papel decisivo ao nível do SNS (Barroso et al., 2020). Novas estratégias foram exploradas perante esta mudança de paradigma e a promoção de hábitos de qualidade e segurança nos cuidados, exequível apenas com o trabalho voluntário de todos os profissionais (Carvalho et al., 2019). Segundo Mitchel et al. (2020) a acreditação contribui notavelmente para a qualidade e segurança dos cuidados, uma vez que as práticas são guiadas por normas e protocolos, assim possibilitando a prática baseada na evidência. De igual modo, para Vaismoradi et al. (2020) o uso de processos padronizados alicerçados em ferramentas validadas favorece a cultura de segurança. Foram identificadas como práticas vantajosas para a prevenção do erro clínico, para Amaniyan et al. (2020): a uniformização e padronização de tarefas; a existência de protocolos; a clarificação dos papéis de cada profissional; a distribuição adequada de trabalho; o uso de equipamento apropriado e atual; o tipo de programas para registo e documentação e o uso de instrumentos de análise de risco.

O domínio sobre o sistema de saúde que, ao remeter para o ambiente da prática, influencia os cuidados perioperatórios, é admitido pelo *Perioperative Patient Focused Model* - o modelo conceptual específico adotado - como um dos quatro domínios principais para a prestação de cuidados (Cuming, 2023). O ambiente representa um conceito medular de enfermagem, lado a lado com os outros três conceitos metaparadigmáticos: pessoa, saúde e enfermagem (McEwen & Wills, 2019).

Um conjunto de desafios e responsabilidades para o enfermeiro derivam da procura contínua pela qualidade e segurança na assistência à saúde. Diligenciar pela eficácia da terapêutica, minimizar erros e reduzir riscos são os objetivos destes profissionais, motivo pelo qual encetam esforços para instituir protocolos, diretrizes e práticas baseadas em evidências. Ademais, são também essenciais para a transmissão de conhecimentos e boas práticas relacionadas com a qualidade e segurança da pessoa em situação perioperatória, a formação contínua e o treino da equipa (Andrade, 2020). É em

vista do descrito e ante a constatação da inexistência de um programa de integração para os elementos que iniciem o processo de integração na UCA, ainda que ali se mantenham instruções de trabalho, manuais de apoio, normas, protocolos, guias de orientação de boas práticas e projetos de melhoria contínua, que imperou o desenvolvimento de um manual de integração dos enfermeiros na UCA. Na adaptação à profissão, na obtenção de competências, na progressão da prática clínica e na construção da identidade profissional, assume um papel perentório o planeamento do processo de integração de enfermeiros (Regulamento n.º 429/2018, 2018; Willman et al., 2020). A proficiência e utilidade são qualidades do programa de integração se possibilitam os seguintes resultados: a atenuação da ansiedade, através da assistência, orientação e auxílio de um profissional com mais experiência; a redução da rotatividade, por intermédio de uma orientação efetiva e competente dos novos membros; a poupança de tempo, na medida em que a integridade e coesão de uma orientação possibilitam uma melhor e mais expedita integração e; a formação de expectativas realistas, através do programa de integração que estabelece metas e objetivos para o novo elemento (Paula, 2019). Para o mesmo autor

as vantagens de um programa de integração são várias, entre elas encontramos a redução da ansiedade dos enfermeiros, a redução da rotatividade e das substituições, uma economia do tempo de integração e um ajustamento frequente das expectativas e objetivos. (Paula, 2019, p. 53)

A relevância de um programa de formação para integração de enfermeiros perioperatórios e a sua influência na continuidade destes no BO, reduzindo as taxas de absentismo, foi evidenciada por Wu e Taylor (2020) no seu estudo *“Successful training programmes for nurses new to the perioperative environment”*.

Por esse motivo e perante a inexistência do mesmo na unidade onde decorreu o estágio clínico, foi elaborado no desenvolvimento do mesmo um manual para integração de enfermeiros na UCA referente ao período pré e pós-operatório. A componente intraoperatória do manual de integração da UCA foi desenvolvida por outro elemento pertencente ao mesmo ciclo de estudos que agora se relata. Por questões relativas à proteção da identidade da ULS onde se realizou o estágio, a primeira parte do manual encontra-se omissa. O documento encontra-se ainda a aguardar homologação da ULS a que respeita (apêndice I).

Neste enquadramento, ao expressar competências clínicas na conceção, prestação, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada de prática

baseada em evidência (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018), o EE e mestre notabiliza-se na liderança da elaboração e aplicação destes instrumentos de apoio à tomada de decisão (Regulamento n.º 743/2019, 2019). Pela liderança, o primeiro elemento-chave, é imputada ao EE a responsabilidade de transmitir de forma clara e eficaz a cultura da organização, promovendo a segurança entre os elementos da equipa (Durst et al., 2021). Na prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória a liderança pode ser entendida como a participação em atividades nas áreas clínicas que compreendem a elaboração de modelos para a criação de ambientes consistentes, direcionadas à equipa multidisciplinar e extensíveis a diferentes e inesperadas situações (Adelman & Gandhi, 2021).

Há sempre algum risco associado a qualquer atividade humana, por muito comum ou controlada que esta seja. Para diminuir o risco, detetar falhas de organização e, por conseguinte, oportunidades de melhoria, são indispensáveis profissionais interessados, capazes, motivados e sujeitos a formação e treino constantes, entre outros (Coimbra, 2021).

Também o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 estabelece objetivos estratégicos para a melhoria da prestação de cuidados de saúde em todos os níveis, com o fito de zelar pela qualidade e segurança dos cuidados de saúde. O incremento da segurança da pessoa em situação perioperatória exige “um esforço coordenado e persistente de todas as partes interessadas e uma abordagem sistémica, contínua e promotora da segurança e cultura de segurança, assente numa lógica não punitiva e de melhoria contínua” (Despacho n.º 9390/2021, 2021, p. 96).

O PNSD 2021-2026 estabelece que, para 2026, “90% das instituições de saúde utilizem ferramentas de controlo e monitorização da prática segura relativa a (...) segurança da medicação (...)” (Despacho n.º 9390/2021, 2021, p. 102). A subnotificação prejudica a aprendizagem e a melhoria organizacional, sendo um problema transnacional (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015). A partilha e o acesso a informações relevantes e pormenorizadas sobre os problemas de segurança é restringida pela fraca adesão à notificação de incidentes de segurança, como é o caso particular da farmacovigilância (Mota et al., 2021a).

Destarte, estudos afirmam que, ante a urgência da concretização da cultura de segurança da pessoa nas instituições de saúde, o conhecimento dos enfermeiros em relação aos eventos adversos relacionados com o uso de medicamentos é restrito (Gomes et al., 2019), a que crescem noções limitadas sobre as particularidades da farmacovigilância e da prática de notificações de reações adversas a medicamentos (Modesto et al., 2016).

Ante o exposto, e no âmbito da farmacovigilância promovida pela OE Centro em colaboração com a Unidade de Farmacovigilância de Coimbra, sediada na Associação para Investigação Biomédica e Inovação em Luz e Imagem, foi promovida uma ação de sensibilização por aquela ordem profissional aos demais elementos que integram a UCA, sendo que é coordenador local, num programa de farmacovigilância entre aquelas duas entidades, a enfermeira tutora do ensino clínico. A ação desenvolvida realizou-se após o término no estágio clínico que agora se documenta.

Ainda no âmbito da segurança dos cuidados, também esta é dificultada pela comunicação inadequada entre profissionais e destes para com a pessoa alvo dos cuidados (Amaniyani et al., 2020). O PNSD 2021-2026 faz referência no pilar 3 à comunicação e, de acordo com o objetivo estratégico 3.2., considera-a essencial ao longo de todo o ciclo de cuidados, com particular destaque para os momentos de transição (na alínea a)) e transferência de cuidados (alínea b)) ou da passagem de informação (alínea c)) entre todos os profissionais intervenientes na prestação de cuidados de saúde (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2022a). Deste modo, compreende-se que a comunicação efetiva se tem destacado como fundamental para a segurança dos doentes a nível global e nacional, assumindo especial relevância em momentos de transição de cuidados de saúde (WHO, 2021; Despacho n.º 9390/2021, 2021).

E foi nestes momentos de transição de cuidados que a interoperabilidade dos sistemas de informação, sendo inexistente ou deficitária, constituiu, na UCA, uma limitação na cultura de segurança ao afetar a comunicação. O processo de comunicação e a transição de cuidados são limitados pelo facto das plataformas de trabalho não se encontrarem interligadas, comprometendo a segurança da pessoa em situação perioperatória. A incapacidade de interface entre o sistema de informação SClínico Hospitalar® e o sistema de informação *B-Simple PatientCare*® é disso exemplo. Assim, a interoperabilidade deficitária torna-se um constrangimento para a promoção da cultura de segurança, na qual têm um papel decisivo a existência de sistemas de informação adequados à comunicação e passagem de informação relevante (Vaismoradi et al., 2020).

Disso exemplo é o momento da passagem de turno, um momento em que a equipa de enfermagem reúne para, através da passagem verbal de informação, garantir a continuidade dos cuidados e facilitar a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, sendo atribuída à comunicação eficaz em enfermagem um papel fundamental na transição de cuidados e segurança da pessoa (Castro, 2019). Para a OE (2017b) a passagem de turno é ainda um momento de análise e reflexão das práticas e formação. Embora a informação

transmitida verbalmente complementar a informação prestada por escrito, aquela não substitui os registos de enfermagem sistemáticos, a sua evolução, continuidade e/ou avaliação do planeamento de cuidados. Mas não somente ao momento da passagem de turno se limita a importância da comunicação na transição dos cuidados à pessoa em situação perioperatória, pelo que o *handover*, ou processo de transmissão de informações entre os profissionais de saúde, é executado em tempo real e implica uma comunicação efetiva que pode acontecer entre turnos, entre serviços, entre instituições e até entre diferentes níveis de cuidados (Dias, 2019).

Os momentos de transição de cuidados devem fundamentar-se num processo estruturado e/ou padronizado. Para o efeito é imprescindível usar instrumentos de comunicação, *checklists* e/ou protocolos, norteando a transmissão de informação e apoiando a comunicação estabelecida (Nasiri et al., 2021). Um desses instrumentos de comunicação corresponde à utilização da técnica ISBAR (Identificação, Situação atual/causa, Antecedentes/Anamnese, Avaliação e Recomendações), um instrumento padronizado de comunicação em saúde que favorece a segurança da pessoa em todos os cenários de transição de cuidados (Dusse et al., 2021). Em uso, desde 2023, na UCA onde decorreu o estágio agora relatado, a aplicação desta técnica encontra-se em conformidade com os domínios da segurança e ambiente de saúde do *Perioperative Patient Focused Model*. Através dos seus elementos a técnica de comunicação ISBAR permite sistematizar as informações mais relevantes a transmitir de forma completa, estruturada e lógica, reduzindo a sua omissão e, por conseguinte, promovendo a segurança do doente (Leonardsen et al., 2019). Talley et al. (2019) comprovou tais características, constatando no seu estudo que, posteriormente à implementação de um instrumento estruturado de transição de cuidados no período pós-operatório, os enfermeiros reportaram melhoria da comunicação, maior satisfação profissional durante o processo, aumento de transferências de informação estruturadas, melhoria dos cuidados prestados e da segurança dos utentes. Um estudo de outro autor (Leonardsen et al., 2019) demonstrou igualmente que a implementação da técnica de comunicação ISBAR entre a saída da sala operatória e a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) conduziu a transferências de informação relevantes, estruturadas, completas, lógicas e eficazes. Observou-se ainda a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados e o aumento da satisfação dos profissionais em virtude da atenuação da omissão de informações relevantes.

Depreende-se, com base na evidência científica reunida, que a implementação de projetos de melhoria das transições de cuidados à pessoa em situação perioperatória

aumenta a quantidade e a qualidade destes processos, promovendo maior segurança para a prática clínica (Talley et al., 2019; Agarwala et al., 2019; Leonardsen et al., 2019; Nasiri et al., 2021; Dusse et al., 2021). Este projeto de melhoria contínua insere-se no planeamento estratégico da UCA e da instituição, em linha com o PNSD 2021-2026, cujo objetivo estratégico - do pilar da comunicação - é melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados. Foi possível, durante o estágio clínico, observar o processo de auditoria da Norma n.º 001/2017 “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde” da DGS (2017) implementada na UCA. Por possibilitar a aplicação de mudanças e promover a qualidade dos cuidados através da avaliação da prestação dos mesmos, a auditoria clínica é considerada uma ferramenta de melhoria da qualidade (Zhao et al., 2017).

A qualidade dos cuidados encontra-se também associada à satisfação da pessoa em situação perioperatória (Breda & Cerejo, 2021). Para tal, as instituições de saúde devem reunir informação acerca da qualidade da assistência prestada e, em particular, deve o enfermeiro empenhar-se em avaliar o grau de satisfação das pessoas acerca dos cuidados prestados (Berwanger et al., 2019).

A disponibilização, na carta de alta de enfermagem, do contacto telefónico da UCA, bem como a realização, pelo hospital, de um contacto telefónico às 24 horas de pós-operatório quando a pessoa já se encontra no domicílio (CNADCA, 2008; Despacho n.º 30114/2008, 2008), com vista ao encaminhamento imediato da pessoa na eventualidade de ocorrerem complicações (Lobão, 2021), são exemplos de procedimentos de apoio no pós-operatório como ferramentas de garantia da segurança, da prestação continuada dos cuidados, da confiança das pessoas e da avaliação do seu grau de satisfação com a experiência cirúrgica na UCA.

Ao longo da prestação de cuidados perioperatórios, a qualidade e a segurança da pessoa em situação perioperatória representam condições essenciais. A situação perioperatória compreende riscos, cabendo ao EE a prestação de cuidados diferenciados que potenciem a qualidade e segurança perioperatória, minimizando assim complicações pós-operatórias e incrementando a satisfação global com a experiência cirúrgica vivenciada pela pessoa em situação perioperatória.

A utilização de determinados instrumentos, tais como protocolos e *checklists*, que aumentam a fiabilidade e idoneidade do processo de avaliação por se basearem em evidências científicas válidas, é um meio de organizar a avaliação da qualidade do cuidado e da segurança da pessoa em situação perioperatória. A Lista de Verificação de Segurança

Cirúrgica (LVSC) da Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo uma dessas ferramentas, permite que as equipas de saúde verifiquem, de forma coerente, fatores críticos antes, durante e após a intervenção cirúrgica (Cushley et al., 2021). Por via de regra os enfermeiros são a categoria profissional encarregue da resolução e planeamento do processo de implementação da lista de verificação da cirurgia segura (Tostes & Galvão, 2020). Durante o estágio, visando a segurança da cirurgia, procurámos incentivar a verificação da lista de procedimentos. No capítulo da competência específica do EEMCEPSP respeitante à maximização da segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa multidisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica, a LVSC será exposta de forma pormenorizada, perante a existência nesta área de oportunidades de aperfeiçoamento da sua utilização.

Mas a qualidade e a segurança na prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória não se resume à aplicação de uma lista de verificação. Para lá da LVSC, existem outros componentes fundamentais que contribuem para o medrar da cultura de segurança perioperatória, entre os quais: as diretrizes clínicas, o trabalho da equipa pluridisciplinar, os recursos humanos e materiais, as auditorias, mecanismos de *feedback* perioperatório e avaliação da satisfação perioperatória da pessoa e do próprio enfermeiro perioperatório. Para tal é fundamental a sensibilização dos vários gestores administrativos e a formação e consciencialização dos profissionais de saúde, com vista à evolução da cultura de segurança em contextos perioperatórios (Rocha et al., 2021).

A fim de prevenir erros entendidos como evitáveis foram identificadas as situações de risco nas práticas da UCA e discutidas as estratégias vigentes através da observação e debate com a tutora do ensino clínico e entre pares. Esta proatividade da abordagem profissional promove, efetivamente, uma prestação de cuidados perioperatórios segura.

É ponderoso que o enfermeiro se torne um profissional de referência para a equipa, através da adoção de uma postura crítica perante as atividades que realiza, baseando-se em evidências científicas confiáveis (Duarte et al., 2020). De mais a mais foram implementadas práticas seguras em harmonia com os objetivos traçados pelo PNSD 2021-2026 e, almejando a segurança da pessoa em situação perioperatória e a promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, foram realizados trabalhos e nomeadas oportunidades de melhoria.

Os profissionais de enfermagem, ao estabelecerem a segurança dos cuidados como um dos domínios prioritários de investigação e atuação, posicionam-se de forma distinta na

melhoria contínua da qualidade e de segurança dos cuidados (ICN, 2022). Esta melhoria depende, contudo, de esforços contínuos e transversais, adotados desde os gestores até aos profissionais de saúde envolvidos de forma direta na prestação de cuidados (Pinto & Santos, 2020). Para a exequibilidade dos cuidados de enfermagem perioperatórios contribuem sobremaneira a aplicação e inclusão de boas práticas, bem como a sua gestão segura, esta relacionada com o terceiro domínio de competências comuns do EE que se apresenta a seguir: o domínio da gestão dos cuidados.

2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

Aludindo a Gómez-Ríos et al. (2019), o trabalho dos profissionais de saúde, nomeadamente do EE, deve incluir o envolvimento em matérias de gestão e responsabilidade conjunta pelos resultados de eficácia e eficiência, não devendo limitar-se, como noutro tempo, à prestação de cuidados de saúde.

Para Assunção et al. (2019) o exercício profissional do enfermeiro compreende a gestão da unidade e a prestação de cuidados à pessoa, separação de conceitos que, de resto, deve existir apenas em teoria. Já um estudo de Bochatay et al. (2017) lança o repto sobre a realidade de trabalhar num ambiente stressante, cujos recursos materiais, humanos e temporais são limitados. Para organizar, acautelar necessidades e controlar os recursos humanos e materiais disponíveis é fundamental conhecer o ambiente e, assim, desenvolver a capacidade de estudar a prática clínica (Ferreira et al., 2018). A competência para analisar as práticas requer sempre ponderação sobre as mesmas e um processo de tomada de decisão sobre as ações a adotar (Amaral & Figueiredo, 2021).

Quer isto dizer que, devido ao seu papel ativo no processo de cuidados, a enfermagem vem amadurecendo no que respeita ao exercício de gestão. Não obstante, estudos continuam a demonstrar a tensão existente entre a prestação de cuidados e a gestão, ainda visualizados como conflitantes quando, na verdade, o seu intuito é serem ações intermediárias e complementares, que apenas em conjunto cumprem o seu maior impacto (Fernandes et al., 2019). A dimensão da gestão dos cuidados é destacada pela supervisão do EE, que assume funções de coordenação e gestão quer de materiais, quer de recursos humanos e de equipas.

Na gestão dos cuidados, o EE deve revelar o controlo de duas habilidades: 1) a capacidade de gerir cuidados de enfermagem, melhorando a resposta da equipa de saúde e; 2) a capacidade de adequar a liderança e a gestão dos recursos, tendo em consideração

as diferentes situações e o respetivo enquadramento, tudo conforme o Regulamento n.º 140/2019 da OE (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Nas suas funções de gestão/coordenação, o EE apresenta-se como impulsor do crescimento técnico, científico e relacional da sua equipa. Sendo, entre outros, um gestor de pessoas, das relações profissionais e dos conflitos, da segurança na prestação dos cuidados, da formação, da adaptação dos recursos e do risco clínico, deve visar a construção de ambientes favoráveis à prática clínica e à qualidade dos cuidados prestados (OE, 2018).

Sublinhe-se, porém, que o papel principal do EE reside na prestação direta de cuidados de enfermagem diferenciados e complexos, na consultadoria de natureza técnica e científica, na coordenação e acompanhamento de estudantes e outros profissionais de saúde e nos projetos institucionais e de investigação, não se esvaziando na responsabilidade de gestão pela área de enfermagem nas equipas multiprofissionais (Decreto-Lei n.º 71/2019, 2019).

Deste modo, em contexto de cirurgia de ambulatório, o enfermeiro especialista posiciona-se favoravelmente quanto ao acompanhamento de todo o processo perioperatório, sendo essencial no processo formativo, na gestão dos cuidados, na gestão de emoções e expectativas e na preparação para as potenciais complicações da pessoa a vivenciar processos cirúrgicos e/ou anestésicos.

O estágio clínico da UCA permitiu a identificação e acompanhamento das funções e atividades de gestão de responsável de turno. As capacidades de gestão e liderança do enfermeiro com funções de coordenação de turno assumem particular importância na resolução dos problemas com que as equipas se deparam na prática diária de cuidados perioperatórios. De acordo com o observado em contexto do estágio desenvolvido nesta unidade, para a resolução de problemas na equipa de enfermagem são essenciais a capacidade de observação, o estudo do meio envolvente, o estabelecimento de metas diárias e a existência de soluções para os contratemplos que surgem ocasionalmente na prática de cuidados perioperatórios em contexto ambulatorial.

Os modelos de gestão de cuidados devem estar em harmonia com o objeto de trabalho da saúde e da enfermagem. Assim, refletindo sobre os mesmos, conclui-se que tais modelos devem focar-se nas pessoas, distanciando-se da valorização singular da função, da distribuição do trabalho e dos resultados alcançados e relativos aos cuidados prestados. Para dar resposta à intensidade das atividades burocráticas e administrativas nas unidades,

o EE tem que despender uma quantidade de tempo considerável. Para tal, o enfermeiro, na qualidade de gestor dos recursos humanos da sua equipa, deve alocar os elementos que a constituem de acordo com as prioridades da unidade (Silva et al., 2021a).

Como já referido previamente no desenvolvimento deste documento, a equipa de enfermagem onde decorreu este estágio subdivide-se em duas equipas distintas. Uma das equipas exerce funções nos períodos pré e pós-operatório, a outra equipa exerce funções no período intraoperatório. Na equipa do pré e pós-operatório, a atribuição do posto de trabalho e o desempenho das funções de cada enfermeiro por turno é assente num plano de trabalho definido na semana anterior, consoante os enfermeiros afetos àquele horário de trabalho. Todos os enfermeiros asseguram os diferentes postos de trabalho implícitos no pré e no pós-operatório: consulta de enfermagem de anestesia, contacto às 48 horas prévias à intervenção cirúrgica, *checklist* pré-operatória, preparação da pessoa em situação pré-operatória, consulta de anestesia à pessoa pediátrica, recobro tardio, contacto *follow-up* telefónico às 24 horas pós-operatórias e contacto *follow-up* ao 30º dia pós-operatório. Esta metodologia de trabalho permite um acompanhamento mais centrado e especializado da pessoa em situação perioperatória (pré e pós-operatório), bem como facilita a organização do serviço na planificação do horário e plano de trabalho. Durante o planeamento e organização do trabalho da UCA, o EE com funções de gestão identifica, quando preciso, as qualidades e aptidões da sua equipa, indicando também as respetivas falhas e limitações. Desse modo o enfermeiro, gestor de pessoas e líder da sua equipa, é eficaz no planeamento e delegação adequada das atividades a serem executadas, baseando-se na performance dos seus colaboradores (Silva et al., 2021a).

Na equipa do intraoperatório a atribuição do posto de trabalho e o desempenho das funções de cada enfermeiro por turno é assente num plano de trabalho definido no dia anterior face à diferenciação do agendamento cirúrgico e às competências dos demais elementos constituintes da equipa intraoperatória. Os elementos que a constituem desempenham funções, nomeadamente de apoio à anestesia, à circulação, à instrumentação e na UCPA/recobro imediato. Estas funções, apesar de distintas umas das outras, complementam-se (AESOP, 2012).

Para alcançar níveis de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as instituições são elementos fundamentais um número adequado de enfermeiros e os respetivos nível de qualificação e perfil de competências. É ainda consensual que a determinação apropriada da dotação de enfermeiros deve atender a fatores como competências profissionais, a estrutura da instituição, a desconcentração de

serviços, a formação e a investigação, não se resumindo ao número de horas de cuidados por pessoa e por dia, ou a tempos médios utilizados para determinados procedimentos (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

Na UCA cumpre-se o cálculo da dotação segura de enfermeiros, com exceção do turno realizado à sexta-feira e ao sábado, entre as 20:00 e as 08:00. Ocasionalmente era verificada apenas a presença de um enfermeiro, independentemente do número de pessoas ao seu cuidado, sendo que “o aumento da carga horária de trabalho da equipa de enfermagem tem impacto na qualidade dos cuidados e segurança dos clientes e um número adequado de enfermeiros por equipa promove um ambiente de cuidados seguro” (Poeira et al., 2019, p. 1613). Contudo, após múltiplas comunicações de risco clínico à enfermeira gestora da UCA verificou-se a integração, no referido horário, de mais um elemento na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação perioperatória. As instituições devem assegurar dotações seguras em todos os contextos de cuidados, o que inclui o contexto perioperatório, face aos resultados nacionais da avaliação da cultura de segurança que anunciam que o parâmetro “Dotação de Recursos Humanos” se encontra entre os mais críticos, seja a nível hospitalar (DGS, 2015), seja no particular contexto do BO (Mota et al., 2021b).

Assim, por promover e se relacionar com a qualidade dos cuidados de enfermagem, com a segurança da pessoa, com a eficácia do atendimento e, especialmente, com a satisfação profissional, é essencial para o funcionamento regular do sistema de saúde a existência de um ambiente favorável à prática de enfermagem (Almeida et al., 2020; Carvalho & Lucas, 2020; De Sul & Lucas, 2020; Lucas et al., 2021).

De acordo com a literatura, a generalidade dos enfermeiros manifesta um baixo nível de Satisfação Profissional, acentuado com o decurso do tempo, a que se associa a intenção de sair, expressa por alguns profissionais (Gulsen & Ozmen, 2020; Orgambídez-Ramos & Almeida, 2017). A remuneração, o volume de trabalho, a falta de oportunidades e de progressão na carreira, a má gestão, a desvalorização profissional e as dotações/condições precárias encontram-se entre as causas mais indicadas para tal insatisfação (Ayalew et al., 2019; Dias & Morais, 2019; Semachew et al., 2017).

Perante o exposto, e em articulação com a enfermeira gestora da UCA, foi implementada a escala de avaliação de satisfação profissional do enfermeiro da UCA, a *Job Satisfaction Survey de Spector* (1985), adaptada por Pereira (2010). Composta por doze dimensões numa escala ordinal tipo *likert*, pretende avaliar a satisfação profissional dos

enfermeiros por intermédio de doze dimensões distintas, entre as quais: relação com a chefia, relação com os pares, autonomia, renumeração, reconhecimento profissional, rotina ocupacional, equidade, progressão na carreira, natureza do trabalho, responsabilidade profissional, políticas e procedimentos institucionais e sobrecarga laboral (Pereira, 2010).

Ainda em estreita articulação com a enfermeira gestora foi aplicado o instrumento de colheita de dados a partir do *google forms*[®], remetido para o email institucional de cada elemento da equipa de enfermagem da UCA, permitindo ao participante preencher e submeter o mesmo de forma simples e anónima, não sendo necessário qualquer outro procedimento. O instrumento de colheita de dados encontra-se agregado ao presente documento (apêndice II). Os respetivos resultados foram colhidos e analisados em parceria com a gestora do serviço. Para apresentação dos resultados à equipa, procedeu-se elaboração da síntese e apresentação dos resultados subordinada ao tema “Satisfação Profissional dos Enfermeiros e o Ambiente da Prática de Enfermagem” (apêndice III). Concomitantemente, foi ainda planeado um programa de intervenção psicoeducativo face aos resultados da avaliação da satisfação profissional do enfermeiro denominado “Ambientes favoráveis à prática: promotores da qualidade dos cuidados de enfermagem”, elaborado por um elemento externo à UCA. Ainda que os resultados e a respetiva apresentação estivessem prontos precedentemente ao término do estágio que agora se descreve, em boa verdade não foi possível proceder à sua apresentação face à indisponibilidade em tempo útil ora da equipa de enfermagem, ora do elemento externo à UCA que complementaria a ação de formação. Foi assim, sugestão da enfermeira gestora da unidade, reagendado para um momento posterior ao término do estágio ora documentado.

Os enfermeiros que manifestam satisfação com o seu trabalho apresentam uma menor probabilidade de apresentarem transferência de serviço ou até mesmo de instituição (Ribeiro et al., 2019a), fator determinante para a diminuição da rotatividade dos profissionais, desde logo relacionada com a ocorrência de eventos adversos, tais como erros de medicação, infeções associadas aos cuidados de saúde ou risco de queda. Assim sendo, conclui-se que apostar na satisfação profissional contribui para a segurança da pessoa em situação perioperatória (Santos & Wilk, 2023).

Uma estratégia interessante para a promoção da cultura de segurança consiste na atribuição de áreas de responsabilidade pelo enfermeiro gestor. Esta prática não apenas fortalece o compromisso com uma prática de cuidados segura, como também contribui significativamente para o desenvolvimento de habilidades individuais dos profissionais,

promovendo uma melhor coordenação entre as equipas e garantindo a segurança da pessoa em situação perioperatória em cirurgia de ambulatório. Neste contexto, e para que, em quaisquer circunstâncias, a segurança dos cuidados seja devidamente acautelada, o *Manual de Standards de Unidades de Gestão Clínica* da DGS enfatiza a relevância da atribuição de responsabilidades nas diferentes áreas de atuação (DGS, 2023).

Ainda no decurso do estágio foi possível acompanhar o desempenho de funções dos elos de ligação da UCA com os grupos de trabalho, nomeadamente: Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) e Grupo de Sistemas de Informação em Enfermagem (GSIE).

A existência de elos de ligação nas diferentes áreas de intervenção existentes na unidade onde foi realizado o estágio (profissionais que estabelecem a ligação entre os grupos de trabalho onde se inserem e a equipa em que prestam cuidados), possibilita a atuação destes como promotores da cultura de segurança, sendo em grande parte os impulsionadores da aplicação dos projetos de melhoria qualidade contínua no serviço.

Já os resultados do estudo randomizado controlado de Donati et al. (2020), com o fito de avaliar a eficácia da implementação de auditorias realizadas pelos elos de ligação para a prevenção e controlo de infeção, documentavam que a adesão às boas práticas foi superior no grupo em que foi implementada a intervenção com os elos de ligação. A opção por estratégias de liderança e comunicação entre os elos de ligação e a equipa de prevenção e controlo de infeção e o debate sobre estratégias de melhoria dos próprios processos de auditoria terão contribuído para aquele resultado. Na verdade, a preparação de normas e protocolos de acordo com as diretrizes, a formação e mentalização dos profissionais para a adesão aos procedimentos adequados e a liderança na aplicação de boas práticas são algumas das funções dos elos de ligação, conforme concluiu um estudo qualitativo multicêntrico realizado na Holanda (Dekker et al., 2022). Sob esse ponto de vista é consensual que o EEEMC desenvolva uma prática baseada na evidência, colocando-o numa posição privilegiada para assumir o papel de elo de ligação em grupos de trabalho. Sob a ótica do enfermeiro gestor os estudos supra atestam a promoção da cultura de segurança quando são delegadas responsabilidades aos colaboradores da equipa.

Além da atribuição de áreas de responsabilidade encontra-se ainda relacionado com a gestão dos cuidados a identificação e análise dos recursos disponíveis. Fundamental em qualquer serviço, e igualmente determinante para o funcionamento adequado da UCA, uma das responsabilidades do enfermeiro com funções de gestão e liderança é também a

reposição de materiais de consumo clínico e não clínico. Com efeito, a natureza dos cuidados prestados na UCA implica um consumo expressivo de recursos materiais, sendo por isso fundamental uma gestão adequada dos mesmos, disponibilizando-os aos demais elementos da equipa.

A estruturação do fluxo de prestação de cuidados e, por conseguinte, a segurança da pessoa em situação perioperatória, são afetados de forma direta ou indireta pela gestão dos recursos físicos, materiais e humanos (Görs et al., 2020).

Outrossim, para a eficácia na execução das atividades o enfermeiro precisa de saber gerir recursos materiais e financeiros, para lá do conhecimento da unidade de saúde que supervisiona, em particular dos recursos humanos. O facto da UCA onde decorreu o estágio corresponder a uma unidade satélite, localizada a uma distância de 15 quilómetros da unidade local de saúde de referência, atribui ainda mais relevância à gestão de recursos físicos e materiais.

Sendo um dos fatores que contribui para o cancelamento das intervenções cirúrgicas, a falta de recursos materiais resulta em prejuízos para a saúde das pessoas, atrasos no agendamento das cirurgias, aumento dos custos, do risco de infeção e do tempo de internamento hospitalar (Silva et al., 2020).

Na UCA o controlo de medicação e estupefacientes é efetuado por stocks nivelados, em articulação com o serviço de aprovisionamento hospitalar e farmacêutico. Para satisfazer as necessidades imediatas, a UCA possui armários de recurso com a medicação mínima definida acordo com o perfil dos doentes.

Em concordância com o Manual de Boas Práticas da Farmácia Hospitalar da Ordem dos Farmacêuticos (OF) (2020), o sistema de distribuição por reposição de stocks nivelados requer a reposição de stocks baseada na existência de um nível qualitativo e quantitativo de medicamentos e produtos de saúde, determinados entre a farmácia hospitalar e os Serviços Clínicos com vista a assegurar o seu funcionamento imediato e regular.

Na UCA os stocks de medicação de apoio à equipa do pré e pós-operatório encontram-se armazenados no recobro II, enquanto a medicação de suporte à equipa do intraoperatório encontra-se numa antecâmara de acesso ao BO. Ainda de acordo com o referido manual, e a fim de evitar erros na utilização dos medicamentos, estes devem encontrar-se identificados por ordem alfabética da sua denominação comum internacional ou por outra forma tida como mais segura. Idealmente a etiqueta de identificação deverá conter também codificação adequada a leitura ótica. Os estupefacientes e psicotrópicos

devem ser mantidos em cofre/armário com sistema de dupla fechadura (OF, 2020), exigência, de resto, cumprida na UCA.

Há então um conjunto de competências indispensáveis para um gestor qualificado, entre as quais a capacidade de maximização dos recursos existentes e do potencial da sua equipa, conciliando os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos à sua disposição com o principal objetivo de aumentar a eficácia do serviço, ultrapassar as dificuldades que possam emergir e conceber uma prestação de cuidados completa e bem-sucedida (Fernandes et al., 2019).

Do exposto realçamos que para a evolução dos processos de melhoria contínua da qualidade interessa o reconhecimento e aplicação de estratégias para a aquisição e o desenvolvimento de aprendizagens e competências profissionais, destacando-se o papel do EE na prevenção do risco e na promoção da prestação de cuidados seguros, conformes às expectativas e necessidades da pessoa em situação perioperatória. É neste contexto que surge o quarto domínio das competências comuns aos EEEMC: o desenvolvimento das aprendizagens profissionais e que se descreve de seguida.

2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Reconhece-se que o acesso à aprendizagem contínua pelos profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde irá repercutir-se na qualidade e igualdade de acesso à saúde pela população mundial, bem como na proteção e promoção da saúde pública (Gamhewage et al., 2022; WHO, 2022).

A rápida produção de conhecimentos em saúde exige que os seus profissionais se esforcem para se manter atualizados, aplicando, com base na evidência científica, soluções adequadas aos problemas que enfrentam diariamente (Ornellas & Monteiro, 2023).

Nos termos do Artigo 109.º da Lei n.º 156/2015 (2015), de 16 de setembro, que procede à segunda alteração ao Estatuto da OE, o enfermeiro deve procurar “em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de (...) Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (p. 8080). Com efeito, a pessoa tem direito a cuidados de qualidade, prestados de acordo com os mais recentes conhecimentos nos diversos domínios e exercidos com excelência, para o que é fundamental o cumprimento deste dever de atualização.

No Regulamento n.º 613/2022 (2022), que define o ato profissional próprio dos Enfermeiros, a OE menciona que estes

constituem, na generalidade dos sistemas de saúde, o maior número de profissionais, assumindo a enfermagem uma crescente diferenciação e relevância enquanto profissão e disciplina. Enquanto disciplina a evolução da enfermagem como ciência e o número crescente e diversificado de áreas de investigação a ela associadas têm contribuído para que, globalmente, os enfermeiros possuam um maior grau de diferenciação, a que corresponde um corpo científico próprio e autónomo. (p. 179)

contribuindo paralelamente para que os cuidados prestados e os serviços de saúde usufruam de um “maior reconhecimento e assumam novas e mais complexas responsabilidades” (Regulamento n.º 613/2022, 2022, p. 179).

Por esse motivo é imperativo que o EE desenvolva aprendizagens profissionais, uma necessidade e uma obrigação na atuação profissional do enfermeiro, diretamente relacionadas com a qualidade assistencial e com a segurança da pessoa (Ornellas & Monteiro, 2023). Deste modo, a educação profissional deve ser entendida como um processo de formação e desenvolvimento contínuo, com origem na formação inicial e prolongando-se pela vida profissional. A aprendizagem compreende, assim, a obtenção das competências necessárias para a prestação de cuidados em saúde a diferentes segmentos sociais e contextos (Ornellas & Monteiro, 2023), devendo o Enfermeiro, enquanto profissional e enquanto ser humano, desenvolver a sua assertividade e o seu autoconhecimento (Silva et al., 2021b).

Para o efeito é fundamental o desenvolvimento de uma análise reflexiva, que possibilita a identificação de vantagens e desvantagens, obstáculos e facilitadores dos processos de aprendizagem vivenciados, bem como a cimentação de conhecimentos a partir de experiências factuais. Analisando o trajeto teórico-prático percorrido ao longo deste Curso de Mestrado com especialização, a que acresce a experiência profissional adquirida anteriormente, consideram-se numerosos e diversificados os contextos e desafios experienciados. Visando a adequação e mudança de comportamentos que promovessem a melhoria contínua do exercício profissional prestado, objetivo de qualquer futuro EE, desenvolveu-se progressivamente uma reflexão individual e conjunta - com o enfermeiro orientador, a enfermeira tutora e pares - sobre os contextos reais vivenciados, o desempenho clínico demonstrado e a gestão emocional e comportamental manifestada.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (2019) - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista -, todos estes processos reflexivos viabilizaram uma melhor consciencialização do eu e do meio envolvente, permitindo uma tomada de decisão mais sólida perante a diversidade e complexidade das situações pessoais e profissionais com que o EE se depara. Este, ainda em conformidade com o mesmo regulamento, deve visar o autoconhecimento e ter consciência da relação estabelecida com os demais em contexto particular, profissional e institucional (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Para desenvolver a assertividade e o autoconhecimento enquanto profissional de enfermagem, é indispensável que o EE seja capaz de, ao longo da sua atividade, aplicar evidências científicas atuais e recomendadas (Silva et al., 2021b). Ainda em concordância com o Regulamento n.º 140/2019 (2019), o EE deve agir como promotor e gestor da aquisição de novos conhecimentos ao longo da prática clínica, baseando-a em evidência científica atual e adequada, razão pela qual se procurou continuamente, ao longo de todo o percurso desenvolvido, analisar e aplicar evidências relevantes para a prática de cuidados de enfermagem, em especial no âmbito da pessoa em situação perioperatória.

O saber profissional de enfermagem é então definido pela OE (2017c) como um “saber de acção, não se constituindo somente de execução ou de reprodução de actos, mas engloba igualmente a capacidade de adaptar a conduta à situação complexa, fazendo apelo aos conhecimentos” (pp. 2-3).

Para Benner (2001) os enfermeiros peritos terão um poder intuitivo aumentado, que permite “resolver problemas e tomar decisões com pouca informação concreta” (Nunes, 2017, p. 127), sendo a intuição, enquanto habilidade, suscetível de treino e aperfeiçoamento.

Importa considerar as particularidades da prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória, quer pela complexidade dos respetivos cuidados, quer pela evolução constante verificada ao nível da evidência científica na qual as práticas se sustentam.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (2019) da OE, o EE deve tomar decisões com base em conhecimentos atuais e pertinentes, facilitando os processos de aprendizagem, conceito intrínseco ao ciclo de vida humano, prolongando-se a aprendizagem desde o nascimento até à morte de todos os indivíduos (Sitoe, 2006; Silva et al., 2021b).

É forçosa a aplicação da prática baseada na evidência (PBE) nas práticas dos enfermeiros, uma vez que aquela promove a eficácia, a qualidade e a segurança dos

cuidados em saúde. Segundo Pinto & Mota (2023), a implementação de instrumentos de PBE apropriados promove uma análise adequada das diversas dimensões da PBE que intervêm no processo de tomada de decisão dos enfermeiros em contexto da prática clínica. Neste pressuposto, através do recurso ao *debriefing* com a enfermeira tutora após as ocorrências, diligenciámos pela análise das situações clínicas, beneficiando das diferentes oportunidades de aprendizagem. Pinho (2020) descreve o *debriefing* como "uma discussão reflexiva orientada que visa ajudar o participante a identificar lacunas no seu conhecimento e competências" (p. 59). Perante cada situação, foram relevantes as reflexões e silogismos realizados, quer com o orientador do estágio, quer com a enfermeira tutora e os demais elementos da equipa da UCA, com o objetivo de prestar cuidados de enfermagem especializados e conformes ao teor das competências do EEEMC.

A adoção de boas práticas determina a qualidade e a segurança dos cuidados prestados em Enfermagem. De forma a tornar-se um profissional de referência para a equipa, o enfermeiro deve basear-se na melhor e mais atual evidência científica, adotando uma postura crítica perante as ações que desenvolve (Duarte et al., 2020).

Com o intuito de assegurar uma prática de cuidados de qualidade, a obtenção de conhecimento atualizado e a aplicação do mesmo nas intervenções realizadas, foi assumida, durante o estágio, numa postura dinamizadora e diligente. Quaisquer ações foram sempre desenvolvidas de forma segura e consciente, respeitando a segurança e os interesses dos doentes. A aplicação, na praxis clínica, dos conhecimentos teóricos adquiridos, foi essencial na prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória. Na verdade, não nos limitámos ao conhecimento pessoal, antes atuámos com base na mais atual evidência científica, com recurso à pesquisa em bases de dados, à documentação disponível na UCA, e a diretrizes clínicas, bem como à análise dos conteúdos programáticos das unidades curriculares abrangidas neste segundo ciclo de estudos, pelo que, citando Príncipe & Mota (2023):

o enfermeiro especialista suporta a sua prática clínica pela incorporação de conhecimento novo e relevante para o seu contexto profissional de cuidados, atua proactivamente na investigação, identifica lacunas do conhecimento, divulga e dissemina resultados da investigação, patrocinando a inovação e transição do conhecimento. (p.1)

Esta referência vai, de resto, ao encontro do aventado pela OE (2017a) no domínio dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, quando defende que, na busca constante pela excelência no exercício profissional, o EEEMC

colabora para a melhor eficácia da organização dos cuidados de enfermagem. Sob este ponto de vista aconselha o EE a apostar na componente formativa e na preparação/prática, enquanto fomentadores do desenvolvimento profissional e da qualidade da intervenção da equipa multidisciplinar.

Assim, e para potencializar o desempenho profissional e os resultados obtidos, as instituições de saúde devem implementar medidas que promovam a prática baseada na evidência (Coimbra, 2021). A formação em serviço é uma parte da formação contínua que, em contexto de trabalho, fortalece os conhecimentos base e a aquisição de novas competências e práticas de cuidados de saúde. A auscultação das necessidades formativas da UCA, o relatório de formação em serviço e o planeamento da formação em serviço para o ano de 2024 foram efetuados durante o estágio, em colaboração com a enfermeira tutora, responsável pela formação em serviço.

O Artigo 96.º, n.º 2, alínea d) da Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro (2015) - que procede à segunda alteração ao Estatuto da OE - estabelece o direito à formação, determinando que os membros efetivos têm direito a condições de acesso à formação para atualização e aperfeiçoamento profissional. Já na alínea c) do Artigo 109.º, o mesmo diploma estabelece o dever do enfermeiro em manter a atualização contínua dos seus conhecimentos, não olvidando a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas (Lei n.º 156/2015, 2015). A literatura é unânime ao assinalar a falta de formação e treino na assistência à pessoa no período intraoperatório como um dos fatores que pode comprometer a segurança da pessoa, tal como advertido pela AESOP (2012), Nijkamp e Foran (2021) e Fachola et al. (2022). Conclui-se, assim, que para assegurar a segurança e qualidade dos cuidados é necessário estabelecer uma política de formação contínua e comprometer o enfermeiro com todo este processo. Se os enfermeiros têm o dever profissional e deontológico de atualizar os seus conhecimentos, as instituições de saúde que estes integram têm a necessidade de manter profissionais instruídos, capazes e inteirados das evidências científicas mais atuais. Posto isto, durante o estágio na UCA foram desenvolvidas, no âmbito da formação em serviço, as ações de formação descritas na tabela 1. Os respetivos comprovativos da formação em serviço, ora como formador (apêndice IV), ora como formando (anexo I), encontram-se anexados ao presente documento.

Tabela 1: Ações de Formação Desenvolvidas na UCA.

Como formador		
Designação da Formação	Conteúdo Programático	Data da ação
Revisão, Sensibilização e Uniformização dos Registos de Enfermagem	Registos de Enfermagem; Processo Clínico; Conceção de Cuidados; Interdependência VS Autonomia; SClinico®	14 de novembro de 2023
A Integração do Enfermeiro na Unidade de Cirurgia de Ambulatório	Apresentação e Discussão da Proposta do Manual de Integração do Enfermeiro na Unidade de Cirurgia de Ambulatório	29 de novembro de 2023
Registos de Enfermagem na UCA	Apresentação da proposta de um plano documental para os Registos de Enfermagem da Unidade de Cirurgia de Ambulatório	13 de fevereiro
Registos de Enfermagem na UCA	Apresentação da proposta de um plano documental para os Registos de Enfermagem da Unidade de Cirurgia de Ambulatório	20 de fevereiro
Satisfação Profissional do Enfermeiro e a Prática de Enfermagem	A Satisfação Profissional do Enfermeiro e a Prática de Enfermagem Apresentação e Discussão dos Resultados da Equipa de Enfermagem da UCA	Aguarda agendamento
Como formando		
Fluxograma do processo de enfermagem perante a hipotermia perioperatória	Apresentação de fluxograma do processo de enfermagem na identificação e prevenção da hipotermia inadvertida perioperatória em contexto de cirurgia de ambulatório	14 de novembro de 2023
Apresentação do carro de emergência	Workshop: Apresentação do carro de emergência; Demonstração, exposição e manipulação do conteúdo do carro de emergência da UCA	14 de novembro de 2023
Apresentação de protocolo para controlo de validades e stocks no BO da UCA	Apresentação e análise de protocolo para controlo das validades e gestão de stocks na UCA	15 de novembro de 2023
Central de Monitorização	Demonstração do modo de funcionamento da central de monitorização da UCA	28 de novembro de 2023
Intervenções de enfermagem especializada do conforto térmico em contexto de cirurgia de ambulatório	Intervenções de enfermagem de conforto térmico em contexto de cirurgia de ambulatório	22 de fevereiro de 2024
Checklist de anestesia	Apresentação da <i>checklist</i> de anestesia a ser implementada no bloco da UCA	23 de fevereiro de 2024

Fonte: autor do documento.

A procura permanente de aquisição e atualização de conhecimentos relativos à prática de enfermagem motivou ainda a frequência, no período em que decorreu este curso de mestrado com especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, dos seguintes processos de formação contínua:

- Jornadas de Enfermagem do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada “Pensar a Enfermagem: Práticas, Desafios e Oportunidades”, realizadas na Biblioteca Pública e Arquivo Regional de Ponta Delgada de 25 a 26 de janeiro de 2024 (anexo II) e;
- Curso de “Comunicação em Saúde” que decorreu no dia 24 de janeiro de 2024, com um total de 7 horas, inserido nas Jornadas de Enfermagem do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, realizadas na Biblioteca Pública e Arquivo Regional de Ponta Delgada. O curso supra foi acreditado pela OE com o total de 0,35 Créditos de Desenvolvimento Profissional (anexo III).

Na prática de Enfermagem realça-se não só a comunicação com a pessoa doente e respetiva família/cuidador, mas também a comunicação entre os profissionais de enfermagem e a equipa multidisciplinar.

Por ser uma área cuja evolução exige um trabalho permanente, é muito importante facultar aos enfermeiros as ferramentas necessárias – tal como a aqui já referida metodologia ISBAR – para um desempenho mais eficaz e seguro no domínio da comunicação, com o fito de refinar progressivamente as suas competências (Schmidt, 2019). Neste contexto, e porque cientes da sua importância no âmbito da prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória, foi elaborado um poster que se encontra exposto em anexo deste relatório subordinado ao tema: “Comunicação em Saúde: Metodologia ISBAR na Transição de Cuidados à Pessoa em Situação Perioperatória”, inserido nas Jornadas de Enfermagem do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada “Pensar a Enfermagem: Práticas, Desafios e Oportunidades”, realizadas entre 25 e 26 de janeiro de 2024 na Biblioteca Pública e Arquivo Regional de Ponta Delgada. O comprovativo de apresentação do poster nas Jornadas e o poster apresentado encontram-se respetivamente no anexo IV e no anexo V do presente documento.

Vários tipos de estímulos podem incentivar os profissionais de enfermagem a apostar na aprendizagem contínua, necessária para o desenvolvimento profissional e para a renovação e atualização de competências. Para Rouleau et al. (2019) é necessário que o enfermeiro seja capaz de progredir na sua formação, promovendo a segurança da pessoa através da prestação de cuidados de saúde adequados, com recurso à utilização de métodos válidos e eficazes.

Num momento marcado pela crise nos serviços de saúde de vários países que, afetados pela indisponibilidade de recursos humanos e financeiros, lutam por uma reforma generalizada, impõe-se o apelo à aprendizagem ao longo da vida para enfermeiros e equipas de saúde como uma ferramenta imprescindível (Ornellas & Monteiro, 2023).

A identificação, aquisição e desenvolvimento de competências universais, bem como a conformidade entre a produção científica – de domínio escolar – e a prática de cuidados – de domínio comunitário e hospitalar (Santos, 2023), são fundamentais para o desenvolvimento do conhecimento e da praxis clínica em enfermagem.

O desenvolvimento da especialidade em Enfermagem como curso de mestrado impulsiona não apenas a diferenciação da prática dos cuidados à pessoa em situação perioperatória, mas também o amadurecimento do pensamento e da capacidade de reflexão crítica, elementos, além do mais, essenciais no processo de tomada de decisão do EE perante a complexidade e demandas do contexto perioperatório.

A aquisição, desenvolvimento e a aperfeiçoamento das competências para o desempenho direcionado para a pessoa em situação perioperatória - alvo principal dos cuidados de Enfermagem com base no *Perioperative Patient Focused Model* - deve ser a essência da prática de cuidados de Enfermagem perioperatórios, visando alcançar não somente a excelência profissional assim como o desenvolvimento de um corpo de conhecimentos científico.

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

Adaptadas às características singulares da pessoa em situação perioperatória, um conjunto de competências específicas e diferenciadas caracterizam o papel do enfermeiro perioperatório, sendo que o desenvolvimento do mesmo acontece promovendo o potencial humano em contexto perioperatório, a saber, assegurando condições de segurança que potenciem as hipóteses de melhores resultados da intervenção cirúrgico-anestésica (Miguel, 2021).

À vista disso, o papel do EEEMCEPSP é desenvolvido de acordo com o presente no Regulamento n.º 429/2018 (2018) “em cinco áreas de atuação complementares entre si: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos” (p. 19366).

O que significa então ser competente em enfermagem em contexto perioperatório? De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 (2018) da OE, é condição fundamental a aquisição e o desenvolvimento de duas grandes competências para a obtenção do título de EEEMCEPSP: o cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa e o maximizar a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica.

De acordo com Dias e Fernandes (2022), como resultado do reconhecimento da singularidade dos conhecimentos diferenciados da Enfermagem perioperatória, emerge a oportunidade de cimentar a produção do conhecimento próprio dessa área do saber. Os mesmos autores sublinham ainda que a edificação desse conhecimento, assim como a modificação das práticas, a produção de indicadores específicos para a enfermagem perioperatória e para a diferenciação dos cuidados de enfermagem, é mediada pelo aprofundamento de tais conhecimentos que justificam a prática de cuidados baseada na evidência científica, condição esta tão defendida quanto necessária.

Afora a componente teórica, o processo de desenvolvimento e aquisição de competências comporta, indiscutivelmente, o compreender e experimentar contextos da prática clínica que viabilizem tal desenvolvimento.

O estágio clínico emerge como uma oportunidade ímpar de incentivo ao desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo e da construção de base de saberes

fundamentada e sustentada na prática baseada na evidência, fundamental para o processo tomada de decisão, do mesmo modo que potencia a aprendizagem na medida que em possibilita a integração dos conhecimentos, saberes, competências e habilidades, componentes elementares para um desempenho autónomo e eficiente aquando da prática de cuidados. Complementarmente ao descrito anteriormente, subjaz o processo de formulação do perfil de competências específicas adquiridas em contexto de estágio. Determinado pelo Regulamento n.º 140/2019 (2019), são consideradas no domínio das competências específicas aquelas que

decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas. (p. 4745)

Em virtude do exposto, a construção de uma análise crítico-reflexiva relativa ao desenvolvimento de competências específicas do EEEMCEPSP, em estreita articulação com os objetivos de aprendizagem, desenvolvimento e aquisição de competências estabelecidos para o contexto clínico onde decorreu o estágio, a UCA, é agora documentada.

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

De acordo com a *European Operating Room Association* (EORNA) (2019), e compreendendo todo o ciclo vital desde procedimentos cirúrgicos intrauterinos até à colheita de órgãos *post mortem*, a enfermagem perioperatória comporta um corpo de conhecimentos teórico-práticos empregues pelo EEEMCEPSP com recurso a um processo estruturado, mediante o qual o enfermeiro identifica as necessidades da pessoa em situação perioperatória, planeando, executando e avaliando a prestação dos cuidados perioperatórios.

Resistência física e mental, memória imediata e atuação espontânea, pautada pela experiência e pela variedade de perspetivas e conhecimentos, são condições impostas ao enfermeiro perioperatório. Para prestar assistência e prevenir possíveis complicações e intercorrências é ainda indispensável a combinação de conhecimentos clínicos, anatómicos e fisiológicos (Cuming, 2023).

Procura-se assegurar uma abordagem global e multidisciplinar centrada na pessoa, sendo o entendimento da enfermagem em contexto de cirurgia com internamento curto,

ou de cirurgia em regime de ambulatório, próximo da enfermagem perioperatória convencional.

O enfermeiro perioperatório de uma unidade de CA não atua apenas na consulta externa (pré), no BO (intra) ou no internamento (pós), mas, antes, em todo este trajeto, motivo pelo qual, na CA, o contacto com a pessoa e a sua família/cuidador é mais prolongado (Cardante, 2020).

Uma comunicação eficaz permite diminuir a angústia da família ao esclarecer as circunstâncias vivenciadas, disponibilizar apoio emocional e, por conseguinte, minimizar os sintomas de ansiedade, pelo que os cuidados de enfermagem prestados durante o período pré-operatório assumem um papel fundamental (Sá & Henriques, 2021).

Com o objeto de diminuir a ansiedade, a equipa de enfermagem - responsável por preparar a pessoa fisicamente e emocionalmente - deve prestar, à pessoa e aos seus familiares, informações e orientações simples e compreensíveis relativas ao procedimento em causa (Mendes & Ferrito, 2021). Com efeito, a intervenção de enfermagem não se restringe ao cuidado direto à pessoa durante o procedimento cirúrgico, compreendendo outrossim a educação da família e uma assistência constante, com vista a assegurar uma recuperação adequada e a prevenir complicações pós-operatórias (Fuentes-Ramírez & Laverde-Contreras, 2021).

A responsabilidade pela preparação física e emocional da pessoa foi presenciada durante a realização, no estágio, de consultas de enfermagem pré-operatórias à pessoa em situação perioperatória. A consulta de enfermagem pré-operatória permite aos enfermeiros o prognóstico das necessidades, a elaboração de um plano de cuidados individualizado e a organização dos cuidados anestésico-cirúrgicos, beneficiando assim a instituição na rentabilização dos tempos de consulta de anestesia, operatórios e de admissão no serviço de internamento, no aumento da quantidade de consultas efetivas e na diminuição de complicações pós-operatórias, reduzindo o período de internamento (Pelarigo, 2019).

Concluiu-se, com a realização do estágio, que as instruções e informações transmitidas favorecem, sobretudo, a pessoa em situação perioperatória e a respetiva família/pessoa significativa, diminuindo os sentimentos de ansiedade e receio diante do processo anestésico- cirúrgico, bem como uma melhor preparação para o intra e pós-operatório.

Com regularidade florescem na pessoa sentimentos de inquietação, incerteza e até pavor quanto esta é informada que terá de ser submetida a uma intervenção cirúrgica. Para preservar e melhorar a sua própria saúde é importante que a pessoa assimile a informação transmitida de forma consciente, refletindo sobre a mesma antes de tomar decisões relativas à sua saúde (Morais et al., 2020). Neste enquadramento impõe-se ao EEMCEPSP a adoção de medidas de melhoria, promovendo a diminuição de sentimentos negativos e, por conseguinte, a compreensão de todo o processo que a pessoa em situação perioperatória vai vivenciar (Santos & Brandão, 2021).

A ideia do desconhecido, do sofrimento e, entre outras, da perda de consciência induzida pela anestesia, encontra-se implícita em qualquer intervenção cirúrgica, motivo pelo qual é encarada como uma experiência que provoca stress, ansiedade e angústia (Cardante, 2020). É responsabilidade do enfermeiro perioperatório responder adequadamente aos pedidos, questões e dificuldades com que se depara a pessoa em contexto perioperatório, respeitando os princípios éticos e deontológico que regem a profissão e criando com a pessoa alvo de cuidados uma conexão determinante no alívio de sentimentos como medo ou nervosismo.

Assim, quer a comunicação quer a criação de uma relação de empatia apresentam-se como pilares da prática de enfermagem, influenciando diretamente a qualidade dos cuidados prestados e centrados na pessoa. Com efeito, estas contribuem decisivamente para a redução dos sentimentos de ansiedade e medo, construindo expectativas realistas alinhadas com os resultados obtidos, conforme proclamado pelo Modelo Focado na Pessoa em Situação Perioperatória (Cuming, 2023; Van Wicklin, 2020).

A perceção da dor pós-operatória, sendo individual e variável entre sujeitos, pode ser negativamente influenciada pela ansiedade, provocando a administração de doses superiores de analgésicos para controlo da dor eficaz (Scott et al., 2015; Jost et al., 2020). Já a prestação de orientações precisas e o uso de linguagem clara e acessível acerca de todo o processo anestésico-cirúrgico têm o poder de reduzir a ansiedade, suprimindo não raras vezes a necessidade de uso de medicamentos ansiolíticos (Scott et al., 2015; Mendes & Ferrito, 2021).

Definidas pelo suporte na compreensão do processo perioperatório e validação da satisfação das necessidades sociológicas, psicológicas e espirituais da pessoa a vivenciar um processo cirúrgico-anestésico, bem como da família ou pessoa significativa, as intervenções de enfermagem perioperatórias na conjuntura anteriormente descrita encontram-se

alinçadas nas “respostas comportamentais”, o terceiro domínio do modelo teórico *Perioperative Patient Focused Model* (Cuming, 2023; Van Wicklin, 2020).

Num programa de CA impõe-se a garantia da continuidade de cuidados e do controlo adequado da dor (Vieira et al., 2017). Face aos efeitos da gestão defeituosa da dor aguda na saúde, é inegável que melhorar a qualidade dos cuidados é também melhorar a qualidade do controlo da dor, de resto parte integrante dos cuidados perioperatórios e elemento central nos programas de recuperação (Small & Laycock, 2020). Para tanto, e pretendendo-se a melhor recuperação da pessoa após a cirurgia, são estratégias pertinentes para a gestão da dor aguda pós-operatória: a informação transmitida durante a prestação dos cuidados; o planeamento pré-operatório; a correta avaliação da dor e; o tratamento farmacológico ou não farmacológico da dor (Small & Laycock, 2020).

Por fundamental na promoção do bem-estar da pessoa em situação perioperatória, na aceleração da recuperação pós-operatória e na redução das complicações associadas à dor pós-operatória, à gestão da dor é atribuído um papel essencial nos cuidados perioperatórios. Estratégias eficazes de controlo da dor melhoram a experiência da pessoa em situação perioperatória e favorecem a maximização dos resultados cirúrgicos, sendo determinante a preparação pré-operatória.

No desenvolvimento do ensino clínico, foi possível validar que são múltiplas as estratégias que podem ser adotadas para controlo da dor eficaz da pessoa em situação perioperatória. A consulta pré-operatória pela gestão de expectativas no que respeita às estratégias farmacológicas e não farmacológicas de gestão da dor e pelo envolvimento e capacitação da pessoa em situação perioperatória e família e/ou pessoa significativa tem um papel fundamental na gestão da dor pós-operatória e, em boa verdade, em toda a experiência perioperatória vivenciada. Adicionalmente à consulta de enfermagem pré-operatória é efetuado, nas 48 horas precedentes à intervenção cirúrgica, um contacto pré-operatório. O contacto pré-operatório revalida a informação disponibilizada na consulta pré-operatória, atendendo a que possa eventualmente existir um desfasamento temporal entre a consulta pré-operatória e a intervenção cirúrgico-anestésica. Acresce que se apresenta como a continuação da estruturação do processo de cuidados que se iniciou aquando da consulta pré-operatória, e pelo qual o enfermeiro perioperatório converge os cuidados perioperatórios num plano individualizado e singular. A diferenciação dos cuidados do enfermeiro perioperatório destaca-se à semelhança da consulta pré-operatória, não limitando o contacto telefónico pré-operatório exclusivamente à preparação física, psicológica e espiritual da pessoa em situação perioperatória, mas como

uma oportunidade de lhe facultar os recursos necessários para controlar eficazmente as suas emoções e sentimentos. O envolvimento da pessoa em situação perioperatória e respetiva família e/ou pessoa(s) significativa(s) no processo cirúrgico-anestésico comporta reflexos na experiência cirúrgico-anestésica. Para uma recuperação célere da pessoa e um regresso antecipado às atividades de vida diária e profissional contribuem, decerto, o controlo eficaz da dor pós-operatória e o seu questionamento acertado no *follow-up*.

O acompanhamento/*follow-up* pós-operatório é realizado mediante o estabelecimento, pela equipa de enfermagem, de um contacto telefónico nas 24 horas pós-operatórias e ainda ao 30.º dia (Coutinho & Neves, 2019). Durante o estágio na UCA foi possível confirmar a importância da realização dos referidos acompanhamentos, quer como meio de avaliação da satisfação da pessoa em situação perioperatória, quer como despiste de possíveis complicações pós-operatórias.

Numa especialidade cirúrgica em particular - a cirurgia ortopédica, designadamente na artroplastia unicompartimental do joelho, artroplastia do ombro, ligamentoplastias e tenotomias do ombro - detetámos, no âmbito do *follow up* telefónico às 24 horas, a presença regular de dor aguda pós-operatória. Destarte, a avaliação e controlo da dor é um pressuposto na prática do enfermeiro, cabendo a este identificar e mitigar a respetiva causa (Oliveira et al., 2020). Após múltiplas ocorrências de registo de dor pós-operatória, foi comunicada a ocorrência de tais eventos ao Serviço de Anestesiologia. Em articulação com o serviço anterior, procedemos ao rastreio dos registos de enfermagem no que respeita à intervenção cirúrgica e aos registos da avaliação da dor da pessoa em situação perioperatória na especialidade supra. A observação dos registos de enfermagem dos contactos telefónicos de *follow up* às 24h confirmou o controlo da dor não eficaz na pessoa em situação perioperatória submetida às intervenções perioperatórias supra. Diante disto foram reformulados os planos de analgesia pós-operatória (medicação de cedência para o domicílio) às pessoas submetidas às intervenções cirúrgicas supramencionadas. À personalização dos protocolos de analgesia acresceu, ainda em articulação com o Serviço de Anestesiologia, o desenvolvimento de um estudo sobre a implementação dos bloqueios *iPACK* em artroplastia do joelho em cirurgia de ambulatório, cujos resultados foram apresentados em coautoria sob a forma de poster subordinado ao tema "*Saphenous and iPACK blocks in the outpatient unicompartimental knee arthroplasty? Lessons learnt*", no 77th PostGraduate Assembly in Anesthesiology que decorreu em Nova Iorque entre 8 a 11 de dezembro de 2023 (anexo VI).

Conseguimos, à face do exposto, inferir a importância do contacto telefónico de *follow up* pós-operatório, sendo responsável não somente pela identificação de complicações pós-operatórias, como constitui, de igual modo, uma oportunidade singular de melhoria da experiência cirúrgica, permitindo avaliar a satisfação da pessoa em situação perioperatória, reformulando e implementando estratégias/medidas na prática clínica que resultem em ganhos em saúde.

A importância da comunicação perioperatória não se circunscreve ao contacto enfermeiro-pessoa em situação perioperatória, família e/ou pessoa(s) significativa(s). De modo a assegurar a continuidade e conformidade das práticas clínicas com os objetivos definidos e a promover a prestação de cuidados seguros e globalizados à pessoa em situação perioperatória é fundamental, no contexto da comunicação perioperatória na transição de cuidados perioperatórios, estabelecer uma comunicação aprazível, rigorosa e sistematizada nas fases pré, intra e pós-operatória, que envolvem a prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória.

Instrumentos fundamentais para promover a melhoria e continuidade dos cuidados, bem como ganhos em saúde ao assegurar a comunicação entre os seus profissionais, os registos de enfermagem, sendo fornecedores de informação objetiva aos profissionais de saúde, reduzem ainda as probabilidades de falhas de informação (Pinho, 2020), baseando-se na utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE[®] (Nascimento et al., 2021)

Assim sendo, a tomada de decisão dos profissionais de enfermagem deve assentar numa base conceptual sólida (Ribeiro et al., 2018), amparada pelo recurso aos sistemas de informação em enfermagem (SIE), devendo os registos eletrónicos refletir a prática diária. Por possibilitar o conhecimento de experiências e estratégias empreendidas por estes profissionais e, por conseguinte, originar vantagens para o sistema de saúde, a informação obtida com o processo documental é indispensável para a gestão dos cuidados de saúde (Ribeiro et al., 2019b).

Os SIE, respondendo a uma necessidade de organização e gestão da informação, garantem paralelamente a continuidade e a qualidade dos cuidados, cujos padrões são ainda avaliados em correlação com a qualidade dos registos da prática de Enfermagem e a utilização de uma linguagem convencionada associada a SIE que permitam uma tomada de decisão segura (Nascimento et al., 2019).

A observação dos processos de enfermagem eletrônicos no âmbito da realização do estágio clínico que agora se documenta, desde a consulta pré-operatória até ao contacto de *follow-up* do 30.º dia pós-operatório, revelava uma comunicação ineficaz ou incompleta dos diagnósticos de enfermagem e das intervenções de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, o que implica que a documentação dos cuidados realizados pelos enfermeiros não assuma uma abordagem inclusiva e centrada nas necessidades da pessoa em situação perioperatória. Com efeito, a identificação dos diagnósticos de enfermagem era inexistente ou insuficiente, resumindo-se neste caso à identificação dos diagnósticos de enfermagem de "Ferida Cirúrgica" e/ou "Perda Sanguínea", verificando-se, com regularidade, violação da integridade referencial na formulação destes diagnósticos de enfermagem. No que respeita às intervenções de enfermagem verificaram-se, de igual modo, deficiências na respetiva identificação e integridade referencial, tendo-se limitado à presença de três intervenções padronizadas para todas as pessoas em situação perioperatória na UCA: vigiar eliminação urinária, supervisionar dieta e supervisionar levante.

O trabalho de proximidade com os elementos da UCA permitiu detetar algumas fragilidades no SIE, bem como diferentes níveis no domínio da sua utilização por parte das duas equipas de Enfermagem que compõem a UCA. Na UCA, verdade seja dita, a transição do SIE envolveu dificuldades para os registos de enfermagem. A adaptação ao novo SIE foi alcançada através de processos de autoaprendizagem dos elementos que constituem a equipa de enfermagem, não sendo auxiliados por quaisquer ações de formação respeitantes ao SClínico®, circunstâncias que se refletem, atualmente, na inexistência ou escassez dos registos de enfermagem perioperatórios. Além do exposto, indicam como dificuldade a ausência de um padrão documental de suporte ao processo de tomada de decisão.

A continuidade dos cuidados, bem como a segurança e a qualidade dos mesmos, podem ser afetados pela documentação ineficaz ou incompleta dos registos de enfermagem, bem como pelas divergências detetadas entre os registos efetuados pelos enfermeiros em contexto perioperatório, as informações sobre o que consideram importante realizar e os atos que, de facto, executaram.

De mais a mais, o relacionamento com os demais elementos de ambas as equipas permitiu constatar que profissionais não conheciam ou dominavam todas as potencialidades do programa, fragilidade que condiciona um dos pressupostos dos registos em Enfermagem: a pertinência da sua uniformização com vista a facilitar a continuidade

dos cuidados e a promover a importância da profissão para os ganhos em saúde das populações (Gonçalves et al., 2019a).

Os cuidados prestados à pessoa no período perioperatório devem ser personalizados de acordo com as respetivas necessidades, cabendo ao EEMCEPSP a responsabilidade de um processo vivo, variável e permanentemente reavaliado, como seja o planeamento e desenvolvimento das intervenções de enfermagem perioperatórias.

A enfermagem perioperatória deve utilizar uma linguagem admitida dentro da profissão, inteligível e homogénea o quanto baste para ser ensinada e interpretada multidisciplinarmente, afirmando-se assim como área de conhecimento diferenciada dentro da Enfermagem (Bastos et al., 2021).

Sendo assim, foi elaborada uma matriz dos registos de enfermagem sob a forma de instrução de trabalho denominada "*Plano Documental dos Registos de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória na Unidade de Cirurgia de Ambulatório*", com vista a facilitar o processo documental no SIE em uso, através da sistematização da documentação dos indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, e que se refletem em ganhos em saúde (apêndice V). A descrição fiel das observações e intervenções, realizadas a favor da pessoa em situação perioperatória, é assim possibilitada pela proposta de um plano documental dos registos de enfermagem. Sendo obrigação e responsabilidade do enfermeiro perioperatório, esses registos devem constituir uma reprodução rigorosa da situação da pessoa em situação perioperatória, evidenciado as respetivas ocorrências e necessidades (tais como posicionamento, autocuidados, avaliação do risco de úlcera de pressão, avaliação do risco de queda) e os procedimentos invasivos (como a presença e colocação de cateteres, drenos ou sondas vesicais). Os registos de enfermagem em contexto perioperatório desempenham um papel fundamental na garantia da qualidade, segurança e continuidade de cuidados à pessoa em situação perioperatória. São essenciais para uma comunicação eficaz entre a equipa de enfermagem e demais elementos da equipa pluridisciplinar, permitem avaliar a qualidade dos cuidados prestados e a conformidade destes com as exigências éticas, legais e deontológicas, identificando áreas que demandem a redefinição dos cuidados e o desenvolvimento de estratégias que conduzam ao aprimoramento da assistência. São ainda um excelente recurso para o planeamento e a gestão eficaz dos recursos da unidade, servindo ainda como uma ferramenta educacional importante.

Num primeiro momento a enfermeira tutora e o enfermeiro orientador do ensino clínico avaliaram e efetuaram as suas exposições sobre a matriz desenvolvida, após o que foi a mesma apresentada aos elementos da equipa de enfermagem da UCA e da respetiva gestora da equipa para que se inteirassem da mesma e, após a sua análise, efetuassem as alterações que considerassem necessárias.

Adicionalmente, a formação em serviço contribuiu para a sensibilização da importância dos registos de enfermagem em cirurgia de ambulatório, permitindo ainda a disseminação do padrão documental pela equipa de enfermagem da UCA, no sentido da elaboração de cuidados centrados na pessoa em situação perioperatória, o que se espera ser largamente utilizado na prática clínica.

No âmbito deste estágio foram desenvolvidas duas ações de formação alusivas aos registos de enfermagem. A primeira sessão formativa disse respeito à necessidade de revisão, sensibilização e uniformização dos registos de enfermagem na UCA (apêndice VI). Na segunda ação, relativa à apresentação da proposta de um plano documental para os registos de enfermagem da UCA, a chefia sugeriu a organização, sempre que possível, de micro sessões formativas a ministrar aos demais enfermeiros da unidade (apêndice VII).

As ações de formação desenvolvidas durante o Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II encontram-se em conformidade com os objetivos específicos propostos aquando do início do estágio, sendo eles:

- Identificar os diagnósticos e intervenções de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, em exercício na Unidade de Cirurgia de Ambulatório da UCA de um Centro Hospitalar da Região Norte de Portugal Continental;
- Conceber um padrão referencial documental dos cuidados de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória para a Unidade de Cirurgia de Ambulatório da UCA de um Centro Hospitalar da Região Norte de Portugal Continental com recurso à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

O Processo de Enfermagem possibilita a utilização de uma metodologia científica de análise e de tomada de decisão pelo EEEMCEPSP, constituindo uma abordagem global e sistematizada da pessoa alvo dos cuidados perioperatórios, com importância indiscutível na evolução da profissão e no cumprimento do registo minucioso e permanente do plano de cuidados, garantindo a prática de enfermagem orientada para os resultados previstos.

Para Serra et al. (2022), as auditorias não aludem unicamente à identificação de erros, falhas ou contratempos burocráticos, permitindo igualmente instruir, sensibilizar e aconselhar os profissionais, bem como acompanhar o desenvolvimento das competências adquiridas, fazer propostas de melhoria e transfigurar os hábitos já enraizados na equipa de enfermagem, pelo que, lado a lado com formação em serviço e a implementação de uma matriz conceptual dos registos de enfermagem, foi elaborado um modelo de auditoria aos registos de enfermagem à pessoa em situação perioperatória (apêndice VIII).

A comunicação entre os profissionais influencia a gestão adequada dos cuidados de saúde, assegurando a qualidade e segurança nos cuidados prestados à pessoa e respetiva família (Azevedo et al., 2019), sendo que “a documentação representa a única maneira viável e segura de conhecer, de forma sistemática, o que foi realizado” (Azevedo et al., 2019, p. 2).

São, enfim, instrumentos fundamentais e complementares à prestação de cuidados perioperatórios pelo EEEMCEPSP, o conhecimento teórico e as competências práticas e interpessoais específicas exigidas na prática operatória - saber, saber fazer, saber ser e saber estar - transversais às etapas pré, intra e pós-operatórias do processo anestésico-cirúrgico à pessoa em situação perioperatória.

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

O risco da ocorrência de erros ou incidentes é elevado no ambiente perioperatório, acrescendo à vulnerabilidade da pessoa em situação perioperatória, que impõe uma prática exigente de cuidados, a complexidade técnica e tecnológica do ambiente e dos recursos. De acordo com a EORNA, a enfermagem perioperatória lidera os processos de vigilância preventiva como complexo de estratégias aplicadas pelos enfermeiros perioperatórios para eliminar resultados adversos, desenvolvendo-se de três modos: “*through orchestrating, routinizing and momentary adapting*” (EORNA, 2020, p. 7).

Para Karam (2020), presidente da EORNA, não se podem improvisar cuidados seguros e de qualidade no BO, ambiente em que, longe disso, o enfermeiro deve agir com especial cuidado, demonstrando diferentes conhecimentos e habilidades, procedimentos rigorosos, um elevado nível de responsabilidade no desempenho da sua atividade e noção do risco, respeitando as normas de segurança (Paula, 2019), cuidados que, de resto, requerem dos enfermeiros que exercem nessa área a aquisição de conhecimentos

especializados (Karam, 2020). Especializar-se em enfermagem traduz-se em desenvolver conhecimentos e competências que possibilitem a execução de cuidados de saúde de excelência. Para Cabrita (2021) a especificidade e complexidade próprias dos cuidados de enfermagem perioperatórios reclamam formação especializada.

O enfermeiro perioperatório possui então os conhecimentos e competências para executar e garantir a qualidade dos cuidados perioperatórios, pois desempenha funções específicas e práticas diferenciadas e promove a segurança dos cuidados e da pessoa em toda a experiência cirúrgica. Ao EEEMCEPSP cabe a responsabilidade de adaptar a comunicação de toda a informação relevante no contexto perioperatório, esclarecendo a pessoa quanto às questões colocadas e fornecendo novos elementos, para que esta fique no poder de toda a informação.

O trabalho em equipa, uma comunicação eficaz - essencial para a segurança da pessoa - e a transmissão de informação apropriada favorecem o desenvolvimento de boas práticas pelo enfermeiro, objetivando a qualidade dos cuidados e o desenvolvimento de um ambiente seguro (Figueiredo & Lucas, 2019). Por conseguinte, com o intuito de preservar a segurança e a qualidade do ambiente cirúrgico, o enfermeiro deve programar ações, a nível da prestação e gestão de cuidados, e delinear estratégias para minorar os erros (Gutierrez et al., 2018).

Tais estratégias incluem o envolvimento e a capacitação da pessoa, família e pessoa(s) significativa(s) na segurança dos cuidados, sendo os únicos presentes em todo o processo de cuidados perioperatórios e, por isso, parte integrante do processo de tomada de decisão dos cuidados de saúde. Desta forma os resultados em saúde são positivamente influenciados, tornando-se mais seguros, completos e focados nas pessoas o que, de resto, é o cerne e objetivo principal da conceptualização do *Perioperative Patient Focused Model* (Cuming, 2023; Van Wicklin, 2020).

Segundo a literatura, a segurança da pessoa é o objetivo principal da prática de cuidados do enfermeiro perioperatório (Rauta, 2019), o que se concretiza num número significativo de intervenções de vigilância durante o período perioperatório.

Reitera-se que, conforme testemunhado no estágio, essa vigilância tem início na consulta de Enfermagem pré-operatória, cumpre-se de seguida através do contacto pré cirúrgico nas 48 horas que antecedem a cirurgia e, ainda, no próprio dia da cirurgia, coincidente com o acolhimento na unidade.

O acolhimento é, além do mais, o momento em que o enfermeiro deve corroborar as instruções facultadas na consulta de enfermagem e identificar outras necessidades expostas pela pessoa em situação perioperatória sejam elas necessidades físicas, psicológicas, sociológicas ou espirituais (Toney-Butler & Unison-Pace, 2023).

A identificação da pessoa, o procedimento anestésico, a comprovação da disponibilidade e funcionamento dos equipamentos e materiais necessários, a averiguação dos exames disponíveis, a avaliação dos riscos associados à via aérea difícil e à perda sanguínea são acautelados pelas listas de verificação, pelo que estas assumem, neste período, uma importância substancial (Lemos et al., 2017). Esta recolha de informação pretende não só alcançar uma recuperação eficaz através do planeamento e mobilização de recursos materiais e humanos para o intra e pós-operatório, mas também identificar as necessidades para a prestação de cuidados personalizados. Sendo a identificação da pessoa em situação perioperatória validada neste momento, é importante que na admissão sejam identificadas situações que possam prejudicar o processo de identificação daquela e seja assegurada a correta identificação da pessoa (uma pulseira branca padronizada da instituição, contendo o nome, data de nascimento e número do processo, é colocada num membro da pessoa em situação perioperatória para que a sua identificação seja confirmada antes do início da prestação de cuidados). Este é ainda o momento do preenchimento da avaliação inicial e da *checklist de verificação pré-operatória* no SClínico[®].

Neste momento a pessoa em situação perioperatória também deve ser observada pelo cirurgião e pelo anestesiológico. Pelo primeiro para esclarecer quaisquer dúvidas, debater algum aspeto necessário respeitante à componente cirúrgica e/ou delimitar a área cirúrgica a ser intervencionada. Pelo segundo com o intuito de verificar as condições anestésicas e a eventual necessidade de administração de medicação ou monitorização pré-operatória e, por ambos, quanto ao consentimento acerca dos procedimentos a ser adotados, cirúrgico e anestésico.

Na eliminação dos riscos perioperatórios e, por conseguinte, na recuperação segura e bem-sucedida da pessoa em situação perioperatória, a realização de uma avaliação pré-operatória minuciosa pelo enfermeiro perioperatório é fundamental. Com efeito, o enfermeiro perioperatório, figura central nesse contexto, desempenha um papel crucial na profilaxia, identificação e gestão dos riscos cirúrgicos.

A administração segura de medicamentos é um dos principais compromissos do enfermeiro perioperatório. A administração de medicamentos pré-operatórios – uma ocasião decisiva

na maximização da segurança da pessoa em situação perioperatória – ocorre também na sala de admissão/preparação.

Não raramente, na UCA, foi administrada medicação sedativa/ansiolítica/hipnótica e medicação preemptiva de náuseas e vômitos pós-operatórios ainda na sala de preparação da pessoa em situação perioperatória (previamente à entrada na sala cirúrgica).

A sala de preparação na UCA é a área onde a pessoa em situação perioperatória é preparada para a cirurgia (revalidação da informação presente na avaliação inicial, revalidação do consentimento anestésico e cirúrgico, revalidação da *checklist* pré-operatória e inserção de cateter venoso periférico). Embora seja uma sala de preparação e não uma sala de indução anestésica, ocasionalmente o processo anestésico é ali iniciado.

Presentes na sala de preparação encontram-se quatro cadeirões e apenas dois monitores de sinais vitais, o que é insuficiente para garantir a monitorização adequada e a segurança da pessoa em situação perioperatória para a realização do processo de indução anestésica. A sala de preparação é uma área com grande fluxo de pessoas, sobretudo em dias de cirurgia com anestesia local, quando o *turnover* é maior. A presença de três salas operatórias distintas contribuiu para a alta movimentação e, em dias de cirurgia com anestesia local, o fluxo de pessoas a este local aumenta exponencialmente. A presença ocasional de acompanhantes neste espaço agrava essa condição, contribuindo para o congestionamento neste espaço.

A distância significativa entre a sala de preparação e a sala operatória exige que a pessoa em situação perioperatória se desloque deambulando. Em caso de intercorrência durante o processo de indução anestésica, a sala de preparação não proporciona condições de segurança adequadas, privacidade e dignidade para a pessoa em situação perioperatória. Para mitigar os riscos, aumentar a segurança e melhorar a qualidade dos cuidados perioperatórios, a condição ideal seria a criação de uma sala de anestesia adjacente à sala de preparação. Embora demande mais recursos humanos e estruturais, essa configuração proporcionaria um risco menor e uma maior segurança para a pessoa em situação perioperatória. Segundo o Anexo III do Artigo 16.º da Portaria n.º 97/2024/1, em cirurgia de ambulatório é facultativa a inclusão de uma sala de anestesia dedicada à indução anestésica, recomendando-se que esta área apresente aproximadamente 14 m² (Portaria n.º 97/2024/1, 2024). Na impossibilidade de criar uma sala de indução anestésica, iniciar a indução na sala de preparação poderá ser considerado incompatível com a segurança da pessoa em situação perioperatória, sendo que a falta de monitorização

adequada e a ausência de infraestruturas adaptadas aumentam substancialmente os riscos para a pessoa em situação perioperatória.

Além dos desafios mencionados anteriormente, no âmbito da administração de terapêutica medicamentosa, segundo Boytim e Ulrich (2018), surgem como elementos críticos à segurança da administração da medicação no contexto perioperatório: as prescrições maioritariamente verbais; a realização da prescrição e da administração por vários profissionais; a escassa validação da prescrição por parte dos serviços farmacêuticos e o acesso regular à medicação através de um stock disponível no BO. É recomendação da AORN (2018) que o enfermeiro perioperatório que recebe a prescrição verbal repita ao prescritor o nome da medicação e os algarismos da dosagem prescrita.

Já para Mota et al. (2021a), paralelamente àqueles fatores poderão ainda originar uma maior taxa de erros de medicação: o stress, a intensidade da atividade, as pressões de produção, as interrupções do fluxo de trabalho, o dinamismo do BO e os problemas de comunicação, associados ao ruído dos equipamentos ou às máscaras que dificultam a compreensão. Por isso, com o fito de reduzir os erros de medicação, designadamente por falhas na interpretação desencadeadas pelo ambiente tenso e barulhento que caracteriza o BO, pela utilização de máscaras que atrapalham a comunicação e ainda pela utilização de medicamentos *Look-Alike, Sound-Alike* (LASA) - medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspetos semelhantes – devem ser envidados esforços organizacionais para a formalização da prescrição no processo terapêutico. Os erros que derivam da utilização de medicamentos LASA ocorrem devido às propriedades linguísticas partilhadas entre dois ou mais nomes ou similaridades na embalagem ou dosagem, conduzindo frequentemente à escolha do medicamento errado (Bryan et al., 2021). Como se observa na UCA, os medicamentos LASA devem, por isso, ser armazenados estrategicamente em compartimentos distantes entre si, e não por ordem alfabética, minimizando o risco de se eger o medicamento errado (Bryan et al., 2021).

De mais a mais, é igualmente importante a sensibilização dos profissionais de saúde para a importância da aplicação e cumprimento do *double-check*, ou dupla verificação, que envolve dois enfermeiros: um prepara o medicamento e o outro realiza uma verificação independente do medicamento preparado e cálculos efetuados (Ramos et al., 2019). Em contexto de estágio a cultura e implementação desta verificação dupla, ainda que transversal a todas as especialidades cirúrgicas, evidenciou-se em pediatria.

A ausência de interoperabilidade entre o sistema de informação em saúde utilizado pelo anestesiológico e a equipa de enfermagem soma-se à frequente realização de prescrições orais. Prosseguiu-se, daí, à sua comunicação/articulação com o Grupo dos Sistemas de Informação da ULS a que pertence a UCA onde decorreu o estágio, para operacionalizar na UCA a aplicação “registo terapêutico” – ligação que permite o registo pelo anestesiológico e validação pelo enfermeiro que administra a terapêutica – e promover a realização de ações de sensibilização à equipa médica, no sentido de orientação da prescrição naquela aplicação.

Sem prejuízo do interessa da implementação deste campo de interação em todo o processo cirúrgico/anestésico, é na fase intraoperatória – aquela em que se administra mais terapêutica medicamentosa - que a sua importância é maior.

A fase intraoperatória inicia-se “aquando da transferência da pessoa para a mesa operatória e termina quando esta é transferida para a UCPA” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19366).

A disposição conveniente do espaço físico, a transferência e posicionamento da pessoa, a promoção de uma técnica de assepsia correta e a conservação de um ambiente físico e psicológico seguro integram o conjunto de atividades cuja coordenação e gestão cabe ao enfermeiro de cuidados especializados, no período intraoperatório. Neste período são vários os cuidados de enfermagem que desempenham um papel vital na garantia da segurança da pessoa e no sucesso da cirurgia, evidenciados quer na literatura quer no estágio clínico.

Neste contexto, a utilização da *checklist* de cirurgia segura ou LVSC, desenvolvida pela OMS em 2009 no âmbito do programa “Cirurgias Salvam Vidas”, cujo objetivo era aumentar os padrões de qualidade da assistência cirúrgica em todo o mundo, tem proporcionado, conforme demonstra a literatura, resultados positivos no pós-operatório (Poveda et al., 2021), bem como melhorias substanciais na comunicação entre a equipa, minimizando erros, complicações e óbitos decorrentes da cirurgia (Tostes & Galvão, 2019; Ferreira et al., 2020).

A prevenção de infeção do local cirúrgico, a segurança anestésica e a avaliação dos cuidados por meio de indicadores de processos e resultados, constituem os três pilares em que se apoia a *checklist* para a prestação segura de cuidados (Souza et al., 2016; Tostes & Galvão, 2019). Esta ferramenta é formada por três fases: identificação (antes da indução anestésica), confirmação (antes da incisão cirúrgica, com toda a equipa na sala cirúrgica) e

registo (antes da saída da pessoa da sala cirúrgica) (Pancieri et al., 2013; Cabral et al., 2021). As oportunidades de visualização da sua aplicabilidade no desenvolvimento do estágio que agora se documenta, remetem não somente para a reflexão da sua aplicação, assim como da sua importância.

Na identificação, a primeira etapa da LVSC (antes da indução anestésica), são desenvolvidas ações relevantes, tais como a identificação correta da pessoa, a verificação do funcionamento do oxímetro de pulso, a demarcação do local cirúrgico, a avaliação do risco de perda sanguínea e a investigação de alergias da pessoa (Cardoso et al., 2021).

Para garantir a segurança da cirurgia são fundamentais a identificação correta da pessoa e a delimitação da região cirúrgica enquanto aquela ainda está consciente (Tostes & Galvão, 2019; Cardoso et al., 2021).

Na segunda fase da *checklist* de cirurgia segura – a confirmação - realizada antes da incisão cirúrgica, são aplicadas estratégias de segurança, tais como a verificação da disponibilidade de exames de imagem complementares, a revisão dos elementos da equipa, o posicionamento correto da pessoa, a confirmação da utilização de antibioterapia profilática e a verificação do local cirúrgico correto (Tostes & Galvão, 2019; Cardoso et al., 2021).

Para Soeiro (2021) é essencial para a prevenção de complicações a deteção precoce de problemas clínicos. Ao longo do percurso na cirurgia de ambulatório, devem ser permanentemente monitorizados, com maior frequência a partir do momento da entubação endotraqueal até ao pós-operatório imediato, os sinais vitais, a estabilidade hemodinâmica, a glicemia e a temperatura da pessoa em situação perioperatória, (Min et al., 2017), diminuindo de frequência durante o recobro tardio até ao momento da alta (Thran, 2018; Filson et al., 2018).

Relativamente à monitorização da temperatura corporal, a manutenção da normotermia constitui uma responsabilidade de toda a equipa perioperatória, uma vez que para além da prevenção de complicações pós-operatórias traduz-se também em bem-estar e boas práticas, minimizando o risco de infeção do local cirúrgico (ILC), bem como os custos hospitalares (Gonçalves et al., 2019b).

Um mestrando do Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa à Pessoa em Perioperatória desenvolveu um projeto de intervenção acerca do papel da monitorização da temperatura corporal na prevenção de complicações como a hipotermia intraoperatória provocada pela indução

anestésica. Visando o controlo da normoterapia intraoperatória foram promovidas ações de formação com propostas de alteração das intervenções de enfermagem orientadas por uma prática baseada na evidência.

Apesar de não presenciadas no decurso do estágio concretizado, e ainda que raramente ocorram, as quedas em contexto de BO podem provocar consequências graves para os doentes (Prielipp et al., 2017). A indução da anestesia coloca os doentes numa situação de especial vulnerabilidade, sendo incapazes de controlar movimentos e de comunicar. A este fator acrescem, como fatores específicos que contribuem para o aumento do risco de queda em BO, a medicação pré-operatória - que altera a perceção do ambiente do BO -, eventuais distúrbios auditivos e/ou visuais face à privação de próteses e óculos, o espaço pequeno para alectuamento e o reduzido à-vontade do doente com o ambiente do BO. Pessoas com obesidade, submetidas a anestesia geral, com posicionamentos cirúrgicos extremos são, segundo as evidências existentes, os envolvidos na maioria das quedas em BO que, de acordo com Prielipp et al. (2017) e Soncrant et al. (2018), ocorrem com maior regularidade no acordar da anestesia, durante a cirurgia e na transferência para a cama.

Para evitar a ocorrência de quedas, e eliminar as respetivas causas, os profissionais devem não só apostar na avaliação de risco de queda de todos os doentes submetidos a um procedimento cirúrgico, como também implementar práticas rigorosas. Na UCA não se verificava a avaliação do risco de queda, condição, de resto, fundamental para a prevenção da ocorrência de quedas num contexto tão importante como o de cirurgia de ambulatório. Essa situação veio a ser corrigida pela formação em serviço, com a apresentação da proposta do plano documental, no âmbito da qual avaliação do risco de queda deveria abranger toda a pessoa a vivenciar quaisquer processos cirúrgico-anestésicos.

O posicionamento cirúrgico, ainda que represente um fator de risco relevante, é decisivo para a realização de uma cirurgia, sendo considerado parte essencial da prática da enfermagem perioperatória (Bjorklund-Lima et al., 2019).

Para assegurar a exposição adequada do local cirúrgico podem decorrer, durante a cirurgia, alterações anatómicas da posição da pessoa em situação perioperatória, as quais, fruto da imobilidade durante a intervenção, agravam o risco de lesões na pele, nos nervos e nos músculos (Melo et al., 2019; Trevilato et al., 2022).

Apesar da responsabilidade ser de toda a equipa - cirurgião principal, ajudante, anestesista e enfermeiro perioperatório - é ao cirurgião que cabe determinar o tipo de

posicionamento cirúrgico, uma vez que este se relaciona sempre com o tipo de cirurgia e técnica cirúrgica a realizar (Trevilato et al., 2018; Oliveira et al., 2019).

Para Bezerra et al. (2019) e Oliveira et al. (2019) o enfermeiro perioperatório deve conceber estratégias destinadas à diminuição, alívio e redistribuição da pressão e, para não perturbar o ato operatório e ainda prevenir possíveis lesões dos nervos, das articulações ou dos músculos, deve adequar os dispositivos disponíveis em função da pessoa, do tipo de cirurgia e do posicionamento a realizar. Durante o estágio observou-se que a exposição ótima do local cirúrgico constitui um cuidado permanente do enfermeiro, visando preservar a privacidade e o bem-estar da pessoa em situação perioperatória, promovendo a estabilidade do corpo e mudanças de posição com respeito pelo alinhamento corporal e por todas as estruturas anatómicas suscetíveis a lesões. Garantir que a circulação de pessoas afetas à sala cirúrgica e o acesso a todos os equipamentos e estruturas ali existentes não são prejudicados pelo posicionamento corporal da pessoa em situação perioperatória, atuando igualmente na garantia e preservação das funções anatomofisiológicas, são ainda preocupações do profissional de enfermagem. A prática da enfermagem perioperatória deve basear-se em instrumentos - tais como a aplicação de escalas e protocolos de avaliação de risco - que favoreçam a prática de cuidados perioperatórios e que contribuam, em contexto perioperatório, para a redução de acontecimentos adversos. São exemplos representativos destes instrumentos a Escala de Queda de Morse, destinada à avaliação do risco de quedas, e a Escala de Braden, para avaliação do risco de úlcera de pressão.

Essas ferramentas permitem ao enfermeiro identificar a pessoa em situação perioperatória mais vulnerável e, com base nisso, desenvolver as estratégias preventivas adequadas. Como recomendam as boas práticas clínicas, aquando da transição de cuidados a avaliação de risco deve ser transmitida simultaneamente com a eventual ocorrência de quedas, fatores de risco e plano de cuidados (DGS, 2019a). Importa que para lá da sua avaliação seja procedido o registo da sua avaliação, formulação do diagnóstico e respetivas intervenções de enfermagem em SClínico[®], ora da Escala de Braden, ora da Escala de Morse, ora de qualquer outra avaliação de risco perioperatório em contexto perioperatório. Por esse motivo, aquando da execução da proposta do plano documental para os registos de enfermagem à pessoa em situação perioperatória na UCA, não restaram dúvidas quanto à necessidade de integração do risco de úlcera de pressão e do risco de queda.

Ainda que seja a escala adotada pela instituição onde foi desenvolvido o estágio, a aplicabilidade da Escala de Braden no contexto perioperatório encontra-se limitada pelo facto de a mesma não incorporar fatores de risco específicos ao período intraoperatório (Celik et al., 2019).

Um estudo confrontou as escalas vigentes destinadas a avaliar o risco do desenvolvimento de lesão por pressão, tendo evidenciado que a eficácia das mesmas se encontrava limitada pela ausência de identificação dos fatores críticos do período perioperatório. O mesmo estudo concluiu ainda que é fundamental determinar uma escala de risco específica para a pessoa em situação perioperatória (Lopes et al., 2016).

É deste enquadramento que advém a elaboração da Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões devido ao Posicionamento Cirúrgico (ELPO), assente nas melhores evidências científicas relacionadas com o efeito do posicionamento cirúrgico no organismo da pessoa em situação perioperatória, com os fatores de risco inerentes ao desenvolvimento de lesões resultantes do posicionamento cirúrgico da pessoa em situação perioperatória, com as consequências anatómicas e fisiológicas dos diferentes modelos de posicionamento e com os métodos de prevenção de lesões. Fazendo uso da ELPO, a avaliação de risco do paciente identifica aquele que requer cuidados especiais para evitar complicações pós-operatórias relacionadas com o posicionamento, invocando sete condições intrínsecas e extrínsecas da pessoa em situação perioperatória: tipo de posição cirúrgica; tempo de cirurgia; tipo de anestesia; superfície de suporte; posição dos membros; comorbidades e idade da pessoa em situação perioperatória (Mendonça, 2022).

A ELPO viabiliza a prestação de cuidados de excelência, assentes em evidências científicas, e a garantia da segurança da pessoa em situação perioperatória. Com efeito, esta escala orienta os profissionais de saúde na identificação da pessoa em situação perioperatória em risco de desenvolvimento de complicações pós-operatórias e favorece o processo de tomada de decisão sobre os cuidados a adotar. Assim sendo, segundo as evidências mais recentes, devia ser dada primazia à utilização da ELPO no incremento da qualidade dos cuidados perioperatórios, pese embora não seja a escala de avaliação do risco de úlcera de pressão da instituição onde decorreu o estágio.

Ainda relacionado com os riscos inerentes aos períodos intraoperatório e pós-operatório imediato encontra-se a ocorrência de trombose venosa profunda (TVP). Perante tais circunstâncias o enfermeiro perioperatório deve agir na gestão dos recursos e meios disponíveis, o que é facultado pela aplicação da Escala de Caprini para identificação da

pessoa em situação perioperatória com maior risco de TVP no período intraoperatório (Gomes et al., 2021). As medidas de avaliação do risco e intervenção da profilaxia anti-tromboembólica, tais como o posicionamento ou a aplicação de meias anti trombóticas, não se encontram registadas ou parametrizadas no SClínico[®] - o SIE em utilização na UCA -, pelo que, ainda que aplicadas, não existe evidência que suporte a sua realização. Certo é que adotar condições ambientais seguras e assegurar a disponibilidade dos recursos necessários, com vista à obtenção de resultados de qualidade e segurança, através da implementação de normas que demonstrem o processo de desempenho das atividades profissionais, é responsabilidade do Enfermeiro Especialista (AORN, 2021). Por esse motivo, em articulação com a enfermeira gestora da UCA, foi comunicado ao serviço dos Sistemas de Informação em Enfermagem a necessidade de inclusão no SClínico[®] da parametrização relativa à Escala de Caprini.

Os enfermeiros perioperatórios devem agir de forma responsável e cooperante com toda a equipa multidisciplinar envolvida na prestação de cuidados de saúde, assumindo um papel essencial na preparação e conservação de um ambiente seguro e higienizado para a pessoa sujeita a procedimentos anestésico-cirúrgicos, o que é determinante para a prevenção de infeções relacionadas com os cuidados de saúde perioperatórios (AORN, 2020). No domínio da segurança perioperatória o controlo e administração eficaz dos dispositivos médicos, garantido a sua disponibilidade, pronta utilização e eventual reprocessamento, é incumbência do EEEMCEPSP.

Relevante no controlo de infeções relacionadas com os cuidados de saúde é assimilar o modo de funcionamento das medidas de controlo e preparação dos dispositivos médicos, o que, durante o estágio, foi possível mediante convivência com o serviço de esterilização da UCA.

Enquanto forma de prevenção de eventos adversos associados aos cuidados de saúde, condição essencial para a segurança cirúrgica, a *checklist* de cirurgia segura - LVCS - compreende a confirmação, pelos enfermeiros perioperatórios, da adequação do processo de reprocessamento de dispositivos médicos (Mota et al., 2021b). Estas práticas têm o potencial de fortalecer a segurança dos cuidados, favorecer e fundamentar a execução dos procedimentos cirúrgicos e reduzir os riscos clínicos e não clínicos relacionados com o manejo dos dispositivos, sendo vital para o respetivo sucesso a competência específica nesta área, tal como concebida no *Perioperative Patient Focused Model* (Cuming, 2023; Van Wicklin, 2020).

A enfermagem encabeça esforços na prevenção de infeções, condição essencial para a segurança da pessoa (Ferreira et al., 2023). A este propósito é orientação da DGS que, na implementação do feixe de intervenções para a prevenção da ILC, se atribua importância especial à natureza multidisciplinar, agregadora e incentivadora da equipa de trabalho, devendo ser verificados os resultados da aplicação dos feixes de intervenção, designadamente a adesão dos profissionais àquela aplicação, bem como melhorias nos indicadores. No domínio da prevenção da ILC devem ser executadas, na pessoa submetida a procedimento cirúrgico, as seguintes intervenções (DGS, 2022b, para. 2):

a. Fase pré-operatória:

- I. Realizar rastreio de *Staphylococcus aureus* metilina resistente (SAMR) (consultar Norma da Direção-Geral da Saúde) (Categoria IB);
- II. Na presença de rastreio positivo de SAMR, realizar descolonização nas cirurgias de elevado risco para infeção causadas por *Staphylococcus aureus* (consultar Norma da Direção-Geral da Saúde) (Categoria IB);
- III. Realizar banho com clorexidina (CHD 2 a 4%), exceto quando existe contraindicação, na noite anterior ao dia da cirurgia e no dia da cirurgia (com pelo menos 2 horas de antecedência) (Categoria IB).

b. Fase pré e intra-operatória:

- I. Não realizar tricotomia por rotina e, quando absolutamente necessária, realizá-la imediatamente antes da intervenção cirúrgica com máquina de corte de uso único (Categoria IA).
 - II. Realizar profilaxia antibiótica cirúrgica quando indicada, incluindo repicagem/readministração quando indicada (consultar Norma da Direção-Geral da Saúde):
 1. Administrar nos 60 minutos anteriores à incisão cutânea (consultar Norma da Direção-Geral da Saúde) (Categoria IA);
 2. Na cirurgia eletiva do cólon e reto, com ou sem preparação mecânica, adicionar profilaxia antibiótica via oral à prescrita por via endovenosa (EV), (Categoria IA).
 - III. Realizar antissépsia da pele do doente imediatamente antes da incisão, utilizando solução antisséptica de CHD a 2% em álcool a 70%, exceto quando contraindicado (Categoria IA) e sempre de acordo com as instruções do fabricante;
 - IV. Garantir homeostasia pré/intra-operatória do doente:
 1. Manter normotermia (temperatura $\geq 36^{\circ}\text{C}$) (Categoria IA);
 2. Manter normoglicemia (≤ 180 mg/dl) (Categoria IA);
 3. Manter saturação periférica de oxigénio (SpO₂) igual ou superior a 95% (Categoria IB); e perfusão adequada durante a cirurgia (Categoria II).

c. Fase pós-operatória:

- I. Garantir homeostasia pós-operatória do doente:
 1. Manter normotermia (temperatura $\geq 36^{\circ}\text{C}$) (Categoria IA);
 2. Manter normoglicemia (≤ 180 mg/dl nas 24 horas seguintes à cirurgia) (Categoria IA); e
 3. Oxigenoterapia para manter SpO₂ igual ou superior a 95% (Categoria IB), após anestesia geral com intubação endotraqueal em doente com função pulmonar normal;

II. Cumprir técnica asséptica na realização do penso (Categoria IA).

A equipa da UCA executa minuciosamente estas intervenções, de mais a mais controladas e auditadas frequentemente, tendo sido por isso possível, durante o estágio, participar na sua observação com o Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA).

Nos dias de hoje, no que respeita à epidemiologia das infeções associadas aos cuidados de saúde, uma das principais causas de disseminação de microrganismos são as mãos dos profissionais de saúde, eventuais fontes e veículos de transmissão, a que acrescem sítios corporais variados de um só indivíduo, entre indivíduos ou, mutuamente, entre esses e o ambiente da prática (Bathke et al., 2013; Campos et al., 2020).

A aplicação de estratégias de prevenção e controlo de infeções, frequentemente simples, eficazes e de custo diminuto - de que é exemplo a prática da lavagem as mãos -, é indispensável. No entanto, ainda que simples, mas extremamente eficiente, a medida dada a título de exemplo exige, por parte dos profissionais envolvidos no contexto perioperatório, admissão de responsabilidade e mudança de comportamentos. Essa mesma medida foi adotada pelo acompanhamento da auditoria do GCL-PPCIRA, no âmbito da Norma n.º 007/2019 - Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde da DGS (2019b). A AORN (2020) destaca o papel basilar do enfermeiro na implementação das *guidelines* relativas à higienização das mãos.

Num estudo intitulado “Proposta de Gestão de riscos: mapeamento de fluxo, riscos e estratégias de segurança em um centro cirúrgico”, da autoria de Fachola et al. (2022), a prática e a educação são estratégias destacadas para diminuir o risco de infeção e a contaminação do ambiente perioperatório, sendo que a formação contemplaria temas como a abertura e disposição de material esterilizado, a colocação de campos cirúrgicos e a higienização das mãos.

É previsível que as metodologias de formação sejam mais singularizadas e progressistas face à evolução tecnológica, social e organizacional, com uma prática de cuidados gradualmente mais exigente a impor-se aos profissionais de enfermagem (Coutinho, 2022).

Neste contexto foi discutida com a responsável pela formação em serviço, a enfermeira Tutora, a importância da aplicação na UCA de cenários de simulação - realistas, adequados à prática clínica e com treinos suscetíveis de repetição - com elementos da

equipa multiprofissional, cujo objetivo principal consiste em minimizar erros e promover a segurança durante a prestação de cuidados (Mota et al., 2021c). A prática fictícia desenvolve um papel fundamental na otimização dos recursos, promovendo uma diminuição significativa dos custos, a melhoria dos procedimentos clínicos e dos indicadores associados, o que estimula a confiança dos profissionais de saúde em relação às suas competências técnicas, contribuindo paralelamente para maiores níveis de satisfação no trabalho. Mais: a simulação eficaz, estabelecida num contexto notoriamente complexo e desafiante, otimiza a gestão do stress e a resolução de conflitos.

Com o objetivo de se adaptarem às novas exigências, as instituições de ensino têm procurado conceber métodos de aprendizagem alicerçados na simulação da prática, integrando a teoria na prática e orientando os formandos para um pensamento inovador e uma aprendizagem mais expressiva (Martinez et al., 2023; Yamane et al., 2019), circunstâncias verificadas durante este curso de mestrado no centro de simulação da ESSNorteCVP, dinamizador do desenvolvimento de competências da enfermagem especializada à pessoa em situação perioperatória. A simulação clínica, enquanto técnica de ensino e aprendizagem sistematizada, decompõe-se em três fases: *briefing*, cenário e *debriefing* (Tyerman et al., 2019).

A fase introdutória corresponde ao *briefing*, etapa em que, para orientação dos participantes, se apresentam os aspetos alusivos à simulação. O desenvolvimento da vivência de forma prática corresponde à fase de cenário e, por fim, o *debriefing* constitui um processo de reflexão profunda, realizado depois ou no decurso do cenário de simulação, que permite o desenvolvimento de conhecimentos, competências e procedimentos e que é reputada como responsável por cerca de 80% da aprendizagem adquirida pelos envolvidos (Nascimento et al., 2020).

A equipa cirúrgica deve abraçar, na adaptação da prática clínica para a realidade, a importância da elaboração contínua de novas práticas. Entre outras, a comunicação efetiva entre os elementos da equipa multiprofissional acarretará vantagens diretas para a pessoa, reconhecendo-se a importância de instrumentos que contribuam para a sua melhoria (Souza et al, 2020). Deve ser incentivada a padronização do *briefing* e *debriefing* nos processos de cirurgia segura, medidas de importância significativa pois tendem a salvaguardar a segurança da pessoa em situação perioperatória, repercutindo-se na diminuição de eventos adversos e morbimortalidade (Santos & Martinho, 2023). Não obstante, durante o estágio constatou-se que tais instrumentos foram utilizados em menor número do que seria possível ou desejável.

Apurou-se, por intermédio de análises crítico-reflexivas suportadas por diálogos informais com elementos de equipas multidisciplinares variadas, inúmeros obstáculos que impedem a incorporação eficaz dessas práticas, designadamente: carência de espaços apropriados, ausência de tempo e escassez de profissionais qualificados para liderar as sessões de *briefing* e *debriefing*, a que acrescem descrença relativamente às reais vantagens do *debriefing* na melhoria dos cuidados de enfermagem perioperatórios, falta de motivação e receio da crítica.

No momento que antecede a saída da pessoa em situação perioperatória da sala cirúrgica - a terceira etapa da *checklist* - são enumeradas as compressas, fios agulhados e instrumentos usados no procedimento, examinado o funcionamento dos equipamentos utilizados e identificados os problemas funcionais a serem resolvidos, bem como os cuidados pós-cirúrgicos e da recuperação pós-anestésica da pessoa (Cardoso et al., 2021). Na contagem cirúrgica - técnica manual que consiste na contagem dos materiais e instrumentos utilizados durante o procedimento - a equipa de enfermagem desempenha um papel essencial, obstando à retenção inadvertida desses materiais cirúrgicos na pessoa em situação perioperatória (Freitas & Galvão, 2016; Jost et al., 2020). Na verdade, um erro cirúrgico incomum, mas preocupante, é esquecer uma compressa, agulha ou instrumento na pessoa em situação perioperatória no fim de uma cirurgia (Ribeiro & Souza, 2022).

Neste contexto, durante a frequência do estágio procurámos promover a verificação da lista de procedimentos com vista à segurança cirúrgica, existindo igualmente oportunidades de aperfeiçoamento da sua aplicação. Ainda que o objetivo da lista de verificação com vista à segurança cirúrgica seja a melhoria da segurança da cirurgia e a diminuição de complicações, morbilidade e mortalidade, ao promover a comunicação, melhor trabalho em equipa e estabilidade dos cuidados (Haugen et al., 2019), foram reconhecidos alguns desafios que importa considerar em contexto organizacional: investir continuamente na comunicação e colaboração, promovendo formação interdisciplinar (Neuhaus et al., 2021); enfatizar que a utilização da LVSC não consome mais tempo de BO, conforme já o sustentam as evidências (Batista et al., 2023) e; reconhecer o uso de listas de verificação como o melhor método/procedimento de boas práticas. Haugen et al. (2019), por sua vez, destacam como desafios reais que precisam de ser debatidos as dificuldades em cativar os elementos da equipa e a omissão de itens na realização da lista de verificação. Verdade seja dita, ainda que os profissionais concordem com a importância da aplicação da *checklist* para a segurança da pessoa em situação perioperatória, Poveda et al.

(2021) vem alegar que em todas as etapas se verifica a utilização incompleta dos itens, o que pode contribuir para a ocorrência de eventos adversos.

É fundamental aperfeiçoar a comunicação entre a equipa de enfermagem, médicos cirurgiões e anestesistas, bem como, mediante o estabelecimento de um plano de melhoria contínua, monitorizar a utilização da *checklist* e de protocolos de cirurgia segura (Gutierrez et al., 2018).

Em harmonia com os domínios da segurança e respostas físicas do *Perioperative Patient Focused Model*, procurou-se continuamente a salvaguarda da integridade física da pessoa intervencionada, preservando o respetivo projeto de saúde até que esta, autonomamente, o pudesse assegurar, pressuposto em que se envolveu igualmente toda a equipa (Cuming, 2023; Van Wicklin, 2020).

Finalmente, a fase pós-operatória é o período que “tem início quando a pessoa dá entrada na UCPA e termina quando se considera que a pessoa está recuperada do processo cirúrgico/anestésico” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19366). Considera-se pós-operatório imediato o período que vai desde o início da admissão da pessoa em situação perioperatória na UCPA/Recobro - que ocorre imediatamente após o fim da cirurgia -, até às primeiras 24 horas do pós-operatório. Já o tempo de pós-operatório mediato inicia-se após 24 horas do pós-operatório e perdura até ao momento da alta hospitalar, antecedendo o tempo de pós-operatório tardio que, no caso de colocação de prótese, poderá perdurar até 90 dias (*Centers for Disease Control and Prevention*, 2020).

Face ao tempo de permanência da pessoa em situação perioperatória na UCA, são oferecidos cuidados pós-operatórios imediatos na Unidade. Nesta fase, a avaliação contínua dos sinais vitais e níveis hemodinâmicos, os cuidados com feridas cirúrgicas e drenos, bem como níveis de sedação, controlo da dor e orientações de autocuidado devem ser evidenciados pelos cuidados de enfermagem perioperatórios (Ferreira et al., 2024).

Dores de cabeça, febre, tosse, vômitos, dor, oligúria e azia podem ser sintomas isolados de complicações apresentadas pela pessoa em situação perioperatória no pós-operatório. A pronta identificação de quaisquer alterações significativas que sugiram agravamento do estado clínico da pessoa é da responsabilidade do enfermeiro, profissional que mantém contato direto com a mesma (Berwanger et al., 2018; Stamenkovic et al., 2018). De mais a mais, os principais diagnósticos e intervenções de enfermagem associados às complicações pós-operatórias - vigilância de eventuais fontes de perda de líquidos, tais como drenos, sondas e lesões, administração de analgésicos para atenuação da dor e

avaliação das alterações na intensidade da dor para identificar possíveis agravamentos do estado clínico da pessoa em situação perioperatória - demonstram que nas primeiras horas após a cirurgia a monitorização contínua e pormenorizada tem muita importância (Berwanger et al., 2018).

Nesta fase, a fragilidade dos procedimentos cirúrgicos e anestésicos está na essência das intervenções de enfermagem, regadas ainda pela Consciência Cirúrgica, um imperativo ético que se sobrepõe no exercício da enfermagem no perioperatório e que se torna efetiva quando baseada em conhecimentos e competências próprias da profissão, traduzindo-se no “comportamento profissional baseado no conhecimento, compreensão e aplicação dos princípios da prática cirúrgica e responsabilidades legais, éticas e morais, para com a pessoa e equipa, pelas quais cada profissional é responsável” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19366).

A complexidade do ambiente perioperatório determina que seja dada primazia à segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa multidisciplinar. O exercício profissional especializado no perioperatório suscita a mentalização e incorporação dos valores identificados na prática clínica e a sua divulgação pela equipa cirúrgica, sendo que, para esse efeito, o profissional mais apto é o enfermeiro perioperatório. O enfermeiro desempenha ainda um papel essencial na educação da pessoa em situação perioperatória sobre o seu estado, tratamento e medidas de segurança, o que envolve esclarecer procedimentos, instruir sobre medicação e fomentar o entendimento das recomendações médicas. Parte complementar desta atividade é também a educação da pessoa e da equipa profissional sobre medidas de prevenção de complicações pós-operatórias (Cardoso et al., 2020).

É inconcebível não associar os cuidados especializados à pessoa em situação perioperatória às questões relativas à segurança cirúrgica, pelo que, no momento da alta, almejando a excelência da prática dos cuidados perioperatórios, as recomendações devem ser adaptadas aos contextos reais da prática da prestação de cuidados (AORN, 2020). Com efeito, para gerir o processo melindroso e plurifacetado que é a segurança cirúrgica, o EEEMCEPSP, para além de arquitetar documentos que orientam a prática nesta matéria, deve ainda utilizar os seus conhecimentos e visão ampla.

Para muitas pessoas, a transição do hospital para o domicílio pode representar um momento de insegurança e de perigo. Assim, com o fito de melhorar a qualidade e continuidade dos cuidados pós-operatórios após a alta hospitalar, instruindo e orientando

os doentes conforme as suas necessidades, são realizados os telefonemas de *follow-up*, que na UCA ocorrem 24 horas após o procedimento cirúrgico e ao 30º dia pós-operatório (Cardozo et al., 2017; Oliveira et al., 2021).

Por serem os profissionais que mais tempo permanecem junto da pessoa em situação perioperatória podendo, de antemão, reconhecer riscos e complicações, os enfermeiros têm uma função essencial na prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória no período pós-operatório. Com a finalidade de restabelecer o equilíbrio fisiológico da pessoa em situação perioperatória e prevenir complicações, garantido a qualidade do serviço, é conveniente que a equipa de enfermagem tenha conhecimentos e competências altamente qualificadas para prestar cuidados específicos e diferenciados (Sousa et al., 2019).

De um modo geral, o enfermeiro intervém em todo o processo cirúrgico-anestésico da pessoa em situação perioperatória, acompanhando-o em todas as fases compreendidas entre os períodos pré-operatório e pós-operatório. As suas intervenções recaem sobre o ensino, habilitação e reforço da emancipação da pessoa desde a admissão até ao momento em que se encontra inserida na comunidade clínica, incluindo a prestação de cuidados no internamento, a preparação para a alta e a realização do telefonema de *follow-up* após alta hospitalar.

Por fim, a exiguidade do tempo de que os enfermeiros dispõem para a preparação das suas atividades, e realização dos respetivos registos, acentua a probabilidade de cometimento de erros pelos mesmos (Farias, 2020).

O enfermeiro perioperatório assume a responsabilidade, individual e coletiva, de viabilizar um ambiente seguro para todos os intervenientes, atuando na gestão do risco e controlo da segurança perioperatória (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Com efeito, conforme sublinhado na literatura e referências da profissão do EEEMCEPSP (Gutierrez et al., 2018; Regulamento n.º 429/2018, 2018; Murphy 2019; AORN, 2021), os cuidados perioperatórios, em função da especificidade dos procedimentos, complexidade do ambiente e dos recursos - e que muito deriva da atuação individual e do trabalho coletivo - têm associado um risco significativo de ocorrência de eventos adversos.

Numa postura antecipatória e proativa em relação a riscos, os cuidados de enfermagem perioperatórios reclamam a identificação das necessidades, bem como o planeamento, execução e análise dos resultados obtidos nas áreas de complementaridade (incluindo a anestesia, circulação, instrumentação, cuidados pós-anestésicos e consultas

perioperatórias), assentando em cinco pilares: 1) reconhecimento do outro e capacitação; 2) vulnerabilidade do cuidado; 3) responsabilidade de cuidado; 4) prudência e gestão de risco e; 5) consciência cirúrgica (OE, 2017a). Estes sobrepõem-se aos 4 domínios centrais para a prestação de cuidados do modelo de enfermagem perioperatória *Perioperative Patient Focused Model* (Cuming, 2023; Van Wicklin, 2020).

4. Considerações finais

Nesta reflexão acerca da aquisição e desenvolvimento de competências específicas e comuns do EEMCEPSP, encerrando a exposição do estágio realizado, reconhece-se como fundamental o desenvolvimento de um padrão documental para os registos de enfermagem perioperatórios em cirurgia de ambulatório. Com efeito, este não só assegura a documentação padronizada e eficaz de todas as intervenções do enfermeiro perioperatório e dos cuidados perioperatórios diferenciados, como pode levar a melhorias significativas na qualidade e estabilidade dos registos de enfermagem em cirurgia de ambulatório, beneficiando a comunicação entre profissionais e assegurando a continuidade dos cuidados perioperatórios. Além disto contribui para a produção de dados para investigação e para obtenção de indicadores em saúde, permitindo a análise de resultados e a identificação de potenciais áreas de melhoria, favorecendo deste modo uma prática baseada em evidência e o desenvolvimento contínuo da qualidade dos cuidados perioperatórios prestados. Dessa forma, a padronização dos registos de enfermagem perioperatórios não só otimiza a prática clínica diária, como também enriquece o corpo de conhecimentos na área de enfermagem perioperatória, promovendo avanços na investigação e na formação profissional do enfermeiro perioperatório.

Uma perspetiva mais abrangente das necessidades apresentadas e o foco naqueles que vivenciam a experiência perioperatória, especificamente a pessoa e respetiva família e/ou pessoa(s) significativa(s), refletem o desenvolvimento de competências no cuidado perioperatório especializado, agilizado pela abordagem da pessoa em situação perioperatória em cirurgia de ambulatório. Para o efeito é devida uma atualização contínua do pensamento crítico em vários momentos: no planeamento de cuidados, no processo de tomada de decisão e na resolução de problemas.

Neste relato do estágio realizado realçam-se as competências específicas do enfermeiro especialista, orientadas para a prevenção de complicações e melhoria da funcionalidade, bem como as competências comuns desenvolvidas e que acentuam a necessidade de cuidados contínuos que melhorem a qualidade de vida da pessoa e família e/ou pessoa(s) significativa(s) que vivenciam a experiência perioperatória em cirurgia de ambulatório. Indispensáveis para a prática avançada da enfermagem são a concordância com os princípios éticos e deontológicos e a aposta na aprendizagem contínua. Já para

sustentar a segurança dos procedimentos cirúrgicos e anestésicos e promover a melhor experiência cirúrgica da pessoa em situação perioperatória em cirurgia de ambulatório são essenciais as intervenções do enfermeiro perioperatório que se iniciam no momento da avaliação pré-operatória, realizada na consulta de enfermagem pré-operatória, e se prolongam até ao acompanhamento pós-cirúrgico, concretizado com o telefonema de *follow up* às 24 horas e ao 30º dia. É no desenvolvimento de competências gerais e específicas que os enfermeiros especialistas são impelidos a articular a prática da enfermagem com as inovações e tendências científicas mais atuais, acostumando-se às mesmas para garantir a prestação de cuidados de alta qualidade, independentemente da experiência prévia no contexto da cirurgia de ambulatório. Durante o estágio um dos interesses principais consistiu na aprendizagem contínua, um processo permanente que possibilita um alargamento considerável das competências necessárias para, em conformidade com o estipulado pelo Regulamento n.º 140/2019 (2019), intervir de forma eficaz em níveis de prevenção diversificados e em todos os contextos de vida das pessoas.

Contribuindo de forma duradoura para o crescimento pessoal e profissional, bem como para a construção de um perfil individualizado de competências do EEEMCEPSP, a reflexão crítica foi, neste processo ininterrupto de aprendizagem, transversal e imperativa na compreensão das dificuldades, no desenvolvimento de novas estratégias e na suplantação de obstáculos. O apontado crescimento pessoal e profissional associou-se ainda às dificuldades de articulação da vida pessoal e profissional com a vida académica, na verdade um dos maiores desafios em todo este processo e que, à semelhança de outros países e como já planeado pela OE no decorrer do processo de Acreditação da Idoneidade Formativa, pode vir a ser atenuado pela realização do Internato de Especialidade de Enfermagem.

Para terminar, o contexto de estágio que abrangeu diversas áreas de intervenção do enfermeiro perioperatório em cirurgia de ambulatório - propiciou uma autonomia considerável na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, ao oferecer as condições necessárias para atingir os objetivos inicialmente propostos. O desenvolvimento de competências gerais e específicas, assente num raciocínio crítico-reflexivo suportado por evidências científicas, regrou-se, sem exceção, e em conformidade com o modelo conceptual adotado - o *Perioperative Patient Focused Model* -, pela segurança e qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória e sua família e/ou pessoa(s) significativa(s).

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

1. Resumo

Enquadramento: Os resultados da implementação do programa *Enhanced Recovery After Surgery*[®], nos cuidados perioperatórios encontram-se amplamente documentados, contudo escassa é a evidência existente sobre o seu contributo no controlo da dor à pessoa em cirurgia de ambulatório.

Objetivo: Mapear e documentar o contributo do programa *Enhanced Recovery After Surgery*[®] no controlo da dor à pessoa em situação perioperatória em cirurgia de ambulatório.

Metodologia: Revisão Sistemática da Literatura sustentada no manual do *Instituto Joanna Briggs*[®] for Evidence Synthesis, com recurso à estratégia PICO. Pesquisa concretizada em janeiro de 2024 nas plataformas de acesso: *PubMed*[®], *Science Direct*[®], *EBSCOhost (CINAHL Complete*[®] e *Cochrane Central Register of Controlled Trials*[®]) e *Google Académico*[®]. A seleção dos estudos foi feita após eliminação de duplicados, leitura dos títulos e resumos e dos textos integrais em conformidade com o diagrama *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analyses*[®].

Resultados: Foram identificados 1799 resultados, sendo que 10 desses estudos foram incluídos na revisão.

Conclusão: A implementação do programa *Enhanced Recovery After Surgery* revela-se eficaz no controlo da dor à pessoa em cirurgia de ambulatório. A apresentação dos resultados foi categorizada em: avaliação da intensidade da dor, o consumo de opioides e a satisfação da pessoa em situação perioperatória.

Palavras-chave: Enhanced Recovery After Surgery; Cirurgia de Ambulatório; Controlo da Dor.

2. Abstract

Background: The results of implementing Enhanced Recovery After Surgery[®] programme in perioperative care have been widely documented, yet there is limited evidence of its contribution to outpatient surgery pain management.

Objective: To map and document the contribution of the Enhanced Recovery After Surgery[®] programme to outpatient surgery pain management.

Methodology: Systematic literature review based on the Joanna Briggs Institute[®] for Evidence Synthesis manual, using the PICO strategy. The search took place in January 2024 on the following platforms: PubMed[®], ScienceDirect[®], EBSCOhost (CINAHL Complete[®] and Cochrane Central Register of Controlled Trials[®]) and Google Scholar[®]. Studies were selected after eliminating duplicates, screening titles and abstracts and reading full texts in accordance with the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analyses diagram.

Results: 1799 results were identified and 10 of these studies were included in the review.

Conclusion: The implementation of the Enhanced Recovery After Surgery[®] programme proves to be effective in outpatient surgery pain management. The presentation of the results was categorized into: pain assessment, opioid consumption and patient satisfaction.

Keywords: Enhanced Recovery After Surgery; Ambulatory Surgery; Pain Management.

3. Fundamentação/enquadramento teórico

A CA, conforme definido no Artigo 2.º da Portaria n.º 97/2024 (2024) de 12 de março, é

a intervenção cirúrgica programada, realizada em bloco operatório, sob anestesia geral, loco-regional, local ou sedação realizada em instalações próprias ou integrada em bloco operatório convencional, com segurança e de acordo com as *leges artis*, em regime de admissão e alta do doente num período inferior a 24 horas. (Portaria n.º 97, 2024, p. 2)

A história de cirurgia de ambulatório tem as suas raízes no início do século XIX, quando um cirurgião escocês, Robert Campbell, se destacou, em 1817, ao realizar a primeira tonsilectomia em contexto ambulatorial. A inovação do procedimento agudizou o interesse de outros cirurgiões no desenvolvimento e aprimoramento das técnicas cirúrgicas ambulatoriais. Em 1848, James Nicoll realizou pela primeira vez uma hernioplastia em cirurgia de ambulatório e, em 1909, relatou ter realizado 8.988 cirurgias pediátricas exclusivamente nesse regime (Galvão, 2022).

Em Portugal, a prática cirúrgica em ambulatório só teve início nos anos 90. Com o propósito de formação e promoção da CA é fundada, em setembro de 1998, a Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório (APCA) (APCA, 2024a). Presentemente decorrem em contexto de CA mais de 88,4% do total de cirurgias programadas do nosso país (SNS, 2024b). O desenvolvimento de incentivos e as diretrizes governamentais e institucionais contribuíram para o crescimento da CA nas últimas décadas em Portugal (Pinto & Sarnadas, 2020).

O crescimento da CA não se limita apenas ao incremento do número de intervenções cirúrgicas complexas consideradas compatíveis com este regime, mas também compreende o crescente número de pessoas em situação perioperatória, com diversas morbilidades, agora consideradas aptas para o contexto cirúrgico em ambulatório (Nunes et al., 2018). Destaca-se, na expansão da CA, a inclusão tanto de procedimentos cirúrgico-anestésicos simples quanto de intervenções cirúrgico-anestésicas mais complexas, o que reflete avanços significativos não só nas técnicas cirúrgico-anestésicas, mas também nos cuidados perioperatórios. À vista disso, a CA apresenta-se como uma alternativa menos disruptiva para a pessoa em situação perioperatória, sem a necessidade de internamento.

Adicionalmente, ressalta-se a importância da seleção criteriosa da pessoa em situação perioperatória para cirurgia ambulatoria. Indivíduos com distintas morbilidades são agora considerados elegíveis para procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, exigindo uma avaliação pré-operatória detalhada que compreende aspetos médicos, cirúrgicos, anestésicos, sociais e geográficos detalhados da pessoa em situação perioperatória em cirurgia de ambulatório. Isso demonstra um compromisso crescente com a necessidade de personalização dos cuidados perioperatórios ambulatoriais, adaptados às necessidades individuais da pessoa em situação perioperatória e visando otimizar os resultados cirúrgico-anestésicos. Por último, destaca-se a mudança nos modelos de cuidado e na gestão de recursos em saúde. A expansão da CA não melhora apenas a eficiência dos sistemas de saúde, disponibilizando os recursos hospitalares para situações mais urgentes e /ou emergentes, como também contribui para a redução dos custos associados ao internamento.

A singularidade do modelo organizativo da CA torna-a inovadora. Centrado na pessoa, apresenta um circuito autónomo ao do internamento, apresenta vantagens em eficiência e em qualidade e evidencia resultados de uma maior humanização e satisfação da pessoa em situação perioperatória e respetivos familiares. Tal modelo organizativo viabiliza a concretização de intervenções cirúrgico/anestésicas que seriam usualmente realizadas em cirurgia convencional, sejam efetuados em CA, possibilitando a admissão e alta da pessoa em situação perioperatória no mesmo dia do procedimento cirúrgico, e conservando elevados padrões de segurança e qualidade na prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória (Despacho n.º 30114/2008, 2008; Cardante, 2020).

Atendendo ao perfil inovador da CA analogamente à cirurgia convencional com internamento, e com o intento de maximização dos seus potenciais ganhos, foi indispensável a realização de um “diagnóstico da situação, identificando áreas que, apesar do crescimento, carecem ainda de desenvolvimento” (Despacho n.º 1380/2018, 2018, p. 4511).

À vista disso o Governo português, com o objetivo de efetivar a avaliação da última década de CA em Portugal e reconhecendo as possíveis limitações ao seu desenvolvimento (estruturais, formativas, recursos humanos ou outras), procedeu à formação de um grupo de trabalho para o acompanhamento do desenvolvimento da cirurgia ambulatoria em Portugal – o Grupo de Trabalho para o Acompanhamento do Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório - como testemunha o Despacho n.º 1380/2018 de 8 de fevereiro (2018).

Isto posto, e sendo a CA uma dimensão prioritária e um elemento-chave no desenvolvimento sustentável do SNS, destacam-se como componentes do seu êxito e do seu desenvolvimento, a garantia da qualidade e a segurança na prestação dos cuidados perioperatórios à pessoa em CA (Cardante, 2020).

É também em linha com o apresentado precedentemente que a APCA procede à elaboração de recomendações, das quais é propósito o suporte na promoção da qualidade dos cuidados e da segurança da pessoa em situação perioperatória em CA dentre as quais se distinguem: as recomendações nacionais – retorno da atividade cirúrgica na era COVID-19; as recomendações para a gestão do bloqueio neuromuscular em cirurgia ambulatória, as recomendações portuguesas de manutenção da normotermia em CA, gestão perioperatória da pessoa em situação perioperatória medicada com anticoagulantes e antiagregantes plaquetários, recomendações de anestesia regional em CA, recomendações de trombopprofilaxia em cirurgia ambulatória, recomendações para a profilaxia e tratamento de náuseas e vómitos e por fim as recomendações para o tratamento da dor aguda pós-operatória em CA (APCA, 2024b).

O desenvolvimento observado nos últimos tempos e os que se encontram previstos para o futuro da CA demandam que, em vez de ser tratado meramente como um processo burocrático administrativo como o é por muitos, seja tratado como um processo com uma evolução centrada em estruturas com distintos níveis de autonomia, que seguramente aperfeiçoarão o processo assistencial à pessoa em CA, além de amplificar a eficiência, organização, humanização, e capacitação do SNS, melhorando não meramente indicadores de qualidade, como os cuidados prestados (APCA, 2024c).

Também o Despacho n.º 1380/2018 valida o descrito anteriormente. Comparativamente à cirurgia convencional com internamento, à CA encontra-se associada uma incidência de retorno hospitalar não superior, bem como uma taxa inferior de complicações pós-operatórias: diminuição do risco de tromboembolismo (por efeito da deambulação precoce), diminuição do risco de infeção (associado a uma redução do tempo de hospitalização) e redução da dor pós-operatória (Despacho n.º 1380/2018, 2018).

Ainda que se verifique uma redução da dor pós-operatória relativamente à cirurgia clássica com internamento, na CA aquela não é inexistente.

Correlacionada com o desenvolvimento de eventos adversos, nomeadamente náuseas e vómitos no pós-operatório e o adiamento no retorno às atividades de vida diária

e ocupacionais, a dor pós-operatória é a complicação mais frequente em contexto de CA (Costa, 2019).

Em 2020, a *International Association for the Study of Pain* (IASP) constituída por uma equipa multidisciplinar definiram a dor como "uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à associada, a danos reais ou potenciais nos tecidos" (Raja et al., 2020). A esta definição são aditados seis itens no sentido de promover uma melhor compreensão do conceito de dor: sendo sempre uma experiência individual a dor é condicionada, a vários níveis, por componentes biológicos, psicológicos e sociais; dor e nociceção são fenómenos distintos, porquanto a dor não pode ser depreendida unicamente pela atividade dos neurónios sensitivos; o conceito de dor é desenvolvido mediante as experiências de vida dos indivíduos; respeito pela experiência de dor relatada pelo indivíduo; conquanto desempenhe um papel adaptativo, a dor pode ocasionar eventos adversos na função e no bem-estar social e psicológico do indivíduo; a descrição verbal é apenas uma das várias condutas na expressão da dor, neste seguimento, a incapacidade de comunicação não nega a hipótese do experimento de dor (Raja et al., 2020). Também o ICN (2019) no seu catálogo da CIPE® define dor como um comprometimento da perceção com

aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus 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, 2019, p. 46)

Aproximadamente vinte por cento da população em situação perioperatória relata dores fortes nas primeiras 24 horas após a cirurgia, um número que se mantém praticamente inalterado nos últimos 30 anos (Small & Laycock, 2020).

A dor pós-operatória é definida como a experiência de dor da pessoa relacionada à cirurgia e que ocorre na unidade de cuidados pós anestésicos, no recobro ou no período de convalescença (Mahama & Ninnoni, 2019). É classificada por fases, sendo que a dor pós-operatória aguda é aquela que ocorre entre 0 e 7 dias após a cirurgia, a dor pós-operatória subaguda a existente entre 7 dias e 3 meses e a dor pós-operatória crónica aquela que se prolonga para além dos 3 meses após a cirurgia (Munk et al., 2023).

A dor pós-operatória é uma das complicações pós-operatórias mais frequentes e um obstáculo à recuperação pós-operatória da pessoa em situação perioperatória. O controlo dor pós-operatória ineficaz aumenta o risco de resultados adversos, incluindo

morbilidade e mortalidade, bem como aumentos dos custos associados aos cuidados de saúde (Meissner et al., 2019).

É com o desígnio de mitigar tais riscos que a IASP (2017) desenvolve as seguintes recomendações no que respeita a abordagem da dor pós-operatória: reconhecer que se pode e deve gerir a dor pós-operatória visando a otimização da função física e emocional da pessoa em situação perioperatória, avaliar a intensidade da dor em repouso e em atividade relevante para possibilitar a individualização da abordagem analgésica de acordo com exigências reabilitativas, visando habitualmente uma intensidade ligeira, com algumas exceções, como o caso de trauma grave com alteração do estado de consciência; sinalizar previamente a pessoa em situação perioperatória que pode carecer de especial atenção no controlo da dor pós-operatório, em virtude da presença de dor crónica pré-operatória, perturbação de ansiedade, consumo de substâncias opioides, catastrofização do pensamento ou transtorno por uso de substâncias, a título de exemplo; incorporar o controlo da dor com outros componentes da preparação e da recuperação cirúrgico-anestésica, nomeadamente com a educação da pessoa em situação perioperatória e com a otimização nutricional e hidratação; conjugar terapêuticas medicamentosas, como os anti-inflamatórios não esteróides e os anestésicos locais, numa abordagem estratégica multimodal com o objetivo de diminuir a dependência de uma substância ativa isolada (como acontece com os opioides e os efeitos adversos inerentes); identificar e tratar a dor pós-operatória persistente e outras complicações pós-operatórias o mais precocemente possível, mediante a monitorização da pessoa em situação perioperatória após alta clínica; desenvolver um plano perioperatório de controlo da dor alinhado com as demandas do contexto e do sistema de saúde com o objetivo de uma melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados prestados; a pretexto do aumento contínuo do conhecimento e do recurso a técnicas diferenciadas revela-se fundamental reconhecer que a gestão da dor aguda, em alguns países, se tornou numa subespecialidade médica geradora de conhecimento e de técnicas anestésicas, como é o caso da anestesia regional.

Como referido anteriormente, na base do tratamento da dor pós-operatória os opioides desempenham um papel elementar, não obstante, em virtude dos seus possíveis efeitos secundários e apreensão com a sua potencial dependência, a utilização destas substâncias deve ser rigorosamente monitorizada (Jain et al., 2023).

A abordagem do controlo da dor evoluiu de uma confiança prévia em opioides para uma abordagem multimodal. Esta abordagem inclui o recurso a substâncias não opioides e recorre a técnicas de anestesia local com o objetivo de melhorar a eficácia no controlo da

dor e de minimizar os efeitos adversos associados ao consumo de substâncias opioides (IASP, 2017b).

Coadjuvante de uma recuperação acelerada e associada a um aumento do grau de satisfação da pessoa em situação perioperatória, a abordagem multimodal da dor apresenta-se como uma estratégia eficaz no controlo da dor e na redução da incidência de *outcomes* pós-operatórios adversos (Costa, 2019).

As diretrizes clínicas relevam-se de extrema importância em CA, assim como nas demais áreas clínicas. Em CA e de acordo com o trabalho desenvolvido pela CNADCA, inferiu-se que aquelas são empregues fundamentalmente na seleção da pessoa em situação perioperatória, na definição dos critérios de alta, assim como na avaliação pré-operatória. Porém, a utilização de protocolos clínicos é pouco recorrente na profilaxia de náuseas e vômitos pós-operatórios e na analgesia pós-operatória (Despacho n.º 30114/2018, 2018, p. 47550).

Rigorosamente sintetizadas e interpretadas como fontes de evidência prontamente disponíveis, as diretrizes clínicas pertencem a um conjunto de ferramentas de prática baseada em evidência, as quais, se transformadas em recomendações para a prática clínica, apresentam potencial de melhorar não apenas o processo assistencial, como os resultados em saúde da pessoa alvo de cuidados (Pereira, 2022).

Nesse seguimento, enquadra-se no descrito anteriormente o programa *Enhanced Recovery After Surgery*®, comumente conhecido por ERAS®.

O programa ERAS® apresenta uma alteração de paradigma nos cuidados perioperatórios padronizados, mediado pela permutação quando indispensável de práticas convencionais de cuidados perioperatórios por práticas baseadas na evidência, resultando tanto na melhoria da qualidade dos cuidados na prática clínica como na consequente diminuição dos custos em saúde (Santiago et al., 2022).

É em 1997, na Dinamarca, que o cirurgião colorectal Henrik Kehlet apresenta o conceito ERAS®, sugerindo tal conceito que, ainda que pequenas intervenções no exercício perioperatório não reflitam o seu efeito quando aplicadas isoladamente, a incorporação de várias intervenções poderia resultar numa melhoria drástica dos resultados perioperatórios (Golder & Papalois, 2021).

Em linha com as descobertas do Professor Henrik Kehlet é constituído em 2001 o *Enhanced Recovery After Surgery Group* – um grupo de seis cirurgiões entre os quais o

Professor Ken Fearon, Ollie Ljungqvist e Henrik Kehlet – que tinha como propósito a produção e interpretação da melhor evidência possível, visando o aperfeiçoamento do programa de recuperação cirúrgica na altura designado de programa *fast-track surgery*. Numa década o grupo desenvolveu duas componentes cruciais que viriam a possibilitar a constituição da *ERAS Society*[®]: primeiramente, a aquisição dos conhecimentos necessários à produção de diretrizes baseadas em evidências presentes na literatura médica científica e testar a sua aplicabilidade na prática clínica; secundariamente, o desenvolvimento de uma metodologia eficaz que permitisse a implementação de tais protocolos num intervalo de tempo relativamente breve. É na Suécia, em 2010 e na expectativa da disseminação a outros países e a possível participação internacional no sentido da melhoria dos protocolos perioperatórios, que o *Enhanced Recovery After Surgery Group* se regista como uma nova organização sem fins lucrativos, sob o título *ERAS Society*[®] (Ljungqvist, 2019).

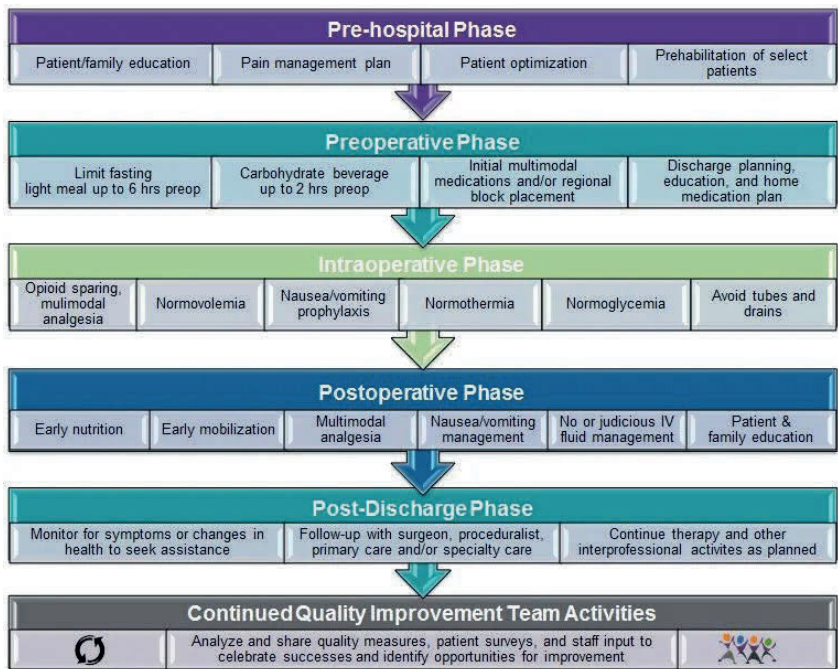
O programa ERAS[®] objetiva a otimização dos cuidados perioperatórios, visando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e a recuperação acelerada da pessoa em situação perioperatória. Complexo, demanda a planificação de cuidados por uma equipa multidisciplinar na garantia dos melhores resultados em saúde para a pessoa a vivenciar processo cirúrgicos e/ou anestésicos e a proporcionar um elevado nível de cuidados perioperatórios (Golder & Papalois, 2021). Complementarmente, os resultados da meta-análise realizada por Zhang et al. (2020) evidenciam que o programa ERAS[®] diminui o tempo de internamento e os custos em saúde associados analogamente aos cuidados perioperatórios tradicionais.

A otimização dos cuidados perioperatórios visa a minimização da resposta ao stress cirúrgico, a manutenção da homeostasia, a profilaxia do catabolismo e subsequente perda proteica e astenia, ao mesmo tempo que procura reduzir a disfunção celular (Nelson et al., 2019).

Estes objetivos são substantificados num programa, englobando todo o perioperatório como se pode observar na figura 2 do documento agora apresentado.

Em Portugal, a implementação do programa ERAS[®] ocorre em 2016 no Hospital da Luz, sendo que à data da sua implementação os protocolos do programa foram implementados em procedimentos cirúrgicos colorectais (Hospital da Luz, 2024).

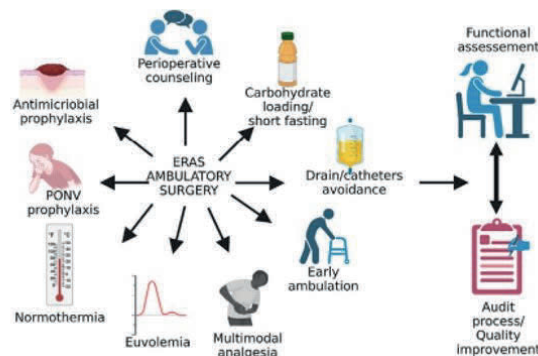
Figura 2: Elementos-chave do programa ERAS®.



Fonte: American Association of Nurse Anesthesiology, 2024.

Os princípios basilares do programa ERAS® são, via de regra, idênticos em cirurgia ambulatória e não ambulatória. Estes princípios assentam em cinco pilares que incluem: aconselhamento, educação e otimização pré-operatória; analgesia multimodal e poupadora de opioides; profilaxia de náuseas e vômitos pós-operatórios, prevenção da infecção da ferida e profilaxia de tromboembolismo venoso; manutenção da euvolemia e estímulo à deambulação precoce (Cukierman et al., 2023). Os princípios fundamentais do programa ERAS® em CA encontram-se ilustrados na figura 3.

Figura 3: O Programa ERAS® em cirurgia de ambulatório.



Fonte: Cukierman et al., 2023, p. 288.

Contudo, existem alguns fatores que podem condicionar a adesão ao programa ERAS[®], entre os quais: o défice de conhecimento relativamente ao programa por parte dos profissionais que integram a equipa multidisciplinar, sendo que a complexidade de adaptação do comportamento tradicional pode constituir uma barreira ao processo de transição do programa de cuidados e ainda a ausência de recursos e/ou infraestruturas necessárias à implementação do programa, sobretudo em hospitais menores e/ou que disponham de menos recursos (Wang et al., 2022).

Neste sentido, e com o objetivo de maximização dos resultados perioperatórios, revela-se condição necessária a abordagem e a superação de tais condicionantes.

E é aqui que, de acordo com Mendes & Gonçalves (2018), o ensino e o treino da equipa perioperatória possam ser considerados requisitos fundamentais no aumento da adesão e da compreensão das vantagens da implementação do programa ERAS[®] nos cuidados perioperatórios. Mais, é essencial a disponibilização de apoios e recursos adaptados para a implementação do programa nas unidades hospitalares, implicando isso o apoio dos elementos da equipa multidisciplinar na sua implementação. De modo a que se proceda à implementação do programa ERAS[®] adequadamente, e que seja viável a identificação de oportunidades de melhoria, deverá ser executada a monitorização e a avaliação contínua dos resultados mediante a realização de auditorias.

4. Finalidade e objetivos

A investigação assume um papel fundamental na prática de enfermagem, sendo que o processo de tomada de decisão comporta consigo a necessidade das melhores evidências científicas, mormente no que diz respeito às intervenções de enfermagem prescritas e da identificação das necessidades da pessoa alvo de cuidados (Néné & Sequeira, 2022).

É do enquadramento teórico previamente apresentado, em harmonia com o interesse particular dos investigadores na respetiva temática e a da realização da componente de estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II que emerge a realização do presente estudo de investigação.

É na continua busca de melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória, que se manifesta a necessidade de produção de conhecimento científico e de contribuir para o desenvolvimento de uma prática fundamentada e sistematizada da enfermagem. Com efeito, é objetivo do estudo: mapear e documentar evidência sobre o contributo do programa *Enhanced Recovery After Surgery*[®] no controlo da dor à pessoa em CA.

A realização do estudo de investigação que seguidamente se apresenta tem como finalidades: identificar a melhor evidência científica disponível no que diz respeito ao contributo do programa ERAS[®] no controlo da dor à pessoa em CA; resumir e sintetizar, de acordo com a evidência mapeada anteriormente o contributo do programa ERAS[®] no controlo da dor à pessoa em CA e contribuir para o desenvolvimento do conhecimento concernente ao contributo do programa ERAS[®] no controlo da dor à pessoa em CA ante permanente necessidade de adaptação e de desenvolvimento das práticas de Enfermagem à luz da evidência.

5. Metodologia

É a metodologia que determina o género de pesquisa a ser conduzida, que, por sua parte, acompanha o progresso do pensamento científico, em cada momento histórico, dos paradigmas científicos norteadores da sociedade. Importa referir que o conhecimento científico contrasta ao conhecimento que provém do senso comum, dos costumes, das intuições, do saber popular (Bloise, 2020).

No presente capítulo, é apresentada a operacionalização da investigação empírica mediante a exposição discriminada da metodologia implementada.

5.1. *Desenho metodológico*

É a metodologia que define a orientação da pesquisa científica, determinando rumos para que se cumpram os objetivos designados, sendo que, para a sua condução, a pesquisa científica demanda do investigador o domínio de técnicas e de métodos (Silva & Paiva, 2022).

A seleção do desenho de investigação condicionará, em grande parte, as seleções metodológicas, que são cruciais para a planificação e concretização dos estudos de investigação (Ramalho & Petrica, 2023).

O estudo de investigação que agora se apresenta foi metodologicamente orientado pelas diretrizes presentes no compêndio do JBI *Manual for Evidence Synthesis* (Aromataris et al., 2024), em particular as recomendações presentes na secção das *Mixed Methods Systematic Reviews* (Lizarondo et al., 2020).

5.2. *Tipo de estudo*

Para Roever (2020) “(...) a revisão sistemática é considerada uma maneira mais racional e menos tendenciosa de organizar, avaliar e integrar as evidências científicas” (p. 1).

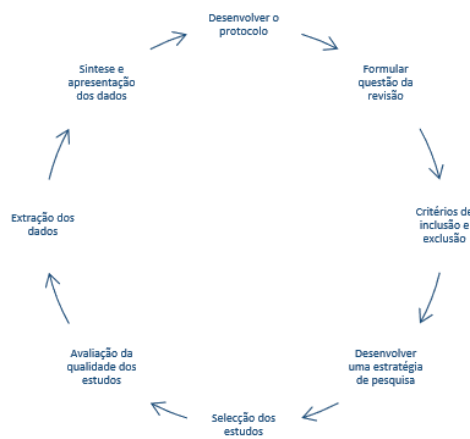
Este estudo de investigação consiste numa Revisão Sistemática da Literatura (RSL) de evidência mista caracterizada como um tipo de estudo secundário.

5.3. Etapas da RSL

Predominantemente as revisões da literatura publicadas sintetizam exclusivamente evidências de abordagem metodológica única, optando por estudos com desenhos de investigação semelhantes. Nada obstante, existem premissas válidas para a construção de estudos de revisão sistemática da literatura que congreguem distintas evidências quantitativas e qualitativas (Ramalho & Petrica, 2023). Entre os demais argumentos, encontra-se a fundamentação de que frequentemente os dados quantitativos precisam de elementos complementares para a sua interpretação, que eventualmente encontrar-se-ão em descrições presentes em estudos de investigação qualitativa. Por outro lado, a transladação dos resultados dos estudos qualitativos para uma população maior nem sempre é assegurada, pelo que carecem frequentemente do suporte de dados quantitativos (Galvão & Ricarte, 2019).

O rigor da estruturação de uma RSL de estudos mistos exige o cumprimento das etapas recomendadas pelo JBI®, caracterizadas na figura 4.

Figura 4: Etapas da condução da RSL.



Fonte: autor do documento adaptado de Lizarondo et al. (2020).

5.4. Título da revisão

Contributo do Programa *Enhanced Recovery After Surgery*® no Controlo da Dor à Pessoa em Cirurgia de Ambulatório: Uma Revisão Sistemática da Literatura.

5.5. Questão de investigação

Norteando e direcionando a composição dos critérios específicos de inclusão da RSL, a questão de investigação possibilita uma pesquisa científica mais eficiente e disponibiliza uma base para o desenvolvimento completo da RSL (Aromataris et al., 2024).

Com o desígnio de enunciar rigorosamente a questão que reflita a problemática do estudo, e com a finalidade de identificar a melhor evidência científica disponível, perscrutar-se-á a mnemónica PICO.

As letras que constituem o acrónimo resultam das palavras: *Population* (população), *Intervention* (intervenção), *Comparision* (comparação) e *Outcomes* (resultados) (Aromataris et al., 2024).

No presente estudo de investigação, e considerando o seu objetivo e finalidades, a pergunta de investigação definida será construída com base na mnemónica PICO, como acima descrito, sendo que as quatro componentes que a constituem permitem esclarecer conceções fundamentais na investigação e colaboram na definição dos critérios de inclusão e exclusão.

Foi então formulada para o presente estudo de investigação a seguinte pergunta PICO: “Qual o Contributo do Programa ERAS[®] no Controlo da Dor à Pessoa em Cirurgia de Ambulatório?”

Na estruturação da pergunta PICO (tabela 2) subentendeu-se a comparação com os cuidados padrão/convencionais ou cuidados sem a presença do Programa ERAS[®]. A comparação ficará implícita na pergunta que, face à natureza do Programa ERAS[®] será realizada com qualquer outro programa de cuidados ou sem estabelecimento de paralelismos entre o ERAS[®] e outro programa de cuidados perioperatórios em CA.

Tabela 2: Estruturação da Pergunta PICO.

P (população)	I (intervenção)	C (comparação)	O (resultado)
Pessoa em Cirurgia de Ambulatório	Programa <i>Enhanced Recovery After Surgery</i> [®]	–	Controlo da Dor

Fonte: autor do documento adaptado de Lizarondo et al., 2020.

5.6. *Crêterios de inclusão e exclusão*

Previamente   constru o de uma estratégia de pesquisa da literatura,   aconselhada a defini o dos critérios de elegibilidade. Tais critérios suportam o processo de tomada de decisão sobre os estudos de investiga o a serem implicados na síntese final (Ramalho & Petrica, 2023).

A sele o dos critérios empregues na elegibilidade, dos estudos na RSL deve ser tão translúcida e inequívoca quanto possível. Os critérios de elegibilidade devem apresentar-se plausíveis, consistentes e fundados, bem como integrar os elementos presentes na pergunta PICO (Aromataris et al., 2024). Para lá do já mencionado,   possível a defini o e integra o de outros critérios de elegibilidade pertinentes, como o período temporal das publica es e o idioma de reda o dos estudos de investiga o (Ramalho & Petrica, 2023). Desse modo, os critérios de inclusão e exclusão foram definidos como exposto na tabela 3.

Tabela 3: Critérios de seleção da pesquisa.

Critérios seleção pesquisa	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Idioma	Estudos publicados em inglês, português, francês e espanhol	Restantes idiomas
Período de inclusão	Estudos publicados entre 2019-2023	-
Tipos de estudos	Estudos primários (ensaios clínicos aleatórios, estudos experimentais, estudos de coorte, estudo de caso controlo, estudos quase experimentais e estudos descritivos – relatos de caso, séries de caso, estudos transversais, estudos de coorte e pesquisas demográficas)	Estudos secundários, artigos de opinião, cartas de leitores e comentários
População	Pessoa submetida a cirurgia de ambulatório	Pessoa submetida a cirurgia convencional
Tipo de intervenção	Estudos que investiguem o contributo do programa Eras®	-
Tipo de comparação	Qualquer outro programa de cuidados perioperatórios ou nenhum outro programa	-
Tipo de resultado	Estudos que apresentem resultados sobre contributo do programa ERAS® no controlo da dor	-

Fonte: autor do documento.

5.7. *Localização e seleção dos estudos*

A condução de uma RSL é constituída por distintas fases. Destarte, após uma RSL os estudos pertinentes devem ser selecionados, mediante um processo que seja de passível reprodução por qualquer outro investigador (Ramalho & Petrica, 2023).

Ainda de acordo com Donato & Donato a identificação do maior número possível de estudos de investigação para um RSL demanda uma pesquisa rigorosa, concisa e replicável. (Donato & Donato, 2019).

Na construção da estratégia de pesquisa, é essencial selecionar as palavras-chave e efetuar a tradução das anteriores garantindo desse modo uma maior extensão da pesquisa da literatura efetuada. Como consequência, são determinadas as seguintes palavras-chave de acordo com a temática da presente RSL: “Pessoa em Cirurgia de Ambulatório”, Mariana Rocha

“Enhanced Recovery After Surgery”, “Controlo da Dor” (Tabela 4). A determinação das palavras-chave é efetuada com o auxílio dos termos descritores do Medical Subject Headings (MeSH) e dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

As listas de vocabulários controlados, como os acima descritos, comportam homogeneidade, produzindo congruência e exatidão, o que possibilita recuperar a informação sem depender da terminologia empregue pelos seus autores. Adicionalmente são ainda utilizados para a indexação de artigos nas respetivas bases de dados (Donato & Donato, 2019).

Tabela 4: Termos-chave.

Termos-chave (português)	Termos-chave (inglês)	Termos-chave (espanhol)	Termos-chave (francês)
Pessoa em Cirurgia de Ambulatório	Outpatient Surgery	Persona en Cirugía Ambulatoria	Personne en chirurgie ambulatoire
Recuperação Pós-Cirúrgica Melhorada	Enhanced Recovery After Surgery OR ERAS	Recuperación Mejorada Después de la Cirugía	Récupération améliorée après chirurgie
Controlo da Dor	Pain Management	Manejo del Dolor	Gestion de la douleur

Fonte: autor do documento.

As palavras-chave devem ser descritas ora isoladamente, ora por combinação, sendo que o mesmo se aplica aos operadores booleanos utilizados (por exemplo, “and” e “or”), às nuances de uma mesma palavra (por exemplo, “age” e “aging”) ou à sucessão dos termos aplicados na pesquisa realizada (Ramalho & Petrica, 2023). Apresentam-se na tabela 5 os termos DeCs, MeSH e os *headings* de acordo com as termos-chave da presente RSL.

Tabela 5: Termos DeCS, MeSH e *Headings* usados na pesquisa.

	Termos MeSH	Termo DeCS	Headings-CINAHL
População Pessoa em cirurgia de ambulatório	Ambulatory Surgical Procedures	Ambulatory surgical procedures OR Procedimientos Quirúrgicos Ambulatorios OR Procédures de chirurgie ambulatoire OR Procedimentos Cirúrgicos Ambulatórios	–
Intervenção Recuperação Pós-Cirúrgica Melhorada	Enhanced Recovery After Surgery	Enhanced Recovery After Surgery OR Recuperación Mejorada Después de la Cirugía OR Récupération Améliorée Après Chirurgie OR Recuperação Pós-Cirúrgica Melhorada	Enhanced Recovery After Surgery
Comparação	–	–	–
Resultados Controlo da dor	Pain Management	Pain Management OR Manejo del Dolor OR Gestion de la douleur OR Manejo da Dor	Pain Management

Fonte: autor do documento.

A pesquisa deve iniciar-se pelos descritores e após efetuar a pesquisa em texto livre, combinando os sinónimos com OR (Donato & Donato, 2019). O recurso aos operadores booleanos AND e OR e ferramentas complementares, entre os quais, os parênteses, e as aspas, viabilizaram a construção da frase booleana:

("enhanced recovery after surgery" OR "ERAS") AND ("ambulatory surgical procedures" OR "outpatient surgery") AND ("pain management" OR "postoperative pain management")

A construção da frase booleana anterior possibilitou a realização da pesquisa para a presente RSL nos seguintes motores de busca e bases de dados: a PubMed® (que integra a

Medline Complete[®]), a ScienceDirect[®] (da Elsevier[®]) e a EBSCOhost[®] sendo selecionadas duas bases de dados específicas na EBSCOhost[®]: a CINAHL[®] e a Cochrane Randomized Controlled Trials[®] (tabela 6). Uma das estratégias de minimização do viés do estudo é a pesquisa abrangente. Com efeito, uma condução eficiente da RSL deve tentar incluir na sua pesquisa estudos não publicados ou literatura cinzenta (Aromataris et al., 2024). A pesquisa da literatura cinzenta do presente estudo de investigação foi efetuada com recurso ao Google Académico[®], usando a frase booleana (tabela 7). O Google Académico[®] permitiu o acesso não somente a artigos revisados por pares, assim como o acesso a literatura cinzenta. Foi no decurso do mês de janeiro de 2024 que se procedeu à pesquisa dos estudos a incluir na presente RSL.

Tabela 6: Estratégia de pesquisa nas Bases de Dados.

Base de Dados/Motor de Busca	Estratégias de Pesquisa	Expansores	Limitadores	Total estudos
CINAHL Complete® (via EBSCOhost®)	((TI "ambulatory surgical") OR (AB "ambulatory surgical procedures" OR (TI "outpatient surgery" OR (AB "outpatient surgery") AND ((MM Exact Major Subject Heading "Enhanced Recovery After Surgery") OR (TI "Enhanced Recovery After Surgery") OR (AB "Enhanced Recovery After Surgery") OR (TI "ERAS") OR (AB "ERAS") OR (MM Exact Major Subject Heading "pain management") OR (TI "postoperative pain management") OR (AB "postoperative pain management"))))	Pesquisar no texto dos estudos Modo de pesquisa: frase booleana	Texto integral Data da publicação: de janeiro de 2019 a dezembro 2023	529
Cochrane Register of Controlled Trials® (via EBSCOhost®)	((MM Exact Major MeSH Subject Heading "ambulatory surgical procedures") OR (TI "outpatient surgery" OR (AB "outpatient surgery") AND ((MM Exact Major MeSH Subject Heading "Enhanced Recovery After Surgery") OR (TI "Enhanced Recovery After Surgery") OR (AB "Enhanced Recovery After Surgery") OR (TI "ERAS") OR (AB "ERAS") AND (MM Exact Major MeSH Subject Heading "pain management") OR (TI "postoperative pain management") OR (AB "postoperative pain management"))	Pesquisar no texto dos estudos Modo de pesquisa: frase booleana	Texto integral Data da publicação: de janeiro de 2019 a dezembro 2023	184
Medline Complete® (Via PubMed®)	(("ambulatory surgical procedures" [MeSH Terms]) OR ("outpatient surgery" [Title/Abstract])) AND ("enhanced recovery after surgery" [MeSH Terms]) OR ("enhanced recovery after surgery"[Title/Abstract]) OR ("ERAS"[Title/Abstract]) AND ("postoperative pain" [Title/Abstract]) OR ("postoperative pain management" [Title/Abstract])	Modo de pesquisa: frase booleana	Texto integral livre Data da publicação: de janeiro de 2019 a dezembro 2023	443
ScienceDirect® Elvesier® (via)	Title, abstract or author-specified keywords ("enhanced recovery after surgery" OR "ERAS") AND ("ambulatory surgical procedures" OR "outpatient surgery") AND ("pain management" OR "postoperative pain management")	Modo de pesquisa: frase booleana	Texto integral livre Data da publicação: de janeiro de 2019 a dezembro 2023	85

Fonte: autor do documento.

Tabela 7: Estratégia de pesquisa no Google Académico®.

	Estratégia de Pesquisa	Expansores	Limitadores	Total de estudos
Google Académico®	Localizar artigos com todas as palavras em qualquer parte do artigo ("enhanced recovery after surgery" OR "ERAS") AND ("ambulatory surgical procedures" OR "outpatient surgery") AND ("pain management" OR "postoperative pain management")	Modo de pesquisa: frase booleana	Data da publicação: de janeiro de 2019 a dezembro 2023	558

Fonte: autor do documento.

É objetivo da RSL a mitigação do risco de viés mediante o recurso a métodos claros e definidos para conduzir uma pesquisa da literatura extensiva e realizar uma avaliação crítica dos estudos individuais (Donato & Donato, 2019). Nesse contexto, existem premissas rigorosas para garantir a diafanidade no processo de seleção dos estudos que vão ser anexados a RSL.

Ainda de acordo com os mesmos autores, uma abordagem eficiente poderá compreender selecionar os estudos em etapas distintas. Numa primeira etapa procede-se à remoção de estudos que não são relevantes para a RSL, mediante a leitura dos títulos e dos resumos e, numa segunda etapa, mediante a leitura do texto completo dos estudos possivelmente relevantes (Donato & Donato, 2019).

Visando a diminuição do risco de viés e com o intuito de preservar padrões de elevado rigor, uma RSL demanda um mínimo de dois revisores (Aromataris et al., 2024). As divergências entre os autores que procederam à extração dos dados é resolvida com um simples debate, porém, se a inconciliação se mantiver pode ser necessário recorrer à arbitragem de um terceiro investigador (Ramalho & Petrica, 2023).

O desenvolvimento do processo de pesquisa foi realizado por dois investigadores independentes, procedeu-se à avaliação metodológica dos artigos selecionados previamente à sua inclusão na síntese da revisão, recorrendo a ferramentas críticas e estandardizadas de avaliação do JBI®. Não foram verificados desacordos entre os dois investigadores, pelo que não se revelou necessário o recurso a um terceiro revisor (figura 5).

Figura 5: Fluxograma do processo de identificação dos estudos da RSL.



Fonte: autor do documento.

Ulteriormente à pesquisa da literatura, é fundamental a extinção dos estudos duplicados e avaliação dos títulos e resumos dos resultados remanescentes. O recurso a um gestor de referências deve ser empregue nesta etapa do processo de seleção dos estudos. O conjunto de referências obtidas no âmbito da pesquisa nos distintos recursos, nos quais se verificam frequentemente a duplicação das mesmas, devem ser remetidas para um programa de gestão de referências (Donato & Donato, 2019). Na presente RSL, a organização, armazenamento e gestão das referências foi concretizada com recurso ao software de gestão de referências, o *EndNote*®.

5.8. Método de seleção inicial dos estudos

O processo de análise e seleção dos estudos da RSL realizou-se de acordo as orientações da pergunta PICO, com os critérios de inclusão e exclusão (testes de relevância I e II) e registados no diagrama PRISMA (Page et al., 2021). Sucederam-se as etapas de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos estudos. Na identificação emergiram das bases de dados PubMed®, Science Direct® e EBSCOhost (CINAHL Complete® e Cochrane Central Register of Controlled Trials®) 1241 resultados. Após a remoção dos duplicados obtiveram-se 1047 artigos. No Google Académico® foram obtidos 558 registos, sendo que após a remoção de 16 duplicados obtiveram-se 542 registos. Antes de prosseguir para a triagem procedeu-se à verificação de registos duplicados entre os estudos identificados pelas bases de dados e os estudos identificados através de outros métodos. A verificação destes registos resultou numa verificação de 68 registos duplicados. A eliminação do registo duplicado de uma ou de outra fonte, resultou da verificação de qual das fontes fornecia a informação mais detalhada sobre o estudo (afiliações completas dos autores, resumos mais abrangentes e informações relativas à publicação), sem embargo a remoção dos registos duplicados foi efetuada nos registos identificados do Google Académico® permanecendo desta fonte um total de 474 registos.

Subsequentemente à identificação dos estudos da investigação e após eliminação das referências duplicadas, foi fundamental determinar quais os estudos que ofereciam resposta à questão de investigação “Qual o Contributo do Programa *Enhanced Recovery After Surgery*® no Controlo da Dor à Pessoa em Cirurgia de Ambulatório?”

Para este fim, deve iniciar-se o processo de triagem dos estudos da RSL. O processo de triagem inicia-se pela seleção de títulos e resumos, sendo habitualmente a parte mais morosa do processo de revisão, carecendo de revisão manual dos artigos por partes dos investigadores (Chai et al., 2021). Procedeu-se à criação de uma ferramenta – teste de relevância (apêndice IX) - de suporte à triagem dos estudos com questões, simples e objetivas que utilizassem a mesma construção frásica possibilitando apenas respostas do tipo sim, não ou não claro (Polanin, 2019).

Note-se que, anterior ao processo de triagem dos estudos da RSL, foi executado um pré-teste ao instrumento de triagem, o teste de relevância. O pré-teste é necessário, pelo que viabiliza a correção ou alteração do instrumento de triagem, soluciona problemas inadvertidos, validar a expressão escrita e a sequência das questões (Fortin, 2009). Os dois investigadores analisaram, por intermédio de um estudo piloto e individualmente, uma amostra aleatória de resumos das referências identificadas, tendo sido deste modo procedida a subsequente validação do instrumento por ambos investigadores.

Na fase de triagem, e após a aplicação do Teste de Relevância I aos títulos e resumos das bases de dados - PubMed®, Sciencedirect® e EBSCOhost®, entre os 1047 artigos permaneceram 8 estudos de investigação para análise ulterior (apêndice X). Por sua vez, na fase de triagem a aplicação do Teste de Relevância I aos títulos e resumos aos estudos registados através de outros métodos - Google Académico®, nos 474 artigos filtraram-se 2 estudos para posterior análise (apêndice XI). Sem delonga, na etapa posterior aplicou-se novamente a ferramenta de triagem de elaboração própria – Teste de Relevância II (apêndice XII) - aos 8 estudos filtrados das bases de dados (apêndice XIII) e aos 2 estudos provenientes da literatura cinzenta (apêndice XIV).

Não foram excluídos estudos nesta fase do processo de triagem dos estudos. Foi após a leitura integral dos estudos, sem exclusão de qualquer artigo, que se procedeu à submissão dos mesmos à classificação do nível de evidência de acordo com o documento *Levels of Evidence* do JBI® (2013). A avaliação da qualidade metodológica dos estudos foi realizada com recurso às *Critical Appraisal Checklist Tools* do JBI® (2024) sendo a seleção da ferramenta utilizada em função do estudo em avaliação. A avaliação da qualidade

metodológica de cada estudo incluído na RSL encontra-se no apêndice XV do presente documento.

Na tabela 8 apresentam-se os resultados do Nível de Evidência de acordo com o JBI® (2013) e o *Score* da Avaliação da Qualidade Metodológica dos estudos com recurso às *Critical Appraisal Tools* do JBI® (2024). De salientar que o estudo E131 é um estudo de métodos mistos (quantitativo e qualitativo), sendo necessária a avaliação do nível de evidência e qualidade metodológica da componente quantitativa e qualitativa respetivamente, garantindo uma compreensão completa e robusta do estudo em análise. Previamente à obtenção dos resultados da avaliação da qualidade metodológica foi determinado entre os investigadores que estudos com qualidade metodológica inferior a 50%, após aplicação das ferramentas de avaliação da JBI®, seriam excluídos da presente RSL. Após a avaliação da qualidade metodológica mantiveram-se para síntese dez estudos.

Tabela 8: Nível de evidência JBI® e *Score* de Avaliação da Qualidade Metodológica JBI®.

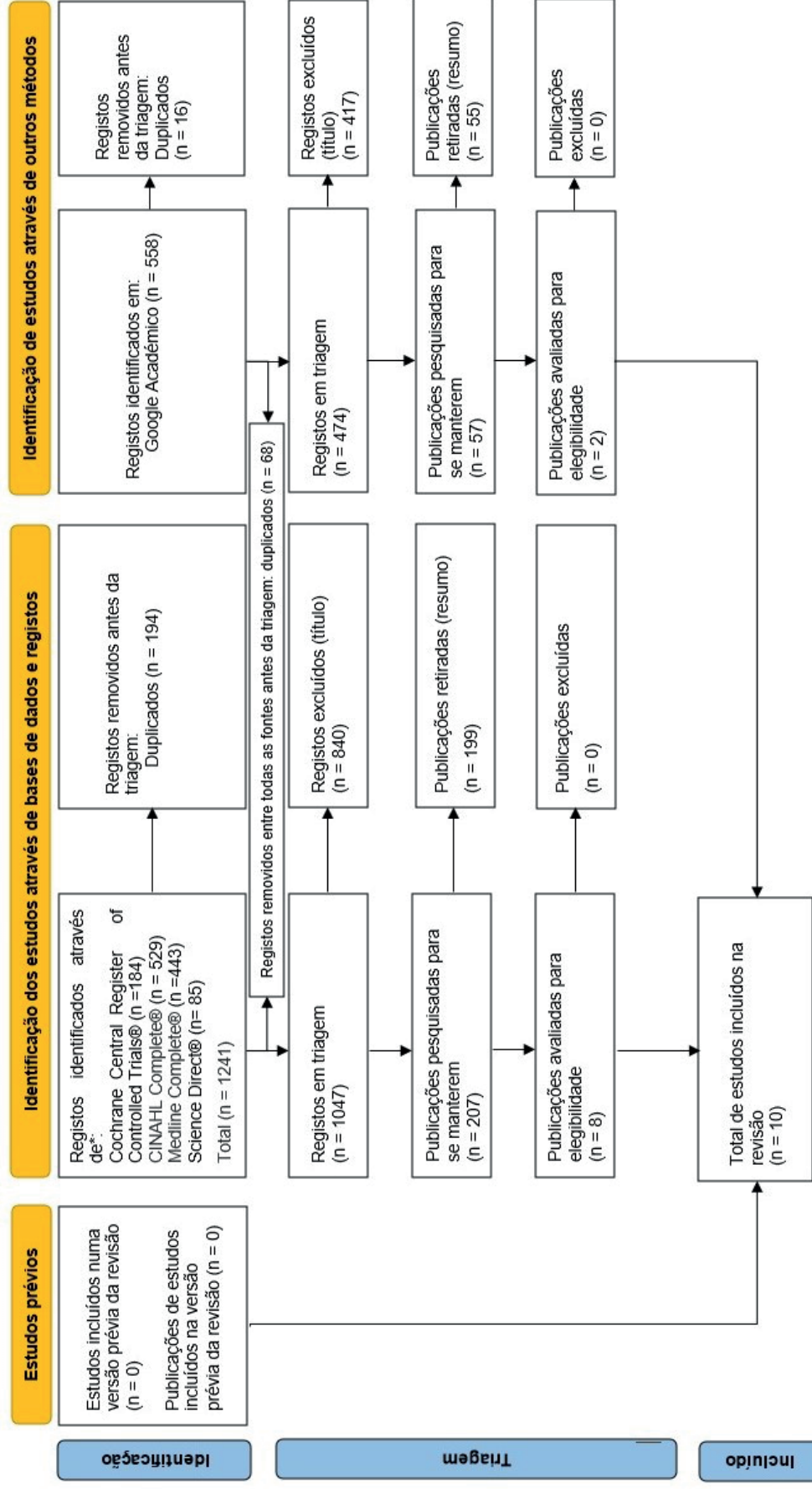
Estudo	Autor/Referência	Ano	Nível de evidência		Score de Qualidade Metodológica	
E131	Hardy et al.	2021	3c	3	11/11 100%	10/10 100%
E213	Faulkner et al.	2022	3c		11/11 = 100%	
E401	Trejo-Ávila et al.	2019	1c		34/43 = 80%	
E403	Straughan et al.	2021	3c		11/11 = 100%	
E547	Hardy et al.	2022	3c		11/11 = 100%	
E827	Van Horne & Van Horne	2020	3e		7/11 = 64%	
E937	Jogerst et al.	2020	3c		11/11 = 100%	
E964	Broderick et al.	2022	3c		11/11 = 100%	
E1341	Hootsmans et al.	2023	3e		9/11 = 82%	
E1479	Bakeer et al.	2020	4c		10/10 = 100%	

Fonte: autor do documento adaptado de JBI® 2013; 2024.

Transversalmente a qualquer investigação, a condução da RSL deve ser documentada com transparência em todas as fases do seu processo, assegurando a sua reprodução e descrição clara aquando da publicação final do estudo (Donato & Donato, 2019). O fluxograma PRISMA apresentado na figura 6, descreve o fluxo de informação da

presente RSL através das diferentes fases da sua condução, mapeando o número de registos identificados, incluídos e excluídos (PRISMA, 2024).

Figura 6: Fluxograma PRISMA 2020.



Fonte: Page et al., 2021.

Mariana Rocha

5.9. Considerações éticas

Implicado na investigação científica, qualquer investigador deve, em benefício do avanço do conhecimento científico, adotar uma conduta ética na concretização do seu trabalho. A liberdade de que goza, na escolha das práticas e princípios, comporta a necessidade de conscientização da sua responsabilidade e da adoção de boas práticas que favoreçam todos os participantes que nela se envolvem (Paz, 2022).

A homogeneização dos processos investigativos (pesquisa, seleção, análise e síntese) é mediada por orientações/*guidelines* de modo a assegurar a qualidade, imparcialidade e inteligibilidade dos resultados dos estudos incluídos na RSL (Nobile et al., 2023).

No anterior pressuposto, o compromisso ético aquando a condução da presente RSL encontra-se assegurado pela documentação de todas as suas etapas, designadamente mediante o recurso a ferramentas como o diagrama PRISMA, tabelas de extração de dados, definição clara dos critérios de inclusão e de exclusão, das fontes e dos métodos e estratégias de pesquisa, bem como o compromisso com o uso ético e responsável dos dados extraídos dos estudos incluídos na revisão, no respeito pelo direitos de proteção à propriedade intelectual dos seus autores.

Logo, na garantia da idoneidade, fidedignidade e responsabilidade da pesquisa, as considerações éticas acima descritas, desempenham um papel basilar não apenas na condução da presente RSL como em qualquer revisão.

Aos investigadores compete, em todas as etapas da condução da RSL, perfilhar uma conduta ética assegurando que a pesquisa seja orientada por princípios éticos e deferentes, que vão desde o consentimento ético, até ao tratamento diligente de dados sensíveis, incluindo a importância da equidade representativa (Lopes et al., 2024).

Declara-se, adicionalmente, sob compromisso de honra, à data, a inexistência de conflitos de interesse no âmbito do desenvolvimento do presente estudo de investigação.

6. Resultados

Após a aplicação das ferramentas de triagem no desenvolvimento da RSL e o apuramento das referências registadas a serem incluídas na revisão, são inúmeros os métodos que permitem uma extração dos dados dos estudos eficazmente.

Os critérios de extração de dados, assim como as respetivas tabelas de extração, variam entre as diferentes revisões e devem ser adaptados à pergunta da RSL, sendo a extração dos dados realizada por dois revisores independentes (Donato & Donato, 2019).

Na tabela de extração de dados dos estudos incluídos na presente RSL encontram-se apenas os *data outcomes*/resultados do estudo que fossem significativos para o desenvolvimento da presente RSL. Entendem-se por tais *outcomes*/resultados aqueles que se encontram no âmbito do controlo da dor à pessoa em situação perioperatória em CA. A validade e congruência das conclusões só é conseguida após o resumo da extração dos dados. A síntese da RSL requer coletar, mesclar e resumir os resultados dos estudos que cumprem todos os critérios de elegibilidade da RSL (Donato & Donato, 2019). A apresentação dos resultados do presente estudo de investigação é realizada numa síntese dos resultados obtidos pela narrativa, o que significa que os resultados serão apresentados textualmente.

Segue-se a apresentação das tabelas de extração de dados dos estudos incluídos na presente RSL.

Tabela 9: Extração de dados dos estudos incluídos na presente RSL.

Código do Estudo	Autor(es)	Título	País e Ano
E131	Hardy et al.	Comparing ERAS-outpatient versus standard-inpatient hip and knee replacements: a mixed methods study exploring the experience of patients who underwent both	Canadá 2021
Nível de evidência (2013)	JB1	Avaliação da qualidade metodológica JBI	Instituição de origem do estudo
Estudo de Métodos Mistos.	Avaliação da qualidade com recurso à	Hôpital Masionneuve-Rosemont afiliado à	Universidade de
Componente quantitativa:	checklist for cohort studies para dados	Montreal	BMC
Estudo observacional	quantitativos (Moola et al.,2020)		Musculoskeletal Disorders
análítico retrospectivo de coorte (3c)	11/11=100% e Avaliação da qualidade com recurso a checklist for qualitative		
Componente qualitativa:	research para dados qualitativos		
estudo qualitativo único (3)	(Lockwood et al., 2015) 10/10=100%		
Objetivo do estudo			
Comparar a experiência da pessoa em situação perioperatória que passou por ambos os programas de cuidados de artoplastia total da anca e do joelho – o programa de cuidados ERAS® em cirurgia de ambulatório e o programa de cuidados perioperatórios convencionais com internamento.			
Caracterização da amostra			
A amostra é constituída por 48 indivíduos, dos quais 27 homens e 21 mulheres. A idade média dos indivíduos no programa de cuidados ERAS® em cirurgia de ambulatório e dos indivíduos no programa de cuidados perioperatórios convencionais com internamento é de 60 anos e 52,9 anos, respetivamente, e o Índice de Massa Corporal (IMC) é de 28,1 kg/m ² e 28,3 kg/m ² . No que respeita à Classificação ASA do estado físico, foi atribuída a classificação ASA 1 a 17 indivíduos no programa de cuidados ERAS em cirurgia de ambulatório e a 25 indivíduos no programa de cuidados perioperatórios convencionais com internamento, ASA			

2 a 30 indivíduos no programa de cuidados ERAS® em cirurgia de ambulatório e a 23 indivíduos no programa de cuidados perioperatórios convencionais com internamento e ASA 3 a apenas 1 indivíduo, incluído no programa de cuidados ERAS em cirurgia de ambulatório. Dos 48 participantes, 36 foram submetidos a artroplastia da anca e 12 a artroplastia do joelho.

Intervenção

Implementação do Programa ERAS® a indivíduos submetidos a artroplastia total da anca e do joelho em cirurgia de ambulatório. Componentes da intervenção do programa ERAS®: sessões prévias de esclarecimento com elementos da equipa multidisciplinar semanas antes da cirurgia e uma sessão de esclarecimento adicional em grupo, permissão de ingestão de líquidos até 2 horas antes da cirurgia, padronização dos cuidados perioperatórios (todos os participantes receberam as mesmas intervenções), a primeira sessão de fisioterapia foi realizada nas primeiras 4 a 6 horas após a cirurgia. Indicação de alta no mesmo dia da cirurgia para artroplastia total da anca e em menos de 24 horas para a artroplastia do joelho. Independentemente do programa, todos os doentes regressam a casa após a alta, seguem o mesmo programa de reabilitação, e recebem cuidados domiciliários semelhantes. As cirurgias no âmbito do Programa ERAS® foram realizadas entre 2017 e 2020. A descrição detalhada do protocolo ERAS® em cirurgia de ambulatório já foi descrita anteriormente por Vendittoli et al. (2019) e Hardy et al. (2021).

Comparação

Programa de cuidados perioperatórios padrão com internamento para indivíduos submetidos a artroplastia total do joelho e da anca. Componentes da intervenção no programa convencional: sessões prévias de esclarecimento semanas antes com os elementos da equipa multidisciplinar, jejum a partir da meia noite no dia da cirurgia, cuidados perioperatórios variáveis e baseados nas características da pessoa em situação perioperatória e/ou nas preferências do cirurgião, a primeira sessão de fisioterapia era realizada no primeiro dia pós-operatório. Indicação de internamento com uma média de 1 a 3 dias para indivíduos submetidos a artroplastia total da anca e de 3 a 5 dias para indivíduos submetidos a artroplastia total do joelho. Recurso a utilização de abordagens convencionais no controlo da dor, nomeadamente no uso de opioides. Independentemente do programa, todos os doentes regressam a casa após a alta, seguem o mesmo programa de reabilitação, e recebem cuidados domiciliários semelhantes. As cirurgias no âmbito do programa convencional foram realizadas entre 2000 e 2018. A descrição detalhada do protocolo ERAS® em cirurgia de ambulatório já foi descrita anteriormente por Vendittoli et al. (2019) e Hardy et

al. (2021).

Resultados

Análise quantitativa

A avaliação média da relação entre a experiência cirúrgica geral e a satisfação com o controlo da dor, medida pela escala visual analógica de 0-100, foi superior nos indivíduos no programa de cuidados ERAS® em cirurgia de ambulatório (93 pontos), relativamente à pessoa em situação perioperatória no programa de cuidados perioperatórios convencionais com internamento (87 pontos). Verificou-se uma correlação moderada e significativa ($r=0,582$) entre a satisfação da pessoa em situação perioperatória com o controlo da dor e a experiência cirúrgica no grupo ERAS®, indicando que uma melhor satisfação com o controlo da dor está associada a uma experiência cirúrgica mais positiva.

A correlação entre a satisfação com o controlo da dor e a experiência cirúrgica no grupo de cuidados perioperatórios convencionais com internamento mostrou uma correlação significativa, mas mais fraca ($r=0,357$), evidenciando que embora exista uma associação entre a satisfação da pessoa em situação perioperatória com o controlo da dor e a experiência cirúrgica, tal relação é menos forte comparativamente ao grupo ERAS®.

Não se verificou correlação significativa entre a experiência cirúrgica global e as características dos indivíduos/resultados clínicos, designadamente na avaliação do nível da dor no recobro, na enfermaria e na administração dos equivalentes de miligramas de morfina nas primeiras 8 horas após cirurgia.

Análise qualitativa

No grupo ERAS® em cirurgia de ambulatório os participantes relataram que a dor foi melhor controlada, com menor recurso a medicação não opioide, reduzindo a ocorrência de efeitos colaterais, como obstipação e náusea. “With the outpatient program, my pain was better controlled with less medication, which helped me avoid unpleasant side effects like nausea and constipation.” (participante 34). No grupo de cuidados perioperatórios convencionais com internamento os participantes referiram que a dor não era aliviada tão rapidamente relacionado com o facto de terem de esperar pela administração da medicação pelo profissional de saúde, o que prolongava o desconforto. “In the hospital, I had to wait for the nursing staff to give me the medication, which made my pain last longer.” (participante 10). Tipo de anestesia utilizada: o grupo ERAS® em cirurgia de ambulatório preferiu a combinação da anestesia epidural e sedação, evitando o bloqueio motor prolongado e a retenção urinária comum à raqui-anestesia. “With epidural anesthesia and sedation, I woke up and recovered much faster, without the prolonged motor blockade problems I had with the first surgery.” (participante 10). No grupo de cuidados

periooperatórios convencionais com internamento a raquianestesia resultou num bloqueio motor prolongado e retenção urinária, causando desconforto para a pessoa em situação periooperatória. O grupo ERAS® a possibilidade de tomar analgesia em casa quando necessário, sem ter que aguardar pela equipa de enfermagem, foi apreciada pelos participantes, proporcionando deste modo um alívio mais imediato da dor. "Being able to take my painkillers at home when needed, without having to wait for the hospital staff, made a big difference in controlling my pain." (participante 25).

Código do Estudo	Autor(es)	Título	País e Ano
E213	Faulkner et al.	Does An ERAS Protocol Reduce Postoperative Opiate Prescribing in Plastic Surgery?	EUA 2022
Nível de evidência JBI (2013)	Avaliação da qualidade metodológica	Instituição de origem do estudo	Periódico
Estudo observacional analítico retrospectivo de coorte (3c)	Avaliação da qualidade com recurso à checklist for cohort studies (Moola et al., 2020) 11/11=100%	Emory University School of Medicine	Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery Open

Objetivo do estudo

Determinar se a implementação do programa ERAS® em cirurgia plástica e reconstrutiva ambulatória reduz a prescrição de opioides no pós-operatório.

Caracterização da amostra

A amostra é constituída por um total de 40 indivíduos, sendo que 19 elementos pertencem ao grupo pré ERAS® (de 1 de julho a 30 de setembro de 2018) e 21 elementos pertencem ao grupo pós ERAS® (O grupo pós ERAS® compreendeu dois períodos: um de 1 de julho a 30 setembro de 2019 e outro adicional de três meses para avaliar a sustentabilidade dos resultados de dezembro de 2019 a 29 de fevereiro de 2020).

Intervenção

Implementação do programa ERAS® em cirurgia plástica e reconstrutiva em contexto ambulatório. Componentes do programa: maximização do uso de analgesia não narcótica nos períodos pré-operatório e pós-operatório imediato. Para tratar preventivamente a dor perioperatória, a pessoa submetida a intervenção recebeu uma dose única pré-operatória de paracetamol oral e gabapentina (adaptada à idade) e paracetamol oral pós-operatório fragmentado (administração programada por 24 horas seguida de dosagem conforme necessário), gabapentina em dose baixa duas vezes ao dia por 7-14 dias, ibuprofeno, conforme necessário, e oxycodona, se necessário. Os elementos que não foram submetidas a mastectomia com reconstrução imediata foram submetidas a bloqueios paravertebrais pré-operatórios, que já era o padrão de atendimento na prática antes da implementação deste protocolo ERAS; Educação da equipa multidisciplinar. Como parte do novo protocolo, os doentes

foram informados sobre o seu plano de gestão da dor perioperatória, e foi estabelecida a expectativa de que seriam prescritos menos opioides. O grupo pós ERAS[®] compreendeu dois períodos: um de 1 de julho a 30 setembro de 2019 e outro adicional de três meses para avaliar a sustentabilidade dos resultados de dezembro de 2019 a 29 de fevereiro de 2020).

Comparação

Práticas anteriores da mesma instituição antes da implementação do programa ERAS[®], com recurso aos dados dos indivíduos submetidos às práticas de cuidados perioperatórios convencionais (ausência de um protocolo estruturado para o uso de analgésicos pré-operatórios, educação pré-operatória no âmbito do controlo da dor e gestão de expectativas do uso de opioides não estruturada, recurso a bloqueios paravertebrais, prescrição de opioides em quantidade e em duração da prescrição sem restrições. O grupo pré-ERAS[®] abrangeu o período de 1 de julho a 30 de setembro de 2018.

Resultados

A comparação do intervalo pré-ERAS com o primeiro período pós-ERAS revelou uma redução de 34% na média de diária do consumo médio de opioides, medido em dose equivalente de morfina (DEM) por participante, uma redução de 59,2% na duração média da prescrição de opioides por indivíduo, uma redução de 57,2% na quantidade média de opioides prescritos por elemento e uma redução de 15,4% no número de prescrições de substâncias controladas por opioides por pessoa em situação perioperatória. A comparação do intervalo pré-ERAS com o segundo intervalo pós-ERAS mostrou uma redução de 29,3% na média de DEM diária por elemento, uma redução de 64,5% na duração média da prescrição de opioides ($p=0,0005$), uma redução de 58,1% na quantidade de opioides prescritos, e uma redução de 7,7% no número de prescrições por indivíduo ($p < 0,001$). Demonstrando que a implementação de um protocolo ERAS[®] está associado a uma redução estatisticamente significativa nas prescrições de opioides em ambulatório. Ao reduzir o consumo de opioides no período pós-operatório imediato, a taxa de dependência e abuso de opioides no futuro pode, teoricamente, ser reduzida.

Código do Estudo	Autor(es)	Título	País e Ano
E401	Trejo-Ávila et al.	Enhanced recovery after surgery protocol allows ambulatory laparoscopic appendectomy in uncomplicated acute appendicitis: a prospective, randomized trial	México 2019
Nível de evidência JBI (2013) Avaliação da qualidade metodológica JBI			
Estudo experimental randomizado controlado (1c)	desenho Avaliação da qualidade com recurso à checklist for randomized controlled trials (Barker et al., 2023) 34/43=80%	Department of General and Endoscopic Surgery at Hospital General Dr Manuel Gea González	Periódico Surgical Endoscopy Journal
Objetivos do estudo			
Investigar se a implementação do programa ERAS® em indivíduos com apendicite aguda não complicada reduz o tempo de permanência pós-operatória o suficiente para permitir a apendicectomia laparoscópica em ambulatório.			
Caracterização da amostra			
Amostra constituída por um total de 50 indivíduos no grupo de apendicectomia laparoscópica com implementação do programa ERAS® em cirurgia de ambulatório, sendo 21 mulheres e 29 homens, e um total de 58 participantes no grupo de apendicectomia laparoscópica com cuidados perioperatórios convencionais com internamento, sendo 26 mulheres e 32 homens. A idade média é de 32,6 anos no grupo de apendicectomia laparoscópica com implementação do programa ERAS® em cirurgia de ambulatório e de 33,6 anos no grupo de apendicectomia laparoscópica com cuidados perioperatórios convencionais com internamento. De acordo com a Classificação ASA, no grupo de apendicectomia laparoscópica com implementação do programa ERAS® em cirurgia de ambulatório registaram-se 34 participantes com ASA I e 16 indivíduos com ASA II, enquanto no grupo de apendicectomia laparoscópica com cuidados perioperatórios convencionais com internamento 47 indivíduos obtiveram classificação de ASA I e 11 elementos com ASA II.			

Intervenção

Implementação do programa ERAS® à pessoa submetida a apendicectomia laparoscópica não complicada em cirurgia de ambulatório. Intervenções do programa ERAS®: Cuidados pré-operatórios (administração de solução cristalóide isotônica, antibióticos: ceftriaxone e metronidazol, profilaxia náuseas e vômitos, analgesia sem opioides, incentivo à micção antes da cirurgia para evitar o uso de sonda vesical e uma avaliação completa pré-operatória pela equipa de anestesiologia; cuidados intraoperatórios (anestesia geral balanceada com controlo rigoroso da fluidoterapia, prevenção da hipotermia, infiltração dos locais de incisão com bupivacaína a 0,5%, profilaxia antiemética com dexametasona e ondasetron, implementação de analgesia e alterações hemodinâmicas para redução da resposta metabólica ao stress, não foram inseridos tubos nasogástricos ou drenos) ; cuidados pós operatórios (monitorização no recobro com registo dos sinais vitais e dor de hora a hora (Escala Visual Analógica, analgesia multimodal poupadora de opioides, uso de antieméticos se necessário, deambulação precoce e início precoce da alimentação líquida, critérios de alta – alimentação oral com líquidos claros quando os indivíduos estivessem totalmente acordados). Critérios alta: capacidade de alimentação oral, consciência plena recuperada, capacidade de deambular sozinho, dor adequadamente controlada com analgésicos orais (VAS<2), estabilidade hemodinâmica, capacidade de micção e ausência de náuseas e vômitos. A decisão de alta foi tomada por um cirurgião assistente; os participantes receberam alta para casa da sala de recuperação. A admissão no hospital foi baseada no não cumprimento dos critérios estabelecidos pelo cirurgião ou pela falha dos participantes em cumprir algum dos parâmetros descritos anteriormente. Os doentes receberam as seguintes instruções para o domicílio: avançar com a sua dieta em casa, evitar levantar pesos pesados, e cuidados diários com a ferida. Os doentes foram aconselhados a regressar ao hospital ao hospital se apresentassem algum dos seguintes sintomas dor abdominal, distensão, deiscência da ferida, vômitos ou febre.

Comparação

Cuidados perioperatórios padrão com internamento para a pessoa submetida a apendicectomia laparoscópica não complicada. Cuidados pré-operatórios Os participantes incluídos neste grupo receberam cuidados padrão com fluidos IV (protocolo liberal), antibióticos (ceftriaxona 1000 mg IV e metronidazol 500 mg IV), analgésicos opioides, se necessário (tramadol 50 mg IV), e um cateter vesical. Os antieméticos foram administrados no pré-operatório apenas se a pessoa em situação perioperatória apresente-se náuseas ou vômitos. Cuidados intra-operatórios: não foi efetuada qualquer infiltração nos locais dos portos. Cuidados pós-operatórios: após a cirurgia, os participantes foram admitidos na sala de recobro sendo os sinais vitais e a dor foram registados de hora a hora. A dor foi controlada com analgesia opioide. Os doentes começaram a alimentação oral quando a função intestinal foi completamente restaurada, definida pela presença

de peristaltismo normal, passagem de flatos ou dejeções. Os participantes foram admitidos no hospital se fosse previsível uma permanência superior a 12 horas na sala de recobro. Critérios de alta hospitalar: os doentes tiveram alta para o domicílio assim tolerassem dieta, deambulassem autonomamente e que a dor fosse adequadamente controlada com analgésicos orais (VAS<2).

Resultados

Em termos de controlo da dor pós-operatória, 36 participantes no grupo de apendicectomia laparoscópica com implementação do programa ERAS® em cirurgia de ambulatório – que realizou analgesia multimodal sem opioides (cetorolac 30 mg endovenoso e paracetamol 1000 mg endovenoso) - relatou dor leve, enquanto no grupo de apendicectomia laparoscópica com cuidados perioperatórios convencionais com internamento – que realizou analgesia com opioides se necessário (tramadol 50 mg endovenoso) - 22 participantes comunicaram o mesmo tipo de dor. Porém, no grupo de apendicectomia laparoscópica com implementação do programa ERAS, houve um número significativamente menor de relatos de dor moderada a grave (n=14) relativamente aos participantes do grupo de controlo (n =36).

Código do Estudo	Autor(es)	Título	País e Ano
E403	Straughan et al.	Enhanced Recovery After Surgery Protocol With Ultrasound-Guided Regional Blocks in Outpatient Plastic Surgery Patients Leads to Decreased Opioid Prescriptions and Consumption	EUA 2021
Nível de evidência JBI (2013) Avaliação da qualidade metodológica JBI Instituição de origem do estudo Períódico			
Estudo analítico coorte (3c)	observacional retrospectivo de 2020) 11/11=100%	Avaliação da qualidade com recurso à checklist for cohort studies (Moola et al., Massachusetts General Hospital	Division of Plastic and Reconstructive Surgery, Aesthetic Surgery Journal

Objetivos do estudo

Avaliar a eficácia do programa ERAS® na pessoa em situação perioperatória de cirurgia plástica em ambulatório com recurso a bloqueios regionais guiados por ultrassom pelos cirurgiões.

Caracterização da amostra

A amostra é constituída por um total de 359 participantes, sendo que destes 157 estão no grupo Pré-ERAS® (148 mulheres e 9 homens) e 202 encontram-se no Grupo ERAS® (191 mulheres e 11 homens). A idade média dos participantes no grupo Pré-ERAS e no grupo ERAS é de 45 anos e de 43 anos, respetivamente. A percentagem de antecedentes de dependência tabágica é de 27,4% no grupo pré ERAS e de 25,2% no grupo ERAS. No que respeita a antecedentes psiquiátricos a incidência é de 1,2% no grupo pré ERAS e de 5,4% no grupo ERAS. Relativamente aos antecedentes de dor crónica verificou-se um registo de 4,5% no grupo pré ERAS e de 3,5% no grupo ERAS. O grupo pré-ERAS verificou um registo de 0% nos antecedentes de dependência de substâncias opioides sendo que esse registo no grupo ERAS situou-se no 1%. A amostra foi dividida em dois níveis (1 e 2) com base no seu nível previsto de dor pós-operatória, sendo os procedimentos do nível 1 mais dolorosos do que os do nível 2. Os procedimentos de nível 1 envolviam trabalho muscular, como a colocação de prótese subpeitoral primária ou

abdominoplastia com plicatura muscular. Os procedimentos de nível 2 incluem troca de implantes mamários, redução mamária, mastopexia, lipoaspiração e todos os procedimentos estéticos faciais. Os participantes que foram submetidos a dois procedimentos simultaneamente foram categorizados com base no procedimento mais doloroso.

Intervenção

Implementação do programa ERAS® em cirurgia plástica e reconstrutiva em contexto ambulatório. Intervenções do protocolo no período pré-operatório: educação da pessoa em situação perioperatória sobre o protocolo e seus componentes foi fornecida durante a visita clínica pré-operatória; na manhã da cirurgia cada participante consumiu 8 onças (aproximadamente 237 ml) de uma bebida clara contendo hidratos de carbono até 2 horas antes do início programado da cirurgia. Ao ser chamado para a sala de operações, cada doente recebeu 3 medicamentos por via oral: paracetamol em cápsulas de 1000 mg, celecoxib 400 mg e gabapentina 300 mg. No período intraoperatório foram integradas as seguintes intervenções: uma vez na sala de operações, após a indução da anestesia, foram realizados bloqueios regionais guiados por ultrassom à pessoa em situação perioperatória. Os participantes submetidos a operações abdominais foram submetidos a bloqueios do plano transverso do abdómen (TAP) de 4 quadrantes após a elevação do retalho cutâneo da parede abdominal. As participantes submetidas a operações primárias submusculares à mama foram submetidas a uma combinação de bloqueios do plano peitoral 1 e do plano serrátil anterior. Os bloqueios foram realizados com bupivacaína lipossomal (266mg/20 ml) diluída com bupivacaína a 0,25% (125mg/50ml) e solução salina injetável estéril (30 ml) para um volume final de 100 ml. Os doentes do nível 2 receberam infiltração local do local da cirurgia com bupivacaína ou lidocaína porque se considerou que nem o custo da bupivacaína lipossómica nem o tempo para realizar os bloqueios regionais guiados por ultrassons se justificavam dada a menor dor prevista. O cetorolac 30 mg intramuscular ou endovenoso (15 mg intramuscular ou endovenoso em indivíduos com mais de 65 anos de idade ou com peso corporal inferior a 50 kg) foi administrado aproximadamente 30 minutos antes do fim do procedimento quando este excedia 3 horas de duração, tanto para a pessoa em situação perioperatória de nível 1 como para os de nível 2, não sendo administrado a doentes submetidos a *lifting* facial, blefaroplastia ou rinoplastia. Os participantes do protocolo ERAS receberam um questionário para avaliar a dor pós-operatória (0-10) e a quantidade de medicamentos opioides consumidos no período pós-operatório.

Comparação

Os doentes ERAS foram comparados com controlos históricos. Os registos são de doentes submetidos a procedimentos semelhantes de nível 1 e 2 realizados pelo cirurgião sénior (J.T.L. Sr) antes da implementação do protocolo ERAS (pré-ERAS) de janeiro de 2016 a julho de 2019. Esta coorte foi selecionada elegendo todos os participantes imediatamente antes do momento da implementação do protocolo ERAS®, incluindo todos os participantes, até que as duas coortes fossem comparáveis em tamanho, sem exclusões. Não houve aconselhamento pré-operatório sobre o controlo da dor pós-operatória. O protocolo pré ERAS era composto pelos seguintes elementos: durante a cirurgia, os doentes do nível 1 receberam bloqueios regionais (bloqueios do nervo intercostal) intercostais e da bainha do reto de bupivacaína lipossomal administrada sem o auxílio de orientação por ultrassom. A pessoa em situação perioperatória de nível 2 recebeu uma infiltração local cirúrgica com bupivacaína ou lidocaína. O cetorolac foi administrado aproximadamente 30 minutos antes do final de qualquer procedimento que excedeu 3 horas para ambos os níveis 1 e indivíduos de nível 2. Os participantes submetidos a *lifting* facial, blefaroplastia, ou rinoplastia não receberam cetorolac. No pós-operatório, os participantes recebem rotineiramente prescrições para 30 comprimidos de hidrocodona/paracetamol 7,5/325 mg, 30 comprimidos de ciclobenzaprina 10 mg e 10 comprimidos de prometazina 50 mg. No período pós-operatório eram aplicadas as seguintes intervenções no âmbito do programa ERAS®: paracetamol oral programado (1000 mg em cápsulas de gel a cada 6 horas) e celecoxib (200 mg a cada 12 horas) foram tomados durante os primeiros 1,5 dias de pós-operatório e depois diminuiu para paracetamol 650 mg comprimidos de libertação prolongada de 6 em 6 horas e celecoxib 200 mg de 12 em 12 horas, ambos numa base de acordo com a necessidade. Em vez de celecoxib, ibuprofeno 800 mg a cada 6 horas durante os primeiros 1,5 dias de pós-operatório e depois diminuiu para 400 mg a cada 6 horas, conforme necessário, foi utilizado em doentes com alergia à sulfá. Participantes submetidos a *lifting* facial, blefaroplastia ou rinoplastia não receberam celecoxib ou ibuprofeno no pós-operatório. Prescrições padrão para 10 comprimidos de oxicodona 5 mg foram dados a cada pessoa em situação perioperatória para tratar a dor que não foi adequadamente controlada com os outros medicamentos. Não foi prescrita medicação profilática para o tratamento da náusea ou de vômitos pós-operatórios.

Resultados

Ao comparar as duas coortes, nos elementos do grupo pré-ERAS foi prescrito um consumo médio de opioides, medido em dose equivalente de morfina de 332,3 mg/ indivíduo, enquanto no grupo ERAS® foi prescrito uma média de 100,3 DEM/indivíduo. Os elementos do grupo pré-ERAS® tiveram uma média de 0,24 mg de prescrição adicional de opioides por indivíduo, enquanto as pessoas em situação perioperatória do grupo ERAS® tiveram uma média de 0,12 mg de prescrição adicional de opioides/participante. Ao analisar apenas os participantes do nível 1, a média de DEM prescritas por participante no grupo pré-ERAS® foi de 440,96 em comparação com 127,09 para os do grupo ERAS. Da mesma forma, ao avaliar apenas os elementos do nível 2, a média de DEM prescrita por pessoa em situação perioperatória no grupo pré-ERAS® foi de 272 mg em comparação com 87 mg para os no grupo ERAS. Finalmente, os participantes do nível 1 tinham significativamente mais opioides prescritos em comparação com os elementos do nível 2 (369,45 vs 157,95 DEM/indivíduo). Em relação aos participantes no protocolo ERAS®, 91 (45,0%) completaram o questionário distribuído para avaliação da dor pós-operatória. Trinta e dois participantes (35,2%) que completaram o questionário eram elementos de nível 1. A avaliação média de dor para todos os elementos do grupo ERAS numa escala padrão de 0 a 10 variou de um pico de 5.32 na manhã do primeiro dia pós-operatório e diminuiu para 3,63 na noite do terceiro dia pós-operatório. Os valores médios da dor foram diminuíram significativamente do primeiro dia pós-operatório em comparação com o segundo dia pós-operatório (5,26 vs 4,55) e, de forma semelhante, continuaram a diminuir significativamente ao comparar o segundo dia pós-operatório e o terceiro dia pós-operatório (4,55 vs 3,69). Dos participantes do grupo ERAS®, os elementos de nível 1 tenderam a ter significativamente mais dor na maioria dos intervalos de tempo pós-operatório do que aqueles de nível 2. Por exemplo, na manhã do primeiro dia pós-operatório, participantes do nível 1 tinham uma pontuação média de dor de 6,44 em comparação com 4,69 para participantes do nível 2. Esta tendência manteve-se na manhã do segundo dia pós-operatório (5,36 vs 4,01) e até à noite do terceiro dia pós-operatório (4,6 vs 3,06).

Quando se analisa o consumo efetivo de opioides, no protocolo ERAS® consumo médio por indivíduo foi 22,7 DEM durante os primeiros 4 dias (entre o dia da cirurgia e o terceiro dia pós-operatório) após a sua cirurgia. O pico de consumo foi no primeiro dia pós-operatório com 8,49 DEM, diminuindo para uma média de 3,54 DEM no terceiro dia do pós-operatório. Registou-se uma diminuição significativa do consumo de opioides do primeiro dia pós-operatório para o segundo dia pós-operatório (8,49 vs 5,93 DEM) e novamente do segundo dia pós-operatório para o terceiro dia pós-operatório (5,93 vs 3,54 DEM). Os

indivíduos de nível 1 da coorte ERAS® consumiram estatisticamente mais opioides do que os indivíduos de nível 2 (30,8 vs 18,3 DEM). Esta tendência estava presente no primeiro dia do pós-operatório (11,25 vs 6,99 DEM), no segundo dia pós-operatório (7,73 vs 4,96 DEM), e terceiro dia pós-operatório (5,86 vs 2,29).

Código do Estudo	Autor(es)	Título	País e Ano
E547	Hardy et al.	Improved clinical outcomes of outpatient enhanced recovery hip and knee replacements in comparison to standard inpatient procedures: A study of patients who experienced both	Canada 2022

Nível de evidência JBI (2013)	Avaliação da qualidade metodológica	Instituição de origem do estudo	Periódico
JBI			
Estudo observacional analítico ambidirecional de coorte (3c)	Avaliação da qualidade com recurso à checklist for cohort studies (Moola et al.,2020) 11/11=100%	Hospital Masionneuve-Rosemont afiliado à Universidade de Montreal	Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research Journal

Objetivos do estudo

O objetivo principal do estudo é avaliar e comparar os eventos adversos entre o programa ERAS® em cirurgia de ambulatório e os cuidados perioperatórios padrão com internamento em artroplastias totais da anca e do joelho em pessoas submetidas a ambos os contextos.

Os objetivos secundários incluem a avaliação da dor da pessoa em situação perioperatória, o consumo de opioides no pós-operatório imediato, a recuperação funcional medida pelo tempo necessário para iniciar marcha, pelo desempenho de atividades de vida diária e pelo regresso à atividade profissional, a satisfação da pessoa em situação perioperatória e os resultados reportados pelo doente.

Intervenção

Implementação do programa ERAS® fundamentado num protocolo previamente definido e publicado por Vendittoli et al. (2019) caracterizado por um conjunto de orientações pré, intra e pós-operatórias em cirurgia de ambulatório nas artroplastias totais da anca e do joelho.

Comparação

Cuidados perioperatórios padrão com internamento para a pessoa em situação perioperatória submetida a artroplastia total da anca e do joelho.

Caracterização da amostra

A amostra é constituída por 48 indivíduos. A distribuição por gênero é de 27 homens e de 21 mulheres. No grupo do programa ERAS® em cirurgia de ambulatório a média de idades é de 60 anos, sendo que no grupo dos cuidados perioperatórios padrão com internamento é de 52,9 anos. A média do Índice de Massa Corporal (IMC) é de 28,1 kg/m² no grupo do programa ERAS® em cirurgia de ambulatório e de 28,3 kg/m² no grupo dos cuidados perioperatórios padrão com regime de internamento. Quanto à classificação do estado físico atribuída pela ASA (Sociedade Americana de Anestesiologistas) é de 17 elementos como ASA 1, 30 elementos como ASA 2 e 1 elemento como ASA 3 no grupo do programa ERAS® em cirurgia de ambulatório, enquanto no grupo de cuidados perioperatórios padrão com regime de internamento é de 25 elementos como ASA 1, 23 elementos como ASA 2 e não há registo de elementos com ASA 3.

Resultados

No âmbito da Classificação de Complicações Cirúrgicas de Clavien-Dindo, o número de pacientes com complicações relacionadas com a dor foi de 10 elementos no grupo programa ERAS® em cirurgia de ambulatório e de 17 elementos no grupo do programa de cuidados perioperatórios padrão com internamento. Não foi observada diferença significativa entre os pacientes do grupo do programa ERAS em cirurgia de ambulatório e o grupo do programa de cuidados perioperatórios padrão com regime de internamento em relação à avaliação da dor pós-operatória efetuada pela Escala Numérica da Dor (0-10) no recobro (1,8 [0,0-10,0, 2,3] vs. 1,3 [0,0-8,0, 1,4], p = 0,903) e na enfermaria no dia da cirurgia (1,7 [0,0-8,0, 2,1] vs. 1,7 [0,0-8,0, 2,0], p = 0,805). No entanto, o consumo médio de opiáceos em miligramas equivalentes de morfina nas primeiras 8 horas após a cirurgia foi significativamente menor no grupo do programa ERAS® em cirurgia de ambulatório (9,3 [0,0-49,0, 11,8]) vs. o grupo com cuidados perioperatórios padrão com regime de internamento com 26,5 [0,0-179,0, 32,4]. O uso sistemático de analgesia preventiva, dexametasona, infiltração com anestésico local, anestesia epidural-sedação, e outras intervenções multimodais (evitar garrrote, crioterapia, etc.) podem explicar essa observação. A redução da ingestão de opiáceos no grupo ERAS® levou a uma incidência significativamente menor de complicações relacionadas, como náuseas, vômitos, cefaleias, retenção urinária e tonturas.

Nos resultados reportados pelo doente relativamente à dor, não se registou, no âmbito do questionário HOOS – Hip Disability And Osteoarthritis Outcome Score – e KOOS – Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score – diferença significativa. A satisfação do paciente, de acordo com uma escala visual analógica de 0-100, foi superior no grupo do programa ERAS® em cirurgia de ambulatório (93.2) face ao valor registo nos pacientes do grupo do programa de cuidados perioperatórios padrão com internamento (86.4). Perguntados sobre o programa que recomendariam para a realização da intervenção cirúrgica a que foram submetidos, 40 pacientes elegeriam o programa ERAS®, em detrimento dos cuidados perioperatórios padrão, elegidos por apenas 3 pacientes. Não revelaram preferência 4 doentes.

Código do Estudo	Autor(es)	Título	País e Ano
E827	Van Horne & Van Horne	Presurgical optimization and opioid-minimizing enhanced recovery pathway for ambulatory knee and hip arthroplasty: postsurgical opioid use and clinical outcomes	EUA 2020
Nível de evidência JBI (2013) Avaliação da qualidade metodológica JBI Instituição de origem do estudo Períódico			
Estudo analítico retrospectivo sem grupo de controlo (3e)	observacional sem checklist for cohort studies (Moola et al.,2020) 7/11=64%	Paragon Orthopedic Center	Arthroplasty Today
Objetivos do estudo			
Descrever a implementação do protocolo ERAS® para artroplastia total do joelho e artroplastia total da anca em cirurgia de ambulatório e avaliação dos resultados desse mesmo protocolo (alargamento da população de doentes elegíveis, melhoria da satisfação dos doentes, redução das complicações, dos custos pós-cirúrgicos e na minimização da duração da utilização de opioides pós-cirúrgicos no contexto de baixo custo de um centro cirúrgico ambulatório autónomo)			
Caracterização da amostra			
A amostra é constituída por 220 participantes únicos e consecutivos, 124 são mulheres e 96 são homens. Foram realizadas um total de 251 cirurgias (113 artroplastias totais do joelho e 138 artroplastias da anca). A idade média da amostra é de 58 anos. Da amostra 27 elementos têm antecedentes de patologia do foro cardíaco e 15 têm diabetes.			
Intervenção			
Implementação do protocolo ERAS® em artroplastia total do joelho e artroplastia total da anca em contexto ambulatório, abrangendo o período pré-operatório até à recuperação no domicílio. As componentes da implementação do protocolo ERAS® incluem: envolvimento pré-operatório da pessoa em situação perioperatória; a criação de expectativas realistas no controlo da dor, a otimização de fatores clínicos, físicos e sociais modificáveis e o desenvolvimento pré cirúrgico de um programa de gestão da dor individualizado, multimodal e poupador de opioides.			

Comparação

Nenhum outro programa

Resultados

Embora não exista formalmente uma comparação no estudo, na apresentação dos resultados foi estabelecida uma comparação entre as complicações pós-operatórias de um estudo da American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program (ACS-NSQIP) e as complicações pós-operatórias advindas do presente estudo. Não se verificam registos de dor aguda pós-operatória no estudo presente no âmbito do programa ERAS® no 30º e 60º dia pós-operatórios sendo que no estudo ACS-NSQIP se verificou uma percentagem de dor aguda pós-operatória de 0,08%.

Duzentos e seis doentes (82,1%) - 91 dos elementos submetidos a artroplastias do joelho e 115 dos participantes submetidos a artroplastias da anca - não solicitaram uma segunda prescrição de opioides no prazo de 8 semanas pós-cirurgia, sendo que mais de 80% não necessitaram de mais de 7 dias de prescrição de opioides pelo cirurgião. A esmagadora maioria da amostra – 99,3% – estavam muito ou bastante satisfeitos com o controlo da dor.

Código do Estudo	Autor(es)	Título	País e Ano
E937	Jogerst et al.	Same-Day Discharge After Mastectomy: Breast Cancer Surgery in the Era of ERAS®	EUA 2020

Nível de evidência JBI (2013)	Avaliação da qualidade metodológica JBI	Instituição de origem do estudo	Periódico
Estudo analítico retrospectivo de coorte (3c)	observacional de checklist for cohort studies (Moola et al.,2020) 11/11=100%	Avaliação da qualidade com recurso à Mayo Clinic School of Medicine	Annals of Surgical Oncology

Objetivos do estudo

Avaliar os resultados associados à implementação do programa ERAS®, em janeiro de 2017, na mastectomia em ambulatório e avaliar se a alta no mesmo dia para mastectomia com ou sem reconstrução é uma opção segura e viável para as participantes.

Caracterização da amostra

O número total de elementos da amostra é de 487 indivíduos distribuídos por 347 elementos no grupo pré-ERAS® e 140 participantes no grupo pós- ERAS®; no grupo pré-ERAS a idade média é de 57,9 anos e no grupo pós-ERAS a idade média é de 56,8 anos, sendo a idade média da amostra total de 57,6 anos.

Intervenção

Implementação do programa ERAS® na mastectomia em cirurgia de ambulatório que incluiu: aconselhamento pré-operatório, uso de medicação analgésica perioperatória adjuvante (inclusão de medicamentos como gabapentina, celecoxib, paracetamol e cetorolac para o controlo da dor, além da anestesia local de longa duração com a bupivacaína lipossomal), administração limitada de fluidoterapia, profilaxia multimodal de náuseas e vômitos no período pós-operatório, redução do uso de opioides pós-operatórios (incentivo ao uso de adjuvantes para o controlo da dor em substituição dos opioides) e avaliação na unidade de cuidados anestésicos pela equipa cirúrgica antes da alta clínica.

Comparação

Práticas anteriores da mesma instituição antes da implementação do programa ERAS®, em janeiro de 2017, com recurso a dados de indivíduos submetidos às práticas de cuidados perioperatórios convencionais (uso elevado de substâncias opioides, uso reduzido de anestésico local, administração de fluidoterapia sem restrição, profilaxia menos rigorosa de náuseas e vômitos pós-operatórios, menor enfoque na mobilização e alta precoce, ausência de abordagem multimodal, pouco destaque na educação pré-operatória sobre estratégias de controlo da dor e gestão de expectativas pós-operatória).

Resultados

Uma das componentes do programa ERAS® é a abordagem multimodal para o controlo da dor, com recurso a medicamentos não opioides, como a gabapentina, o celecoxib, paracetamol e cetorolac, esta estratégia permitiu diminuir o consumo de analgésicos opioides. No momento da alta, os participantes foram orientados a utilizar paracetamol e ibuprofeno nos primeiros cinco dias após a cirurgia, sendo recomendado o uso de oxidona apenas em casos de dor significativa e que não fosse aliviada pelos outros medicamentos. O principal contributo para a alta precoce foi o controlo eficaz da dor através de bloqueios nervosos e do uso da bupivacaína lipossomal. Com efeito, dentro do grupo pós-ERAS registou-se uma percentagem significativamente superior de participantes a quem foi administrada bupivacaína lipossomal e que tiveram alta no mesmo dia (74,4%), comparativamente àqueles que ficaram internados após a cirurgia (44,8%).

Código do Estudo	Autor(es)	Título	País e Ano
E964	Broderick et al.	A steady stream of knowledge: decreased urinary retention after implementation of ERAS protocols in ambulatory minimally invasive inguinal hernia repair	EUA 2022
Nível de evidência JBI (2013)	Avaliação da qualidade metodológica JBI	Instituição de origem do estudo	Periódico
Estudo observacional analítico retrospectivo de coorte (3c)	Avaliação da qualidade com recurso à checklist for cohort studies (Moola et al., 2020) 11/11=100%	Division of Minimally Invasive Surgery Center for the Future of Surgery - University of California San Diego	Surgical Journal
Objetivo do estudo	Avaliar o impacto do programa ERAS® em indivíduos submetidos a cirurgia minimamente invasiva de hérnia inguinal em cirurgia de ambulatório com foco na taxa de retenção urinária pós-operatória e na dor pós-operatória não controlada.		
Caracterização da amostra	A amostra é constituída por um total de 1097 participantes, pertencendo 479 indivíduos ao Grupo ERAS, dos quais 441 do sexo masculino e 38 do sexo feminino, e 618 ao Grupo Não ERAS, dos quais 580 do sexo masculino e 38 do sexo feminino. A média de idades do Grupo ERAS é de 57,4 anos e de 57,3 anos no Grupo Não ERAS. A Classificação ASA média obtida é de 2,14 no grupo ERAS e no grupo Não ERAS é de 2,02.		
Intervenção	Implementação do programa ERAS® em indivíduos submetidos a cirurgia minimamente invasiva de hérnia inguinal em cirurgia de ambulatório, nos períodos pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório. No período pré-operatório: educação dos participantes sobre estratégias farmacológicas e não farmacológicas para controlo da dor pós-operatória e para o recurso a métodos não narcóticos (paracetamol, ibuprofeno, compressas de gelo), bem como preparação da pessoa em situação perioperatória na gestão de expectativas relativamente à prescrição de opioides para o domicílio; no período intraoperatório: administração subcutânea de bupivacaína		

e epinefrina nos locais da incisão, aquecimento ativo, gestão eficaz da dor e da náusea com recurso mínimo a medicação narcótica – quando necessário preferência por agentes de ação mais curta como fentanil - e administração de fluidos orientada por objetivos, administração de terapêutica adjuvante não narcótica, como o paracetamol e, quando não contraindicado, gabapentina, pregabalina e /ou celecoxib, administração de lidocaína e cetorolac para controlo da dor e de dexametasona e sugamadex para prevenção da retenção urinária pós-operatória, administração de fluidoterapia limitada a uma quantidade máxima de 500 cc de cristaloídes, caso o estado hemodinâmico da pessoa em situação perioperatória o permitisse e, se possível, evitar o uso de cateteres tipo Foley, encorajando a pessoa em situação perioperatória a urinar antes da cirurgia e utilizando a cateterização intermitente conforme necessário; no período pós-operatório: continuação do uso do método de administração mínima de narcóticos para o controlo da dor, encorajamento à deambulação precoce e alta hospitalar sem a prescrição de medicação narcótica após recuperação da anestesia e controlo da dor.

Comparação

Práticas anteriores da mesma instituição antes da implementação do programa ERAS®, em 2018, com recurso aos dados dos indivíduos submetidos às práticas de cuidados perioperatórios convencionais. Cuidados perioperatórios convencionais pré-ERAS®: educação pré-operatória (os participantes recebem informações gerais sobre o procedimento cirúrgico, sem ênfase na redução do uso de narcóticos), uso de narcóticos (prescrição de narcóticos para o controlo da dor, tanto durante o processo cirúrgico como aquando da alta clínica, sem estratégia estruturada para minimizar o consumo de opioides), administração de fluidoterapia (administração de fluidos durante a cirurgia não controlada), preparação para a cirurgia (os cuidados pré-operatórios envolvem práticas padrão de preparação, sem a inclusão de uma abordagem multimodal), controlo da dor (dependência de analgésicos narcóticos, tanto no intraoperatório quanto no pós-operatório imediato, sem existência de um protocolo específico para o uso de analgesia não narcótica como parte da rotina) e o uso de cateteres (colocação de cateteres Foley realizada rotineiramente).

Resultados

Não se registou uma diferença significativa entre as taxas de complicações devido a dor pós-operatória não-controlada no Grupo ERAS (1,4%) e no Grupo Não ERAS (2,9%).

Foram, no entanto, encontradas diferenças significativas entre a dosagem de medicação narcótica no período intraoperatório, que no Grupo ERAS foi de 18.3 mg face às 23,2 mg registadas no Grupo Não ERAS, no período pós-anestésico, de 16,8 mg no grupo ERAS e de 22,8 mg no grupo Não ERAS, bem como no consumo total de

opioides, de 28,7 mg no Grupo ERAS e de 37,7 mg no Grupo Não ERAS, demonstrando que a implementação do protocolo ERAS pode reduzir significativamente as taxas de uso de medicação narcótica no âmbito da realização de cirurgia de ambulatório.

Código do Estudo	Autor(es)	Título	País e Ano
E1341	Hootsmans et al.	Outcomes of an Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) program to limit perioperative opioid use in outpatient minimally invasive GI and hernia surgeries	EUA 2023

Nível de evidência JBI (2013) **Avaliação da qualidade metodológica** **Instituição de origem do estudo** **Periódico**

JBI

Estudo observacional analítico retrospectivo sem grupo de controlo (3e)	Avaliação da qualidade com recurso à checklist for cohort studies (Moola et al.,2020) 9/11=82%	Luminis Health Anne Arundel Medical Center	Surgical Journal
---	--	--	------------------

Objetivo do estudo

Avaliar a eficácia do programa ERAS® no uso de opioides no período perioperatório em cirurgias minimamente invasivas gastrointestinais e de hérnias em ambulatório.

Caracterização da amostra

A amostra é constituída por 509 elementos, com idade média de 48 anos e IMC de 30,8 kg/m², sendo 279 indivíduos do sexo feminino e 230 indivíduos do sexo masculino, e tendo 140 indivíduos obtido classificação ASA ≥ 3. Relativamente ao tipo de intervenção efetuada, 267 elementos foram submetidos a cirurgia da hérnia, 222 participantes a colecistectomia laparoscópica e 40 a apendicectomia laparoscópica. Em termos de condições pré-operatórias, 9 participantes revelaram uso crónico de opioides e 103 participantes apresentaram diagnóstico de depressão ou ansiedade.

Intervenção

Implementação do programa ERAS® em cirurgias minimamente invasivas gastrointestinais e de hérnias realizadas em ambulatório. Componentes principais da intervenção: todos os doentes recebem aconselhamento pré-operatório pormenorizado sobre os riscos dos opioides e estratégias alternativas de controlo da dor. Os doentes são informados sobre as intervenções para uma recuperação melhorada após a cirurgia (ERAS), incluindo as intervenções pré-operatórias, intraoperatórias e pós-operatórias para reduzir a dor e melhorar a sua experiência cirúrgica. Além disso, os doentes são informados sobre a dor adequada e antecipada após a cirurgia

versus dor não controlada. Especificamente, os doentes são informados de que se estiverem queixosos, mas capazes de realizar atividades diárias normais não extenuantes (andar, conduzir, subir escadas, etc.), o recurso a medicamentos não opioides e uma ligadura da parede abdominal podem ser uma boa estratégia no controlo da dor. Em alternativa, a incapacidade de se mover ou de realizar atividades diárias normais devido à dor não é um controlo adequado da dor e são encorajados a contactar o seu cirurgião para intervenções ou medicamentos adicionais, incluindo a prescrição de opioides. No dia da cirurgia, são administrados medicamentos multimodais pré-operatórios para a dor, incluindo paracetamol (1000 mg), gabapentina (600-900 mg) ou pregabalina (150 mg), e um anti-inflamatório não esteroide (NSAID) [por exemplo, celecoxib 200 mg]. Anticonvulsivantes foram mantidos em doentes com mais de 75 anos ou considerados com risco de queda. Os AINES foram suspensos em doentes com alergia aos AINES, CKD III-IV, úlcera péptica ativa, doença inflamatória intestinal ou outra contraindicação forte. No intraoperatório, os bloqueios do plano transversal do abdómen (TAP) foram realizados pelo cirurgião ou anestesista com um grande volume de anestésico local de ação prolongada. Os participantes também receberam 15-30 mg de trometamina de cetorolac (Toradol[™]) imediatamente após a indução da anestesia, imediatamente antes do término da anestesia, ou na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos. A grande maioria dos participantes é submetida à colocação de uma faixa abdominal no final da cirurgia. Após a cirurgia, se um doente tiver dor significativa, uma única dose baixa de opioide pode ser administrada com base na avaliação do cirurgião ou pela equipa de enfermagem dependendo da instituição. Caso contrário, os doentes não receberam quaisquer intervenções adicionais para controlo da dor. No pós-operatório são efetuadas prescrições de analgésicos não opioides para controlo da dor, principalmente paracetamol (Tylenol[™]) e ibuprofeno. Em caso de contra-indicação ao paracetamol ou ao ibuprofeno, o tramadol foi selecionado como a primeira escolha de opioides de baixa potência opioide. No momento da alta, os doentes receberam prescrições e instruções impressas para a dor não opioide, estratégias de gestão da dor no domicílio, incluindo instruções para alternar entre paracetamol e ibuprofeno prescritos 24 horas por dia para os primeiros 5-7 dias. A pessoa em situação perioperatória é instruída para que a toma de opioides seja apenas para o caso de dor aguda, geralmente limitada a cerca de 15 comprimidos prescritos para os primeiros 3-5 dias de cirurgia.

Comparação

Nenhum outro programa.

Resultados

No total dos 509 participantes, foram administradas substâncias opioides na unidade de cuidados pós anestésicos a 119 elementos, tendo no momento da alta sido prescritas a apenas 48 indivíduos (9,4%), sendo o consumo médio de opioides, medido em dose equivalente de morfina (DEM) médio prescrito de 79 mg. O cirurgião foi contactado por questões relacionadas com o controlo da dor pós-operatória por somente 46 do total de 509 participantes e destes, apenas 14 receberam prescrição de opioides após o contacto telefónico, sendo a DEM médio prescrito de 133,7 mg. 48 participantes (9,4%) deslocaram-se ao serviço de urgência nos primeiros 30 dias pós-operatórios e, desses, foram administrados opioides a 12 participantes (2,4%). A DEM médio prescrito no serviço de urgência foi de 22,5 mg. Foram ainda readmitidos em contexto hospitalar nos primeiros 30 dias pós-operatório um total de 16 participantes, tendo durante a readmissão 9 participantes necessitado de substâncias opioides, sendo a DEM média prescrita durante a readmissão de 33,2 mg. Este estudo demonstrou que a utilização do programa ERAS® foi bem-sucedida em limitar a taxa de uso de opioides pós-operatórios, tendo considerado como componentes importantes daquele programa o aconselhamento pré-operatório sobre as expectativas de dor após a cirurgia e os possíveis efeitos negativos dos opioides, tendo efeitos na diminuição da dor auto-avaliada pelos indivíduos no pós-operatório e no uso de opioides no pós-operatório. O programa ERAS® foi, assim, capaz de reduzir efetivamente o uso de opioides no período pós-operatório e ainda de controlar adequadamente a dor pós-operatória.

Código do Estudo	Autor(es)	Título	País e Ano
E1479	Bakeer et al.	A Single-Institution Case Series of Outpatient Same-Day Mastectomy: Implementation of a Quality Improvement Project and Initiative for Enhanced Recovery After Surgery	EUA 2020
Nível de evidência JBI (2013)			
Estudo observacional descritivo retrospectivo de séries de casos (4c)	Avaliação da qualidade com recurso à checklist for case series (Munn et al, 2020) 10/10=100%	Instituição de origem do estudo	Periódico
Objetivos do estudo			
Determinar se a mastectomia realizada em contexto ambulatorio, com a implementação de um protocolo multimodal de controlo da dor perioperatória, integrado no programa ERAS® é uma opção segura e viável.			
Caracterização da amostra			
A amostra é constituída por 72 pessoas, com idade média de 57 anos e Índice de Massa Corporal Médio de 30kg/m².			
Intervenção			
Implementação de um protocolo multimodal no controlo da dor, composto por intervenções no período perioperatório e integrado no programa ERAS® à pessoa submetida a mastectomia em cirurgia de ambulatorio.			
Comparação			
Nenhum outro programa de cuidados perioperatórios.			

Resultados

Nos primeiros 30 dias do período pós-operatório, 3 participantes foram observados no serviço de urgência por queixas relacionadas com a dor, tendo todos tido alta com uma prescrição mais forte de opioides. A implementação de um protocolo de analgesia e anestesia multimodal integrado no programa ERAS®, combinado com a gestão adequada das expectativas e a educação do doente e da família traduziu-se num regime seguro e viável para a realização das mastectomias em regime de cirurgia de ambulatório. Em termos de consumo de opioides orais no pós-operatório, os indivíduos não necessitaram de ser enviados para casa com algo mais forte do que alguns dias de prescrição de paracetamol com codeína. Quando lhes foi dada a opção, muitos indivíduos preferiram não tomar opioides orais, optando por tomar alternativas não opioides, como paracetamol, ibuprofeno ou outro anti-inflamatório não esteroide de venda livre.

7. Discussão

Na discussão das evidências dos estudos incluídos na condução da revisão procede-se à condensação dos resultados relevantes da revisão, ao resumo da evidência e, seguidamente, são debatidas as limitações do estudo e a fiabilidade dos resultados. A discussão dos aspetos positivos e negativos da revisão devem ser relatados à semelhança das implicações para a prática (Donato & Donato, 2019).

Já em 2018 Henrik Kehlet admitia que a investigação futura no âmbito do Programa ERAS[®] se deveria centralizar nas componentes intra e pós-operatórias do programa, onde a implementação da prática baseada na evidência carece de ser melhorada (Kehlet, 2018).

Os estudos de investigação futuros deveriam então centralizar-se particularmente na gestão hemodinâmica ótima (intra e pós-operatória), em estratégias analgésicas multimodais redutoras de opioides (Joshi & Kehlet, 2019), na mobilização precoce e na otimização nutricional entérica e hidratação. Contextualiza-se aqui o desenvolvimento de estudos que encerrem uma análise comparativa, a permuta de conhecimentos e aprendizagens e que são elementares na investigação sobre a exequibilidade e sustentabilidade das recomendações clínicas baseadas em evidências (Wainwright & Kehlet, 2022).

É no anterior pressuposto que se desenvolve a presente RSL. Os estudos que a integram são predominantemente observacionais. Destes apenas um é ambidireccional e os restantes retrospectivos. O único estudo não observacional é um estudo de desenho experimental randomizado controlado.

Os resultados da RSL derivam de estudos com amostras heterogéneas (tanto pelo tamanho como em género da amostra) e pertencem, sem qualquer exceção, ao continente da América do Norte, comportando desenhos de investigação distintos ora pela duração, ora pelas componentes de intervenção do programa ERAS[®] que são implementadas. Os dez estudos oferecem uma visão aprofundada do contributo do programa ERAS[®] no âmbito do controlo da dor à pessoa em situação perioperatória em CA. Em conformidade com o manual do *JBI for Evidence Synthesis*, deve proceder-se à integração e organização dos resultados em categorias que representem fenómenos de interesse associados à temática da revisão (Lizarondo et al., 2020).

Em virtude do descrito, e com o desígnio de melhorar a compreensão em relação aos resultados obtidos na revisão, optou-se pela segmentação da discussão dos dados em três categorias, a saber: avaliação da intensidade de dor, consumo de opioides e a satisfação da pessoa em situação perioperatória.

7.1. Avaliação da Intensidade da Dor

A análise dos estudos E547, E401, E403 e E827 evidenciam a complexidade e a variabilidade das avaliações da intensidade dor no pós-operatório, dependendo do contexto cirúrgico e das estratégias adotadas, proporcionando uma visão abrangente do contributo do programa ERAS® no controlo da dor à pessoa em situação perioperatória em CA.

No estudo E547 não foram observadas diferenças significativas entre os elementos do grupo do programa ERAS® em CA e os elementos do grupo do programa de cuidados perioperatórios padrão com regime de internamento, em relação à avaliação da dor pós-operatória efetuada pela Escala Numérica da Dor (0-10). No recobro as médias apresentadas foram de 1,8 vs. 1,3 e, na enfermaria no dia da cirurgia, ambas as médias foram de 1,7. Acresce que, no mesmo estudo, no âmbito dos resultados reportados pelo doente relativamente à dor, não se registaram, no âmbito do questionário *Hip Disability And Osteoarthritis Outcome Score* e *Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score*, desigualdades assinaláveis entre o grupo de intervenção e o grupo de controlo. Nada obstante, e ainda no estudo E547, mediante a utilização da Classificação de Complicações Cirúrgicas de *Clavien-Dindo*, o número de elementos com complicações relacionadas à dor foi menor no grupo programa ERAS® em CA (10 elementos) relativamente ao grupo do programa de cuidados perioperatórios padrão com internamento (17 elementos). Ainda que não sejam apuradas disparidades na avaliação da intensidade da dor e nos resultados reportados pelo doente, o estudo E547 sugere que o programa ERAS® pode ser mais eficaz na redução das complicações relacionadas à dor no pós-operatório, potencialmente devido à abordagem multimodal e preventiva do controlo da dor.

Em oposição, a análise dos resultados do estudo E401 demonstra que, no controlo da dor pós-operatória, 36 elementos do grupo submetidos a apendicectomia laparoscópica com implementação do programa ERAS® em CA – que foi administrada analgesia multimodal sem opioides (cetorolac 30 mg endovenoso e paracetamol 1000 mg endovenoso) – relataram dor leve, comunicada por apenas 22 elementos no grupo daqueles acometidos a apendicectomia laparoscópica com cuidados perioperatórios

convencionais com internamento – que realizou analgesia com opioides apenas se necessário (tramadol 50 mg endovenoso). Porém, entre os elementos do grupo que efetuaram a apendicectomia laparoscópica com implementação do programa ERAS[®], verificou-se um número significativamente menor de relatos de dor moderada a grave (n=14) relativamente aos elementos do grupo de controlo (n=36), sugerindo que o programa ERAS[®] possa ser mais eficaz na redução da intensidade da dor em alguns tipos de cirurgia e no controlo da dor moderada a grave, comparativamente aos cuidados perioperatórios padrão.

Nos resultados do estudo E964 assinalaram-se disparidades entre as taxas de complicações devido a dor pós-operatória não-controlada no Grupo ERAS[®] (1,4%) e no Grupo Não ERAS[®] (2,9%). A menor taxa de complicações associada ao grupo ERAS[®] indica que, tendencialmente, é efetuado um controlo da dor mais eficaz com este programa em detrimento dos programas de cuidados perioperatórios convencionais.

À face do exposto, o estudo E403, e ainda que o mesmo não estabeleça um paralelismo entre o programa ERAS[®] e qualquer outro programa de cuidados perioperatórios no âmbito do controlo da dor à pessoa em CA, oferece insights relevantes sobre a avaliação da intensidade da dor dentro do próprio programa ERAS[®]. De acordo com o estudo, a avaliação média da intensidade da dor para todos os elementos ERAS[®], numa escala padrão de 0 a 10, variou de um pico de 5,32 na manhã do primeiro dia pós-operatório e diminuiu para 3,63 na noite do terceiro dia pós-operatório. Os valores médios da dor foram diminuindo significativamente do primeiro dia pós-operatório em comparação com o segundo dia pós-operatório (5,26 vs 4,55) e, de modo semelhante, continuaram a diminuir significativamente quando se estabelece uma comparação entre o segundo dia pós-operatório e o terceiro dia pós-operatório (4,55 vs 3,69). A amostra deste estudo foi dividida em dois níveis (1 e 2) com base no seu nível previsto de dor pós-operatória, sendo que os procedimentos do nível 1 são mais dolorosos do que os do nível 2. Dos elementos do grupo ERAS[®], os elementos de nível 1 tenderam a ter significativamente mais dor na maioria dos intervalos de tempo pós-operatório do que os elementos de nível 2. Por exemplo, na manhã do primeiro dia pós-operatório, os elementos do nível 1 tinham uma pontuação média de dor de 6,44 em comparação com 4,69 para os doentes do nível 2. Esta tendência manteve-se na manhã do segundo dia pós-operatório (5,36 vs 4,01) e até à noite do terceiro dia pós-operatório (4,6 vs 3,06), sugerindo que a intensidade da dor pode variar consideravelmente dentro do próprio grupo ERAS[®].

A variação da intensidade da dor dentro do próprio grupo ERAS[®] destaca a necessidade imperativa de personalização do protocolo em função das características individuais da pessoa em situação perioperatória e da complexidade das cirurgias realizadas.

Ainda que o programa ERAS[®] vise a padronização e a otimização dos cuidados perioperatórios, garantindo uma recuperação acelerada e eficiente, é evidente que a padronização deve ser flexível o suficiente para se adaptar às características específicas da pessoa em situação perioperatória em cirurgia de ambulatório. Reconhecer que cirurgias de maior complexidade são previsivelmente mais dolorosas permite antecipar as necessidades da pessoa em situação perioperatória em ambulatório, implementando intervenções personalizadas, se e quando necessário. A dualidade entre a complexidade cirúrgica e a intensidade da dor pós-operatória distingue a importância de uma abordagem personalizada no controlo da dor à pessoa em situação perioperatória em cirurgia de ambulatório. A adaptação dos protocolos de acordo com a complexidade do procedimento e as características individuais da pessoa em situação perioperatória ambulatorial são condições elementares na garantia de cuidados perioperatórios de qualidade e centrados na pessoa, o que, por sua vez, promove melhores resultados e uma maior satisfação.

Ainda no âmbito de avaliação da dor pós-operatória o estudo E827, e ainda que se verifique o estabelecimento de um grupo formal de controlo no estudo, documenta na apresentação dos seus resultados o estabelecimento de uma comparação entre as complicações pós-operatórias de um estudo da *American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program (ACS-NSQIP)* e as complicações pós-operatórias advindas do seu estudo. No âmbito das complicações pós-operatórias não se verificaram registos de dor aguda pós-operatória no estudo presente no âmbito do programa ERAS[®] no 30º e 60º dia pós-operatório, sendo que no estudo ACS-NSQIP se verificou uma percentagem de eventos de dor aguda pós-operatória de 0,08%. Este resultado sugere que o programa ERAS[®] poderá proporcionar um controlo da dor mais eficaz relativamente aos demais programas de cuidados perioperatórios tradicionais.

Os resultados dos estudos destacam a complexidade do controlo da dor pós-operatória e a eficácia variável na avaliação da intensidade da dor do programa ERAS[®] dependendo do contexto cirúrgico ambulatorial em que se implementa. Enquanto alguns dos estudos não apresentam diferenças assinaláveis comparativamente aos programas perioperatórios de cuidados convencionais, outros sugerem que o programa ERAS[®] pode

ser eficaz na redução da intensidade da dor, especialmente quando é utilizada uma abordagem multimodal sem recurso a substâncias opioides.

Do confronto entre estes resultados e os resultados apresentados na literatura verificámos que o estudo de Ng et al. (2023) testemunha o descrito. Intitulado "*Enhanced recovery after surgery protocol improves postoperative pain and shortens length of stay among patients undergoing primary total knee arthroplasty*", este estudo documenta que o programa ERAS[®] reduz significativamente a dor pós-operatória, sendo que um dos motivos indicados no estudo para a redução da dor pode dever-se à abordagem multimodal do programa ERAS[®]. Importa refletir ainda sobre a variação da avaliação da intensidade dor entre os elementos incluídos no programa ERAS[®]. Tal reflexão reforça a necessidade de personalização do protocolo para atender às características individuais da pessoa em situação perioperatória em CA.

A análise dos estudos anteriores revela a complexidade e variabilidade no controlo da dor pós-operatória, dependendo do tipo de cirurgia e das estratégias adotadas e implementadas (protocolos de analgesia multimodal, protocolos de nutrição pré e pós-operatória, mobilização precoce, educação e preparação pré-operatória, e gestão integrada de cuidados). Os resultados destacam que o programa ERAS[®] não apenas padroniza e otimiza os cuidados perioperatórios para uma recuperação cirúrgico-anestésica acelerada, mas também necessita de flexibilidade para se adaptar às características singulares da pessoa em situação perioperatória em cirurgia de ambulatório.

É evidente que cirurgias de maior complexidade são tendencialmente mais dolorosas, justificando a importância de uma abordagem personalizada no controlo da dor à pessoa em situação perioperatória em contexto ambulatorial. Como já referido, a adaptação do programa ERAS[®] de acordo com a complexidade do procedimento e as necessidades singulares de cada indivíduo é essencial para garantir cuidados perioperatórios de qualidade e centrados na pessoa em situação perioperatória em cirurgia de ambulatório, o que pode resultar em melhores resultados em saúde e uma maior satisfação.

Em última análise, os resultados descritos anteriormente no âmbito da avaliação da dor são sugestivos de que o programa ERAS[®] tem potencial para melhorar as avaliações da dor à pessoa em CA, nada obstante, a sua eficácia pode depender de uma série de

condicionantes, incluindo o tipo de intervenção cirúrgica, abordagem de controlo da dor e as características individuais da pessoa em situação perioperatória ambulatorial.

7.2. *Consumo de Opioides*

Os estudos incluídos na RSL demonstraram consistentemente o contributo do programa ERAS® na redução do consumo de substâncias opioides e, conseqüentemente, das complicações inerentes ao seu consumo.

No estudo E547 os resultados expõem que o consumo médio de opioides, medido em dose equivalente de morfina (DEM), nas primeiras 8 horas após a cirurgia foi significativamente menor no grupo do programa ERAS® em CA - 9,3 mg - comparativamente ao grupo com cuidados perioperatórios padrão com internamento: 26,5 mg. O uso sistemático de analgesia preemptiva, dexametasona, infiltração com anestésico local, anestesia epidural-sedação, e outras intervenções multimodais (evitar garrote, crioterapia, etc.) podem explicar essa observação. Os resultados do estudo E547 indicam ainda que a redução do consumo de opioides no grupo ERAS® levou a uma incidência significativamente inferior de complicações relacionadas ao seu consumo, como náuseas, vômitos, cefaleias, retenção urinária e tonturas.

O estudo E1479 vem reforçar o descrito anteriormente. Os resultados deste estudo indicam que, relativamente ao consumo de opioides orais no pós-operatório, as pessoas em situação perioperatória em CA não necessitam de ser enviadas para casa com algo mais forte do que alguns dias de prescrição de paracetamol com codeína. Quando lhes foi dada a opção, muitos elementos preferiram não tomar opioides orais, optando por tomar alternativas não opioides, como paracetamol, ibuprofeno ou outro anti-inflamatório não esteroide não sujeito a receita médica. Os resultados do estudo E1479, indicam ainda, que nos primeiros 30 dias do período pós-operatório, 3 elementos foram observados no serviço de urgência por queixas relacionadas com a dor, tendo todos tido alta com uma prescrição mais forte de opioides. Este resultado ressalta a importância de monitorizar a dor pós-operatória e a preparação para reajustar a medicação de acordo com as necessidades da pessoa em situação perioperatória em CA, mesmo dentro de um protocolo estruturado como o ERAS®.

A necessidade de uma prescrição mais forte de substâncias opioides, ainda que pontualmente, sugere que embora o programa tenha sucesso na maioria dos casos podem verificar-se situações que exigem intervenções complementares. Os resultados do estudo

E1479 sugerem que o programa ERAS[®] oferece um controlo eficaz da dor, promove o uso de medicação poupadora de opioides requerendo, porém, uma monitorização contínua e centrada nas características individuais da pessoa em situação perioperatória, melhorando consequentemente os resultados perioperatórios em CA.

Em linha com o exposto previamente, o estudo E937 reforça o que se encontra descrito, destacando a abordagem multimodal do programa ERAS[®] no controlo da dor com recurso a medicamentos não opioides, como a gabapentina, o celecoxib, paracetamol e cetorolac (no momento da alta os participantes do estudo foram orientados a utilizar paracetamol e ibuprofeno nos primeiros cinco dias após a cirurgia, sendo recomendado o uso de oxicodona apenas em casos de dor significativa e que não fosse aliviada pelos outros medicamentos) e através de bloqueios nervosos e do uso da bupivacaína lipossomal. No grupo pós-ERAS[®] registou-se uma percentagem significativamente superior de participantes a quem foi administrada bupivacaína lipossómica e que tiveram alta no mesmo dia (74,4%), comparativamente àqueles que ficaram internados após a cirurgia (44,8%). Refletindo nos resultados do estudo anteriormente descritos é possível inferir que a importância da abordagem multimodal no controlo da dor no âmbito do programa ERAS[®] permitiu não somente a diminuição do consumo de analgésicos opioides, como forneceu importantes contributos para a alta precoce da pessoa em situação perioperatória em CA.

O estudo E213 vem corroborar o exposto precedentemente apresentando uma redução expressiva no consumo de medicação opioide após a implementação do programa ERAS[®]. A comparação do intervalo pré-ERAS[®] com o primeiro período pós-ERAS[®] revelou uma redução de 34% na média de diária de DEM por elemento, uma redução de 59,2% na duração média da prescrição de opioides por elemento, uma redução de 57,2% na quantidade média de opioides prescritos por pessoa e uma redução de 15,4% no número de prescrições de substâncias controladas por opioides por pessoa. A comparação do intervalo pré-ERAS[®] com o segundo intervalo pós-ERAS[®] mostrou uma redução de 29,3% na média de DEM diária por elemento, uma redução de 64,5% na duração média da prescrição de opioides, uma redução de 58,11% na quantidade de opioides prescritos, e uma redução de 7,7% no número de prescrições por elemento, demonstrando que à implementação do programa ERAS[®] está associada uma redução estatisticamente significativa nas prescrições de opioides em ambulatório. Ao reduzir o consumo de opioides no período pós-operatório imediato, a taxa de dependência e abuso de opioides no futuro pode, teoricamente, ser reduzida.

Os resultados narrados anteriormente encontram-se harmoniosamente correlacionados com os resultados apresentados no estudo E964 em que são encontradas diferenças significativas entre a dosagem de medicação narcótica no período intraoperatório, que no Grupo ERAS® foi de 18,3 mg face às 23,2 mg registadas no Grupo Não-ERAS®, no período pós-anestésico, de 16,8 mg no grupo ERAS e de 22,8 mg no grupo Não-ERAS®, bem como no consumo total de opioides, de 28,7 mg no Grupo ERAS® e de 37,7 mg no Grupo Não-ERAS®, demonstrando a eficácia da implementação do protocolo ERAS® na redução significativa do uso de medicação opioide no âmbito da realização de CA.

Os resultados do estudo E1341 robustecem os resultados dos estudos já mencionados, indicando que, no total dos 509 elementos foram administradas substâncias opioides na unidade de cuidados pós anestésicos a 119 elementos, tendo no momento da alta sido prescritas a apenas 48 elementos (9,4%), sendo a DEM médio prescrito neste momento de 79 mg. O cirurgião foi contactado por questões relacionadas com o controlo da dor pós-operatória por somente 46 do total de 509 elementos e apenas 14 elementos receberam prescrição de opioides após o contacto telefónico, sendo a DEM média prescrita de 133,7 mg. Dos participantes do estudo E1341, 48 (9,4%) deslocaram-se ao serviço de urgência nos primeiros 30 dias pós-operatórios e, desses, foram administrados opioides a 12 elementos (2,4%). A DEM média prescrita no serviço de urgência foi de 22,5 mg. Foram ainda readmitidos em contexto hospitalar nos primeiros 30 dias pós-operatório um total de 16 elementos, tendo durante a readmissão 9 elementos necessitado de substâncias opioides, sendo a DEM média prescrita durante a readmissão de 33,2 mg. Este estudo atesta o que já tem sido anteriormente descrito, demonstrando que a utilização do programa ERAS® foi bem-sucedida em limitar a taxa de uso de opioides pós-operatórios, tendo considerado como componentes importantes daquele programa o aconselhamento pré-operatório sobre as expectativas de dor após a cirurgia e os possíveis efeitos negativos dos opioides, tendo efeitos na diminuição da dor auto avaliada pelos elementos no pós-operatório e no uso de opioides no pós-operatório. O programa ERAS® foi, assim, capaz de reduzir efetivamente o uso de opioides no período pós-operatório e ainda de controlar adequadamente a dor pós-operatória.

Os resultados do estudo E131 validam a eficácia do programa ERAS® na análise da evidência qualitativa quando estabelecem a comparação entre o grupo pré ERAS® e o grupo ERAS®. No grupo ERAS® em CA os elementos relataram que a dor foi melhor controlada, com menor recurso a medicação não opioide, reduzindo a ocorrência de efeitos colaterais, como obstipação e náusea: “With the outpatient program, my pain was better controlled

with less medication, wich helped me avoid unpleasant side effects like nausea and constipation. “(participante 34).

No âmbito da comparação entre coortes pré e pós-ERAS[®] no estudo E403 inferem-se resultados compatíveis com os resultados descritos nos estudos anteriores. Ao comparar as duas coortes no estudo E403, aos elementos do grupo pré-ERAS[®] foi prescrita uma média de 332,3 mg DEM / pessoa, enquanto no grupo ERAS[®] foi prescrita uma média de 100,3 mg DEM / pessoa.

Os elementos pré-ERAS[®] apresentaram uma média de 0,24 mg de prescrição adicional de opioides por pessoa, enquanto os elementos do grupo ERAS[®] exibiram uma média de 0,12 mg de prescrição adicional de opioides por pessoa. Ao analisar apenas a pessoa em situação perioperatória do nível 1, a média de DEM prescrita por elemento no grupo pré-ERAS[®] foi de 440,96 mg em comparação com 127,09 mg para os do grupo ERAS[®]. Da mesma forma, ao avaliar apenas os elementos do nível 2, a média de DEM prescrita por pessoa em situação perioperatória no grupo no grupo pré-ERAS[®] foi de 272 mg em comparação com 87 mg para os elementos presentes no grupo ERAS[®]. Finalmente, os elementos do nível 1 tinham significativamente mais opioides prescritos em comparação com os elementos do nível 2 (369,45 mg vs 157,95 mg DEM/pessoa). Os resultados anteriores atestam o contributo do programa ERAS[®] na redução da prescrição terapêutica opioide. A pessoa em situação perioperatória no grupo ERAS[®] necessita de menos medicação opioide para o controlo da dor, condição que pode refletir numa recuperação acelerada e com menor dependência de substâncias opioides. Outrossim, ainda que em diferentes níveis de gravidade (como já mencionado anteriormente, a amostra deste estudo foi dividida em dois níveis, 1 e 2, com base no seu nível previsto de dor pós-operatória, sendo os procedimentos do nível 1 mais dolorosos do que os do nível 2) o programa ERAS[®] ainda atesta uma significativa redução no consumo de substâncias opioides.

Quando analisamos os resultados no estudo E403 no âmbito do consumo efetivo de opioides exclusivamente no grupo ERAS[®], o consumo médio de opioides foi de 22,7 mg de DEM durante os primeiros 4 dias (entre o dia da cirurgia e o terceiro dia pós-operatório) após a sua cirurgia. O pico de consumo foi no primeiro dia pós-operatório com 8,49 mg de DEM, diminuindo para uma média de 3,54 mg de DEM no terceiro dia do pós-operatório. Registou-se uma diminuição significativa do consumo de opioides do primeiro dia pós-operatório para o segundo dia pós-operatório (8,49 mg vs 5,93 mg DEM) e novamente do segundo dia pós-operatório para o terceiro dia pós-operatório (5,93 mg vs 3,54 mg DEM).

Os elementos de nível 1 da coorte ERAS® consumiram estatisticamente mais opioides do que os elementos de nível 2 (30,8 mg vs 18,3 mg DEM). Esta tendência estava presente no primeiro dia do pós-operatório (11,25 mg vs 6,99 mg DEM), no segundo dia pós-operatório (7,73 mg vs 4,96 mg DEM), e terceiro dia pós-operatório (5,86 mg vs 2,29 mg). Esta análise permite compreender o contributo do programa ERAS® na redução do consumo de substâncias opioides à pessoa em situação perioperatória em contexto CA. A redução substancial do uso de opioides ao longo do tempo sugere um controlo adequado da dor pós-operatória. A diferença entre o consumo de opioides entre os elementos de nível 1 e nível 2 reflete que, ainda que aos elementos que pertencem ao nível 1, esteja associado um consumo superior de substâncias opioides, ainda assim beneficiam da redução progressiva do consumo de opioides ao longo do tempo proporcionada pelo programa ERAS®.

Os resultados do estudo E827 robustecem o que já foi descrito, sendo que do total da sua amostra de 206 (82,1%) - 91 dos elementos submetidos a artroplastias do joelho e 115 dos elementos submetidos a artroplastias da anca - não solicitaram uma segunda prescrição de opioides no prazo de 8 semanas pós-cirurgia. Adicionalmente, mais de 80% não necessitaram de mais de 7 dias de prescrição de opioides pelo cirurgião.

Os estudos analisados demonstram consistentemente o contributo do programa ERAS® na redução do consumo de opioides e das complicações inerentes, contribuindo para um controlo da dor na pessoa em CA mais seguro e eficaz. Os resultados dos estudos que agora se relatam são análogos aos resultados do estudo encontrado na literatura de Flanders et al. (2019), que descreve que a implementação do programa ERAS® em procedimentos cirúrgicos eletivos em neurocirurgia resulta numa redução substancial do consumo de opioides. Os resultados do mesmo estudo indicam que um mês após a cirurgia apenas 36,8% das pessoas em situação perioperatória no âmbito do programa ERAS® necessitava de medicação analgésica, em comparação com 70,5% no grupo de controlo. Aos seis meses essa diferença dilatou, com apenas 23,6% dos elementos do grupo ERAS® que ainda necessitavam de opioides, em contraste com 51,9% do grupo de controlo.

A redução notável do uso de opioides sugere um controlo adequado da dor pós-operatória e uma menor dependência de substâncias opioides, contribuindo para uma recuperação cirúrgica acelerada e segura da pessoa em situação perioperatória em CA. A educação da pessoa em situação perioperatória, a abordagem multimodal e a personalização do protocolo no contexto dos resultados dos estudos incluídos na presente RSL revelaram-se capitais para o sucesso da implementação do programa ERAS® em CA.

7.3. *Satisfação da Pessoa em Situação Perioperatória*

Os resultados dos estudos incluídos na presente RSL abordam extensivamente a satisfação da pessoa em CA. A análise dos estudos E547, E131 e E827 disponibiliza *insights* importantes sobre o contributo do programa ERAS[®] na experiência cirúrgica e na satisfação da pessoa em situação perioperatória ambulatorial.

No estudo E547, a avaliação da satisfação da pessoa em situação perioperatória em CA, foi efetuada de acordo com uma escala visual analógica de 0-100 pontos, tendo sido superior no grupo do programa ERAS[®] em CA (93,2 pontos) face ao valor registado nos elementos do grupo do programa de cuidados perioperatórios padrão com internamento (86,4 pontos). Questionados sobre qual programa de cuidados perioperatórios recomendariam para a realização da intervenção cirúrgica a que foram submetidos, 40 elementos elegeriam o programa ERAS[®], em detrimento dos cuidados perioperatórios padrão, elegidos por apenas 3 pessoas, sendo que 4 não revelaram qualquer preferência no programa de cuidados perioperatórios. Estes resultados indicam que a pessoa em situação perioperatória em CA no âmbito do programa ERAS[®] experimenta uma satisfação significativamente superior com o controlo da dor e a satisfação global com a experiência cirúrgica, refletindo o contributo do programa ERAS[®] na melhoria dos cuidados perioperatórios em CA.

A análise quantitativa do estudo E131 permitiu observar a avaliação média da relação entre a satisfação global com a experiência cirúrgica e a satisfação com o controlo da dor, tendo tal relação sido medida pela escala visual analógica de 0-100 pontos. Foram observados valores superiores nos elementos no programa de cuidados ERAS[®] em CA (93 pontos), relativamente aos elementos no programa de cuidados perioperatórios convencionais com internamento (87 pontos). Verificou-se uma correlação moderada e significativa ($r=0,582$) entre a satisfação da pessoa em situação perioperatória com o controlo da dor e a experiência cirúrgica no grupo ERAS[®], indicando que uma melhor satisfação com o controlo da dor está associada a uma experiência cirúrgica mais positiva. A correlação entre a satisfação com o controlo da dor e a experiência cirúrgica no grupo de cuidados perioperatórios convencionais com internamento mostrou uma correlação significativa, mas mais fraca ($r=0,357$), evidenciando que embora exista uma associação entre a satisfação da pessoa em situação perioperatória com o controlo da dor e a experiência cirúrgica, tal relação é menos significativa comparativamente à do grupo ERAS[®]. Estes resultados destacam o contributo do programa ERAS[®] na satisfação da pessoa

em situação perioperatória em CA, seja no que respeita ao controlo da dor seja no contexto global da experiência cirúrgica.

Ainda na análise da componente qualitativa dos resultados do estudo E131, no grupo de cuidados perioperatórios convencionais com internamento os elementos mostram-se menos satisfeitos, referindo que a dor não era aliviada tão rapidamente o que relacionaram com o facto de terem de esperar pela administração da medicação pelo profissional de saúde, prolongando o desconforto: “In the hospital, i had to wait for the nursing staff to give me the medication, wich made my pain last longer” (participante 10). A satisfação da pessoa em situação perioperatória ambulatorial também se relacionou com o tipo de anestesia utilizada: o grupo ERAS® em CA preferiu a combinação da anestesia epidural e sedação, evitando o bloqueio motor prolongado e a retenção urinária comum à raquianestesia: “With epidural anesthesia and sedation, i woke up and recovered much faster, without the prolonged motor blockade problems I had with the first surgery” (participante 10). No grupo de cuidados perioperatórios convencionais com internamento a raquianestesia resultou num bloqueio motor prolongado e retenção urinária, causando desconforto para a pessoa em situação perioperatória. No grupo ERAS® a possibilidade de administração de analgesia no domicílio quando necessário, sem ter de aguardar pela equipa de enfermagem, foi apreciada pela pessoa em situação perioperatória, proporcionando deste modo um alívio mais imediato da dor de acordo com os relatos: “Being able to take my painkillers at home when needed, without having to wait for the hospital staff, made a big difference in controlling my pain” (participante 25). Estes relatos/dados qualitativos reforçam o contributo do programa ERAS® num controlo da dor mais eficaz e uma experiência perioperatória mais satisfatória.

O estudo E827, onde a esmagadora maioria da amostra – 99,3% – estava muito ou bastante satisfeita com o controlo da dor no âmbito do programa ERAS®, assevera o que foi acima descrito. Este alto nível de satisfação reflete a eficácia do programa ERAS® ao proporcionar uma recuperação confortável e controlada da pessoa em situação perioperatória em CA.

A analogia entre estes resultados e os resultados apresentados na literatura no estudo de Ferraioli et al. (2020) é incontornável. O estudo anterior dedicou-se a avaliar a satisfação dos doentes com um programa ERAS® em cirurgia oncológica ginecológica minimamente invasiva, aplicando o questionário *Evaluation du Vécu de l'Anesthésie Générale* - questionário validado para a avaliação da satisfação da pessoa em situação perioperatória - a 92 elementos, demonstrando tal questionário que a maioria das

elementos se encontravam muito (60,8%) ou bastante (32,6%) satisfeitos com a qualidade dos cuidados recebidos, sendo que a satisfação geral global foi de 81,9 pontos (escala de satisfação de 0 – 100 pontos). À semelhança dos resultados da RSL agora documentada é manifesta a satisfação da pessoa em situação em perioperatória no âmbito do programa ERAS[®] comparativamente ao programa de cuidados perioperatórios convencionais.

Os resultados da implementação do programa ERAS[®] em relação aos resultados com o programa de cuidados perioperatórios convencionais evidencia as vantagens do programa ERAS[®] em proporcionar um cuidado perioperatório mais seguro, eficaz e centrado na pessoa. Estes resultados sublinham a importância da implementação de práticas baseadas na evidência, como é o caso do programa ERAS[®], na melhoria da qualidade dos cuidados perioperatórios e da satisfação global da pessoa em situação perioperatória em CA.

8. Conclusão

Os estudos incluídos na RSL sugerem que o contributo do programa ERAS[®] no controlo da dor à pessoa em CA é transversal às distintas especialidades cirúrgicas, variando de procedimentos cirúrgicos tão dissemelhantes como o de uma apendicectomia laparoscópica à uma mastectomia.

A implementação do programa ERAS[®] revela-se favorável na satisfação da pessoa em situação perioperatória em cirurgia de ambulatório, na redução do consumo de substâncias opioides e nas complicações associadas ao mesmo. Sem embargo, a variabilidade dos resultados aquando da avaliação da intensidade da dor (ainda que evidenciem o contributo do programa ERAS[®]) sugere a necessidade de adaptação/personalização dos protocolos adaptando-os às características individuais/singulares da pessoa em situação perioperatória em CA, no controlo da dor, no âmbito do programa ERAS[®].

Complementarmente, os estudos evidenciam que a abordagem multimodal do programa ERAS[®] em contexto de CA, incluindo a abordagem anestésica multimodal – uso de medicação não opioide, a infiltração com anestésicos locais, os bloqueios nervosos com especial destaque para a administração da bupivacaína lipossomal – articulada com a educação perioperatória contínua e a gestão das expectativas da pessoa em situação perioperatória ambulatorial constituem fatores críticos no sucesso do controlo da dor à pessoa em situação perioperatória em CA. A conclusão anterior é congruente com os resultados documentados na literatura por Martins et al. (2023), sugerindo que as abordagens analgésicas multimodais constituem um componente essencial do programa de ERAS[®], reduzindo potencialmente as complicações e contribuindo nos resultados pós anestésico-cirúrgicos à pessoa em situação perioperatória em cirurgia de ambulatório.

A consistência dos resultados observados nos estudos incluídos na presente RSL, sugere que a implementação do programa ERAS[®] em CA pode conduzir a melhorias expressivas nos resultados do controlo da dor à pessoa em situação perioperatória ambulatorial, nomeadamente numa maior satisfação com o controlo da dor e a experiência cirúrgica, uma redução no consumo de opioides e nas complicações a si associadas e uma avaliação da intensidade da dor pós-operatória menor.

Destarte, a implementação do programa ERAS® em CA não só atende ao objetivo da melhoria contínua da qualidade dos cuidados perioperatórios à pessoa em CA no controlo da dor, como se harmoniza com as melhores práticas de saúde pública, reduzindo o consumo e dependência de substâncias opioides e contribuindo simultaneamente para uma maior satisfação da pessoa alvo de cuidados perioperatórios ambulatoriais.

Posto isto, e sendo que o conceito ERAS® assenta numa estreita colaboração interdisciplinar entre cirurgiões, anestesistas, enfermeiros e demais profissionais de saúde, cada profissão desempenha as suas funções específicas e um papel essencial no cumprimento e na sustentabilidade das diretrizes clínicas baseadas na evidência (Wainright & Kehlet, 2022). Importa, portanto, refletir no Papel do Enfermeiro no âmbito do programa ERAS®. Os enfermeiros assumem um papel crucial na implementação e sustentabilidade do programa ERAS®, uma vez que de entre os profissionais de saúde são aqueles que dedicam mais tempo à pessoa em situação perioperatória. A estes é ainda imputada, não raras vezes, a responsabilidade pela salvaguarda da continuidade dos cuidados e pela coordenação das atividades dos vários grupos profissionais intervenientes na prestação de cuidados. O enfermeiro desempenha um papel central na aplicação do programa ERAS®, sendo que a sua intervenção se inicia com a consulta pré-operatória ainda anteriormente ao internamento da pessoa em situação perioperatória e se estende até mesmo depois da alta com o telefonema de *follow up* pós-operatório (Mendes et al., 2018). De modo a assegurar o sucesso do programa ERAS® é fundamental capacitar o enfermeiro no sentido da prestação dos melhores cuidados perioperatórios baseados em evidência, sendo que são eles a pedra basilar do programa ERAS®. Isto posto é correto afirmar que sem os enfermeiros o programa ERAS® pode não existir. Assim sendo, o programa ERAS® deve disponibilizar alicerces que consintam mais autonomia e confiança aos enfermeiros, pelo que é fundamental apoiá-los no decurso da transição dos correntes papéis de enfermagem mais convencionais para papéis de liderança que salvaguardem a aplicação de práticas baseadas na evidência, sendo exemplo disso o programa ERAS® (Balfour et al., 2022).

Infere-se, ante o exposto, que a implementação do programa ERAS® conduzirá inevitavelmente a um maior reconhecimento da profissão com benefícios ora para os profissionais, ora para as instituições de saúde. É então desígnio da presente RSL não somente a busca de produção de conhecimento sobre o contributo do programa ERAS® no controlo eficaz da dor à pessoa em CA, como contribuir para o desenvolvimento da prática de enfermagem de uma forma sistematizada e fundamentada. Mais, espera-se que os presentes resultados contribuam para a promoção da implementação do programa ERAS®

nas unidades de CA em Portugal e que os resultados obtidos possibilitem uma intervenção de melhoria contínua da qualidade dos cuidados perioperatórios à pessoa em CA.

Embora os resultados da RSL sejam promissores, carece o reconhecimento das limitações da presente RSL. Os estudos que a integram são predominantemente observacionais. Destes apenas um é ambidirecional e os restantes retrospectivos. O único estudo não observacional é um estudo de desenho experimental randomizado controlado. Neste seguimento revela-se futuramente necessário o desenvolvimento de desenhos de estudos primários experimentais randomizados e meta-análises de elevada qualidade metodológica para o fortalecimento das evidências sugeridas ante o contributo do programa ERAS[®] no controlo da dor à pessoa em CA. Outrossim, os estudos pertencem, sem exceção, ao continente da América do Norte, condicionando a possibilidade de transladação dos resultados apresentados para os demais continentes. Outra das limitações relaciona-se com o número de estudos existentes no que respeita à temática da RSL. A variabilidade dos estudos que evidenciam o contributo do programa ERAS[®] no controlo da dor à pessoa em cirurgia convencional é indiscutivelmente superior quando comparada ao número de estudos existentes que analisem o contributo do programa ERAS no controlo da dor em contexto de CA.

A falta de evidência na realidade portuguesa no âmbito da implementação do programa ERAS[®] em CA aflora o interesse de continuação de investigação no âmbito da temática do presente estudo, nomeadamente na sensibilização de uma possível implementação do programa ERAS[®] numa unidade de CA da Região Norte de Portugal Continental, suprimindo de tal modo algumas das limitações identificadas e contribuindo para a melhoria contínua da qualidade, condicionando positivamente os resultados perioperatórios da pessoa perioperatória em CA.

Considerações finais

Num ambiente de cuidados de saúde em constante evolução, o enfermeiro tem, para além da prestação de cuidados, responsabilidades na área da educação e da investigação científica (Jensen, 2021).

O epílogo do presente documento é que narra o processo de aquisição e desenvolvimento de competências, de aprendizagens e de toda uma experiência adquirida em contexto formativo no âmbito da realização do Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II, integrado no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória da ESSNorteCVP, certifica o acima exposto. O desenvolvimento das aprendizagens adquiridas entre outubro e março foi mediado por uma reflexão sistemática, crítica, integrada e contextualizada numa prática baseada em evidência. A mobilização e integração de saberes, assim como o desenvolvimento e aquisição de competências de natureza técnico-científica, ética e humana e habilidades na prática clínica, contribuíram para o processo de tomada de decisão em situações de complexidade superior, colaborando no aperfeiçoamento, diferenciação, conceção, planeamento, implementação e avaliação da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação perioperatória em cirurgia de ambulatório.

Na componente de investigação o desenvolvimento da RSL descrita no presente documento, e assente nos objetivos específicos da unidade curricular, possibilitou a análise crítica, argumentativa e sistematizada de ideias complexas de inovação na área de investigação selecionada e que, neste caso em particular, se relaciona objetivamente com a finalidade de mapear evidência referente ao contributo do programa ERAS[®] no controlo da dor à pessoa em situação perioperatória em CA. Malgrado todos os desafios emergentes no decurso do processo investigativo, o objetivo determinado para a presente RSL e já anteriormente descrito foi alcançado, assim como o desenvolvimento das finalidades do estudo de investigação. Com efeito, é pelo descrito anteriormente que se alcançam os objetivos delineados em setembro de 2023 para o estágio supra descrito e que se adquirem as competências tanto na qualidade de EEEMCEPSP quanto de mestre indo ao encontro do descrito no Regulamento n.º 705/2021 (2021) em que o enfermeiro mestre deverá

conseguir gerir e transformar contextos de estudo ou de trabalho complexos, imprevisíveis e que exigem novas abordagens estratégicas. Em simultâneo, deve

assumir responsabilidade por forma a contribuir para os conhecimentos e as práticas profissionais e ou para rever o desempenho estratégico de equipas. (p. 124)

É então, e em harmonia com o descrito anteriormente, que

se o enfermeiro tem a responsabilidade associada ao mandato social da profissão, o enfermeiro investigador acresce a essa a responsabilidade do mandato social do investigador em saúde, o qual se cumpre cada vez que o mesmo desenvolve um processo de investigação completo. (Néné & Sequeira, 2022, p. 15)

Complementarmente, e ainda ao encontro dos objetivos específicos da unidade curricular, encontra-se prevista a disseminação dos conhecimentos emergentes dos resultados da RSL: uma maior satisfação com o controlo da dor e a experiência cirúrgica, uma redução no consumo de opioides e das complicações pós-operatórias a si relacionadas e uma avaliação da intensidade da dor pós-operatória inferior reforçam a exequibilidade e o contributo da implementação do programa ERAS[®] no controlo da dor à pessoa perioperatória em contexto ambulatorial.

Numa Era da prática baseada na evidência, o programa ERAS[®] apresenta-se como uma abordagem de cuidados perioperatórios multimodais, multidisciplinares e centrados na pessoa a vivenciar processos cirúrgicos e/ou anestésicos na perspetiva de uma melhoria contínua da qualidade e dos resultados perioperatórios, como aquela que é agora destacada na presente RSL. A implementação do programa ERAS[®] apresenta uma oportunidade singular no empoderamento da Enfermagem, evidenciando como o exercício do enfermeiro contribui não somente para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados perioperatórios, como condiciona positivamente os resultados cirúrgicos da pessoa em situação perioperatória. A escassa existência de evidência do contributo da implementação do programa ERAS[®] em CA, e ainda mais especificamente a inexistência de evidência do contributo do programa ERAS em CA em Portugal instiga o interesse na continuidade da investigação.

In terminis loc, ante os desafios complexos que são impostos aos sistemas de saúde, e face à sua constante evolução, é imperioso gerar estratégias que promovam a integração sinérgica entre os distintos domínios de atuação do enfermeiro perioperatório- académico, *praxis* clínica e a investigação – proporcionando uma efetiva aplicação da melhor evidência na prática clínica perioperatória ambulatorial. É neste *continuum* harmonioso que o EEEMCEPSP impulsiona não tão-somente as Ciências da Enfermagem em contexto

perioperatório, como contribui para que a pessoa em situação perioperatória alcance o seu melhor nível de função e bem-estar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adelman, J. S., & Gandhi, T. K. (2021). COVID-19 and Patient Safety: Time to Tap Into Our Investment in High Reliability. *Journal of patient safety*, 17(4), 331–333. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000843>
- Agarwala, A. V., Lane-Fall, M. B., Greilich, P. E., Burden, A. R., Ambardekar, A. P., Banerjee, A., Barbeito, A., Bryson, T. D., Greenberg, S., Lorinc, A. N., Lynch, I. P., Pukenas, E., & Cooper, J. B. (2019). Consensus Recommendations for the Conduct, Training, Implementation, and Research of Perioperative Handoffs. *Anesthesia and analgesia*, 128(5), e71–e78. <https://doi.org/10.1213/ANE.00000000000004118>
- Almeida, S., Nascimento, A., Lucas, P. B., Jesus, E., & Araújo, B. (2020). RN4CAST study in Portugal: Validation of the portuguese version of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Aquichan*, 20(3), e2038. <https://doi.org/10.5294/aqui.2020.20.3.8>
- Amanian, S., Faldaas, B. O., Logan, P. A., & Vaismoradi, M. (2020). Learning from Patient Safety Incidents in the Emergency Department: A Systematic Review. *The Journal of emergency medicine*, 58(2), 234–244. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2019.11.015>
- Amaral, G., & Simões Figueiredo, A. (2021). Desenvolvimento de competências dos enfermeiros orientadores: uma visão dos peritos. *Revista de Enfermagem Referência, Série V*, 5, e20036. <https://doi.org/10.12707/RV20036>
- American Association of Nurse Anesthesiology. (2024). *ERAS Program Phase Chart*. <https://www.aana.com/practice/clinical-practice/clinical-practice-resources/enhanced-recovery-after-surgery/>
- Andrade, F. A. C. (2020). *Acolhimento: ferramenta para a sistematização da assistência de enfermagem na atenção primária*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade de São Paulo. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22134/tde-06072020-140311/pt-br.php>
- AORN. (2018). Guideline summary: Medication safety. *AORN Journal*, 107(4), 489–494. <https://doi.org/10.1002/aorn.12096>
- AORN. (2020). *Guidelines for perioperative practice*. AORN journal. ISBN: 978-0939583089
- AORN. (2021). *Guidelines for perioperative practice*. AORN journal. ISBN 978- 0-939383-07-2
- APCA. (2024a). *Quem somos, Historial*. <https://www.apca.com.pt/v1F0F/historial>
- APCA. (2024b). *Recomendações*. <https://www.apca.com.pt/v0E0E/recomendacoes>

- APCA. (2024c). *Quem somos, Carta do Presidente*. <https://www.apca.com.pt/v1F0A/carta-do-presidente>
- Araújo, I. A., Souza, M. M. S., Gomes, J. R. A. A., Ferreira, V. S., Corgozinho, M. M., Oliveira, É. V. S., Brandão, V. F., Souza, L. T. C., Oliveira, F. P., Mendes, K. M., & Sousa, F. M. B. (2022). Conflitos ético-morais na assistência de enfermagem no período perioperatório. *Health Residencies Journal - HRJ*, 3(14), 890–911. <https://doi.org/10.51723/hrj.v3i14.317>
- Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (Eds.). (2024). *JBI manual for evidence synthesis*. JBI. <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01>
- AESOP. (2012). *Enfermagem perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados* (1ª reimpr.). Loures: Lusodidacta. ISBN 978-972-8930-16-5
- Assouline, B., Cools, E., Schorer, R., Kayser, B., Elia, N., & Licker, M. (2021). Preoperative Exercise Training to Prevent Postoperative Pulmonary Complications in Adults Undergoing Major Surgery. A Systematic Review and Meta-analysis with Trial Sequential Analysis. *Annals of the American Thoracic Society*, 18(4), 678–688. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.202002-183OC>
- Assunção, M. N., Amaro, M. O., Carvalho, C. A., & Siman, A. G. (2019). Percepção de enfermeiros sobre seu papel gerencial, competências e desafios no cotidiano da Atenção Primária à Saúde. *Revista de APS*, 22(4). <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2019.v22.16012>
- Ayalew, F., Kibwana, S., Shawula, S., Misganaw, E., Abosse, Z., van Roosmalen, J., Stekelenburg, J., Kim, Y. M., Teshome, M., & Mariam, D. W. (2019). Understanding job satisfaction and motivation among nurses in public health facilities of Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC nursing*, 18, 46. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0373-8>
- Azevedo, L., Sousa, A., & Coelho, S. (2020). A segurança do doente é influenciada pelo ambiente da prática de cuidados dos enfermeiros que trabalham em serviço de urgência? – revisão integrativa. *Cadernos de Saúde*, 12(1), 12-22. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.7277>
- Azevedo, O. A., Guedes, E. S., Araújo, S. A., Maia, M. M., & Cruz, D. A. (2019). Documentação do processo de Enfermagem em instituições públicas de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53, e03471. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018003703471>
- Balfour, A., Amery, J., Burch, J., & Smid-Nanninga, H. (2022). Enhanced recovery after surgery (ERAS®): Barriers and solutions for nurses. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 9(7), 100040. <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2022.02.002>
- Bakeer, M. A., Coker, C., Atamian, E., Yoo, D., Torabi, R., & Riker, A. I. (2020). A Single-Institution Case Series of Outpatient Same-Day Mastectomy: Implementation of a Quality Improvement Project and Initiative for Enhanced Recovery After Surgery. *Ochsner journal*, 20(4), 388–393. <https://doi.org/10.31486/toj.20.0040>

- Barker, T. H., Stone, J. C., Sears, K., Klugar, M., Tufanaru, C., Leonardi-Bee, J., Aromataris, E., & Munn, Z. (2023). The revised JBI critical appraisal tool for the assessment of risk of bias for randomized controlled trials. *JBI evidence synthesis*, 21(3), 494–506. <https://doi.org/10.11124/JBIES-22-00430>
- Barroso, C., Carvalho, L., Augusto, C., Teixeira, L., Teixeira, A., & Rocha, I. (2020). Implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem – modelo SAFECARE. *Revista Rol de Enfermeria*, 43(supl 1), 50-58
- Bastos, F., Morais, E., Campos, J., Oliveira, F., Machado, N., & Pereira, F. (2021). Representação do conhecimento em enfermagem do trabalho na ontologia de enfermagem. *Revista ROL de Enfermeria*, 44(11-12), 57-61. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/38605/1/ICOHN21_57-61.pdf
- Bathke, J., Cunico, P. A., Maziero, E. C. S., Cauduro, F. L. F., Sarquis, L. M. M., & Cruz, E. D. A. (2013). Infraestrutura e adesão à higienização das mãos: desafios à segurança do paciente. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(2), 78-85. <https://doi.org/10.1590/S1983-144720130002000104>
- Batista, J., Cruz, E., Silva, D., Nazário, S., & Antunes, B. (2023). Impact of surgical checklists on the time of surgical processes: a cross-sectional study. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 50. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20233425-en>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press. ISBN 9780190640873
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benze, C., Spruce, L., & Groah, L. (Eds.). (2021). *Perioperative Nursing: Scope and Standards of Practice*. Association of periOperative Registered Nurses (AORN). https://www.aorn.org/docs/default-source/guidelinesresources/periop-nursing-scope-standards-of-practice.pdf?sfvrsn=c532cdee_1
- Berwanger, D. C., Alves, D. C., Tonini, N. S., Matos, F. M., Hofstatter, L. M., Neta, A. F., & Oliveira, J. C. (2019). Processo enfermagem: Vantagens e desvantagens para a prática clínica do enfermeiro. *Revista Nursing*, 22(257), 3204-3208. <https://doi.org/10.36489/nursing.2019v22i257p3203-3207>
- Berwanger, D. C., Matos, F. G. O. A., Alves, D. C. I., & Oliveira, J. L. C. (2018). Ligações entre diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes no período transoperatório. *Revista SOBECC*, 23(4), 195-204. <http://dx.doi.org/10.5327/Z1414-4425201800040002>
- Bezerra, M. B., Galvão, M. C., Vieira, J. C., Lopes, M. G., Cavalcanti, A. T., & Gomes, E. T. (2019). Fatores associados a lesões de pele decorrentes do período intraoperatório. *Revista SOBECC*, 24(2), 76-84. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201900020005>
- Bjorklund-Lima, L., Müller-Staub, M., Cardozo, M. C. E., de Souza Bernardes, D., & Rabelo-Silva, E. R. (2019). Clinical indicators of nursing outcomes classification for patient with risk for perioperative positioning injury: A cohort study. *Journal of clinical nursing*, 28(23-24), 4367–4378. <https://doi.org/10.1111/jocn.15019>

- Bloise, D. M. (2020). A importância da metodologia científica na construção da ciência. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 5(6), 105-122. <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/educacao/metodologia-cientific>
- Bochatay, N., Bajwa, N. M., Cullati, S., Muller-Juge, V., Blondon, K. S., Junod Perron, N., Maître, F., Chopard, P., Vu, N. V., Kim, S., Savoldelli, G. L., Hudelson, P., & Nendaz, M. R. (2017). A Multilevel Analysis of Professional Conflicts in Health Care Teams: Insight for Future Training. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 92(11S Association of American Medical Colleges Learn Serve Lead: Proceedings of the 56th Annual Research in Medical Education Sessions), S84–S92. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001912>
- Boozaripour, M., Abbaszadeh, A., Shahriari, M., & Borhani, F. (2018). Ethical values in nurse education perceived by students and educators. *Nursing ethics*, 25(2), 253–263. <https://doi.org/10.1177/0969733017707009>
- Boytim, J., & Ulrich, B. (2018). Factors Contributing to Perioperative Medication Errors: A Systematic Literature Review: 2.1 www.aornjournal.org/content/cme. *AORN journal*, 107(1), 91–107. <https://doi.org/10.1002/aorn.12005>
- Breda, L., & Cerejo, M. (2021). Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. *Revista de Enfermagem Referência*, V(5). <https://www.redalyc.org/journal/3882/388266931006/388266931006.pdf>
- Broderick, R. C., Li, J. Z., Blitzer, R. R., Ahuja, P., Race, A., Yang, G., Sandler, B. J., Horgan, S., & Jacobsen, G. R. (2022). A steady stream of knowledge: decreased urinary retention after implementation of ERAS protocols in ambulatory minimally invasive inguinal hernia repair. *Surgical Endoscopy*, 36(9), 6742–6750. <https://doi.org/10.1007/s00464-021-08950-9>
- Bryan, R., Aronson, J. K., Williams, A., & Jordan, S. (2021). The problem of look-alike, sound-alike name errors: Drivers and solutions. *British journal of clinical pharmacology*, 87(2), 386–394. <https://doi.org/10.1111/bcp.14285>
- Cabral, D. B., Pereira, M. L. P., Fernandes, M. S., Fincatto, S., Kaczimainki, A. G., & Korb, A. (2021). Critérios auditáveis para implementação de melhores práticas na adesão ao checklist cirúrgico. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34, eAPE00515. <https://doi.org/10.37689/actaape/2021AO00515>
- Cabrita, M. (2021). O reconhecimento da especialidade e a formação pós-graduada. *Revista da Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses*, (46), 62-63
- Campos, D. B., Gomes, I. L. V., Alves, A. R., Moreira, T. M. M., Figueiredo, S. V., Global Academic Nursing Journal. (2020). Reflexões sobre a pandemia COVID-19 e ações de educação permanente em enfermagem num hospital. *Global Academic Nursing Journal*, 1(3), 62-63. <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200050>
- 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>

- Cardoso, K. R., de Souza, E. D. N., & Miranda, C. (2020). *Trabalhadores de enfermagem* [Ebook]. Clube de Autores.
- Cardoso, R. B., Fassarella, C. S., Silva, C. P. R. S., & Luna, A. A. (2021). Segurança do paciente na assistência de enfermagem perioperatória e as taxonomias de enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*, 29, e62528. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2021.62528>
- Cardozo, A. S., Santana, R. F., Rocha, I. C. M., Cassiano, K. M., Mello, T. D., & Melo, U. G. (2017). Phone follow-ups as a nursing intervention in the surgical recovery of prostatectomized elderly. *Revista de Enfermagem UFPE*, 11(8), 3005-3012. <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.11064-98681-4-ED.1108201703>
- Carrão, A., Ribeiro, D., Manso, M., Oliveira, J., Féria, L., Ghira, M., & Maio, R. (2020). ERAS[®] Program in a Portuguese Hospital: Results from Elective Colorectal Surgery after One Year of Implementation. *Acta medica portuguesa*, 33(9), 568–575. <https://doi.org/10.20344/amp.11158>
- Carvalho, L., Barroso, C., Pereira, M., Teixeira, A., Pinho, F., & Osório, M. (2019). *Implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem – Manual prático*. Porto: Uniarte Gráfica.
- Carvalho, M. C., & Lucas, P. R. (2020). The effectiveness of the clinical nurse leader practice - systematic review. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(11), 57–64. <https://doi.org/10.29352/mill0211.06.00274>
- Castro, C. M. C. S. P. (2019). *Segurança do doente crítico: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde no serviço de urgência geral*. [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, Instituto Politécnico de Castelo Branco. <http://hdl.handle.net/10400.26/29194>
- Celik, B., Karayurt, Ö., & Ogce, F. (2019). The Effect of Selected Risk Factors on Perioperative Pressure Injury Development. *AORN journal*, 110(1), 29–38. <https://doi.org/10.1002/aorn.12725>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *Surgical site infection (SSI) event. Procedure-associated Module SSI*. <https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/9pscscssicurrent.pdf>
- Chai, K. E. K., Lines, R. L. J., Gucciardi, D. F., et al. (2021). Research Screener: A machine learning tool to semi-automate abstract screening for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 10(1), 93. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01635-3>
- Coimbra, N. (Coord.). (2021). *Enfermagem de urgência e emergência* (1ª ed.). Lidel. ISBN 978-989-752-574-2
- Comissão Nacional de Portugal para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CNDCA). (2008). *Cirurgia de ambulatório: Um modelo de qualidade centrado no doente*. <http://docplayer.com.br/17595121-Relatorio-preliminar-cirurgia-de-ambulatorioum-modelo-de-qualidade-centrado-no-utente.html>

- Costa, A. I. F. da. (2019). *Avaliação da dor pós-operatória e estratégias analgésicas em cirurgia de ambulatório num hospital universitário português*. [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/120820/2/339274.pdf>
- Coutinho, V. (2022). Simulação realística em contexto de Enfermagem. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 11. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.2022.e4217>
- Coutinho, J., & Neves, J. P. C. (2019). *Manual de Boas Práticas da Cirurgia de Ambulatório* (3ª ed.). Lisboa.
- Cukierman, D. S., Cata, J. P., & Gan, T. J. (2023). Enhanced recovery protocols for ambulatory surgery. *Best practice & research. Clinical anaesthesiology*, 37(3), 285–303. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2023.04.007>
- Cuming, R. G. (2023). Concepts Basic to Perioperative Nursing. J. C. Rothrock, D. R. McEwen, & S. A. Van Wicklin (Eds.), *Alexander's care of the patient in surgery* (17th ed., pp. 2–14). Elsevier Science Health Science.
- Cushley, C., Knight, T., Murray, H., & Kidd, L. (2021). Writing's on the wall: improving the WHO Surgical Safety Checklist. *BMJ open quality*, 10(1), e001086. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-001086>
- de Sul, S. I. R., & Lucas, P. R. M. B. (2020). Translation and validation of the anticipated turnover scale for the Portuguese cultural context. *Nursing open*, 7(5), 1475–1481. <https://doi.org/10.1002/nop2.521>
- Decreto-Lei n.º 102/2023 de 7 de novembro. (2023). *Procede à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde*. Diário da República, Série I - n.º 215. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa, Portugal. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>
- Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto. (2018). *Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior*. Diário da República, Série I - n.º 157. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa, Portugal. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
- Decreto-Lei n.º 71/2019 de 27 de maio. (2019). *Altera o regime da carreira especial de enfermagem, bem como o regime da carreira de enfermagem nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde*. Diário da República, Série I - n.º 101. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa, Portugal. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/71-2019-122403266>
- Dekker, M., van Mansfeld, R., Vandenbroucke-Grauls, C. M., Lauret, T. E., Schutijser, B. C., de Bruijne, M. C., & Jongerden, I. P. (2022). Role perception of infection control link nurses; a multi-centre qualitative study. *Journal of infection prevention*, 23(3), 93–100. <https://doi.org/10.1177/17571774211066786>
- Dencker, E. E., Bonde, A., Troelsen, A., Varadarajan, K. M., & Sillesen, M. (2021). Postoperative complications: an observational study of trends in the United States

from 2012 to 2018. *BMC surgery*, 21(1), 393. <https://doi.org/10.1186/s12893-021-01392-z>

Despacho n.º 30114/2008 de 21 de novembro. (2008). *Cirurgia de ambulatório (CA) - definição de critérios a serem adoptados pelos conselhos de administração dos hospitais do SNS em que existe bloco operatório*. Diário da República, Série II - n.º 227. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde – Ministério da Saúde. <https://files.dre.pt/2s/2008/11/227000000/4755047551.pdf>

Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro. (2021). *Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026)*. Diário da República, Série II - n.º 187. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde – Ministério da Saúde. <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>

Despacho n.º 1380/2018 de 8 de fevereiro. (2018). *Cria um Grupo de Trabalho para o Acompanhamento do Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (GTADCA), com o objetivo de proceder à avaliação da cirurgia de ambulatório (CA) nos últimos 10 anos em Portugal e identificar áreas de intervenção prioritária*. Diário da República, Série II - n.º 28, p. 4511 - 4511. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto da Saúde – Ministério da Saúde. https://iasaude.pt/attachments/article/3824/despacho_1380_2018_cirurgia_ambulatorio.pdf

Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro. (2015). *Torna pública a aprovação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. Diário da República, Série II, n.º 28. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde – Ministério da Saúde. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/02/028000001/0000200010.pdf>

DGS. (2015). *Relatório de Avaliação de Segurança dos Doentes: Avaliação da Cultura de Segurança dos Doentes*. Lisboa, Portugal. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-seguranca-dos-doentes-avaliacao-da-cultura-nos-hospitais-pdf.aspx>

DGS. (2017). *Norma n.º 001/2017 de 08/02/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. <https://normas.dgs.minsaude.pt/wpcontent/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-decuidados-desaude.Pdf>

DGS. (2019a). *Norma n.º 8: Prevenção e Intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>

DGS. (2019b). *Norma 007/2019 de 16/10/2019: Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072019-de-16102019-pdf.aspx>

DGS. (2022a). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes* <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>

- DGS. (2022b). *Norma clínica 020/2015: Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-de-local-cirurgico/>
- DGS. (2023). *Manual de Standards – Unidades de Gestão Clínica ME 5 1_08*. https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/manual-de-standards--unidades-de-gestao-clinica-me-5-1_08-pdf.aspx
- Donati, D., Miccoli, G. A., Cianfrocca, C., Di Stasio, E., De Marinis, M. G., & Tartaglioni, D. (2020). Effectiveness of implementing link nurses and audits and feedback to improve nurses' compliance with standard precautions: A cluster randomized controlled trial. *American journal of infection control*, *48*(10), 1204–1210. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.01.017>
- Dias, D., & Fernandes, S. (2022). A investigação e a enfermagem: uma reflexão sobre a sua utilidade na prática clínica. *Revista AESOP*, *XXII*(47), 10-13
- Dias, M. S. O. (2019). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde no serviço de urgência*. [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, Instituto Politécnico de Castelo Branco. <http://hdl.handle.net/10400.26/28685>
- Dias, S., & Morais, C. (2019). Satisfação e engagement: (Re)pensar a saúde e o bem-estar dos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, *Spe7*, 43-49. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0246>
- Donato, H., & Donato, M. (2019). Etapas na condução de uma revisão sistemática [Stages for undertaking a systematic review]. *Acta Medica Portuguesa*, *32*(3), 227-235. <https://doi.org/10.20344/amp.11923>
- Duarte, S., Azevedo, S., Muinck, G., Costa, T., Cardoso, M., & Moraes, J. (2020). Boas práticas de segurança nos cuidados de enfermagem em Terapia Intensiva Neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *73*(2), 1-9. <https://www.scielo.br/j/reben/a/r6gdrDJxDmHhDmwmsTY7mDGw/?format=pdf&lang=pt>
- Durst, S., Chowdhury, F., Davila, A., Kraus, S., & Cheng, C.-F. (2021). Employees' psychological characteristics and sustainable leadership in firms with high and low entrepreneurial orientation. *Journal of Small Business Strategy*, *31*(3), 59-71. <https://doi.org/10.53703/001c.29736>
- Dusse, F., Pütz, J., Böhmer, A., Schieren, M., Joppich, R., & Wappler, F. (2021). Completeness of the operating room to intensive care unit handover: a matter of time?. *BMC anesthesiology*, *21*(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s12871-021-01247-3>
- ERS. (2009). *Consentimento informado: relatório final*. https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/73/Estudo-CI.pdf
- ERS. (2023). *Direitos e Deveres dos Utentes dos Serviços de Saúde*. <https://ers.pt/media/w50gcqd4/direitos-e-deveres-dos-utentes-dos-servi%C3%A7os-de-sa%C3%BAde.pdf>

- ESSNorteCVP. (2023). *Guia de Orientação - Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II*. Oliveira de Azeméis, Portugal.
- EORNA. (2019). *EORNA Common Core Curriculum for Perioperative Nursing* Berlín. https://eorna.eu/wp-content/uploads/2019/09/EORNA-corecurriculum_July2019.pdf
- EORNA. (2020). *EORNA-Best-Practice-for Perioperative-Care*. <https://eorna.eu/wp-content/uploads/2020/09/EORNA-BestPractice-for-Perioperative-Care-Edition-2020.pdf>
- Fachola, K., Vilela, R., Calil, A., Feldman, L., Nogueira, D., Silva, C., Truizzi, I., Banhos, N., Ruiz, P., Rodrigues, E., Lautenschlaeger, D., & Jericó, M. (2022). Proposta de Gestão de riscos: mapeamento de fluxo, riscos e estratégias de segurança em um centro cirúrgico. *Research, Society and Development*, 11(6). <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i6.22283>
- Farias, L. F. (2020). *Segurança do paciente e os problemas éticos nos serviços de saúde: Revisão de escopo*. <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/243158/001142678.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Faulkner, H. R., Coopey, S. B., Sisodia, R., Kelly, B. N., Maurer, L. R., & Ellis, D. (2021). Does An ERAS Protocol Reduce Postoperative Opiate Prescribing in Plastic Surgery?. *JPRAS open*, 31, 22–28. <https://doi.org/10.1016/j.jptra.2021.10.006>
- Fernandes, J. C., Cordeiro, B. C., Rezende, A. C., & Freitas, D. S. de. (2019). Competências necessárias ao gestor de Unidade de Saúde da Família: um recorte da prática do enfermeiro. *Saúde em Debate*, 43(5), 22-35. <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/yqTX8PcjQN7N6pgvffSRg3Cz/?lang=pt>
- Ferraioli, D., Pouliquen, C., Jauffret, C., Charavil, A., Blache, G., Faucher, M., Houvenaeghel, G., El Hajj, H., & Lambaudie, E. (2020). EVAN-G score in patients undergoing minimally invasive gynecology oncologic surgery in an Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) program. *International journal of gynecological cancer: official journal of the International Gynecological Cancer Society*, 30(12), 1966–1974. <https://doi.org/10.1136/ijgc-2019-001173>
- Ferreira, E. B., Pereira, E. B., Silva, F. M. V., Mendes, F. N., Silva, J. A. A., Oliveira, M. S. O., & Silva, R. B. (2020). Hipotermia perioperatória: conhecimentos e intervenções da equipe de enfermagem. *Revista Nursing*, 23(264), 3982-3995. <https://doi.org/10.36486/nursing.2020v23i264p3982-3995>
- Ferreira, F., Dantas, F., & Valente, G. (2018). Saberes e competências do enfermeiro para preceptoria em unidade básica de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(4), 1657-1665. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0533>
- Ferreira, J. N. da S., do Nascimento, M. R. S., dos Santos, C. Y. L., Teixeira, M. M. de S., Sampaio, A. G. P., & Coelho, H. P. (2024). Enfermagem e segurança do paciente no perioperatório: uma revisão integrativa. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 17(1), 5740–5761. <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.1-343>

- Ferreira, M. A., Vilar, K. T. de A., Silva, F. R. A., Valini, T. G. M., Guedes, B. L. C. dos S., Silva, J. E. L. da, Barbosa, A. T. de S., Franco, R. T. de L., Marques, M. L. F. de C., & França, S. M. de. (2023). A segurança do paciente e os impactos da resistência bacteriana na atenção hospitalar. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 23(7), e13462. <https://doi.org/10.25248/reas.e13462.2023>
- Figueiredo, A. R., Potra, T. S., & Lucas, P. B. (2019). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde: Uma revisão scoping*. Atas do 8º Congresso IberoAmericano em Investigação Qualitativa, Lisboa, Portugal, 16-19 julho 2019 (Vol. 2, pp. 279-288). <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/issue/view/28>
- 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
- Flanders, T. M., Ifrach, J., Sinha, S., Joshi, D. S., Ozturk, A. K., Malhotra, N. R., Pessoa, R., Kallan, M. J., Fleisher, L. A., Ashburn, M. A., Maloney, E., Welch, W. C., & Ali, Z. S. (2020). Reduction of postoperative opioid use after elective spine and peripheral nerve surgery using an Enhanced Recovery After Surgery program. *Pain Medicine*, 21(12), 3283–3291. <https://doi.org/10.1093/pm/pnaa233>
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- Freitas, P. S., Mendes, K. D. S., & Galvão, C. (2016). Processo de contagem cirúrgica: evidências para a segurança do paciente. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(4). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.66877>
- Fuentes-Ramirez, A., & Laverde-Contreras, O. L. (2021). Nursing intervention to meet the family members' needs during the surgery waiting time. *Revista latino-americana de enfermagem*, 29, e3483. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5028.3483>
- Galvão, F. (2022). Cirurgia Ambulatorial somente para baixa complexidade? Está na hora de rever seus conceitos. *Saúde Business*. <https://www.saudebusiness.com/colunas/cirurgia-ambulatorial-somente-para-baixa-complexidade-esta-na-hora-de-rever-seus-conceitos>
- Galvão, M. C. B., & Ricarte, I. L. M. (2019). Revisão sistemática da literatura: conceituação, produção e publicação. *Logeion: Filosofia Da Informação*, 6(1), 57-73. <https://doi.org/10.21728/logeion.2019v6n1.p57-73>
- Gamhewage, G., Mylonas, C., Mahmoud, M., & Stucke, O. (2022). Developing the first-ever global learning strategy to frame the future of learning for achieving public health goals. *Journal of oral biology and craniofacial research*, 12(1), 74–76. <https://doi.org/10.1016/j.jobcr.2021.09.016>
- Golder, H. J., & Papalois, V. (2021). Enhanced Recovery after Surgery: History, Key Advancements and Developments in Transplant Surgery. *Journal of clinical medicine*, 10(8), 1634. <https://doi.org/10.3390/jcm10081634>
- Gomes, E. T., Assunção, M. C. T., Lins, E. M., & Püschel, V. A. A. (2021). Nursing in mechanical prevention of venous thromboembolism in surgical patients. *Revista da*

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 55, e03738.
<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020002703738>

- Gomes, I. B. S., Santos, D. C. O., Maia, S. F., & Costa, A. W. S. (2019). Atitudes e práticas da equipe de enfermagem para a segurança do paciente. *Revista Uningá*, 52(2), 14-29. <https://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1398/1898>
- Gómez-Ríos, M. A., Abad-Gurumeta, A., Casans-Francés, R., & Calvo-Vecino, J. M. (2019). Keys to optimize the operating room efficiency. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 66(2), 104-112. <https://doi.org/10.1016/j.redare.2018.08.011>
- Gonçalves, P. D. B., Sequeira, C. A. C., & Paiva E Silva, M. A. T. C. (2019a). Nursing interventions in mental health and psychiatry: Content analysis of records from the nursing information systems in use in Portugal. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 26(7-8), 199–211. <https://doi.org/10.1111/jpm.12536>
- Gonçalves, R. C. S., Sé, A. C. S., Tonini, T., & Figueiredo, N. M. A. (2019b). Teoria e prática na prevenção da infecção do sítio cirúrgico. *Revista de Enfermagem UFPE*, 13, e241832. <https://doi.org/10.5205/191-8963.2019.24183>
- Göras, C., Nilsson, U., Ekstedt, M., Unbeck, M., & Ehrenberg, A. (2020). Managing complexity in the operating room: a group interview study. *BMC health services research*, 20(1), 440. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05192-8>
- Gulsen, M., & Ozmen, D. (2020). The relationship between emotional labour and job satisfaction in nursing. *International nursing review*, 67(1), 145–154. <https://doi.org/10.1111/inr.12559>
- Gutierrez, L. S., Santos, J. L. G. D., Peiter, C. C., Menegon, F. H. A., Sebold, L. F., & Erdmann, A. L. (2018). Good practices for patient safety in the operating room: nurses' recommendations. *Revista brasileira de enfermagem*, 71(suppl 6), 2775–2782. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0449>
- Hardy, A., Courgeon, M., Pellei, K., Desmeules, F., Loubert, C., & Vendittoli, P. A. (2022). Improved clinical outcomes of outpatient enhanced recovery hip and knee replacements in comparison to standard inpatient procedures: A study of patients who experienced both. *Orthopaedics & traumatology, surgery & research: OTSR*, 108(6), 103236. <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2022.103236>
- Hardy, A., Gervais-Hupé, J., Desmeules, F., Hudon, A., Perreault, K., & Vendittoli, P. A. (2021). Comparing ERAS-outpatient versus standard-inpatient hip and knee replacements: a mixed methods study exploring the experience of patients who underwent both. *BMC musculoskeletal disorders*, 22(1), 978. <https://doi.org/10.1186/s12891-021-04847-9>
- Haugen, A. S., Sevdalis, N., & Søfteland, E. (2019). Impact of the World Health Organization Surgical Safety Checklist on Patient Safety. *Anesthesiology*, 131(2), 420–425. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000002674>
- Hootsmans, N., Parmiter, S., Connors, K., Badve, S. B., Snyder, E., Turcotte, J. J., Jayaraman, S. S., & Zahiri, H. R. (2023). Outcomes of an enhanced recovery after surgery (ERAS) program to limit perioperative opioid use in outpatient minimally invasive GI and

hernia surgeries. *Surgical endoscopy*, 37(9), 7192–7198.
<https://doi.org/10.1007/s00464-023-10217-4>

Hospital da Luz (2024). *HBA dá formação a outros hospitais no programa ERAS*. Recuperado de <https://www.hospitaldaluz.pt/pt/comunicacao/noticias/hba-da-formacao-a-outros-hospitais-no-programa-eras>

IASP. (2017a). *O que as pessoas deveriam saber sobre Dor Pós-Operatória? FICHA TÉCNICA No. 1*.
https://www.apeddor.org/images/FactSheets/PosCirurgica/1._Vis%C3%A3o_geral_a_o_paciente.Carr-Morlion-Pt.pdf

IASP. (2017b). *Manejo da Dor Pós-Operatória em Adultos. FICHA TÉCNICA No. 5*.
https://www.apeddor.org/images/FactSheets/PosCirurgica/5._Manejo_da_Dor_Pos_Operatoria.Schug-Pt.pdf

ICN. (2019). *CIPE – português*. <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Portugu%C3%AAs.pdf>

ICN. (2020). *Guidelines on advanced practice nursing 2020*.
https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APNReport_EN_WEB.pdf

ICN. (2022). *Patient Safety*. <https://www.icn.ch/nursing-policy/icn-strategic-priorities/patient-safety>

INE. (2024a). *Recuperação da atividade hospitalar em 2022*.
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=643910869&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

INE. (2024b). *Instituto Nacional de Estatística*. www.ine.pt

Işık, I., Gümüşkaya, O., Şen, S., & Arslan Özkan, H. (2020). The Elephant in the Room: Nurses' Views of Communication Failure and Recommendations for Improvement in Perioperative Care. *AORN journal*, 111(1), e1–e15.
<https://doi.org/10.1002/aorn.12899>

Jain, Y., Lanjewar, R., Lamture, Y., & Bawiskar, D. (2023). Evaluation of Different Approaches for Pain Management in Postoperative General Surgery Patients: A Comprehensive Review. *Cureus*, 15(11), e48573. <https://doi.org/10.7759/cureus.48573>

JBİ. (2013). *JBİ Levels of Evidence*. https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBİ-Levels-of-evidence_2014_0.pdf

JBİ. (2024). *Critical Appraisal Tools*. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>

Jensen B. T. (2021). Organization Factors in the ERAS Bladder Cancer Pathway: The Multifarious Role of the ERAS Nurse, Why and What Is Important?. *Seminars in oncology nursing*, 37(1), 151106. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2020.151106>

Jogerst, K., Thomas, O., Kosiorek, H. E., Gray, R., Cronin, P., Casey, W., 3rd, Rebecca, A., Craner, R., Young-Fadok, T., & Pockaj, B. (2020). Same-Day Discharge After

Mastectomy: Breast Cancer Surgery in the Era of ERAS[®]. *Annals of surgical oncology*, 27(9), 3436–3445. <https://doi.org/10.1245/s10434-020-08386-w>

- Joshi, G. P., & Kehlet, H. (2019). Postoperative pain management in the era of ERAS: An overview. *Best practice & research. Clinical anaesthesiology*, 33(3), 259–267. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2019.07.016>
- Jost, M. T., Branco, A., Viegas, K., & Caregnato, R. C. A. (2020). Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória: avaliando os processos de trabalho no transoperatório. *Enfermagem Foco*, 10(7), 43-49. <https://dx.doi.org/707X.2019.v10.n7.2354>
- Karam, M. (2020). A Word from the President. *EORNA News*. <https://us16.campaign-archive.com/?u=53a85c37f858d05c9b6cd429a&id=06e8773fbd>
- Kehlet, H. (2018). ERAS implementation—Time to move forward. *Annals of Surgery*, 267(6), 998-999. <https://doi.org/10.1097/SLA.000000000000272>
- Lau, C. S., & Chamberlain, R. S. (2017). Enhanced Recovery After Surgery Programs Improve Patient Outcomes and Recovery: A Meta-analysis. *World journal of surgery*, 41(4), 899–913. <https://doi.org/10.1007/s00268-016-3807-4>
- Lei n.º 15/2014 de 21 de março. (2014). *Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde*. Diário da República, I Série - n.º 57. Assembleia da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/15-2014-571943>
- Lei n.º 156/2015 de 16 setembro. (2015). *Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais*. Diário da República, I Série - n.º 181. Assembleia da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Lei n.º 8/2024 de 19 de janeiro. (2024). *Alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Diário da República, I Série - n.º 14. Assembleia da República. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2024/01/01400/0005700075.pdf>
- Lemos, C., Poveda, V., & Peniche, P. (2017). Construção e validação de um protocolo assistencial de enfermagem em anestesia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2143.2952>
- Leonardsen, A. L., Moen, E. K., Karlsøen, G., & Hovland, T. (2019). A quantitative study on personnel's experiences with patient handovers between the operating room and the postoperative anesthesia care unit before and after the implementation of a structured communication tool. *Nursing Reports*, 9(1), 8041. <https://doi.org/10.4081/nursrep.2019.8041>
- Liu, Z., Qiu, T., Pei, L., Zhang, Y., Xu, L., Cui, Y., Liang, N., Li, S., Chen, W., & Huang, Y. (2020). Two-Week Multimodal Prehabilitation Program Improves Perioperative Functional Capability in Patients Undergoing Thoracoscopic Lobectomy for Lung Cancer: A Randomized Controlled Trial. *Anesthesia and analgesia*, 131(3), 840–849. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004342>

- Lizarondo, L., Stern, C., Carrier, J., Godfrey, C., Rieger, K., Salmond, S., Apostolo, J., Kirkpatrick, P., & Loveday, H. (2024). Mixed methods systematic reviews. E. Aromataris, C. Lockwood, K. Porritt, B. Pilla, & Z. Jordan (Eds.), *JBIMES-24-07* (pp. 107-120). JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-07>
- Ljungqvist, O. (2019). Enhanced recovery after surgery and the ERAS® Society. *Journal of Pancreatology*, 2(3), 65-68. <https://doi.org/10.1097/JP9.000000000000025>
- Ljungqvist, O., Scott, M., & Fearon, K. C. (2017). Enhanced Recovery After Surgery: A Review. *JAMA surgery*, 152(3), 292–298. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2016.4952>
- 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>
- Lockwood, C., Munn, Z., & Porritt, K. (2015). Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *International journal of evidence-based healthcare*, 13(3), 179–187. <https://doi.org/10.1097/XEB.000000000000062>
- Lopes, E. de J., Bouzon, M., & Rego Júnior, R. A. (2024). CAPÍTULO 2 – O passo a passo para realizar uma Revisão Sistemática de Literatura. Organização de E. de J. Lopes, M. Bouzon, & M. J. Neto (Eds.), *Revisão sistemática: Tendências e desafios contemporâneos*.
- Lopes, C. M., Haas, V. J., Dantas, R. A., Oliveira, C. G., & Galvão, C. M. (2016). Assessment scale of risk for surgical positioning injuries. *Revista latino-americana de enfermagem*, 24, e2704. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0644.2704>
- Lucas, P., Jesus, E., Almeida, S., & Araújo, B. (2021). Validation of the Psychometric Properties of the Practice Environment Scale of Nursing Work Index in Primary Health Care in Portugal. *International journal of environmental research and public health*, 18(12), 6422. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126422>
- Machado, J. D., & Andrade, A. (2020). Supervisão: Conceito e tendências em um estudo de revisão da literatura. *Revista de Estudo e Pesquisa em Educação*, 22(2), 322-338. <https://doi.org/10.34019/1984-5499.2020.v22.30521>
- Mahama, F., & Ninnoni, J. P. K. (2019). Assessment and Management of Postoperative Pain among Nurses at a Resource-Constraint Teaching Hospital in Ghana. *Nursing research and practice*, 2019, 9091467. <https://doi.org/10.1155/2019/9091467>
- Martinez, W. D., Bizotto, T. S. G., Lima, A. R. de A., Faria, J. I. L., Brienze, V. M. S., Nunes, L. V. S. C., & André, J. C. (2023). Psychological resilience in promoting mental health in nursing students: A scope review protocol. *Research Society and Development*, 12(7), e11912742624. <https://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i7.42624>
- Martins, T. P., Souza, D. M., Souza, D. M., & Souza, D. M. (2023). Uso da anestesia multimodal no tratamento da dor pós-operatória. *Brazilian Journal of Pain*, 6(4). <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20230075-pt>

- McEwen, M., & Wills, E. (2019). *Theoretical basis for nursing* (5ª ed.). Wolters Kluwer Health. China
- Meissner, W., & Zaslansky, R. (2019). A survey of postoperative pain treatments and unmet needs. *Best practice & research. Clinical anaesthesiology*, 33(3), 269–286. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2019.10.003>
- Melo, U. G., Santana, R. F., Carmo, T. G., & Lopes, M. V. O. (2019). Diagnósticos de enfermagem no período transoperatório: mapeamento cruzado. *Revista SOBECC*, 24(4), 193-199. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201900040004>
- Mendes, D. I. A., Ferrito, C. R. A. C., & Gonçalves, M. I. R. (2018). Nursing Interventions in the Enhanced Recovery After Surgery®: Scoping Review. *Revista brasileira de enfermagem*, 71(suppl 6), 2824–2832. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0436>
- Mendes, D. I., & Ferrito, C. R. (2021). Consulta de enfermagem pré-operatória: Implementação e avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*, V(8). <https://doi.org/10.12707/RV20216>
- Mendonça, S. M. F. G. (2017). *Desenvolvendo competências especializadas no cuidado ao doente crítico: a transversalidade do controlo da infeção* [Relatório de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/25037/1/Relatório%20Final%20de%20Mestrado%20-%20Sónia%20Gonçalves%20\(1\).pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/25037/1/Relatório%20Final%20de%20Mestrado%20-%20Sónia%20Gonçalves%20(1).pdf)
- Mendonça, C. (2022). Você está preparado para implementar um cuidado de excelência durante o posicionamento cirúrgico do paciente? *Global Academic Nursing Journal*. <https://www.globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/announcement/view/10>
- Miguel, G. (2021). Entrevista enfermeiros perioperatórios: AESOP quer aumentar literacia em segurança cirúrgica. *Jornal Enfermeiro*. <https://www.jornalenfermeiro.pt/entrevistas/item/1976-enfermeiroperioperatorios-aesop-quer-aumentar-literacia-em-seguranca-cirurgica.html>
- 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>
- Miranda, C. B., Almeida, F. de A., & Maia, E. B. S. (2022). Modelo de implementação sistemática do brinquedo terapêutico em unidades pediátricas hospitalares. *Escola Anna Nery*, 26. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0136pt>
- Mitchell, J. I., Graham, I. D., & Nicklin, W. (2020). The unrecognized power of health services accreditation: more than external evaluation. *International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care*, 32(7), 445–455. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa063>
- Modesto, A. C. F., Ferreira, T. X. A. M., Provin, M. P., Amaral, R. G., & Lima, D. M. (2016). Reações adversas a medicamentos e farmacovigilância: conhecimentos e condutas de profissionais de saúde de um hospital da rede sentinela. *Revista Brasileira de*

- Molina, C. J., Valls, L. L., Villegas, V. F., & Ruíz, S. S. (2023). Avaliação de enfermagem da ansiedade pré-operatória pediátrica: Um estudo qualitativo? *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 31. <https://doi.org/10.1590/1518-8345-6230-3739>
- Moola, S., Munn, Z., Tufanaru, C., Aromataris, E., Sears, K., Sfetcu, R., Currie, M., Qureshi, R., Mattis, P., Lisy, K., & Mu, P.-F. (2020). Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk. E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://synthesismanual.jbi.global>
- Morais, C., Amorim, M. I., Viana, C. C., Cerqueira, M. M., & Calvinho, M. S. (2020). Saúde em cadeia: (Co)construção de percursos de literacia em saúde e qualidade de vida. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (spe 7), 88–96. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0252>
- Moreira, A. F. R. (2017). *Um cuidar especializado e transcultural do doente crítico*. [Relatório de Mestrado]. Universidade Católica Portuguesa]. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/22927/1/Relatório%20Mestrado%20em%20Enfermagem%20Médico-Cirúrgica%20-%20Andreia%20Moreira.pdf>
- Mota, A. S. de C., Castilho, A. F. de O. M., & Martins, M. M. F. P. da S. (2021a). Avaliação da segurança do doente no bloco operatório: percepção dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, V(6). <https://doi.org/10.12707/RV20134>
- Mota, A. S. C., Castilho, A. F. O. M., & Martins, M. M. F. P. (2021b). Ambiente de prática e a segurança do doente no bloco operatório: dimensões preditoras. *Revista Cogitare Enfermagem*, 26. <https://doi.org/10.5380/ce.v2i0.82289>
- Mota, L., Monteiro, C., Pacheco, C., Francisca, M., Amador, R., & Oliveira, T. (2021c). Fatores que influenciam a prática simulada na formação em enfermagem: scoping review. *Millenium*, 2(16), 57-63. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/24976>
- Moura, D., Santos, S., Teixeira, D., Penaforte, H., Sequeira, C., & Moura, C. (2019). O significado dos cuidados de enfermagem para o enfermeiro docente. *Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*, 2(1), 33-40. <https://doi.org/10.37914/riis.v2i1.45>
- Munk, A., Jacobsen, H. B., Schnur, J., Montgomery, G., & Reme, S. E. (2023). Acute and subacute postsurgical pain in women with breast cancer: incidence and associations with biopsychosocial predictors-a secondary analysis of a randomized controlled trial. *Pain reports*, 8(1), e1058. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000001058>
- Munn, Z., Barker, T. H., Moola, S., Tufanaru, C., Stern, C., McArthur, A., Stephenson, M., & Aromataris, E. (2020). Methodological quality of case series studies: An introduction to the JBI critical appraisal tool. *JBI Evidence Synthesis*, 18(10), 2127-2133
- Murphy, E. (2019). Patient safety and risk management. In J. C. Rothrock & D. R. McEwen (Eds.), *Alexander's Care of the Patient* (16th ed.). Elsevier. ISBN 978-0275971083

- Nascimento, J. S. G., Oliveira, J. L. G., Alves, M. G., Braga, F. T. M. M., Góes, F. S. N., & Dalri, M. C. B. (2020). Métodos e técnicas de debriefing utilizados em simulação na enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41, e20190182. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190182>
- Nascimento, T., Frade, I., Miguel, S., Presado, H., & Cardoso, M. (2019). Os sistemas de informação em Enfermagem e os indicadores de qualidade: Contributos e desafios para a prática clínica. In *Atas - Investigação Qualitativa em Educação*. <https://www.proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2363>
- Nascimento, T., Frade, I., Miguel, S., Presado, M., & Cardoso, M. (2021). Os desafios dos sistemas de informação em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(2), 505-510. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40802020>
- Nasiri, E., Lotfi, M., Mahdavinoor, S. M. M., & Rafiei, M. H. (2021). The impact of a structured handover checklist for intraoperative staff shift changes on effective communication, OR team satisfaction, and patient safety: a pilot study. *Patient safety in surgery*, 15(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s13037-021-00299-1>
- Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem, Teoria e Prática*. 1ª ed. Lidel. ISBN: 978-989-752-490-6
- Ng, M. S. P., Low, S. S. E., Tay, W. X., Lee, P., & Liao, Z. Q. G. (2023). Enhanced recovery after surgery protocol improves postoperative pain and shortens length of stay among patients undergoing primary total knee arthroplasty. *Journal of orthopaedics*, 47, 63–66. <https://doi.org/10.1016/j.jor.2023.11.003>
- Nijkamp, N., & Foran, P. (2021). The effects of staffing practices on safety and quality of perioperative nursing care: An integrative review. *Journal of Perioperative Nursing*, 34(1), 15-22. <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1117>
- Nobile, H., Moshtaghin, N. L. R., Lüddecke, Z., Schnarr, A., & Mertz, M. (2023). What can the citations of systematic reviews of ethical literature tell us about their use?-an explorative empirical analysis of 31 reviews. *Systematic reviews*, 12(1), 173. <https://doi.org/10.1186/s13643-023-02341-y>
- Nunes, J. S., Gomes, R., Povo, A., & Castro, A. E. (2018). Indicadores de Qualidade em Cirurgia Ambulatorial: Uma Revisão da Literatura Comparando Sistemas Portugueses e Internacionais. *Acta Médica Portuguesa*, 31(7-8), 425–430. <https://doi.org/10.20344/amp.10416>
- Nunes, L. (2017). *Para uma epistemologia de enfermagem* (p.127). Loures: Lusodidacta.
- Nunes, L. (2021). Segurança do doente e responsabilidade profissional. In F. Barroso, L. Sales, & S. Ramos (Eds.), *Guia prático para a segurança do doente* (pp. 107-119). Lidel.
- OE. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- OE. (2017a). *Assembleia extraordinária do colégio da especialidade de enfermagem medicocirúrgica: padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem*

médico-cirúrgica. Ordem dos enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

- OE. (2017b). *Atribuição de tempo para a passagem de turno*. Parecer n.º 61/2017 do Conselho de Enfermagem 2016-2019. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/CE_Parecer_61_AtribuicaoTempoPassagemTurno.pdf
- OE. (2017c). *Diferenciação das intervenções de enfermagem do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em relação ao enfermeiro generalista, num serviço de urgência*. Mesa de Colégio de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf
- OE. (2018). Regulamento n.º 76/2018. *Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão*. Diário da República, Série II - n.º 21, p. 3478-3487. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/114599547/details/normal?l=1>
- OE. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- OE. (2022). *Estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/25232/sai-oe-2022-806.pdf>
- OF. (2020). *Conselho de Colégio de Especialidade de Farmácia Hospitalar. Manual de Boas Práticas de Farmácia Hospitalar*. Ordem dos Farmacêuticos. https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/mbpfh_a_b_d_137054591165d7257a2a4c2.pdf
- Oliveira, D. D. S. S., Ribeiro Junior, U., Sartório, N. A., Dias, A. R., Takeda, F. R., & Ceconello, I. (2021). Impact of telephone monitoring on cancer patients undergoing esophagectomy and gastrectomy. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 55, e03679. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019023003679>
- Oliveira, H. M., Santos, A. M., Madeira, M. Z., Andrade, E. M., & Silva, G. R. (2019). Avaliação do risco para o desenvolvimento de lesões perioperatórias decorrentes do posicionamento cirúrgico. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40(esp.), 1-9. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180114>
- Oliveira, K. M. A., Marques, T. C., & Silva, C. D. A. (2020). Cuidados de enfermagem ao transtorno de ansiedade. *Revista das Ciências da Saúde e Ciências Aplicadas do Oeste Baiano - Higia*, 5(1), 397-412. <http://www.fasb.edu.br/revista/index.php/higia/article/view/612/535>
- OMS. (2009). *Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009: Cirurgia Segura Salva Vidas*. Direção Geral da Saúde.

- Orgambídez-Ramos, A., & de Almeida, H. (2017). Work engagement, social support, and job satisfaction in Portuguese nursing staff: A winning combination. *Applied nursing research: ANR*, 36, 37–41. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.05.012>
- Ornellas, T. C., & Monteiro, M. I. (2023). Lifelong learning entre profissionais de enfermagem: Desafios contemporâneos. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), e22055. <https://doi.org/10.12707/RVI22055>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. Traduzido por: Verónica Abreu, Sónia Gonçalves-Lopes, José Luís Sousa, e Verónica Oliveira (ESS Jean Piaget – Vila Nova de Gaia, Portugal). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Paixão, Q. L. da, Batista, M. M. C. M., & Oliveira, M. A. N. (2021). Dilemas éticos vivenciados pela equipe de enfermagem no cuidado perioperatório frente às iatrogenias/ Ethical dilemmas experienced by the nursing team in perioperative care in front of iatrogenias. *Brazilian Journal of Development*, 7(2), 17123–17142. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n2-372>
- Pancieri, A. P., Santos, B. P., Avila, M. A. G., & Braga, E. M. (2013). Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipas de um hospital escola. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(1), 71-78. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000100009>
- Paula, M. (2019). *O processo de integração do enfermeiro circulante em contexto perioperatório* [Relatório de Projeto/Estágio de Mestrado]. Instituto Politécnico de Setúbal
- Paz, J. (Ed.). (2022). *Ética e Investigação no Digital*. LE@D, Universidade Aberta. <https://doi.org/10.34627/leadf.2022.6>
- Pelarigo, A. S. (2019). *Implementação da consulta de enfermagem pré-operatória - Cuidar no pré-preparando o pós-operatório*. [Tese de Mestrado]. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29203/1/relatorio.pdf>
- Pereira, A. (2010). *Factores de Satisfação Profissional dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica*. [Tese de Mestrado]. Universidade da Beira Interior - Departamento de Gestão e Economia - Covilhã.
- Pereira, V. C., Silva, S. N., Carvalho, V. K. S., Zanghelini, F., & Barreto, J. O. M. (2022). Strategies for the implementation of clinical practice guidelines in public health: an overview of systematic reviews. *Health research policy and systems*, 20(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s12961-022-00815-4>
- Pinho, J. A. (Ed.). (2020). *Enfermagem em cuidados intensivos* (1ª ed., p. XXV, 354). Lisboa: Lidel
- Pinto, A. A. M., & Santos, F. T. dos. (2020). *Segurança do paciente: concepção e implantação da cultura de qualidade / Patient safety: design and implementation of quality*

- culture*. *Brazilian Journal of Development*, 6(3), 9796–9809. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n3-018>
- Pinto, A. C. P., & Mota, L. A. N. da. (2023). Evidence-based practice instruments for nurses validated for Portugal: Scoping review protocol. *Rev SALUS - Revista Científica da Rede Academia das Ciências da Saúde da Lusofonia*, 5(1). <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5i1.487>
- 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*, 4, 1-6. <http://dx.doi.org/10.12707/RV20059>
- Poeira, A., Nunes, L., Cerqueira, A., Silva, A., & Lopes, N. (2019). Dotações seguras na qualidade dos cuidados de enfermagem: Revisão sistemática. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 4(3). [https://doi.org/10.24902/r.riase.2018.4\(3\).1604](https://doi.org/10.24902/r.riase.2018.4(3).1604)
- Polanin, J. R., Pigott, T. D., Espelage, D. L., & Grotzinger, J. K. (2019). Best practice guidelines for abstract screening large-evidence systematic reviews and meta-analyses. *Research Synthesis Methods*, 10(3), 330–342. <https://doi.org/10.1002/jrsm.1354>
- Portaria n.º 97/2024/1 de 12 de março. (2024). Diário da República, Série I - n.º 51. Defesa Nacional, Trabalho, Solidariedade, e Segurança Social e Saúde. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/97-2024-855197514>
- Poveda, V. B., Lemos, S. L., Lopes, S. G., Pereira, M. C. O., & Carvalho, R. (2021). Implementation of a surgical safety checklist in Brazil: A cross-sectional study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, (2). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0874>
- PRISMA (2024). *Prisma Flow Diagram*. <https://www.prisma-statement.org/prisma-2020-flow-diagram>
- Prielipp, R. C., Weinkauff, J. L., Esser, T. M., Thomas, B. J., & Warner, M. A. (2017). Falls From the O.R. or Procedure Table. *Anesthesia and analgesia*, 125(3), 846–851. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002125>
- Príncipe, F. & Mota, L. (2023). *A Translação da Ciência na Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Liliana, M. (Ed.), *Prática Baseada na Evidência na Enfermagem Especializada*. (pp. 55-61). ESSNorteCVP
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Ramalho, A., & Petrica, J. (2023). *Metodologia de investigação em gerontomotricidade: Introdução à revisão sistemática de estudos mistos*. Politécnico de Castelo Branco. <https://isbn/search?isbn=978-989-53931-3-8>
- Ramos, A. L., & Barbieri-Figueiredo, M. (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. Lidel. ISBN 978-989-752-344-1

- Ramos, S., Perdigão, P., & Oliveira, R. P. (2019). Erros relacionados aos medicamentos. P. Sousa & W. Mendes (Eds.), *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde* (2nd ed., pp. 161-188). Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ. <https://doi.org/10.7476/9788575416419.0011>
- Rauta, S. (2019). *Nursing intensity and nurse staffing in perioperative settings*. [Tese de Doutoramento]. Universidade de Turku. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-7559-4>
- Raymond, C., Profetto-McGrath, J., Myrick, F., & Strean, W. B. (2018). Balancing the seen and unseen: Nurse educator as role model for critical thinking. *Nurse Education in Practice*, 31, 41–47. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.04.010>
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (2018). *Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica*. Diário da República, Série II, nº135. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Regulamento n.º 613/2022, de 08 de julho (2022). *Regulamento que define o ato do enfermeiro*. Diário da República, Série II - nº 131. <https://files.dre.pt/2s/2022/07/131000000/0017900182.pdf>
- Regulamento n.º 705/2021 de 27 de julho (2021). *Regulamento dos Cursos de Mestrado em Enfermagem*. Diário da República, Série II - nº 144, p. 122-129. Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa - Lisboa. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/705-2021-168374248>
- Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro (2019). *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Diário da República, Série II - nº 184. Ordem dos Enfermeiros. <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, Série II - nº 26, p. 4744-4750. Assembleia da República. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Resolução do Conselho de Ministros (2002). *Aprova o Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas*. Diário da República n.º 121/2002, Série I-B, p.4718. Presidência do Conselho de Ministros
- Ribeiro, B., & Souza, J. S. M. de. (2022). A segurança do paciente no centro cirúrgico: Papel da equipe de enfermagem. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, 43(1), 27–38. <https://doi.org/10.5433/1679-0367.2022v43n1p27>
- Ribeiro, O. M., Martins, M. M., Tronchin, D. M., & Silva, J. M. (2018). Exercício profissional dos enfermeiros sustentados nos referenciais teóricos da disciplina: Realidade ou utopia. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(19), 39-48. <https://doi.org/10.12707/RIV18040>

- Ribeiro, I. A., Guimarães, D. B. O., Abreu, I. M., Barradas, N. N. U. F., Avelino, F. V. S. D., Marques, L. L., Dias, S. R. S., & Mendes, P. M. (2019a). Atitudes de segurança da equipe de enfermagem no ambiente hospitalar. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.239908>
- Ribeiro, O. M., Martins, M. M., Tronchin, D. M., Silva, J. M., & Forte, E. C. (2019b). Modelos de exercício profissional usados pelos enfermeiros em hospitais portugueses. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(1), 24-31. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0670>
- Ribeiro, O., Martins, M. M. F. P. da S., & Tronchin, D. M. R. (2017). Qualidade dos cuidados de enfermagem: Um estudo em hospitais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(14), 89-99. <https://doi.org/10.12707/RIV16086>
- Rocha, R. C., Abreu, I. M., Carvalho, R. E. F. L., Rocha, S. S., Madeira, M. Z. A., & Avelino, F. V. S. D. (2021). Patient safety culture in surgical centers: Nursing perspectives. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade São Paulo*, 55. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020034003774>
- Roever, L. (2020). *Guia prático de revisão sistemática e metanálise*. Rio de Janeiro, RJ: Thieme Revinter.
- Rosa, I., Pais, D., & Guimarães Consciência, J. (2016). Os princípios da bioética aplicados em urgência hospitalar. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 23(1), 18-23. https://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23_n1_2016_18_23.pdf
- Rouleau, G., Gagnon, M. P., Côté, J., Payne-Gagnon, J., Hudson, E., Dubois, C. A., & Bouix-Picasso, J. (2019). Effects of E-Learning in a Continuing Education Context on Nursing Care: Systematic Review of Systematic Qualitative, Quantitative, and Mixed-Studies Reviews. *Journal of medical Internet research*, 21(10), e15118. <https://doi.org/10.2196/15118>
- Rove, K. O., Edney, J. C., & Brockel, M. A. (2018). Enhanced recovery after surgery in children: Promising, evidence-based multidisciplinary care. *Paediatric anaesthesia*, 28(6), 482–492. <https://doi.org/10.1111/pan.13380>
- Santiago, A. E., Filho, A. L. D. S., Cândido, E. B., Ribeiro, P. A., Silva, J. C. R. E., Primo, W. Q. S. P., Carvalho, J. P., Podgaec, S., Lino, C. A. P. C., Quintáiros, R. A., & Brito, L. G. O. (2022). Perioperative management in gynecological surgery based on the ERAS program. *Revista brasileira de ginecologia e obstetricia : revista da Federacao Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetricia*, 44(2), 202–210. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1743401>
- Santos, C., & Brandão, D. (2021). Terapêuticas não convencionais para diminuição da ansiedade em pacientes no período pré-operatório imediato: Um estudo revisão integrativa. *Gep News*, 5(1), 16-19
- Santos, C. & Martinho, M. (2023). Análise sobre a aplicabilidade da ferramenta Briefing and Debriefing para a melhoria da comunicação e segurança do paciente cirúrgico. *Repositório Institucional Do UNILUS*. <http://revista.unilus.edu.br/index.php/rtcc/article/view/1624/1316>

- Santos, J. (2023). Enfermagem avançada: recordar o passado, apreciar o presente e perspetivar o futuro. *Pensar Enfermagem – Revista Científica | Journal of Nursing*, 27(1), 87-94
- Santos, W. P. dos., & Wilk, M. M. G. de S. (2023). Contributions of perioperative nursing to patient safety in the operating room: An integrative review. *Research, Society and Development*, 12(2), e14712240089. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i2.40089>
- Schmidt, T., Kocher, D. R., Mahendran, P., & Denecke, K. (2019). Dynamic Pocket Card for Implementing ISBAR in Shift Handover Communication. *Studies in Health Technology and Informatics*, 267, 224–229. <https://doi.org/10.3233/SHTI190831>
- Scott, M. J., Baldini, G., Fearon, K. C., Feldheiser, A., Feldman, L. S., Gan, T. J., Ljungqvist, O., Lobo, D. N., Rockall, T. A., Schricker, T., & Carli, F. (2015). Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) for gastrointestinal surgery, part 1: pathophysiological considerations. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*, 59(10), 1212–1231. <https://doi.org/10.1111/aas.12601>
- Semachew, A., Belachew, T., Tesfaye, T., & Adinew, Y. M. (2017). Predictors of job satisfaction among nurses working in Ethiopian public hospitals, 2014: institution-based cross-sectional study. *Human resources for health*, 15(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0204-5>
- Serra, D. M. P., Costa, I. A., Godinho, S. F. F., Henriques, M. F., & Gouveia, M. J. (2022). As auditorias em enfermagem nas organizações de saúde: revisão narrativa da literatura. *Gestão e Desenvolvimento*, (30), 317-337. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11388>
- Shin, J. Y., & Jang, E. H. (2023). Influence of person-centered perioperative nursing and patient safety competency on patient safety management activities among operating room nurses: A descriptive survey study. *Korean Journal of Adult Nursing*, 35(2), 97. <https://doi.org/10.7475/KJAN.2023.35.2.97>
- Silva, A. L., & Paiva, A. P. (2022). Metodologia da pesquisa científica no Brasil: Natureza da pesquisa, métodos e processos da investigação. *Research, Society and Development*, 11(10), e479111032264. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i10.32264>
- Silva, O. M., Marin, S., Agnol, M. D., & Ascari, R. A. (2020). Fortalecendo a Enfermagem Perioperatória: Desenvolvimento de Checklist Assistencial e de Materiais e Equipamentos. *EXTRAMUROS- Revista de Extensão UNIVASF, Petrolina*, 8(1), 074-084. <https://www.periodicos.univasf.edu.br/index.php/extramuros/article/view/1041/762>
- Silva, G. T., Góis, R. M., Almeida, D. B., Santos, T. B., Cantarino, M. S., & Queirós, P. J. (2021a). Evidências sobre modelos de gestão em enfermagem nos serviços hospitalares: revisão integrativa. *Acta Paul Enferm.* <https://doi.org/10.37689/actaape/2021AR02095>
- Silva, R. d., Jacinto, R. R., & Pereira, R. G. (2021b). Formação pedagógica na enfermagem: reflexão para a prática. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*, 15, 1-6. <https://doi.org/10.25248/reaenf.e9080.2021>

- Silva, R. M. O., Luz, M. D. A., Fernandes, J. D., Silva, L. S., Cordeiro, A. L. A. O., & Mota, L. S. R. (2018). Tornar-se especialista: Expectativas dos enfermeiros portugueses após a realização do curso de especialização. *Revista de Enfermagem Referência*, (16), 147-154. <https://doi.org/10.12707/RIV17076>
- Sitoe, R. M. (2006). Aprendizagem ao longo da vida: Um conceito utópico? *Comportamento Organizacional e Gestão*, 12(2), 283-290. <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/142/1/COG%2012%20%282%29%20%282006%29%20283-290.pdf>
- 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>
- SNS. (2024a). <https://www.sns.gov.pt/institucional/entidades-de-saude/>
- SNS. (2024b). % de episódios GDH ambulatoriais cirúrgicos para procedimentos ambulatorizáveis. <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZjJiMTgyNmUtYWl0ZS00MTgyLTlmNjMtYTdlYjg4N2IxY2lyliwidCI6IjlyZg0NjA4LWYwMWQ0NDZjNS04MDI0LTZyY2M5NjJlNjY1MSI0slmMiOjh9>
- Soares, C. S. (2021). *Formação de Estudantes em Ensino Clínico: Intervenção Supervisiva do Tutor*. [Tese de Doutoramento não publicada]. Universidade de Aveiro. https://ria.ua.pt/bitstream/10773/30568/1/Documento_Cust%C3%B3dio_Soares.pdf
- Soeiro, I. M. F. (2021). *Avaliação do risco de úlceras por pressão na pessoa em situação crítica: Comparação da escala de Braden com a escola revista Cubbin & Jackson*. [Tese de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem São João de Deus. <https://hdl.handle.net/20.500.12207/5720>
- Soncrant, C. M., Warner, L. J., Neily, J., Paull, D. E., Mazzia, L., Mills, P. D., Gunnar, W., & Hemphill, R. R. (2018). Root Cause Analysis of Reported Patient Falls in ORs in the Veterans Health Administration. *AORN journal*, 108(4), 386–397. <https://doi.org/10.1002/aorn.12372>
- Sousa, J. R., Bizerra, L., Santos, J. S., Spíndola, N. M. S., Policarpo, L. M. B., Batista, J. M., Carvalho, J. A., Silva, G. M., Silva, J. R., Silva, V. O., Carvalho, L. R., Nascimento, S. R., Santos, R. S., & Bezerra, F. M. C. (2019). Assistência ao paciente no pós-operatório de trauma ortopédico: Revisão de literatura. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research* – *BJSCR*, 28(3), 73-76. https://www.mastereditora.com.br/periodico/20191006_205052.pdf
- Souza, A. T. G., da Silva, T. K. P., Domingues, A. N., Tognoli, S. H., Eduardo, A. H. A., Macedo, J. I., & Mendes, A. A. (2020). Segurança do paciente em centro cirúrgico: percepção dos profissionais de enfermagem [Patient Safety in the Surgical Center: Nursing Professional's Perceptions]. *SOBECC*, 25(2), 75-82. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202000020003>
- Souza, R. M., Araújo, M. G. S., Veríssimo, R. C. S. S., Comassetto, I., Ferreira, F. A. S., & Bernardo, T. H. L. (2016). Aplicabilidade do checklist de cirurgia segura em centros cirúrgicos hospitalares [Applicability of the safe surgery checklist in hospital surgical

centers]. *Revista SOBECC*, 21(4), 192-197. <https://doi.org/10.5327/Z1414-442520160004000>

- Spector P. E. (1985). Measurement of human service staff satisfaction: development of the Job Satisfaction Survey. *American journal of community psychology*, 13(6), 693–713. <https://doi.org/10.1007/BF00929796>
- Stamenkovic, D. M., Rancic, N. K., Latas, M. B., Neskovic, V., Rondovic, G. M., Wu, J. D., & Cattano, D. (2018). Preoperative anxiety and implications on postoperative recovery: what can we do to change our history. *Minerva anesthesiologica*, 84(11), 1307–1317. <https://doi.org/10.23736/S0375-9393.18.12520-X>
- Straughan, D. M., Lindsey, J. T., Jr, McCarthy, M., Legendre, D., & Lindsey, J. T., Sr (2021). Enhanced Recovery After Surgery Protocol With Ultrasound-Guided Regional Blocks in Outpatient Plastic Surgery Patients Leads to Decreased Opioid Prescriptions and Consumption. *Aesthetic surgery journal*, 41(8), NP1105–NP1114. <https://doi.org/10.1093/asj/sjab137>
- Talley, D. A., Dunlap, E., Silverman, D., Katzer, S., Huffines, M., Dove, C., Anders, M., Galvagno, S. M., & Tisherman, S. A. (2019). Improving Postoperative Handoff in a Surgical Intensive Care Unit. *Critical care nurse*, 39(5), e13–e21. <https://doi.org/10.4037/ccn2019523>
- 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>
- Toney-Butler, T. J., & Unison-Pace, W. J. (2023). Nursing Admission Assessment and Examination. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Tostes, M. F. P., & Galvão, C. M. (2019). Lista de verificação de segurança cirúrgica: benefícios, facilitadores e barreiras na perspectiva da enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40(especial), e20180180. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180180>
- Tostes, M. F. P., & Galvão, C. M. (2020). Implementação e uso diário da lista de verificação de segurança cirúrgica em hospitais. *Revista Sobecc*, 25(4), 204-211. <http://dx.doi.org/10.5327/z1414-4425202000040003>
- Trejo-Ávila, M. E., Romero-Loera, S., Cárdenas-Lailson, E., Blas-Franco, M., Delano-Alonso, R., Valenzuela-Salazar, C., & Moreno-Portillo, M. (2019). Enhanced recovery after surgery protocol allows ambulatory laparoscopic appendectomy in uncomplicated acute appendicitis: a prospective, randomized trial. *Surgical endoscopy*, 33(2), 429–436. <https://doi.org/10.1007/s00464-018-6315-9>
- Trevilato, D. D., Costa, M. R. da, Magalhães, A. M. M., et al. (2022). Nurses' conceptions regarding patient safety during surgical positioning. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 43. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210045>
- Trevilato, D. D., Melo, T. C., Fagundes, M. A., & Caregnato, R. C. (2018). Posicionamento cirúrgico: prevalência de risco de lesões em pacientes cirúrgicos. *Revista Sobecc*, 23(3), 124-129. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201800030003>

- Tyerman, J., Luctkar-Flude, M., Graham, L., Coffey, S., & Olsen-Lynch, E. (2019). A systematic review of health care presimulation preparation and briefing effectiveness. *Clinical Simulation in Nursing*, 27, 12-25. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2018.11.002>
- Vaismoradi, M., Tella, S., A Logan, P., Khakurel, J., & Vizcaya-Moreno, F. (2020). Nurses' Adherence to Patient Safety Principles: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 17(6), 2028. <https://doi.org/10.3390/ijerph17062028>
- Van Wicklin, S. A. V. (2020). The Perioperative Patient Focused Model: A literature review. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 18. <https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2019.100083>
- Van Horne, A., & Van Horne, J. (2019). Presurgical optimization and opioid-minimizing enhanced recovery pathway for ambulatory knee and hip arthroplasty: postsurgical opioid use and clinical outcomes. *Arthroplasty today*, 6(1), 71–76. <https://doi.org/10.1016/j.artd.2019.08.010>
- Ventura-Silva, J., Martins, M. M. F. P. da S., Trindade, L. de L., & Ribeiro, O. M. P. L. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: Scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2). <https://dx.doi.org/10.30681/252610105480>
- Vieira, V., Carmona, C., Silva Pinto, J., & Marcos, A. (2017). Recomendações para Abordagem Anestésica do Doente Idoso em Cirurgia Ambulatória. *Revista Da Sociedade Portuguesa De Anestesiologia*, 26(2). <https://doi.org/10.25751/rspa.10234>
- Wainwright, T. W., Jakobsen, D. H., & Kehlet, H. (2022). The current and future role of nurses within enhanced recovery after surgery pathways. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 31(12), 656–659. <https://doi.org/10.12968/bjon.2022.31.12.656>
- Wang, D., Liu, Z., Zhou, J., Yang, J., Chen, X., Chang, C., Liu, C., Li, K., & Hu, J. (2022). Barriers to implementation of enhanced recovery after surgery (ERAS) by a multidisciplinary team in China: a multicentre qualitative study. *BMJ open*, 12(3), e053687. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-053687>
- Willman, A., Bjuresäter, K., & Nilsson, J. (2020). Newly graduated registered nurses' self-assessed clinical competence and their need for further training. *Nursing open*, 7(3), 720–730. <https://doi.org/10.1002/nop2.443>
- WHO. (2020). *State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>
- WHO. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
- WHO. (2022). *Learning Strategy*. <https://www.who.int/about/who-academy/learning-strategy>

- Wu, G., & Taylor, B. (2020). Successful training programmes for nurses new to the perioperative environment. *The Dissector: Journal of the Perioperative Nurses College of the New Zealand Nurses Organisation*, 48(3), 25–28. <https://link.gale.com/apps/doc/A650393394/HRCA?u=anon~3066f9be&sid=googleScholar&xid=2cc53014>
- Yamane, M. T., Machado, V. K., Osternack, K. T., & Mello, R. G. (2019). Simulação realística como ferramenta de ensino na saúde: uma revisão integrativa. *Revista Espaço para a Saúde*, 20(1), 87-112. <https://doi.org/10.22421/15177130-2019v20n1p87>
- Zhang, X., Yang, J., Chen, X., Du, L., Li, K., & Zhou, Y. (2020). Enhanced recovery after surgery on multiple clinical outcomes: Umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Medicine*, 99(29), e20983. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000020983>
- Zhao, F. F., Suhonen, R., Koskinen, S., & Leino-Kilpi, H. (2017). Theory-based self-management educational interventions on patients with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of advanced nursing*, 73(4), 812–833. <https://doi.org/10.1111/jan.13163>
- Zhao, F. F., Suhonen, R., Koskinen, S., & Leino-Kilpi, H. (2017). Theory-based self-management educational interventions on patients with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of advanced nursing*, 73(4), 812–833. <https://doi.org/10.1111/jan.13163>

ANEXOS

ANEXO I: Formação em Serviço como Formanda

Certificado

Certifica-se que **Mariana Patricia De Jesus Alves Da Rocha** foi Formando(a) do tema “**Fluxograma do processo de enfermagem perante a hipotermia perioperatória**”, com a duração de **00h30**, integrado na Formação em Serviço e apresentado no Serviço de **UNIDADE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO - GERAL** no dia **14-11-2023**.

Vila Nova de Gaia, 17 junho de 2024

Responsável do Serviço de Formação



Tiago Oliveira

Conteúdos programáticos:

Apresentação de fluxograma do processo de enfermagem na identificação e prevenção da hipotermia inadvertida peri operatória em contexto de cirurgia de ambulatório

Certificado

Certifica-se que **Mariana Patricia De Jesus Alves Da Rocha** foi Formando(a) do tema “**Apresentação do carro de emergência**”, com a duração de **01h00**, integrado na Formação em Serviço e apresentado no Serviço de **UNIDADE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO - GERAL** no dia **14-11-2023**.

Vila Nova de Gaia, 17 junho de 2024

Responsável do Serviço de Formação



Tiago Oliveira

Conteúdos programáticos:

Workshop: Apresentação do carro de emergência

Demonstração, exposição e manipulação do conteúdo do carro de emergência na UCA

Certificado

Certifica-se que **Mariana Patricia De Jesus Alves Da Rocha** foi Formando(a) do tema “**Apresentação de protocolo para controlo de validades e stocks no BO da UCA**”, com a duração de **01h30**, integrado na Formação em Serviço e apresentado no Serviço de **UNIDADE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO - GERAL** no dia **15-11-2023**.

Vila Nova de Gaia, 17 junho de 2024

Responsável do Serviço de Formação



Tiago Oliveira

Conteúdos programáticos:

Apresentação e análise de protocolo para controlo das validades e gestão de stocks na UCA

Certificado

Certifica-se que **Mariana Patricia De Jesus Alves Da Rocha** foi Formando(a) do tema “**Central de monitorização**”, com a duração de **00h30**, integrado na Formação em Serviço e apresentado no Serviço de **UNIDADE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO - GERAL** no dia **28-11-2023**.

Vila Nova de Gaia, 17 junho de 2024

Responsável do Serviço de Formação



Tiago Oliveira

Conteúdos programáticos:

Demonstração do modo de funcionamento da central de monitorização na UCA

Certificado de **Frequência de Formação Profissional**

(Dec. Reg. N.º 35/2002 de 23 de abril)

Certifica-se que Mariana Patricia De Jesus Alves Da Rocha, natural de Porto, nascido(a) a 19-05-1987, portador(a) do documento de identificação n.º 13193464-3ZY7, válido até 22-08-2021, frequentou de 22-02-2024 a 22-02-2024, com a duração total de 00h30 horas, o Curso de Formação Profissional

Intervenções de enfermagem especializada do conforto térmico em contexto de cirurgia de ambulatório

Vila Nova de Gaia, 17 de junho de 2024

O Responsável pela Entidade Formadora



Tiago André Gomes de Oliveira
Diretor do Serviço de Formação

Certificado n.º 0/2024 (n.º sequência/ano)

Modalidade de Formação

Outras acções de formação contínua não inseridas no Catálogo Nacional de Qualificações

Plano Curricular

Módulo	Conteúdo programático	Carga horária
Intervenções de enfermagem especializada do conforto térmico em contexto de cirurgia de ambulatório	Intervenções de enfermagem de conforto térmico em contexto de cirurgia de ambulatório	00h30

Observações

O curso não prevê nenhum processo de avaliação.



SERVIÇO DE FORMAÇÃO (Acreditado pelo Ministério da Saúde desde 10/04/2000)
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA E ESPINHO, EPE
Rua Conceição Fernandes, 4434-502 VILA NOVA DE GAIA
NIPC: 508142156

Certificado de **Frequência de Formação Profissional**

(Dec. Reg. N.º 35/2002 de 23 de abril)

Certifica-se que Mariana Patricia De Jesus Alves Da Rocha, natural de Porto, nascido(a) a 19-05-1987, portador(a) do documento de identificação n.º 13193464-3ZY7, válido até 22-08-2021, frequentou de 23-02-2024 a 23-02-2024, com a duração total de 01h00 horas, o Curso de Formação Profissional

Checklist de anestesia

Vila Nova de Gaia, 17 de junho de 2024

O Responsável pela Entidade Formadora



Tiago André Gomes de Oliveira
Diretor do Serviço de Formação

Certificado n.º 0/2024 (n.º sequência/ano)



SERVIÇO DE FORMAÇÃO (Acreditado pelo Ministério da Saúde desde 10/04/2000)
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA E ESPINHO, EPE
Rua Concelção Fernandes, 4434-502 VILA NOVA DE GAIA
NIPC: 508142156

Modalidade de Formação

Outras acções de formação contínua não inseridas no Catálogo Nacional de Qualificações

Plano Curricular

Módulo	Conteúdo programático	Carga horária
Checklist de anestesia	Apresentação da checklist de anestesia a ser implementada no bloco da UCA	01h00

Observações

O curso não prevê nenhum processo de avaliação.



SERVIÇO DE FORMAÇÃO (Acreditado pelo Ministério da Saúde desde 10/04/2000)
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE GAIA E ESPINHO, EPE
Rua Conceição Fernandes, 4434-502 VILA NOVA DE GAIA
NIPC: 508142156

ANEXO II: Certificado de participação nas Jornadas de Enfermagem do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada “Pensar a Enfermagem: Práticas, Desafios e Oportunidades”



CERTIFICADO

Certifica-se que Mariana Patrícia de Jesus Alves da Rocha

esteve presente nas *Jornadas de Enfermagem do HDES*, realizadas na Biblioteca Pública e Arquivo Regional de Ponta Delgada, nos dias 25 e 26 de janeiro de 2024, num total de 13 horas.

Este evento foi acreditado pela Ordem dos Enfermeiros com 0,6 Créditos de Desenvolvimento Profissional.

A Comissão Organizadora

Sara Cepeda

A Comissão Científica

[Assinatura]

ANEXO III: Certificado de frequência do Curso “Comunicação em Saúde”



CERTIFICADO

Certifica-se que Mariana Patrícia de Jesus Alves da Rocha
esteve presente no Curso *“Comunicação em Saúde”* que decorreu no dia
24 de janeiro de 2024, com um total de 7 horas, inserido nas Jornadas de
Enfermagem do HDES, realizadas na Biblioteca Pública e Arquivo Regional
de Ponta Delgada. Este curso foi acreditado pela Ordem dos Enfermeiros
com o total de 0,35 Créditos de Desenvolvimento Profissional.

A Comissão Organizadora

A Comissão Científica

**ANEXO IV: Certificado de apresentação do poster
“Comunicação em Saúde: a Metodologia ISBAR na Transição
de Cuidados à Pessoa em Situação Perioperatória”**



CERTIFICADO

Certifica-se que Mariana Rocha, Jorge Moreira, Leonor Lopes, Goreti Andrade e Gisela Gonçalves, apresentaram o Poster “Comunicação em Saúde: a metodologia ISBAR na transição de cuidados à pessoa em situação perioperatória”, nas *Jornadas de Enfermagem do HDES*, realizadas na Biblioteca Pública e Arquivo Regional de Ponta Delgada, nos dias 25 e 26 de janeiro de 2024.

A Comissão Organizadora

A Comissão Científica

ANEXO V: Poster “Comunicação em Saúde: Metodologia ISBAR na Transição de Cuidados à Pessoa em Situação Perioperatória”

Comunicação em Saúde: Metodologia ISBAR na Transição de Cuidados à Pessoa em Situação Perioperatória

Mariana Rocha¹ Jorge Moreira² Leonor Lopes³ Goreti Andrade⁴ Gisela Gonçalves⁵

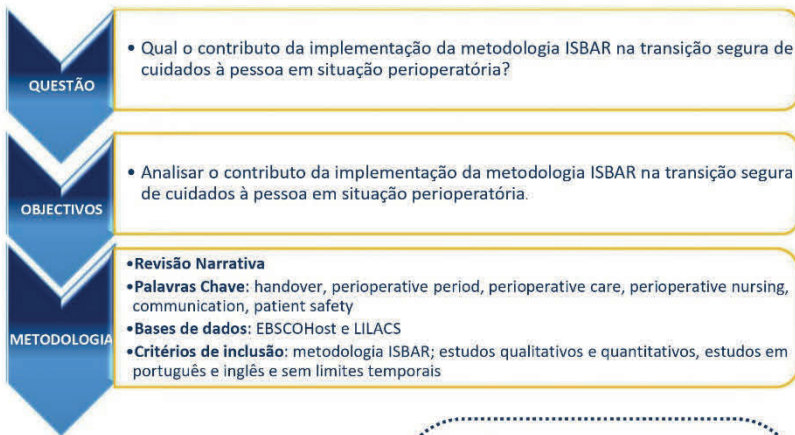
¹Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, ESSNorteCVP
²Enfermeiro Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, CHUdSA 3. Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no CHVNG/E
⁴Enfermeira Mestre em Enfermagem Médico Cirúrgica – área de especialização à Pessoa em Situação Perioperatória, CHVNG/E
⁵Enfermeira no CHVNG/E



Introdução:

A Direção Geral de Saúde admite a importância da comunicação no desenvolvimento da enfermagem, porquanto maioritariamente as suas intervenções baseiam-se na comunicação com o doente, sendo capital que tal seja adequada, oportuna, clara, completa, sem ambiguidade e no momento adequado para ser compreendida do melhor modo possível pelo recetor (DGS, 2017).

A técnica ISBAR apresenta-se com o intento da estandardização da comunicação na transferência de informação entre os demais elementos prestadores de cuidados, a fim de que a segurança do doente seja asseverada (DGS, 2017).



Discussão:

Os resultados salientam a importância da técnica ISBAR na otimização da transição de cuidados perioperatórios destacando benefícios como: assegurar que a informação vital não é omissa, a transição de informação possa ser realizada no tempo devido, e eficaz, ao lado da cama da pessoa em situação perioperatória. Destarte, em acordo com o objetivo desta revisão narrativa da literatura é permissível assumir os outcomes positivos na implementação da técnica ISBAR na transição segura de cuidados à pessoa em situação perioperatória.

Conclusão:

A implementação de uma técnica de comunicação na transição de cuidados em contexto perioperatório, assume-se como um método com reverberação na segurança da prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória. A técnica ISBAR apresenta-se, concludentemente, como uma ferramenta que possibilita a padronização e a eficiência de uma comunicação segura, sobrelevando o seu contributo aquando a prestação de cuidados perioperatórios.

Bibliografia



ANEXO VI: Certificado de apresentação do poster “Saphenous and iPACK blocks in the outpatient unicompartmental knee arthroplasty? Lessons Learnt.”



This certifies that "Saphenous and iPACK blocks in the outpatient unicompartmental knee arthroplasty? Lessons learnt." was presented as a poster at the 77th PostGraduate Assembly in Anesthesiology December 8 -11, 2023.

Primary author: Roberto Ameiro

Presenter: Mariana Thedim Dias

Co-Authors: Ana Martins, Edite Ribeiro, Mariana Rocha, Carla Bentes

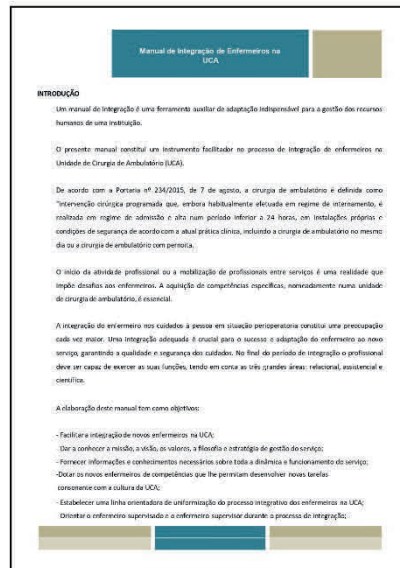
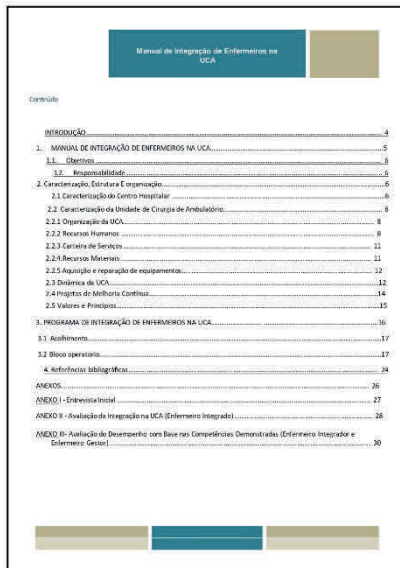
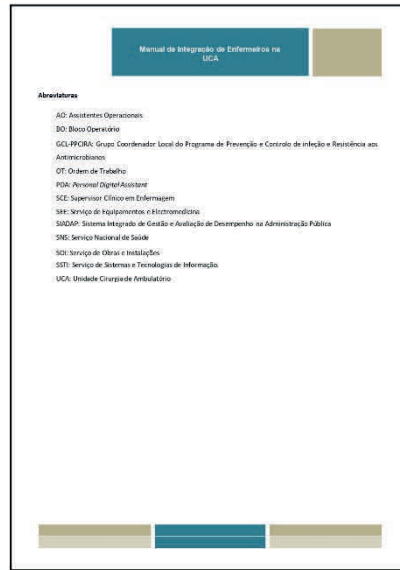
Linda Shore-Lesserson, M.D., FAHA, FASE
General Chair, Committee on Annual Sessions



APÊNDICES

APÊNDICE I: Manual de Integração dos Enfermeiros na UCA

Contributo do Programa *Enhanced Recovery After Surgery*® no Controlo da Dor à Pessoa em Cirurgia de Ambulatório: Uma Revisão Sistemática da Literatura



Manual de Integração de Enfermeiros na UCA

- Contribuir para o desempenho de funções com qualidade, satisfação profissional e pessoal e estabelecer uma ligação com a instituição hospitalar;

A consulta deste manual vai permitir ao enfermeiro identificar a cultura organizacional da instituição e do serviço, conhecer o modo de funcionamento do serviço, regras e normas, para um desempenho baseado pela qualidade e responsabilidade. Também se trata um instrumento facilitador no processo de acolhimento e integração.

Este manual inicia-se com a caracterização, estrutura e organização da instituição e da UCA. Em seguida, são abordados os recursos humanos e materiais, e posteriormente, os programas de integração para enfermeiros.

Manual de Integração de Enfermeiros na UCA

1. MANUAL DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS NAUCA

1.1. Objetivos

- Facilitar o acolhimento/integração de novos enfermeiros na UCA;
- Dar a conhecer a missão, visão, os valores, a filosofia e estratégia de gestão da UCA;
- Fornecer informações e conhecimentos necessários sobre toda a dinâmica e funcionamento da UCA;
- Proporcionar segurança, confiança e motivação;
- Dotar os novos enfermeiros de competências que lhe permitam desenvolver novas habilidades consoante com a cultura da UCA;
- Estabelecer uma linha orientadora de uniformização do processo integrativo dos enfermeiros na UCA;
- Orientar o enfermeiro supervisor e o enfermeiro supervisor durante o processo de integração;
- Contribuir para o desempenho de funções com qualidade, satisfação profissional e pessoal e estabelecer uma ligação com a instituição hospitalar.

1.2. Responsabilidade

Verificação	Assinatura	Data	Atribuições
Elaboração	Mariana Rocha (coordenadora)		
Validação			
Aprovação	CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO		

Manual de Integração de Enfermeiros na UCA

3. PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS NA UCA

A nomeação do enfermeiro integrador é da responsabilidade do Enfermeiro Gestor/Coordenador da Unidade de Cirurgia de Ambulatório, devendo ser selecionado um e dois elementos do serviço que se destaque pelas suas competências nas áreas específicas para a integração.

Especificidade em enfermagem médica cirúrgica com especialização na área de enfermagem à Prática em Situação Perioperatória.

- Especialidade em enfermagem médica cirúrgica com experiência em cirurgia de ambulatório
- Experiência em Cirurgia de Ambulatório igual ou superior a 10 anos (semelhante ANOM)
- Atividade profissional na área a integrar superior a 75% do tempo de trabalho
- Competência Acreditada em supervisão clínica.

A área por onde iniciar a integração será definida de acordo com as necessidades individuais e do serviço. O enfermeiro a integrar será um elemento supranumerário. Durante o período de integração, o novo enfermeiro não deverá ter funções atribuídas.

O enfermeiro supervisor não deve ser utilizado para fazer face às necessidades do serviço, substituindo outro elemento que possam faltar.

O horário do enfermeiro supervisor deverá ser coincidente com o do supervisor.

Dentro do possível, ambos os enfermeiros devem fazer o mínimo de trocas e/ou tentarem trocar simultaneamente o turno.

O enfermeiro supervisor deverá demonstrar otimismo e disponibilidade, expressar não só em palavras, mas também em atitudes, para que o novo elemento saiba que pode contar com a sua ajuda e apoio.

As informações devem ser transmitidas progressivamente e a partir de visitas a consultar os conhecimentos. É necessário ter em conta se o integrando tem experiência profissional ou não. Se enfermeiro em integração já tiver experiência em período preparatório, dependendo dos conhecimentos e habilidades, o tempo de integração será variável.

Os contatos bem como o tempo estipulado para a realização e concretização de determinados objetivos, em cada uma das funções, são dois fatores que devem ser adaptados o mais possível ao novo elemento.

O programa de integração é um processo dinâmico podendo sofrer alterações, na sua duração, sempre que o enfermeiro integrador e/ou o enfermeiro integrando assim o desejarem.

Manual de Integração de Enfermeiros na UCA

Nas áreas nas quais o enfermeiro supervisor confira dar resposta aos objetivos delineados poderá contar como elemento de apoio.

No final de cada fase, é realizada uma avaliação formativa/curricular do processo de integração, com registo em documento próprio, para que seja possível a avaliação dos objetivos delineados.

O programa de integração está organizado em várias etapas, na 1ª fase (inicial), mobiliza a circulação e documentação) e no Recetivo II (Consulta pré-operatória, telefonema das 16h pré-operatório, recolha de materiais, avaliação do doente, preparação do doente no dia da cirurgia, cuidados pós-operatório, telefonema das 24h pós-operatório).

Durante o período de integração serão realizadas obrigatoriamente três entrevistas, inicial (Anexo I), Intermediária e final.

Planificação da Integração dos Enfermeiros na Unidade de Cirurgia de Ambulatório: pré e pós-operatório

O enfermeiro em fase de integração, deve ser ajudado a consciencializar-se, da sua contribuição para alcançar os objetivos do programa de integração delineados, no início do processo de integração entre o enfermeiro a integrar, enfermeiro integrador e enfermeiro em integração.

A durabilidade da integração deve ser flexível, consoante as características pessoais e a experiência profissional anterior. Durante o período de integração o enfermeiro deve ser orientado de forma sistemática e adquirir um conjunto mínimo de competências técnicas e não técnicas.

A integração de um novo elemento de enfermagem é um processo dinâmico e personalizado, que incide por parte do serviço um esforço acrescido e partilhado entre os vários elementos que participam na integração: Enfermeiro Gestor, Enfermeiros Integradores e Enfermeiro Integrado, bem como restante equipa multidisciplinar.

O programa de integração deverá seguir um plano sistematizado de forma a permitir a consecução de uma qualidade suficiente do caso das várias funções mais complexas e permitir obter o necessário tempo clínico, pelo que deverá prolongar-se por quatro semanas. Este período poderá ser ajustado por decisão do Enfermeiro Gestor, em acordo com os Enfermeiros Integradores e o Enfermeiro Integrado, conforme experiência acerca do novo elemento, a avaliação verificada no período estabelecido, a capacidade demonstrada por esse e a necessidade da unidade para a integração mais precoce do elemento.

Contributo do Programa *Enhanced Recovery After Surgery*® no Controlo da Dor à Pessoa em Cirurgia de Ambulatório: Uma Revisão Sistemática da Literatura

Assim é importante como nos diz Macco (2012, p. 41) que, «...existe um programa bem definido, mesmo que possa vir a ser adaptado a cada situação específica, como as necessidades do novo elemento e/ou serviço», por forma, habilitar o enfermeiro participativo de competências que lhe permitam desenvolver um processo de enfermagem personalizado, com cuidados de enfermagem de qualidade, tendo em conta as características específicas de cada utente:

FASE I: APRESENTAÇÃO GERAL

A primeira fase de integração para o novo elemento, que ocupará o primeiro turno de trabalho, deverá permitir-lhe obter uma panorâmica geral não somente da Unidade Local de Saúde como da UCA.

A receção do elemento na UCA deverá ser realizada pelo Enfermeiro Gestor, que fará a atribuição do Enfermeiro Integrador. Nesta altura deve ser proporcionado ao novo elemento da equipa a informação que lhe permita familiarizar-se com a UCA, bem como a apresentação à equipa multidisciplinar.

Apresentam-se na Tabela 1 os principais objetivos e as ações para concretizar durante o curso da fase I.

FASE I	AÇÕES A DESENVOLVER
APRESENTAÇÃO GERAL DA UNIDADE DE CUIDADOS DE AMBULATÓRIO	<ul style="list-style-type: none"> • Breve apresentação do edifício, área, serviços e dinâmica geral da UCA. • Apresentação dos elementos do equipa multidisciplinar e hierarquia. • Apresentação do horário, funcionamento e regras gerais de pontualidade individual. • Apresentação dos diferentes tipos de enfermeiros. • Apresentação da metodologia de trabalho. • Apresentação das instituições de trabalho e procedimentos existentes na UCA e informar sobre documentação documental, que deverão ser tidos em conta para consulta e análise posterior por parte do elemento integrado.

Tabela 1- Ações de enfermagem a desenvolver durante a fase I do processo de integração.

FASE II: APRESENTAÇÃO ESPECÍFICA

Esta fase compreende as primeiras dias de integração, geralmente a primeira semana. Nesta fase o enfermeiro integrador deverá proporcionar momentos de formação informal relativa às várias técnicas, equipamentos e técnicas ao novo elemento, para permitir a integração posterior na prática destes novos conhecimentos. O papel do novo elemento é o de receber essas informações e utilizá-las para iniciar a prática dos cuidados.

Os Enfermeiros Integradores deverão transmitir ao novo elemento as dinâmicas de trabalho na Unidade de Cirurgia de Ambulatório de modo a possibilitar uma perspetiva geral da prestação de cuidados de enfermagem praticado.

Dependendo do contrato laboral previsto no novo elemento, este deverá ter uma atitude mais ou menos ativa na prestação de cuidados diretos ao doente, com colaboração nos atendimentos de enfermagem que os Enfermeiros Integradores considerem adequados.

A prestação destes cuidados deverá ser sempre feita como complemento da formação realizada de forma informal.

Apresentam-se na Tabela 2 os principais objetivos e as ações para concretizar durante o curso da fase II.

FASE II	AÇÕES A DESENVOLVER
APRESENTAÇÃO ESPECÍFICA DA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer o setor Área Física da UCA, responsabilidades das áreas de prestação de cuidados como unidades de atendimento de emergência e unidades de triagem, bem como as áreas de apoio como salas de reuniões, gabinete, áreas de janta, sala, sanitários, áreas de armazenamento de equipamento, etc. • Conhecer o funcionamento das unidades de clientes, de preferência com o médico ou ao familiarizando-o com o funcionamento e equipamento utilizado de uma forma geral como estas funções: - receber e registar os dados (apresentar cartão local e saber consultar o manual de instruções existentes, etc.); - realizar o check-in e informar de procedimentos gerais e cuidados integrados (conferir o 2º ou 3º levantamento e saber consultar o manual de instruções); • Conhecer o Ciclo de Emergência, o seu local, instalação e regras, bem como a estrutura, formato de registo e utilização. Deverá conhecer o funcionamento com os equipamentos, com as intervenções, como a utilização, a limpeza e a manutenção material de utilização dos novos cuidados de emergência e intervenções e compreender a necessidade de monitorizar e os seus objetivos, bem como as normas regulamentares de funcionamento da emergência; • Conhecer o equipamento de monitorização vital, conhecer a dinâmica (desempenho) e compreender a sua utilização e importância no diagnóstico e monitorização de pessoas em situações pré-hospitalares; • Conhecer as normas gerais da UCA no que respeita

FASE III: INTEGRAÇÃO PARTICIPATIVA

Nesta fase, que deverá ocorrer na segunda semana, o novo elemento deverá acompanhar o horário do enfermeiro integrador, sendo considerado elemento supranumerário, para mais fácil conseguir aprender as intervenções necessárias à prestação de cuidados de enfermagem e permitir a existência de tempo para fazer os necessários períodos de formação informal. Esta formação deve permitir transmitir conhecimentos para que o novo elemento possa adquirir futuramente as competências necessárias à prestação de cuidados de forma autónoma, no que respeita a pessoas em situações perioperatórias, nomeadamente:

ANÁLISE DO AMBIENTE DE TRABALHO

- Conhecer os sistemas informáticos em uso, nomeadamente o sistema de informação de enfermagem, bem como a compreensão do seu funcionamento, regras e normas de utilização e monitorização e a obtenção e atualização do plano de enfermagem (nomeadamente conhecer o sistema Informático Clínico) e o registo de material e materiais, o ciclo de gestão de risco de qualidade e conhecer os procedimentos de auditoria, intervenções, processo de melhoria e atuação do enfermeiro integrado em vários sistemas informáticos.

Ap longo deste período, o novo elemento será informado das situações críticas e dramáticas particulares que envolvem o cuidado ao doente crítico, contribuindo para a criação de uma consciência adequada aos desafios inerentes à prestação de cuidados.

Deverá ser encorajado esta fase para gradualmente dar a conhecer o novo elemento aos elementos da equipa multidisciplinar, contribuindo para um ambiente adequado aos cuidados de saúde.

Esta fase permite ao enfermeiro integrado obter uma perspetiva geral da UCA e ajuda a estabelecer uma relação com os restantes colegas e equipas, facilitando a sua integração posterior na prestação de cuidados e promovendo o espírito de equipa e integração.

	Atividades
FASE II	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar o nível de contaminação pré-operatória • Realizar os registros necessários, de acordo com as normas internas de segurança • Colaborar na comunicação e coleta de informações de incidências de fumo, acidentes, danos ou contaminação de equipamentos/rodízios • Observar a manutenção de fumaça acidental/incidental ocorrida e registrar em livro de ocorrências • Colaborar na análise de danos materiais no âmbito das suas competências, sob a supervisão adequada para coleta de informações • Colaborar no levantamento de todos os materiais de fumos de ignição recuperados do Grupo de Contaminação Local do Programa de Prevenção e Controle de Incêndio e Explosões dos Estabelecimentos • Colaborar na prestação de atendimento aos clientes no âmbito de sua atuação para a criação de ambientes • Colaborar na realização de testes de desempenho dos sistemas que tenham sido avaliados para controle de emissões de fumaça de equipamentos, de acordo com o procedimento original e nacional • Colaborar no fornecimento de peças e materiais necessários à manutenção, em caráter • Colaborar no fornecimento de dados técnicos necessários para os procedimentos originais e nacionais • Colaborar na supervisão de atividades de manutenção de equipamentos e instalações • Colaborar com o setor de emergência, em caráter • Colaborar na supervisão de atividades de manutenção de equipamentos e instalações • Colaborar na realização de testes de desempenho dos sistemas que tenham sido avaliados para controle de emissões de fumaça de equipamentos, de acordo com o procedimento original e nacional
INTERAÇÃO FATORIAL NA UNIDADE DE ORÇAMENTO ORÇAMENTAL	

	Atividades
FASE II	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar o nível de contaminação pré-operatória • Realizar os registros necessários, de acordo com as normas internas de segurança • Colaborar na comunicação e coleta de informações de incidências de fumo, acidentes, danos ou contaminação de equipamentos/rodízios • Observar a manutenção de fumaça acidental/incidental ocorrida e registrar em livro de ocorrências • Colaborar na análise de danos materiais no âmbito das suas competências, sob a supervisão adequada para coleta de informações • Colaborar no levantamento de todos os materiais de fumos de ignição recuperados do Grupo de Contaminação Local do Programa de Prevenção e Controle de Incêndio e Explosões dos Estabelecimentos • Colaborar na prestação de atendimento aos clientes no âmbito de sua atuação para a criação de ambientes • Colaborar na realização de testes de desempenho dos sistemas que tenham sido avaliados para controle de emissões de fumaça de equipamentos, de acordo com o procedimento original e nacional • Colaborar no fornecimento de peças e materiais necessários à manutenção, em caráter • Colaborar no fornecimento de dados técnicos necessários para os procedimentos originais e nacionais • Colaborar na supervisão de atividades de manutenção de equipamentos e instalações • Colaborar com o setor de emergência, em caráter • Colaborar na supervisão de atividades de manutenção de equipamentos e instalações • Colaborar na realização de testes de desempenho dos sistemas que tenham sido avaliados para controle de emissões de fumaça de equipamentos, de acordo com o procedimento original e nacional
INTERAÇÃO FATORIAL NA UNIDADE DE ORÇAMENTO ORÇAMENTAL	

	Atividades
FASE II	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar o nível de contaminação pré-operatória • Realizar os registros necessários, de acordo com as normas internas de segurança • Colaborar na comunicação e coleta de informações de incidências de fumo, acidentes, danos ou contaminação de equipamentos/rodízios • Observar a manutenção de fumaça acidental/incidental ocorrida e registrar em livro de ocorrências • Colaborar na análise de danos materiais no âmbito das suas competências, sob a supervisão adequada para coleta de informações • Colaborar no levantamento de todos os materiais de fumos de ignição recuperados do Grupo de Contaminação Local do Programa de Prevenção e Controle de Incêndio e Explosões dos Estabelecimentos • Colaborar na prestação de atendimento aos clientes no âmbito de sua atuação para a criação de ambientes • Colaborar na realização de testes de desempenho dos sistemas que tenham sido avaliados para controle de emissões de fumaça de equipamentos, de acordo com o procedimento original e nacional • Colaborar no fornecimento de peças e materiais necessários à manutenção, em caráter • Colaborar no fornecimento de dados técnicos necessários para os procedimentos originais e nacionais • Colaborar na supervisão de atividades de manutenção de equipamentos e instalações • Colaborar com o setor de emergência, em caráter • Colaborar na supervisão de atividades de manutenção de equipamentos e instalações • Colaborar na realização de testes de desempenho dos sistemas que tenham sido avaliados para controle de emissões de fumaça de equipamentos, de acordo com o procedimento original e nacional
INTERAÇÃO FATORIAL NA UNIDADE DE ORÇAMENTO ORÇAMENTAL	

	Atividades
FASE II	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar o nível de contaminação pré-operatória • Realizar os registros necessários, de acordo com as normas internas de segurança • Colaborar na comunicação e coleta de informações de incidências de fumo, acidentes, danos ou contaminação de equipamentos/rodízios • Observar a manutenção de fumaça acidental/incidental ocorrida e registrar em livro de ocorrências • Colaborar na análise de danos materiais no âmbito das suas competências, sob a supervisão adequada para coleta de informações • Colaborar no levantamento de todos os materiais de fumos de ignição recuperados do Grupo de Contaminação Local do Programa de Prevenção e Controle de Incêndio e Explosões dos Estabelecimentos • Colaborar na prestação de atendimento aos clientes no âmbito de sua atuação para a criação de ambientes • Colaborar na realização de testes de desempenho dos sistemas que tenham sido avaliados para controle de emissões de fumaça de equipamentos, de acordo com o procedimento original e nacional • Colaborar no fornecimento de peças e materiais necessários à manutenção, em caráter • Colaborar no fornecimento de dados técnicos necessários para os procedimentos originais e nacionais • Colaborar na supervisão de atividades de manutenção de equipamentos e instalações • Colaborar com o setor de emergência, em caráter • Colaborar na supervisão de atividades de manutenção de equipamentos e instalações • Colaborar na realização de testes de desempenho dos sistemas que tenham sido avaliados para controle de emissões de fumaça de equipamentos, de acordo com o procedimento original e nacional
INTERAÇÃO FATORIAL NA UNIDADE DE ORÇAMENTO ORÇAMENTAL	

Contributo do Programa *Enhanced Recovery After Surgery*® no Controlo da Dor à Pessoa em Cirurgia de Ambulatório: Uma Revisão Sistemática da Literatura

colaborar pela falta de integração;

- Colaborar no acompanhamento da integração do Modelo de Integração Hospitalar do Grupo de Coordenação Local de Práticas de Pesquisa e Ensino em Integração Hospitalar no Ambulatório;
- Colaborar na avaliação do conhecimento dos doentes ou familiares das práticas para a cirurgia de ambulatório;
- Terer conhecimento do plano analgésico/drogas a utilizar;
- Colaborar na verificação da utilização da integração do modelo;
- Colaborar na verificação de Adequabilidade do equipamento e métodos de monitorização de sinais vitais;
- Colaborar na verificação da existência de medições prototípicas;
- Colaborar no acompanhamento do doente do início à chegada e aplicação do plano (PAC);
- Colaborar na formação do doente e do seu próximo de mais proximidade para a melhor utilização possível do serviço;
- Colaborar na preparação da unidade de receção e para a recepção dos doentes, identificando, nomeadamente, os equipamentos, os circuitos e a verificação da qualidade de todos os equipamentos existentes na unidade de doentes;
- Colaborar na regulação dos doentes, incluindo a monitorização do doente;
- Colaborar no cumprimento das medidas de segurança, procedendo imediatamente ao posicionamento do paciente e colocação do equipamento de monitorização do doente;
- Colaborar na administração da medicação prescrita, seguindo a prescrição existente;
- Colaborar na comunicação ao conhecimento do doente;

colaborar na avaliação do estado do doente em função da qualidade da monitorização;

- Colaborar no conhecimento dos dados do doente;
- Colaborar no conhecimento do doente, incluindo procedimentos de segurança;
- Colaborar na avaliação dos sinais de vida, conforme prescrito;
- Colaborar nos registos, no âmbito do Grupo de Práticas de Pesquisa, de sinais de vida, procedimentos para identificação do doente para o diagnóstico ou monitorização, nomeadamente, procedimentos prototípicos;
- Colaborar no registo do estado do doente e no conhecimento registado sobre procedimentos de cuidado, no momento de alta, nomeadamente, a falta do doente;
- Colaborar na transmissão de dados informativos sobre o estado do doente, no momento de chegada ao serviço de emergência;
- Colaborar no conhecimento de todos os dados sobre o doente, nomeadamente, os registos;
- Colaborar na comunicação com o médico responsável e necessidade de acção para o doente até ao transporte para o doente;
- Colaborar no conhecimento da integração do doente de alta, nomeadamente, de que se trata de um doente de alta, nomeadamente, dos registos de alta, nomeadamente, dos registos de alta;
- Colaborar na verificação do estado do doente de alta, nomeadamente, de que se trata de um doente de alta, nomeadamente, de que se trata de um doente de alta, nomeadamente, de que se trata de um doente de alta;
- Colaborar no plano de distribuição dos doentes, no âmbito da unidade de alta, nomeadamente, de que se trata de um doente de alta, nomeadamente, de que se trata de um doente de alta;
- Colaborar no plano de distribuição dos doentes, no âmbito da unidade de alta, nomeadamente, de que se trata de um doente de alta, nomeadamente, de que se trata de um doente de alta;
- Colaborar no conhecimento do estado do doente, no momento de alta, nomeadamente, de que se trata de um doente de alta, nomeadamente, de que se trata de um doente de alta;

colaborar;

- Colaborar na realização, avaliação e registo da fase de estado do doente no Sistema de Integração Hospitalar, nomeadamente, de que se trata de um doente de alta, nomeadamente, de que se trata de um doente de alta;
- Colaborar na verificação do estado do doente, no momento de alta, nomeadamente, de que se trata de um doente de alta, nomeadamente, de que se trata de um doente de alta;

FASE IV - INTEGRAÇÃO AUTÓNOMA

Com a inicia desta nova fase, a partir de terceira semana, o novo elemento deverá manter a prestação de cuidados ao doente perioperatório com gradual independência e autonomia, incluindo com o Enfermeiro Integrado como referência para tirar dúvidas ou como apoio em situações com menor complexidade na Unidade de Cirurgia de Ambulatório e que possam ir surgindo ao longo deste período.

Nesta fase, o novo elemento ainda se mantém, como supranumerário, mas deverá já assumir totalmente o cuidado a um doente com supervisão do Enfermeiro Integrado.

É importante que o novo elemento compreenda a necessidade de reforçar a aprendizagem com o estudo autónomo das Normas, Protocolos, Manuais e demais documentos existentes no serviço, realizar a manutenção periódica sobre os equipamentos, nos respetivos momentos, aproveitando os momentos de formação informal, junto de outros colegas, bem como as sessões de Formação em Serviço. Durante esta fase de integração deverá ser realizada uma reunião entre o Enfermeiro Integrado, o Enfermeiro Integrado e o Enfermeiro em Integração, onde será definido um plano para o restante processo de integração, delineando a estratégia a seguir. Se o enfermeiro integrado for considerado apto para a prestação de cuidados de enfermagem na Unidade de Cirurgia de Ambulatório, espere-se que se fase seguinte seja para desenvolver autonomia e pericia na prestação de cuidados de enfermagem perioperatório.

FASE IV	AÇÕES ADEQUADAS
INTEGRAÇÃO AUTÓNOMA NA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO	Assumir a prestação de cuidados de enfermagem na integração perioperatória do Grupo de Práticas de Pesquisa de Ambulatório.

FASE V - DESENVOLVIMENTO EM EQUIPA

Esta fase decorre na última semana da integração, mas tal dependerá da prestação demonstrada pelo Enfermeiro Integrado e pela necessidade de integração definitiva do novo elemento no serviço, pois este deverá manter-se ainda como supranumerário ao longo desta fase, com supervisão eventual do Enfermeiro Integrado ou do Enfermeiro Responsável.

Ao longo deste período, o novo elemento deverá prestar cuidados de forma autónoma e com gradual pericia, integrado na equipa, se possível, no mesmo horário do Enfermeiro Integrado, e espera-se que seja capaz de gerir os cuidados, a mais do que uma pessoa em situação perioperatória e até ao risco predefinido no

serviço, demonstrando capacidade para priorizar adequadamente os cuidados necessários aos doentes e si atividades;

- demonstrar capacidade para identificar situações novas e iniciativas para solicitar o apoio necessário à resolução de problemas;
- participar na prestação de cuidados a outros doentes que não os atribuídos a si, dentro do âmbito da equipa multidisciplinar, no âmbito do necessário espírito de equipa;
- demonstrar interesse na procura do conhecimento mais atualizado na prestação dos cuidados ao doente peroperatório e a capacidade para o obter;
- estabelecer relações adequadas com doentes, família e restante equipa multidisciplinar.

FASE V	AÇÃO A DESEMPENHAR
DESEMPENHAMENTO DA EQUIPA NA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO	<ul style="list-style-type: none"> -Identificar, planejar, executar, avaliar e documentar regular e avaliar intervenções de enfermagem ao doente peroperatório; -Demonstrar iniciativa e capacidade de planejar, executar, avaliar, implementar a prestação de cuidados ao doente peroperatório; -Demonstrar capacidade para identificar situações novas e iniciativas para solicitar o apoio necessário à resolução dos mesmos; -Participar na prestação de cuidados a outros doentes que não os atribuídos a si, dentro do âmbito da equipa multidisciplinar, no âmbito do necessário espírito de equipa; -Estabelecer relações interpessoais adequadas com doentes, família e restante equipa multidisciplinar.

AVALIAÇÃO DA INTEGRAÇÃO

A avaliação da integração deverá ser realizada de forma regular e informal entre o enfermeiro Gestor e o enfermeiro integrado, ao longo de todo o período que se prolongue a integração.

Na última fase da integração deverá ser obrigatoriamente realizada com nova reunião entre os intervenientes na integração: Enfermeiro Integrado, Enfermeiro Integrador e Enfermeiro Gestor, para analisar formalmente o processo de integração e elaborar a avaliação do mesmo.

Espera-se que o novo elemento seja avaliado por critérios objetivos definidos para a Unidade de Cirurgia de Ambulatório e critérios subjetivos relativos ao seu comportamento ou attitude. Tais critérios poderão incluir análise

de registos realizados, cumprimento de horários de trabalho e normas, atitudes relativas a situações específicas de prestação de cuidados, bem como para avaliar os resultados das suas intervenções. Deverá demonstrar atitude ética e responsabilidade em todos os momentos da prestação de cuidados à pessoa em situação peroperatória.

Será decidida em tal reunião se o enfermeiro é considerado um elemento apto a assumir a responsabilidade completa por doentes peroperatórios, no âmbito atribuído na unidade e apoio à equipa de forma independente. Idealmente, o enfermeiro integrado deverá continuar no mesmo horário do enfermeiro integrador, para permitir usufruir da relação de aprendizagem criada ao longo do processo e facilitar a integração do mesmo na equipa como elemento efetivo.

Trata-se de fase 5) processo avaliação (fase II) e enfermeiro integrador (fase III), baseado no modelo utilizado, para identificar lacunas, dificuldades sentidas e áreas a melhorar no processo de integração.

CONCLUSÃO

A integração de um novo elemento de enfermagem numa equipa com a diferenciação da Unidade de Cirurgia de Ambulatório é um processo dinâmico, devendo por isso ser apoiado por um esquema orientador. O recurso a um plano de integração pode trazer benefícios aos vários intervenientes neste processo:

- ao enfermeiro integrado, porque orienta o seu desempenho durante todo o processo;
- ao enfermeiro integrador, ao servir como guia orientador nas fases do processo de integração do novo elemento e, auxiliar a estruturar os conteúdos a transmitir durante o mesmo;
- à equipa de enfermagem, ao permitir estabelecer uma estrutura de integração para todos os futuros elementos de enfermagem na Unidade de Cirurgia de Ambulatório, contribuindo para estabelecer um padrão de cuidados na unidade.

Neste contexto, uma integração eficaz e eficiente promove uma melhoria do clima organizacional ao contribuir para reestabelecer o período de integração, evitar desperdício de tempo e recursos humanos, e eficiência.

Contributo do Programa *Enhanced Recovery After Surgery*® no Controlo da Dor à Pessoa em Cirurgia de Ambulatório: Uma Revisão Sistemática da Literatura

Referências bibliográficas

Decreto n.º 6411/2015: Reforma que profissionais de saúde do SNS podem participar em cursos, seminários, encontros, jornadas ou outras ações de formação, realizado no país ou no estrangeiro. Diário da República 3.ª série II de 2015-06-08 [Consultado em junho, 2021]. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/6744341>

Lei n.º 35/2014: Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas. Diário da República n.º 117/2014, Série I de 2014-06-20. [Consultada em junho, 2021]. Legislação consolidada disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/212023318621001>

Diário da República, 2.ª série N.º 185 10 de julho de 2016, (n.º 4).

Ditway, K., & Hughes, S. (2015). Increased Nursing Participation in Multidisciplinary Rounds to Enhance Communication, Patient Safety, and Patient Satisfaction. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 30(4), 443-453. <https://doi.org/10.1016/j.ccn.2015.07.002>

Figueiredo, A. R., Sampaio-Pinto, T., & Lucas, P. B. (n.d.). COMUNICAÇÃO EFICAZ NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE: UMA REVISÃO SCOPUS.

Moh, A. S. D. C., Coelho, A. F. D. M., & Martins, M. M. F. (2017). AMBIENTE DE PRÁTICA E A SEGURANÇA DO DOENTE NO BLOCO OPERATORIO: DIMENSÕES PREDTORAS. *Copiar e Enfermagem*, 25. <https://doi.org/10.5380/rev.v25i1.42289>

Saúde, M. C. (n.d.). *Sumário: Agenda e Plano Nacional para a Segurança dos Doentes*.

ANEXOS

ANEXO I - ENTREVISTA INICIAL

	Notas
• Apresentação da ficha individual	
• História do Profissional	
• Experiência Profissional	
• Experiência em entrevistas	
• Outros assuntos	

Profissional	Assinatura
• Enfermeiro Gestor	
• Enfermeiro Integrador	
• Enfermeiro Integrado	

Data: ____/____/____

ANEXO II - AVALIAÇÃO DA INTEGRAÇÃO NA UCA (ENFERMEIRO INTEGRADO)

Durante o processo de integração, os enfermeiros têm necessidade de conhecer os procedimentos e políticas da organização, de forma a estarem bem preparados para cumprir com as funções que irão desempenhar na UCA. Assim sendo, deve o serviço proporcionar uma integração adequada, com vista à otimização das competências do enfermeiro recém-admitido.

Neste sentido, considera-se que o modo como o novo enfermeiro é recebido no momento da sua admissão, será sempre um momento importante.

Assim sendo, e na sequência de integração que lhe foi facultada na UCA, nomeadamente sob orientação do seu enfermeiro integrador, o serviço agradece que responda às seguintes perguntas, considerando a escala Likert de 0 a 5, sendo que 1=discordo totalmente e 5 = Concordo totalmente.

3. Considere que lhe foi facultada a informação necessária e que permitiu familiarizá-lo com a UCA, bem como com o equivo multidisciplinar (breve apresentação da estrutura física, recursos e atividades gerais da UCA, Apresentação dos membros de apoio multidisciplinar e Apresentação do Ambiente, funcionamento e regras gerais de proteção individual)?

Apresentação do enfermeiro integrado, apresentação de actividades de trabalho, funcionamento dos trabalhos e procedimentos existentes na UCA, que deverão ser usados para avaliar e analisar o mesmo por parte do novo enfermeiro.

1. Discordo totalmente
2. Discordo parcialmente
3. Nem discordo nem concordo
4. Concordo
5. Concordo totalmente

2. Considera que lhe foram proporcionados momentos de formação informal relativos às várias técnicas, equipamentos e técnicas, para permitir a integração posterior na prática destes novos conhecimentos, (atendidos de trabalho no Unidade, a atribuição das doenças, os horários de procedimentos para dar uma perspectiva geral de estrutura do trabalho de enfermagem pediátrica)

1. Discordo totalmente
2. Discordo parcialmente
3. Nem discordo nem concordo
4. Concordo
5. Concordo totalmente

3. Tenho conhecimento de estruturas físicas do unidade, nomeadamente das áreas de prestação de cuidados, áreas de armazenamento de fármacos e materiais (diferes), bem como das áreas de apoio como sala de reuniões, gabinete, área de espera, loja, armazém, área de armazenamento de equipamentos e consumíveis.

1. Discordo totalmente
2. Discordo parcialmente
3. Nem discordo nem concordo
4. Concordo
5. Concordo totalmente

4. Tenho contacto com o sistema informático clínico, e de gestão de material e farmacéutica, e tenho conhecimento das seguintes aplicações informáticas:

1. Discordo totalmente
2. Discordo parcialmente
3. Nem discordo nem concordo
4. Concordo
5. Concordo totalmente

5. O enfermeiro integrador tem as capacidades, competências e disponibilidade pessoal para o ajudar nos processos de desenvolvimento.

1. Discordo totalmente
2. Discordo parcialmente
3. Nem discordo nem concordo
4. Concordo
5. Concordo totalmente

6. O enfermeiro integrador revela competências de comunicação de relação interpessoal

1. Discordo totalmente
2. Discordo parcialmente
3. Nem discordo nem concordo
4. Concordo
5. Concordo totalmente

Profissional	Assinatura
* Enfermeiro Gestor	
* Enfermeiro Integrador	
* Enfermeiro Integrado	

Data: ____/____/____

ANEXO III - AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO COM BASE NAS COMPETÊNCIAS DEMONSTRADAS (ENFERMEIRO INTEGRADOR E ENFERMEIRO GESTOR)

Competências avaliadas	CD	PD	ND
1. Conhecer a organização estrutural do Unidade de Cuidados de Ambulatório			
2. Compreender a dinâmica da equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados de Ambulatório			
3. Compreender a dinâmica da equipa médica da Unidade de Cuidados de Ambulatório			
4. Compreender a dinâmica da equipa de técnicas operacionais da Unidade de Cuidados de Ambulatório			
5. Reconhecer a realidade de «responsável» de turno e as funções			
6. Conhecer de acordo com o Grupo Ontológico			
7. Organizar e controlar, de acordo com o tempo			
8. Conhecer a aplicação informática de gestão de doentes na Unidade de Cuidados de Ambulatório			
9. Identificar, diferenciar, avaliar e nomear os medicamentos, registar e avaliar as intervenções de enfermagem no doente ou operatório			
10. Demonstrar iniciativa e capacidade de solucionar as situações, reconhecer a necessidade de trabalho em equipa para o doente			
11. Demonstrar capacidade para identificar situações novas e flexível para adaptar o plano terapêutico à realidade da mesma			
12. Partilhar na prestação de cuidados o conhecimento que tem no âmbito de si, bem como de uma intervenção multidisciplinar, no âmbito da medicina hospitalar, no tempo			
13. Registar a evolução por escrito em ambiente seguro na prestação de cuidados			
14. Responder a questionamentos de outros profissionais			
15. Estabelecer relações interpessoais adequadas com doentes, família e outros profissionais			

Profissional	Assinatura
* Enfermeiro Gestor	
* Enfermeiro Integrador	
* Enfermeiro Integrado	

Data: ____/____/____

APÊNDICE II: Questionário de Avaliação da Satisfação Profissional do Enfermeiro na UCA

Escala de satisfação profissional (Pereira 2010, adaptado de Spector, 1995)

A satisfação profissional é resultante da avaliação afectiva e/ou cognitiva. Importante indicador do clima organizacional e um elemento determinante na avaliação da qualidade das organizações.

As seguintes questões dizem respeito à sua satisfação profissional. Diga qual o seu grau de concordância relativo a cada pergunta, seleccionando o algarismo que melhor descreve o que pensa.

As **respostas** são rigorosamente confidenciais e **anónimas**, servindo apenas para tratamento estatístico.

mariana.j.a.rocha@gmail.com [Mudar de conta](#)



Não partilhado

Sinto que a qualidade do trabalho que me é conferido é justa.

1 2 3 4 5

Discordo completamente

Concordo completamente

Existe uma boa comunicação entre a organização.

1 2 3 4 5

Discordo completamente

Concordo completamente

O meu chefe é competente nas suas funções.

1 2 3 4 5

Discordo completamente Concordo completamente

Sinto que existem colegas que são beneficiados em relação a outros.

1 2 3 4 5

Discordo completamente Concordo completamente

Os que se esforçam em desempenhar bem o trabalho têm maior probabilidade em progredir.

1 2 3 4 5

Discordo completamente Concordo completamente

O meu chefe preocupa-se comigo enquanto pessoa.

1 2 3 4 5

Discordo completamente Concordo completamente

Os meus valores vão de encontro aos valores da organização.

1 2 3 4 5

Discordo completamente Concordo completamente

Sinto-me cansado das tarefas que me são atribuídas.

1 2 3 4 5

Discordo completamente Concordo completamente

Sinto-me exausto pelo excesso de trabalho que tenho.

1 2 3 4 5

Discordo completamente Concordo completamente

Sinto liberdade para fazer as coisas à minha maneira no trabalho.

1 2 3 4 5

Discordo completamente Concordo completamente

O meu chefe é justo com os seus subordinados.

1 2 3 4 5

Discordo completamente Concordo completamente

Muitas das regras e procedimentos do serviço dificultam a realização de um bom trabalho.

1 2 3 4 5

Discordo completamente Concordo completamente

Sinto que o que recebo é justo pelo trabalho que desempenho.

1 2 3 4 5

Discordo completamente Concordo completamente

Não existem oportunidades de progressão no meu trabalho.

1 2 3 4 5

Discordo completamente Concordo completamente

Os meus colegas empenham-se em desempenhar um bom trabalho.

1 2 3 4 5

Discordo completamente Concordo completamente

Sinto que o meu salário é adequado ao trabalho que realizo.

1 2 3 4 5

Discordo completamente Concordo completamente

Sinto que sou apreciado e reconhecido no trabalho.

1 2 3 4 5

Discordo completamente Concordo completamente

Muitas vezes sinto que não sei o que se passa na organização.

1 2 3 4 5

Discordo completamente Concordo completamente

Sinto-me orgulhoso em fazer o meu trabalho.

1 2 3 4 5

Discordo completamente Concordo completamente

Gosto das funções que desempenho no meu trabalho.

1 2 3 4 5

Discordo completamente Concordo completamente

Sinto que o meu trabalho é interessante.

1 2 3 4 5

Discordo completamente Concordo completamente

Sinto que o meu trabalho não é suficientemente valorizado.

1 2 3 4 5

Discordo completamente Concordo completamente

Sinto menos interesse no meu trabalho que à tempos atrás.

1 2 3 4 5

Discordo completamente Concordo completamente

As políticas de progressão na organização são injustas.

1 2 3 4 5

Discordo completamente Concordo completamente

Confio no meu chefe.

1 2 3 4 5

Discordo completamente Concordo completamente

Não sinto independência para ser quem sou no trabalho.

1 2 3 4 5

Discordo completamente Concordo completamente

Algumas vezes sinto que não são justos para comigo no trabalho.

1 2 3 4 5

Discordo completamente Concordo completamente

Sinto que o tempo é suficiente para desempenhar todas as tarefas que me são incumbidas.

1 2 3 4 5

Discordo completamente Concordo completamente

O meu trabalho é agradável e diversificado.

1 2 3 4 5

Discordo completamente Concordo completamente

Os meus aumentos salariais são poucos e com intervalos grandes.

1 2 3 4 5

Discordo completamente Concordo completamente

Estou satisfeito com as oportunidades de progressão.

1 2 3 4 5

Discordo completamente Concordo completamente

Sinto que tenho que trabalhar o dobro devido à incompetência de alguns colegas de trabalho.

1 2 3 4 5

Discordo completamente Concordo completamente

Às vezes sinto que o meu trabalho não têm sentido.

1 2 3 4 5

Discordo completamente Concordo completamente

Sinto que a minha opinião não tem relevância nas tomadas de decisão do serviço.

1 2 3 4 5

Discordo completamente Concordo completamente

Sinto que o meu chefe nem sempre é justo comigo.

1 2 3 4 5

Discordo completamente Concordo completamente

O meu trabalho é agradável.

1 2 3 4 5

Discordo completamente Concordo completamente

Sinto que o meu chefe confia no meu trabalho e nas funções que me destina.

1 2 3 4 5

Discordo completamente Concordo completamente

São-me conferidas funções de grande responsabilidade.

1 2 3 4 5

Discordo completamente Concordo completamente

Não sinto que o meu trabalho seja apreciado.

1 2 3 4 5

Discordo completamente Concordo completamente

O meu trabalho é de grande responsabilidade.

1 2 3 4 5

Discordo completamente Concordo completamente

Existem muitas discussões e divergências no trabalho.

1 2 3 4 5

Discordo completamente Concordo completamente

Sinto que o meu trabalho é valorizado.

1 2 3 4 5

Discordo completamente Concordo completamente

Não me sinto envolvido com os objectivos da organização.

1 2 3 4 5

Discordo completamente Concordo completamente

O salário é inferior ao que devia receber pelo trabalho que desempenho.

1 2 3 4 5

Discordo completamente Concordo completamente

O chefe trata todos os elementos da equipa de igual forma.

1 2 3 4 5

Discordo completamente Concordo completamente

Sinto que tenho demasiado trabalho.

1 2 3 4 5

Discordo completamente Concordo completamente

Tenho um bom relacionamento com os colegas de trabalho.

1 2 3 4 5

Discordo completamente Concordo completamente

Contributo do Programa *Enhanced Recovery After Surgery*® no Controlo da Dor à Pessoa em Cirurgia de Ambulatório: Uma Revisão Sistemática da Literatura

Sinto que me é facultada completa autonomia nas funções que desempenho.

1 2 3 4 5

Discordo completamente

Concordo completamente

Seguinte

Limpar formulário

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Google Formulários

APÊNDICE III: Sessão de Formação “Satisfação Profissional dos Enfermeiros e o Ambiente da Prática de Enfermagem”

ESS+

Satisfação Profissional dos Enfermeiros e o Ambiente da Prática de Enfermagem

Janro de 2023

Mariana Pereira de Jesus Afonso da Rocha
Curso de Mestrado em Enfermagem Médica, Cirúrgica e Paliativa em Situações Polipatológicas

Satisfação Profissional dos Enfermeiros

A qualidade dos cuidados prestados e o bem estar de que os presta assim como o seu desempenho só é possível mediante a avaliação da satisfação profissional, uma ferramenta vital de qualquer instituição de cuidados (Ferreira et al., 2017).

Satisfação Profissional dos Enfermeiros

<https://www.youtube.com/watch?v=xYdTkfJ5zhU>

Ambiente da Prática de Enfermagem

Promotor da satisfação profissional, o ambiente da prática do enfermeiro é o fator que mais condiciona a presença ou ausência da satisfação profissional (Lua et al., 2019; Lucas & Nunes, 2020).

Satisfação Profissional dos Enfermeiros

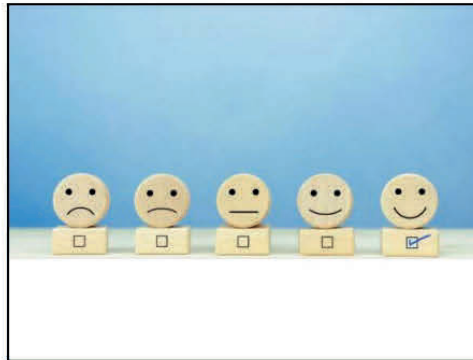
Com múltiplas definições e significações, a satisfação profissional é uma área complexa, multifacetada e não linear (Staempfli & Lamarche, 2020).

Ambiente da Prática de Enfermagem

A satisfação profissional do enfermeiro encontra-se relacionada com a qualidade da supervisão, com a relação com os pares, com as características da instituição onde exerce funções e da própria natureza do trabalho que desenvolve (Ayalew et al., 2019; Ferreira et al., 2017; Lucas & Nunes, 2020).

SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS DA UCA

RESULTADOS DO GOOGLE FORMS.



Considerações finais

Aumentar a satisfação profissional do Enfermeiro não é apenas importante como também limita a rotatividade do mesmo, oferece uma melhoria da segurança da pessoa alvo de cuidados, reduz custos em saúde e mais importante, reflete diretamente na qualidade dos cuidados prestados (Ferreira et al., 2017; Semachew et al., 2017; Staempfli & Lamarche, 2020).

Bibliografia

- Ferreira, C. A. S., Fernandez, R. F. & Assis, E. M. G. J. (2017). Job satisfaction of nurses working in hospital units of northern Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, 15, 109-118. DOI: 10.12707/rev17042.
- Semachew, A., Belachew, T., Tefaro, T. & Adewale, Y. A. (2017). Predictors of job satisfaction among nurses working in Ethiopian public hospitals, 2014: institution-based cross-sectional study. *Human Resources for Health*, 13(1), 1-8. DOI: 10.1186/s12960-017-0204-5
- Staempfli, S. & Lamarche, K. (2020). Top ten: A model of dominating factors influencing job satisfaction of emergency nurses. *International Emergency Nursing*, 49 (100814), 1-8. DOI: 10.1016/j.ien.2019.100814.
- Lee, H., Zhang, Y. & White, A. (2019). Job satisfaction among hospital nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 94, 21-31. DOI: 10.1016/j.ijnurst.2019.01.011.
- Tavares, P. R. M. R. & Nunes, F. M. G. I. (2020). Working practice environment in Primary Health Care: a scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(6), e20190479. DOI: 10.1590/0034-7167-2019-0479.

APÊNDICE IV: Certificados de Formação em Serviço como Formadora

Certificado

Certifica-se que **Mariana Patricia De Jesus Alves Da Rocha**, foi Formador(a) do Curso **“Revisão, sensibilização e uniformização dos registos de enfermagem”**, que decorreu no(s) dia(s) **“14 de Novembro de 2023”**, com a duração de 01:30 horas.

Vila Nova de Gaia, 14 novembro de 2023

Responsável do Serviço de Formação



((Paula Rangel, Enf.
Gestor))

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

Revisão, sensibilização e uniformização dos registos de enfermagem

Conteúdo Programático

MODALIDADE DE FORMAÇÃO: Outras acções de formação contínua não inseridas no Catálogo

Nacional de Qualificações

ÁREA DE FORMAÇÃO: 729 – Saúde - Programas não classificados noutra área de formação

COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS:

Registos de enfermagem
Enquadramento da cipe
Modelo de sete eixos da cipe
SClínico

Certificado

Certifica-se que **Mariana Patricia De Jesus Alves Da Rocha**, foi Formador(a) do Curso “**Integração de enfermeiros na UCA**”, que decorreu no(s) dia(s) “**29 de Novembro de 2023**”, com a duração de 08:30 horas.

Vila Nova de Gaia, 29 novembro de 2023

Responsável do Serviço de Formação



((Paula Rangel, Enf.
Gestor))

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

Integração de enfermeiros na UCA

Conteúdo Programático

MODALIDADE DE FORMAÇÃO: Outras acções de formação contínua não inseridas no Catálogo

Nacional de Qualificações

ÁREA DE FORMAÇÃO: 729 – Saúde - Programas não classificados noutra área de formação

COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS:

Apresentação de proposta de norma para integração de enfermeiros na UCA

Certifica-se que **Mariana Patricia De Jesus Alves Da Rocha**, foi Formador(a) do Curso “**Registos de enfermagem**”, que decorreu no(s) dia(s) “**13 de Fevereiro de 2024**”, com a duração de 01:00 horas.

Vila Nova de Gaia, 13 fevereiro de 2024

Responsável do Serviço de Formação



((Tiago André Gomes de Oliveira, ,
Diretor do Serviço de Formação))

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

Registos de enfermagem

Conteúdo Programático

MODALIDADE DE FORMAÇÃO: Outras acções de formação contínua não inseridas no Catálogo

Nacional de Qualificações

ÁREA DE FORMAÇÃO: 729 – Saúde - Programas não classificados noutra área de formação

COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS:

Proposta de um plano documental dos registos de enfermagem na UCA: pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório

Certifica-se que **Mariana Patricia De Jesus Alves Da Rocha**, foi Formador(a) do Curso “**Registos de enfermagem na UCA**”, que decorreu no(s) dia(s) “**20 de Fevereiro de 2024**”, com a duração de 01:00 horas.

Vila Nova de Gaia, 20 fevereiro de 2024

Responsável do Serviço de Formação



((Tiago André Gomes de Oliveira, ,
Diretor do Serviço de Formação))

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

Registos de enfermagem na UCA

Conteúdo Programático

MODALIDADE DE FORMAÇÃO: Outras ações de formação contínua não inseridas no Catálogo

Nacional de Qualificações

ÁREA DE FORMAÇÃO: 729 – Saúde - Programas não classificados noutra área de formação

COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS:

Proposta de um plano documental dos registos de enfermagem na UCA

**APÊNDICE V: Proposta de um plano documental sob forma de
instrução de trabalho para os registos de enfermagem da
UCA**

Instrução de Trabalho
Modelo de Instrução de Trabalho

CONFORTO

Ativar o calor do corpo

CONFORTO SUBLIMADO

Calor: manter a temperatura ambiente adequada

Humidade: manter a umidade relativa adequada

Oxigênio: garantir a ventilação adequada

Pressão: manter a pressão adequada

Qualidade do ar: manter a qualidade do ar adequada

Diagnóstico de Enfermagem "Neurosis Frotigida" e respectivas intervenções de Enfermagem

NEUROSISSMO ENERGÉTICO

Ativar o sistema de defesa

Ativar o sistema de defesa

Ativar o sistema de defesa

Ativar o sistema de defesa

Ativar o sistema de defesa

Ativar o sistema de defesa

Publicação	Revisão	Classificação	Página
			5 de 16

Instrução de Trabalho
Modelo de Instrução de Trabalho

Atividades terapêuticas mais frequentes: pré-operatório

- Cuidados pré-operatórios
- Tolerância
- Cuidados com calor: insuflação peritônio
- Insuflamento precoce em observação de procedimento

Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem mais frequentes: intra-operatório

QUEBRA DE PRESSÃO: risco de

QUEBRA: risco de

HIPOTERMIA: risco de

FEBRE CÉLFICA: presente (local do corpo, topologia)

DOR: em grau (intensity), modulação (elavado, muito elavado), frequência, duração (local do corpo e topologia)

FEBRE SANGUÍNEA: presente

INFECÇÃO: risco de

DEFICIÊNCIA RENAL: risco de

Diagnóstico de Enfermagem "Quebra de Pressão" e respectivas intervenções de Enfermagem

Publicação	Revisão	Classificação	Página
			6 de 16

Instrução de Trabalho
Modelo de Instrução de Trabalho

QUEBRA DE PRESSÃO

Ativar o sistema de defesa

Ativar o sistema de defesa

Ativar o sistema de defesa

Ativar o sistema de defesa

Ativar o sistema de defesa

Ativar o sistema de defesa

Ativar o sistema de defesa

Diagnóstico de Enfermagem "Quebra de Pressão" e respectivas intervenções de Enfermagem

QUEBRA

Ativar o sistema de defesa

Ativar o sistema de defesa

Ativar o sistema de defesa

Ativar o sistema de defesa

Ativar o sistema de defesa

Ativar o sistema de defesa

Publicação	Revisão	Classificação	Página
			7 de 16

Instrução de Trabalho
Modelo de Instrução de Trabalho

QUEBRA DE PRESSÃO

Ativar o sistema de defesa

Ativar o sistema de defesa

Ativar o sistema de defesa

Ativar o sistema de defesa

Ativar o sistema de defesa

Ativar o sistema de defesa

Ativar o sistema de defesa

Diagnóstico de Enfermagem "Quebra de Pressão" e respectivas intervenções de Enfermagem

QUEBRA DE PRESSÃO

Ativar o sistema de defesa

Ativar o sistema de defesa

Ativar o sistema de defesa

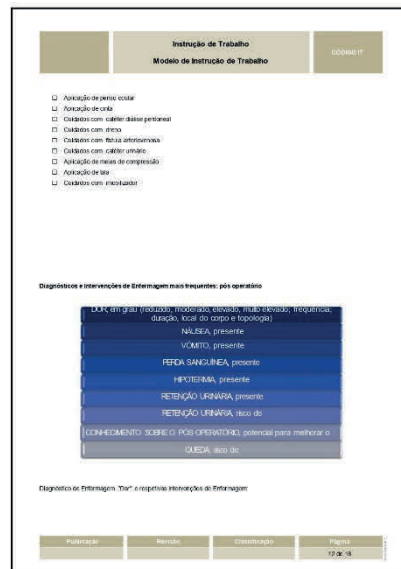
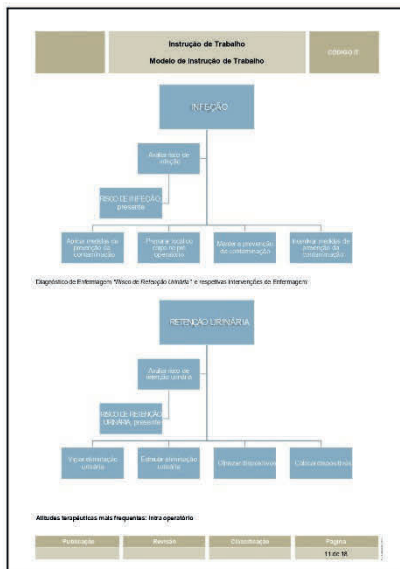
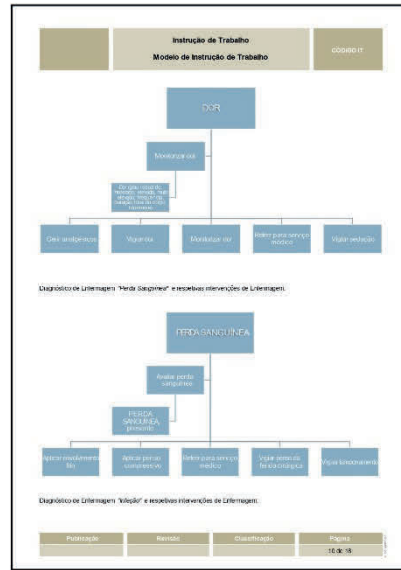
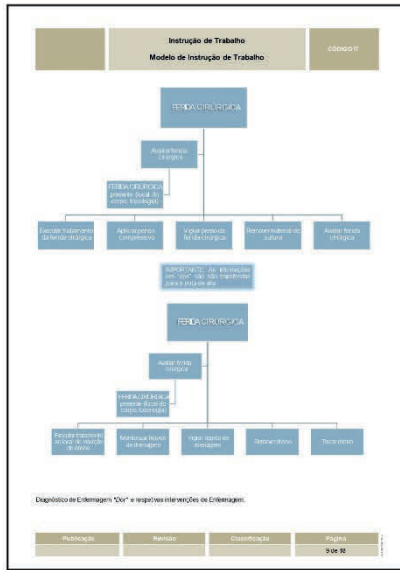
Ativar o sistema de defesa

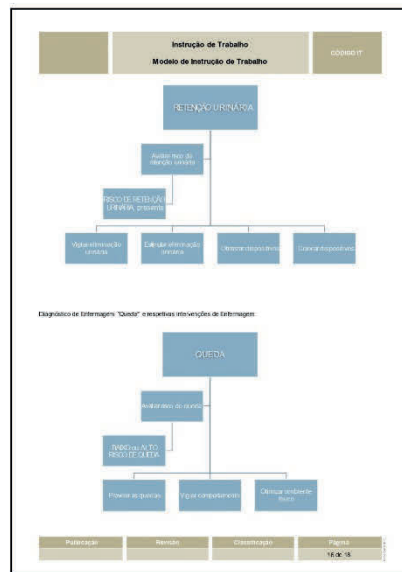
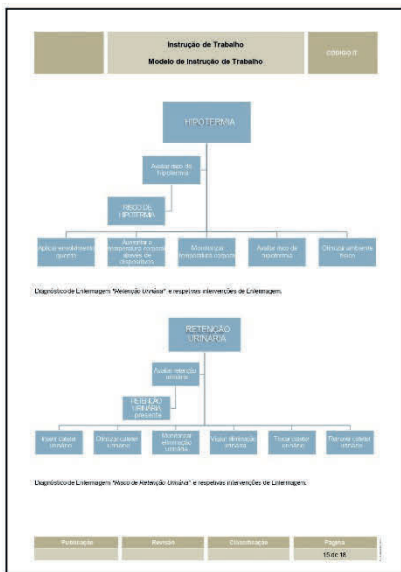
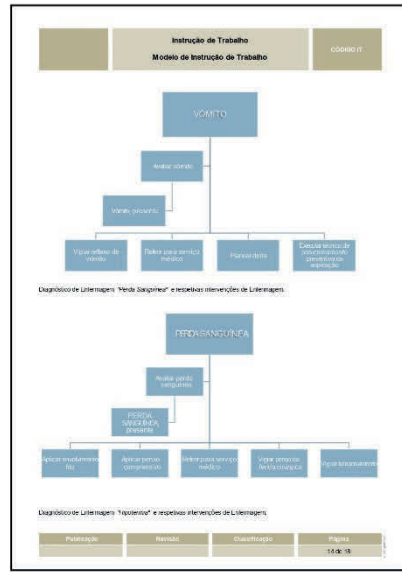
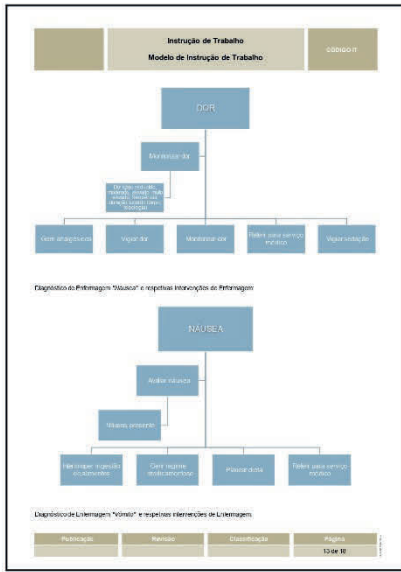
Ativar o sistema de defesa

Ativar o sistema de defesa

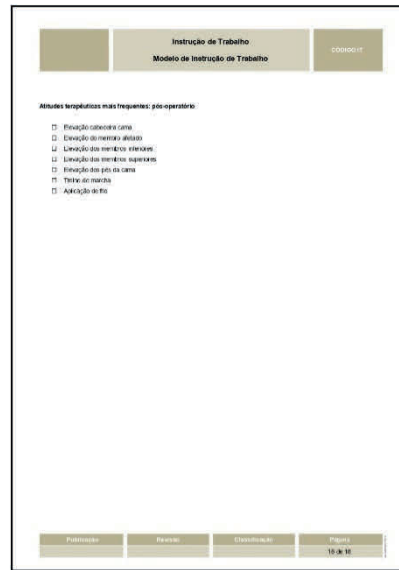
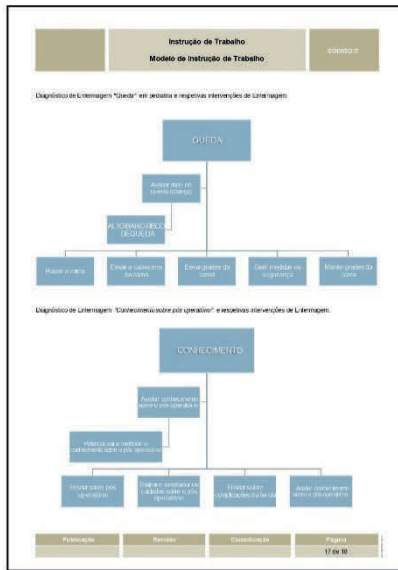
Publicação	Revisão	Classificação	Página
			8 de 16

Contributo do Programa *Enhanced Recovery After Surgery*® no Controlo da Dor à Pessoa em Cirurgia de Ambulatório: Uma Revisão Sistemática da Literatura

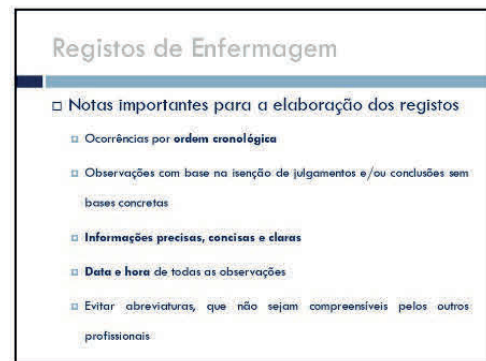
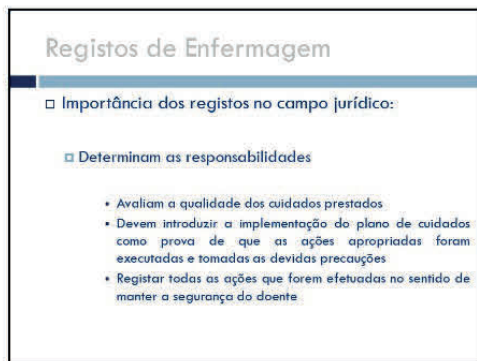
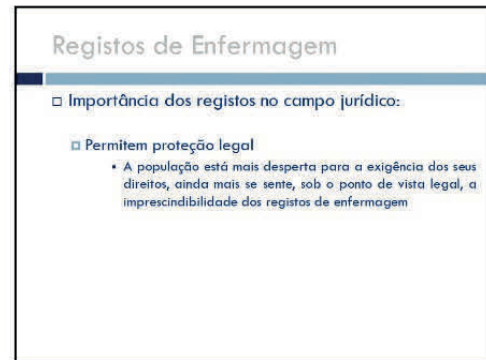




Contributo do Programa *Enhanced Recovery After Surgery*® no Controlo da Dor à Pessoa em Cirurgia de Ambulatório: Uma Revisão Sistemática da Literatura

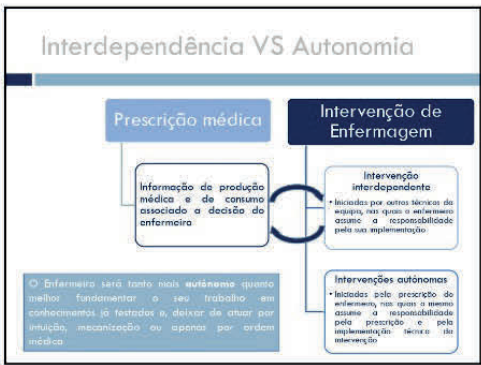
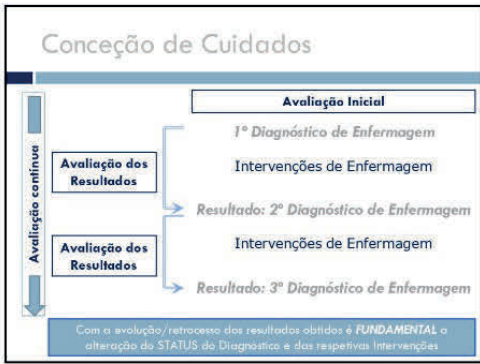
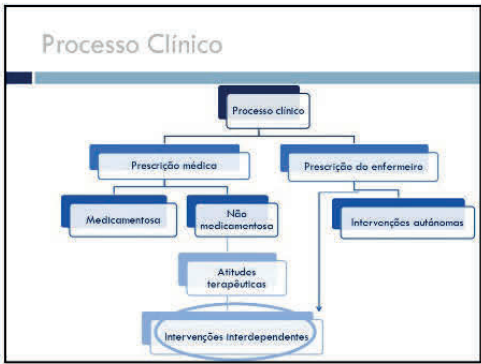
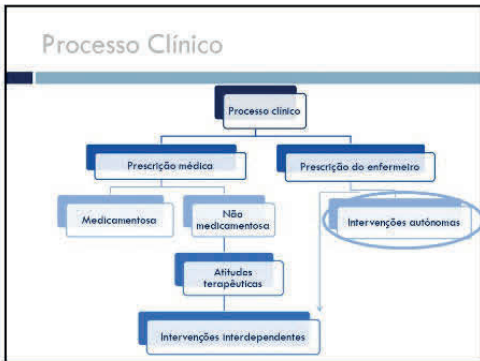


APÊNDICE VI: Ação de Formação “Registos de Enfermagem: Revisão e Uniformização de Conceitos”



Registos de Enfermagem

- Notas importantes para a elaboração dos registos
 - Registrar intervenções e se não executada justificar qual o motivo
 - Nunca registar antecipadamente
 - Registrar claramente qualquer ocorrência adversa e medidas tomadas pelo enfermeiro e respetiva resposta do doente
 - Aquando a admissão do doente ao serviço, devem ser efetuados todos os registos inerentes
 - Efetuar registos periódicos
 - Email do Sistema de Informação de Enfermagem não deverá ser o pessoal



SClínico – Diagnósticos de Enfermagem

- Focos de atenção
 - A cada diagnóstico deve ser identificado um novo foco.
 - É inadequado a identificação de múltiplos diagnósticos num único foco.
 - Indicadores
 - Exemplo: capacidade e dependência no mesmo diagnóstico ?!

SClínico – Diagnósticos de Enfermagem

□ Focos de atenção

- Quais os focos de Enfermagem transversais a todos os planos de cuidados?
- Quais os focos de Enfermagem a identificar no pré-operatório?
- Quais os focos de Enfermagem a identificar no intra-operatório?
- Quais os focos de Enfermagem a identificar no pós-operatório?

SClínico – alguns aspetos

□ Alta de Enfermagem

- É possível anular a execução de uma alta de enfermagem.
- Repor o processo de enfermagem – contactar serviços informáticos.

SClínico – alguns aspetos

□ Alta de Enfermagem

- Selecionar diagnósticos e intervenções ativos à data da alta
- Deve ser sempre a última a ser dada – sempre que o doente sai do hospital
- Fica registado em "Observações" informação apenas não possível de ser validada em "Diagnósticos" ou "Intervenções" de Enfermagem

Bibliografia

Garcia, T. R., Galvão, M. C. B., Nóbrega, M. M. L., & Cubas, M. R. (2020). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE® Versão 2019-2020* (1ª ed.). Artmed.

SClínico – alguns aspetos

□ Alta de Enfermagem

- A carta de alta de enfermagem é sempre uma sugestão de continuidade de cuidados de enfermagem
- Selecionar todos os Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem em conformidade (orientação para cuidados de saúde primários, Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados ...)
- Diagnósticos de Enfermagem "positivos" devem ser obrigatoriamente identificados em carta de alta de Enfermagem (Conhecimento/Aprendizagem apto ...)
- Alta de auditoria

APÊNDICE VII: Ação de Formação “Proposta de um Plano Documental dos Registos de Enfermagem na UCA”



Registos de Enfermagem

□ **PROBLEMÁTICA**

□ O registo dos cuidados de enfermagem atual no contexto da UCA não reflete um cuidado de enfermagem holístico, além de que a não utilização de uma linguagem classificada induz à não sistematização da linguagem comum no registo da prestação de dos cuidados perioperatórios.

Registos de Enfermagem

□ **PROPOSTA DOCUMENTAL**

□ Identificar os diagnósticos e intervenções de enfermagem dirigidos ao doente cirúrgico no período pré, pós e intraoperatório, para a partir da identificação destes resultados poder construir um padrão de documentação de diagnósticos e respetivas intervenções de enfermagem, contribui para a promoção da utilização da linguagem classificada na UCA.

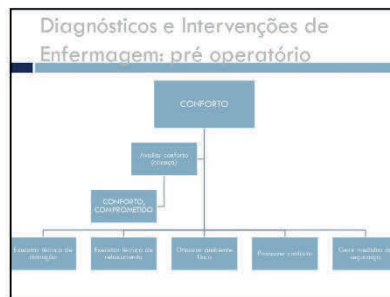
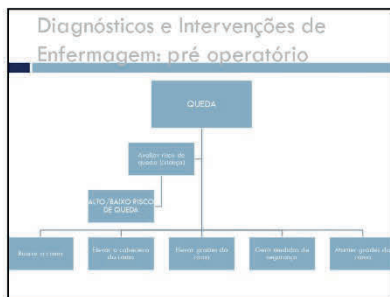
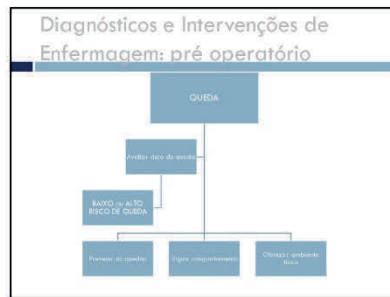
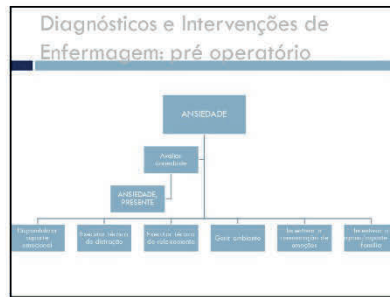
Registos de Enfermagem

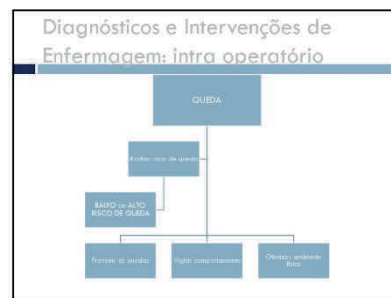
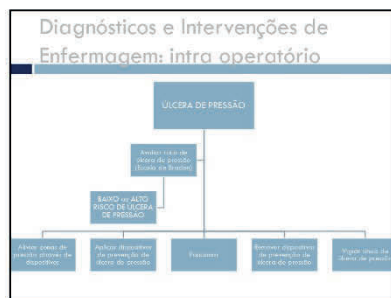
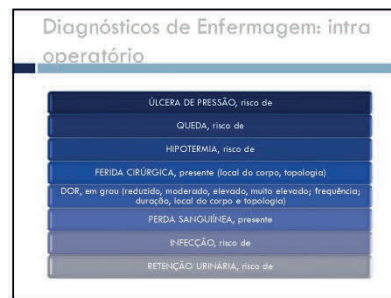
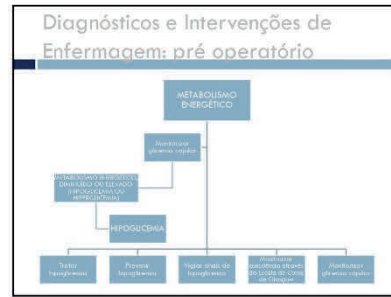
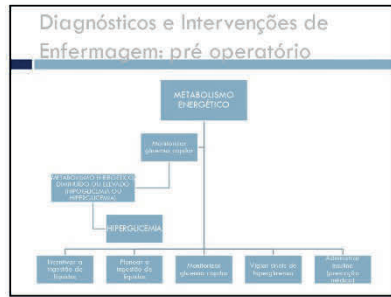
□ **IMPORTÂNCIA DO PLANO DOCUMENTAL**

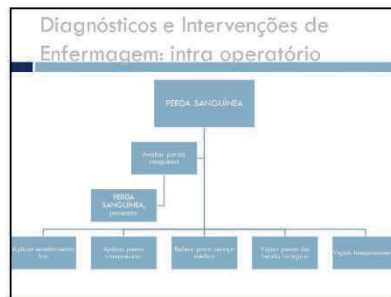
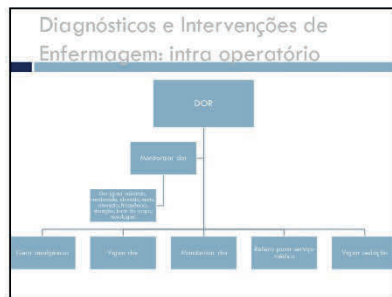
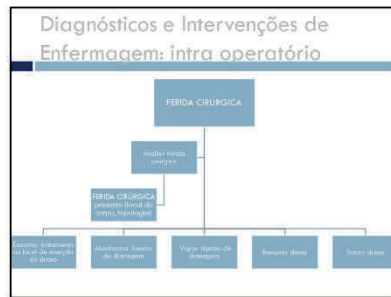
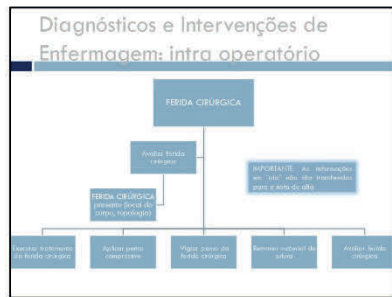
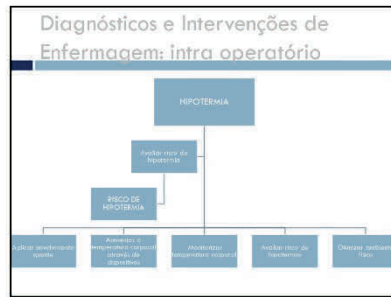
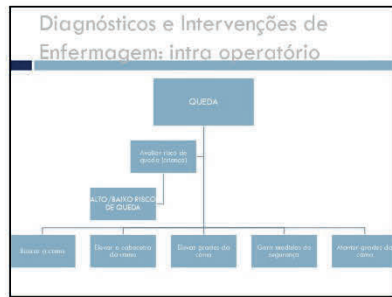
□ Para que a enfermagem perioperatória se possa afirmar enquanto uma área de conhecimento diferenciada dentro da Enfermagem, precisa de utilizar uma linguagem reconhecida dentro da profissão, que seja suficientemente clara e unívoca para ser interpretada de forma inter e transdisciplinar e, que possa ser ensinada dentro da disciplina (Bastos et al., 2021).

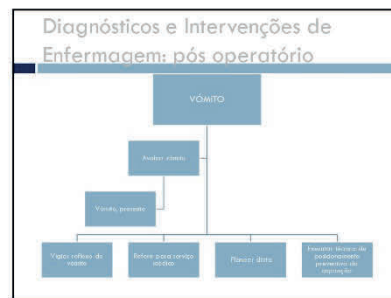
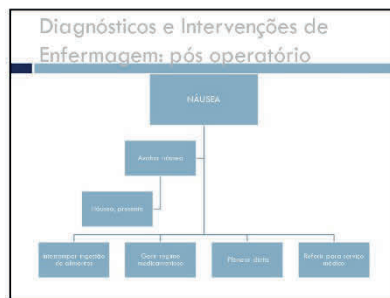
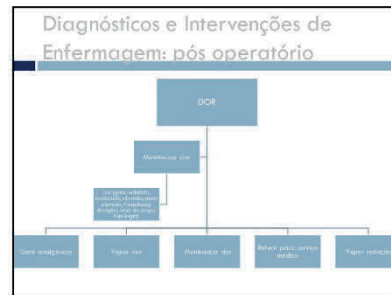
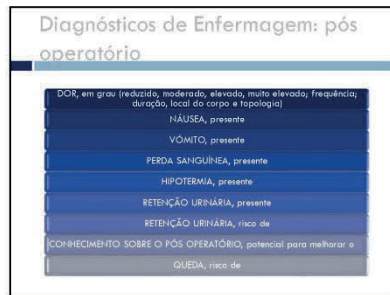
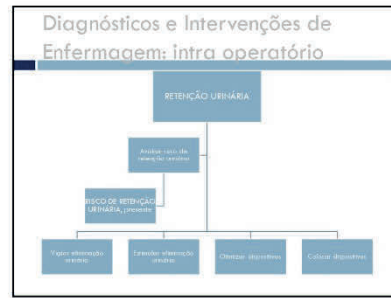
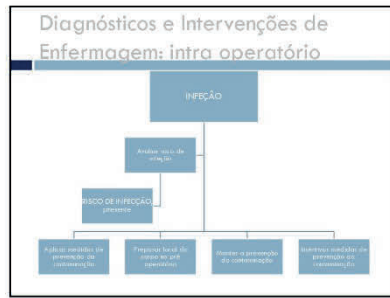
PRÉ – INTRA – PÓS OPERATÓRIO

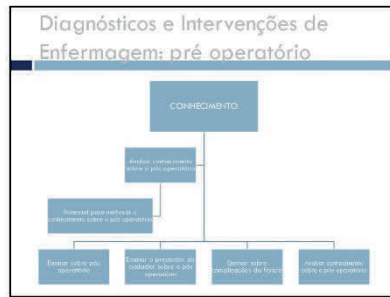
**DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES
DE ENFERMAGEM**











- ### Atitudes terapêuticas – pré operatório
- Cuidados pré operatórios
 - Tricotomia
 - Cuidados com catéter intravenoso periférico
 - Isolamento (colocar em observação de procedimento)

- ### Atitudes terapêuticas – intra operatório
- Aplicação de penso ocular
 - Aplicação de cinta
 - Cuidados com catéter diálise peritoneal
 - Cuidados com dreno
 - Cuidados com fistula arteriovenosa

- ### Atitudes terapêuticas – intra operatório
- Cuidados com catéter urinário
 - Aplicação de meias de compressão
 - Aplicação de tala
 - Cuidados com imobilizador

- ### Atitudes terapêuticas – pós operatório
- Elevação cabeceira cama
 - Elevação do membro afetado
 - Elevação dos membros inferiores
 - Elevação dos membros superiores
 - Elevação dos pés da cama
 - Treino de marcha
 - Aplicação de frio

Bibliografia

Bastos, F., Morais, E., Campos, L., Oliveira, F., Machado, N., Pereira, F. (2021). Representação do conhecimento em enfermagem do trabalho na ontologia da enfermagem. *Revista ROL Enfermagem*, 44 (11-12). https://www.rcaap.pt/bitstream/10400/26/38605/1/ICOFN21_5761.pdf

Garcia, T. R., Gólvão, M. C. S., Nóbrega, M. M. L. da, & Cubas, M. R. (2020). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPPE: Versão 2019-2020* (1ª ed.). Artmed.

APÊNDICE VIII: Folha de Auditoria para os Registos de Enfermagem na UCA

Contributo do Programa *Enhanced Recovery After Surgery*® no Controlo da Dor à Pessoa em Cirurgia de Ambulatório: Uma Revisão Sistemática da Literatura



AUDITORIA DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM (SClínico®)



AVALIADORES	UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO			DATA:
				ASSINATURA:
		ASSINATURA:		
ESCALA	REGISTO NÃO CUMPRIDO	REGISTO PARCIALMENTE CUMPRIDO	REGISTO CUMPRIDO	NA – NÃO APLICÁVEL
	0	1	2	

CRITÉRIOS			SCORE				
NÚMERO DO PROCESSO							
AVALIAÇÃO INICIAL	REGISTO DA AVALIAÇÃO INICIAL*	DA					
	CHECKLIST	VERIFICAÇÃO PRÉ OPERATÓRIA	PRE				
PROCESSO DE ENFERMAGEM		RISCO DE ÚLCERA DE PRESSÃO					
		INTEGRIDADE REFERENCIAL DIAGNÓSTICO	DO				
		INTEGRIDADE REFERENCIAL INTERVENÇÕES	DAS				
		RISCO DE QUEDA					
		INTEGRIDADE REFERENCIAL DIAGNÓSTICO	DO				
		INTEGRIDADE REFERENCIAL INTERVENÇÕES	DAS				

PROCESSO DE ENFERMAGEM		RISCO DE HIPOTERMIA	DE				
		INTEGRIDADE REFERENCIAL DIAGNÓSTICO	DO				
		INTEGRIDADE REFERENCIAL INTERVENÇÕES	DAS				
		RISCO DE INFECÇÃO					
		INTEGRIDADE REFERENCIAL DIAGNÓSTICO	DO				
		INTEGRIDADE REFERENCIAL INTERVENÇÕES	DAS				
		FERIDA					
		INTEGRIDADE REFERENCIAL DIAGNÓSTICO	DO				
		INTEGRIDADE REFERENCIAL INTERVENÇÕES	DAS				
		DOR					
		INTEGRIDADE REFERENCIAL DIAGNÓSTICO	DO				
		INTEGRIDADE REFERENCIAL INTERVENÇÕES	DAS				
		OUTROS DIAGNÓSTICOS					
		INTEGRIDADE REFERENCIAL DIAGNÓSTICO	DO				

ATTITUDES TERAPÉUTICAS PRÉ OPERATÓRIO	IDENTIFICAÇÃO DE INTERVENÇÕES	DE					
	IDENTIFICAÇÃO DE DISPOSITIVOS	DE					
ATTITUDES TERAPÉUTICAS INTRA OPERATÓRIO	IDENTIFICAÇÃO DE INTERVENÇÕES	DE					
	IDENTIFICAÇÃO DE DISPOSITIVOS	DE					
ATTITUDES TERAPÉUTICAS PÓS OPERATÓRIO	IDENTIFICAÇÃO DE INTERVENÇÕES	DE					
	IDENTIFICAÇÃO DE DISPOSITIVOS	DE					
NOTAS GERAIS	PERTINÊNCIA DAS NOTAS DE TEXTO LIVRE						

*Itens a constar da avaliação inicial: Nome; contacto; doença atual; antecedentes relevantes; comvente significativo; interação social; medicação; uso de substâncias; tegumento; nutrição; peso

APÊNDICE IX: Teste de Relevância I

Referência do estudo

Questão	SIM	NÃO
<p>1. O estudo está de acordo com a temática em investigação?</p> <p>Operacionalização:</p> <p><u>Incluir</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - O estudo aborda o programa ERAS® em cirurgia de ambulatório; - O estudo relata resultados no âmbito do controlo da dor à pessoa em cirurgia de ambulatório; - O estudo é primário; 		
<p>2. O estudo foi publicado no período temporal definido pelos investigadores?</p> <ul style="list-style-type: none"> - O estudo foi publicado entre janeiro de 2019 e dezembro de 2023 		
<p>3. O estudo foi publicado no idioma determinado pelos investigadores?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Português, Inglês, Francês ou Espanhol. 		
<p>4. O estudo está disponível em <i>full text</i>?</p>		
<p>5. O estudo envolve seres humanos?</p>		

APÊNDICE X: Aplicação do Teste de Relevância I aos estudos identificados nas bases de dados

Referência do estudo	Questão 1 Tema/Tipo de estudo		Questão 2 Tempo		Questão 3 Idioma		Questão 4 Texto integral		Questão 5 Humanos		Critérios para Teste de Relevância II	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
E1		X	X		X		X		X			X
E2		X	X		X		X		X			X
E3		X	X		X		X		X			X
E4		X	X		X		X		X			X
E5		X	X		X		X		X			X
E6		X	X		X		X		X			X
E7		X	X		X		X		X			X
E8		X	X		X		X		X			X
E9		X	X		X		X		X			X
E10		X	X		X		X		X			X
E11		X	X		X		X		X			X
E12		X	X		X		X		X			X
E13		X	X		X		X		X			X
E14		X	X		X		X		X			X
E15		X	X		X		X		X			X
E16		X	X		X		X		X			X
E17		X	X		X		X		X			X
E18		X	X		X		X		X			X
E19		X	X		X		X		X			X
E20		X	X		X		X		X			X
E21		X	X		X		X		X			X
E22		X	X		X		X		X			X
E23		X	X		X		X		X			X
E24		X	X		X		X		X		X	X
E25		X	X		X		X		X		X	X

E26	Oliver, J. A., et al. (2022)		X	X		X		X											X
E27	Hattori, Y., et al. (2023)		X	X		X		X			X		X						X
E28	Bourgonjon, B., et al. (2022)		X	X		X		X											X
E29	Patel, K., et al. (2022)		X	X		X		X											X
E30	Piric, K., et al. (2022)		X	X				X											X
E31	Brinck, E. C. V., et al. (2021)		X	X		X		X											X
E32	Ruiz-Tovar, J., et al. (2020)		X	X		X		X											X
E33	Li, J., et al. (2023)		X	X		X		X											X
E34	Ha, A. Y., et al. (2019)		X	X		X		X											X
E35	Liu, L., et al. (2023)		X	X		X		X											X
E36	Zhu, Y. L., et al. (2022)		X	X		X		X											X
E37	Qin, C., et al. (2020)		X	X		X		X											X
E38	Vonu, P. M., et al. (2020)		X	X		X		X											X
E39	Cheng, M., et al. (2023)		X	X		X		X											X
E40	Altinsoy, S., et al. (2022)		X	X		X		X											X
E41	Newman, A. & S. P. Davison (2021)		X	X		X		X											X
E42	Warrick, C. M., et al. (2023)		X	X		X		X											X
E43	Fei, Z. (2022)		X	X		X		X											X
E44	Ankeny, D., et al. (2021)		X	X		X		X											X
E45	Debono, B. (2021)		X	X		X		X											X
E46	Tanggaard, K., et al. (2023)		X	X		X		X											X
E47	Cureton, J. L., et al. (2022)		X	X		X		X											X
E48	Cottrell, J., et al. (2020)		X	X		X		X											X
E49	APhA, (2022)		X	X		X		X											X
E50	Peng, N. and J. Li (2021)		X	X		X		X											X
E51	Cho, J., et al. (2019)		X	X		X		X											X
E52	Karthic, A., et al. (2023)		X	X		X		X											X
E53	Zhong, S., et al. (2019)		X	X		X		X											X
E54	Liu, H.-r., et al. (2021)		X	X		X		X											X
E55	Sun, Z. and Y. Qi (2022)		X	X		X		X											X

E86	Prodromou, M., et al. (2019)			X	X			X	X										X
E87	Voss, V. B., et al. (2022)			X	X			X	X										X
E88	Bourn, T. & S. M. Serpa (2023)			X	X			X	X										X
E89	Pleticha, J., et al. (2021)			X	X			X	X										X
E90	Giron, S. E. & S. K. Bordi (2023)			X	X			X	X										X
E91	Lönerfors, C. & J. Persson (2023)			X	X			X	X										X
E92	Wainwright, T. W., et al. (2019)			X	X			X	X										X
E93	Gendia, A., et al. (2023)			X	X			X	X										X
E94	Tun-Abraham, M. E., et al. (2019)			X	X			X	X										X
E95	Dang, J. T., et al. (2020)			X	X			X	X										X
E96	Pinheiro, L. D. P. S., et al. (2022)			X	X			X	X										X
E97	Gardner, L. A., et al. (2021)			X	X			X	X										X
E98	Lee, B. H., et al. (2023)			X	X			X	X										X
E99	Lynn, R. S. & Galinkin, J. L. (2020)			X	X			X	X										X
E100	Thornlow, D. K. (2021)			X	X			X	X										X
E101	Koerner, C., et al. (2019)			X	X			X	X										X
E102	Gill, J., et al. (2020)			X	X			X	X										X
E103	Zhu, L., et al. (2021)			X	X			X	X										X
E104	Lois, F., et al. (2019)			X	X			X	X										X
E105	Chang, S. H., et al. (2021)			X	X			X	X										X
E106	Yingxian, D., et al. (2020)			X	X			X	X										X
E107	Li, Q., et al. (2020)			X	X			X	X										X
E108	Wang, C., et al. (2019)			X	X			X	X										X
E109	Bacher, T. & A. Ewers (2023)			X	X			X	X										X
E110	Pennington, Z., et al. (2020)			X	X			X	X										X
E111	Xu, H., et al. (2019)			X	X			X	X										X
E112	Favuzza, J., et al. (2022)			X	X			X	X										X
E113	Chan, V. W. K., et al. (2021)			X	X			X	X										X
E114	Ibrahim, M., et al. (2022)			X	X			X	X										X
E115	Sahin, A., et al. (2022)			X	X			X	X										X

E146	Li, D., et al. (2021)		X	X		X		X	X									X
E147	Ciftci, B., et al. (2019)		X	X		X		X	X		X							X
E148	Bingöl, O., et al. (2021)		X	X		X		X	X									X
E149	Xie, L., et al. (2020)		X	X		X		X	X									X
E150	Bettin, N. F., et al. (2023)		X	X		X		X	X									X
E151	Sahmeddini, M. A., et al. (2019)		X	X		X		X	X									X
E152	Aweke, Z., et al. (2020)		X	X		X		X	X									X
E153	Çakıcı, M., et al. (2020)		X	X		X		X	X									X
E154	Zanfıni, B. A., et al. (2021)		X	X		X		X	X									X
E155	Hashimoto, A., et al. (2021)		X	X		X		X	X									X
E156	Sadeghi, A., et al. (2022)		X	X		X		X	X									X
E157	Cui, Z., et al. (2019)		X	X		X		X	X									X
E158	Zou, M., et al. (2023)		X	X		X		X	X									X
E159	Uztüre, N., et al. (2020)		X	X		X		X	X									X
E160	Karaman, T., et al. (2019)		X	X		X		X	X									X
E161	Bakker, C. J., et al. (2020)		X	X		X		X	X									X
E162	Martín-Baeza, S., et al. (2022)		X	X		X		X	X									X
E163	Qin, C., et al. (2020)		X	X		X		X	X									X
E164	Okoli, M. U., et al. (2022)		X	X		X		X	X									X
E165	Crute, W., et al. (2023)		X	X		X		X	X									X
E166	Jun, C. (2023)		X	X		X		X	X									X
E167	Wainwright, T. W., et al. (2020)		X	X		X		X	X									X
E168	McGuire, S. P., et al. (2022)		X	X		X		X	X									X
E169	Journal of the American College of Surgeons (2020)		X	X		X		X	X									X
E170	Journal of the American College of Surgeons (2021)		X	X		X		X	X									X
E171	Journal of the American College of Surgeons (2023)		X	X		X		X	X									X
E172	Mehta, D., et al. (2020)		X	X		X		X	X									X

E203	Ye, R. R., et al. (2022)		X	X		X		X		X		X		X		X		X
E204	Ringsten, M., et al. (2023)		X	X		X		X		X		X		X		X		X
E205	Arantes, A. R. & V. Vieira (2021)		X	X		X		X		X		X		X		X		X
E206	Pedersen, C., et al. (2020)		X	X		X		X		X		X		X		X		X
E207	Stuhldreier, J., et al. (2022)		X	X		X		X		X		X		X		X		X
E208	Morone, J. A. (2020)		X	X		X		X		X		X		X		X		X
E209	Agawu, A. et al. (2020)		X	X		X		X		X		X		X		X		X
E210	Jarrar, A. et al. (2022)		X	X		X		X		X		X		X		X		X
E211	Ali, I. et al. (2021)		X	X		X		X		X		X		X		X		X
E212	Zheng, Y. et al. (2020)		X	X		X		X		X		X		X		X		X
E213	Faulkner et al. (2022)	X		X		X		X		X		X		X		X		X
E214	de Azevedo, C. B., et al. (2021)		X	X		X		X		X		X		X		X		X
E215	Okut, G., et al. (2022)		X	X		X		X		X		X		X		X		X
E216	Becker, E., et al. (2022)		X	X		X		X		X		X		X		X		X
E217	Dada, O., et al. (2019)		X	X		X		X		X		X		X		X		X
E218	Hung, S. C., et al. (2022)		X	X		X		X		X		X		X		X		X
E219	Jung, H. S., et al. (2020)		X	X		X		X		X		X		X		X		X
E220	Mussle, B., et al. (2023)		X	X		X		X		X		X		X		X		X
E221	de Oliveira Filho, G. R., et al. (2020)		X	X		X		X		X		X		X		X		X
E222	Murphy, D. H. & A. D. Castel (2021)		X	X		X		X		X		X		X		X		X
E223	Genci, M. A., et al. (2020)		X	X		X		X		X		X		X		X		X
E224	Li, X., et al. (2023)		X	X		X		X		X		X		X		X		X
E225	Van Backer, J., et al. (2019)		X	X		X		X		X		X		X		X		X
E226	Uppal, H. (2019)		X	X		X		X		X		X		X		X		X
E227	Petersen, J., et al. (2021)		X	X		X		X		X		X		X		X		X
E228	Bautista, L., et al. (2021)		X	X		X		X		X		X		X		X		X
E229	Lee, B. H. & C. L. Wu (2020)		X	X		X		X		X		X		X		X		X
E230	Grommi, S., et al. (2021)		X	X		X		X		X		X		X		X		X
E231	Smeland, A. H., et al. (2022)		X	X		X		X		X		X		X		X		X
E232	Nethan, et al. (2019)		X	X		X		X		X		X		X		X		X

E263	Kassymova, G., et al. (2022)		X	X			X	X											X
E264	Chen, W., et al. (2021)		X	X			X	X				X	X						X
E265	Grommi, S., et al. (2023)		X	X			X	X				X	X						X
E266	Zhu, T., et al. (2022)		X	X			X	X				X	X						X
E267	Sharma, B., et al. (2022)		X	X			X	X				X	X						X
E268	Park, S., et al. (2023)		X	X			X	X				X	X						X
E269	Balzani, E., et al. (2023)		X	X			X	X				X	X						X
E270	Demir, U., et al. (2019)		X	X			X	X				X	X						X
E271	Chaudhary, N. K., et al. (2022)		X	X			X	X				X	X						X
E272	Cain, K. E., et al. (2021)		X	X			X	X				X	X						X
E273	Zhang, L., et al. (2022)		X	X			X	X				X	X						X
E274	Temple-Oberle, C., et al. (2023)		X	X			X	X				X	X						X
E275	Zohar-Bondar, A., et al. (2022)		X	X			X	X				X	X						X
E276	Abu-Omar, N., et al. (2021)		X	X			X	X				X	X						X
E277	Parmar, G., et al. (2023)		X	X			X	X				X	X						X
E278	Kuş, A., et al. (2020)		X	X			X	X				X	X						X
E279	Semyonov, M., et al. (2022)		X	X			X	X				X	X						X
E280	Li, C., et al. (2023)		X	X			X	X				X	X						X
E281	Wei, K., et al. (2022)		X	X			X	X				X	X						X
E282	Zhu, H., et al. (2022)		X	X			X	X				X	X						X
E283	Hashem, A. A. R., et al. (2023)		X	X			X	X				X	X						X
E284	Firouzian, A., et al. (2020)		X	X			X	X				X	X						X
E285	Li, S., et al. (2023)		X	X			X	X				X	X						X
E286	Pandurangi, V. C., et al. (2022)		X	X			X	X				X	X						X
E287	Xie, H., et al. (2022)		X	X			X	X				X	X						X
E288	Ge, L.-N., et al. (2020)		X	X			X	X				X	X						X
E289	Yang, J. X., et al. (2022)		X	X			X	X				X	X						X
E290	Erlenwein, J., et al. (2020)		X	X			X	X				X	X						X
E291	Assari, A. S., et al. (2022)		X	X			X	X				X	X						X
E292	Wang, J., et al. (2023)		X	X			X	X				X	X						X

E322	Ahn, H. M., et al. (2022)		X	X				X	X									X
E323	Guo, D., et al. (2023)		X	X				X				X						X
E324	Tubog, T. D., et al. (2023)		X	X				X				X						X
E325	Jiang, M., et al. (2020)		X	X				X				X						X
E326	Thangaraju, P., et al. (2023)		X	X				X				X						X
E327	Isola, G., et al. (2019)		X	X				X				X						X
E328	Marchand, G. J., et al. (2021)		X	X				X				X						X
E329	Kim, M. S., et al. (2021)		X	X				X				X						X
E330	Yin, M., et al. (2020)		X	X				X				X						X
E331	Koo, C. H., et al. (2022)		X	X				X				X						X
E332	Akbas, S., et al. (2021)		X	X				X				X						X
E333	Sarakatsianou, C., et al. (2021)		X	X				X				X						X
E334	Jalali, S. M., et al. (2022)		X	X				X				X						X
E335	Liu, Y., et al. (2019)		X	X				X				X						X
E336	Ji, Y. D., et al. (2021)		X	X				X				X						X
E337	Li, Y., et al. (2022)		X	X				X				X						X
E338	Ma, P., et al. (2019)		X	X				X				X						X
E339	Hancock, K. J., et al. (2019)		X	X				X				X						X
E340	Ding, X., et al. (2023)		X	X				X				X						X
E341	Tan, E. S. J., et al. (2022)		X	X				X				X						X
E342	Fuad Hetta, D., et al. (2023)		X	X				X				X						X
E343	Xuan, C., et al. (2022)		X	X				X				X						X
E344	Palala, I., et al. (2023)		X	X				X				X						X
E345	Sammons, T. & S. Shanks (2023)		X	X				X				X						X
E346	Buck, C., et al. (2021)		X	X				X				X						X
E347	Toprak, H., et al. (2023)		X	X				X				X						X
E348	Donati, P. A., et al. (2021)		X	X				X				X						X
E349	Peltrini, R., et al. (2020)		X	X				X				X						X
E350	Saber, A. A., et al. (2019)		X	X				X				X						X
E351	Alver, S., et al. (2022)		X	X				X				X						X

E382	Kubitz, J. C., et al. (2022)		X	X				X	X										X	X
E383	Robinson, J. N., et al. (2023)		X	X				X	X				X	X					X	X
E384	Han, D. S., et al. (2021)		X	X				X	X				X	X					X	X
E385	Grant, J. (2023)		X	X				X	X				X	X					X	X
E386	Wang, X., et al. (2023)		X	X				X	X				X	X					X	X
E387	Duff, J. (2020)		X	X				X	X				X	X					X	X
E388	Ljungqvist, O. (2019)		X	X				X	X				X	X					X	X
E389	Zhu, L.-B., et al. (2023)		X	X				X	X				X	X					X	X
E390	Huang, H., et al. (2023)		X	X				X	X				X	X					X	X
E391	Memtsoudis, S. G., et al. (2019)		X	X				X	X				X	X					X	X
E392	Blitzer, D., et al. (2022)		X	X				X	X				X	X					X	X
E393	Shao, W., et al. (2020)		X	X				X	X				X	X					X	X
E394	Peters, A., et al. (2020)		X	X				X	X				X	X					X	X
E395	DuoJun, W., et al. (2021)		X	X				X	X				X	X					X	X
E396	Wang, S., et al. (2022)		X	X				X	X				X	X					X	X
E397	Leng, X., et al. (2022)		X	X				X	X				X	X					X	X
E398	Hu, Z.-C., et al. (2019)		X	X				X	X				X	X					X	X
E399	Imai, T., et al. (2020)		X	X				X	X				X	X					X	X
E400	Zuo, X., et al. (2021)		X	X				X	X				X	X					X	X
E401	Trejo-Ávila et al. (2019)		X	X				X	X				X	X					X	X
E402	Sadri, L., et al. (2022)		X	X				X	X				X	X					X	X
E403	Straughan et al. (2021)		X	X				X	X				X	X					X	X
E404	Muh, J., et al. (2023)		X	X				X	X				X	X					X	X
E405	Wei, B., et al. (2021)		X	X				X	X				X	X					X	X
E406	Bates, J. (2021)		X	X				X	X				X	X					X	X
E407	Studniarek, A., et al. (2021)		X	X				X	X				X	X					X	X
E408	Roldan, H. A., et al. (2023)		X	X				X	X				X	X					X	X
E409	Ljungqvist, O. (2019)		X	X				X	X				X	X					X	X
E410	Williams, C. & C. Laflamme (2022)		X	X				X	X				X	X					X	X
E411	Kitchin, S., et al. (2022)		X	X				X	X				X	X					X	X

E442	Elias, E., et al. (2022)		X	X				X	X										X
E443	Dubilet, M., et al. (2023)		X	X				X	X				X	X					X
E444	Gürkan, Y., et al. (2020).		X	X				X	X				X	X					X
E445	Viderman, D., et al. (2021)		X	X				X	X				X	X					X
E446	Capuano, P., et al. (2023)		X	X				X	X				X	X					X
E447	Liheng, L., et al. (2022)		X	X				X	X				X	X					X
E448	Flaviano, E., et al. (2023)		X	X				X	X				X	X					X
E449	Ehassan, A., et al. (2019)		X	X				X	X				X	X					X
E450	Quallich, S. A. (2022)		X	X				X	X				X	X					X
E451	Ruiz-Fernández, M. D., et al. (2019)		X	X				X	X				X	X					X
E452	Grace, A. J., et al. (2022)		X	X				X	X				X	X					X
E453	Jin, Z., et al. (2022)		X	X				X	X				X	X					X
E454	Yu, D., et al. (2023)		X	X				X	X				X	X					X
E455	Cheng, S., et al. (2019)		X	X				X	X				X	X					X
E456	Abadi, A. and R. Cohen (2021)		X	X				X	X				X	X					X
E457	Alghamdi, A., et al. (2021)		X	X				X	X				X	X					X
E458	Nechay, T., et al. (2020)		X	X				X	X				X	X					X
E459	Lu, J., et al. (2022)		X	X				X	X				X	X					X
E460	Jung, J. A., et al. (2023)		X	X				X	X				X	X					X
E461	Wang, H., et al. (2022)		X	X				X	X				X	X					X
E462	Gresham, L. M., et al. (2019)		X	X				X	X				X	X					X
E463	Macfater, H., et al. (2019)		X	X				X	X				X	X					X
E464	Aziz, N. A. b.& Y. b. Ahmad (2019)		X	X				X	X				X	X					X
E465	Nassif, G. J. & T. E. Miller (2019)		X	X				X	X				X	X					X
E466	Gillman, A., et al. (2022)		X	X				X	X				X	X					X
E467	Kaye, A. D., et al. (2020)		X	X				X	X				X	X					X
E468	McLawhorn, J. M., et al. (2020)		X	X				X	X				X	X					X
E469	Montazemi, M., et al. (2023)		X	X				X	X				X	X					X
E470	McDonald, C. E., et al. (2022)		X	X				X	X				X	X					X
E471	Buyukkasik, S., et al. (2023)		X	X				X	X				X	X					X

E502	Nie, Z. B., et al. (2022)		X	X			X												X
E503	Shields, J. K., et al. (2023)		X	X			X			X					X				X
E504	Palamuthusingam, D., et al. (2021)		X	X			X			X					X				X
E505	Chaudhary, M. A., et al. (2021)		X	X			X			X					X				X
E506	Pedrazzani, C., et al. (2022)		X	X			X			X					X				X
E507	Ottaviano, K., et al. (2021)		X	X			X			X					X				X
E508	Reuter, S., et al. (2022)		X	X			X			X					X				X
E509	Gonkur, A. (2022)		X	X			X			X				X					X
E510	White, B., et al. (2021)		X	X			X			X					X				X
E511	Wang, W. K., et al. (2019)		X	X			X			X					X				X
E512	Cao et al. (2019)		X	X			X			X					X				X
E513	Mu Er Ti Zha, M. E. A. L. M., et al. (2023)		X	X			X			X					X				X
E514	Ellis, D. B., et al. (2022)		X	X			X			X					X				X
E515	Curran, S., et al. (2022)		X	X			X			X					X				X
E516	Ruiz-Tovar, J., et al. (2019)		X	X			X			X				X					X
E517	Angelini, E., et al. (2021)		X	X			X			X					X				X
E518	Minnella, E. M., et al. (2019)		X	X			X			X				X					X
E519	Zheng, F.-Y., et al. (2022)		X	X			X			X					X				X
E520	Bagatin, T., et al. (2019)		X	X			X			X					X				X
E521	Cozowicz, C., et al. (2023)		X	X			X			X				X					X
E522	Liu, B., et al. (2020)		X	X			X			X					X				X
E523	Zhao, L., et al. (2022)		X	X			X			X					X				X
E524	Keast, M., et al. (2022)		X	X			X			X				X					X
E525	Lee, S., et al. (2023)		X	X			X			X					X				X
E526	Yang, M. M. H., et al. (2023)		X	X			X			X					X				X
E527	Rajpal, S., et al. (2020)		X	X			X			X				X					X
E528	D'Souza, K., et al. (2019)		X	X			X			X					X				X
E529	Roslan, F., et al. (2020)		X	X			X			X					X				X
E530	Hernández-Romero, C. H., et al. (2023)		X	X			X			X					X				X
E531	Bordonada, K. (2020)		X	X			X			X					X				X

E562	Gómez Candela, C., et al. (2021)		X	X		X		X			X		X
E563	Gordon-Williams, R., et al. (2021)		X	X		X		X			X		X
E564	Klotz, S. G. R., et al. (2022)		X	X		X		X			X		X
E565	Miyoshi, S., et al. (2023)		X	X		X		X			X		X
E566	Trépanier, M., et al. (2020)		X	X		X		X			X		X
E567	Yuan, J., et al. (2022)		X	X		X		X			X		X
E568	Ray, K., et al. (2022)		X	X		X		X			X		X
E569	Kumar, R., et al. (2019)		X	X		X		X			X		X
E570	Abdelaziz, D. H., et al. (2021)		X	X		X		X			X		X
E571	Subedi, A., et al. (2022)		X	X		X		X			X		X
E572	Gomez, N. A. G., et al. (2020)		X	X		X		X			X		X
E573	Rawal, N. (2023)		X	X		X		X			X		X
E574	Lee, Y., et al. (2019)		X	X		X		X			X		X
E575	Zeiner, S., et al. (2022)		X	X		X		X			X		X
E576	Xie, C., et al. (2021)		X	X		X		X			X		X
E577	Iyer, S., et al. (2023)		X	X		X		X			X		X
E578	Nalibani, R., et al. (2022)		X	X		X		X			X		X
E579	Rugyté, D. & J. Gudaitytė (2019)		X	X		X		X			X		X
E580	Hausken, J., et al. (2019)		X	X		X		X			X		X
E581	Johnson, R. J., et al. (2019)		X	X		X		X			X		X
E582	Karimi, S., et al. (2023)		X	X		X		X			X		X
E583	Vanni, F., et al. (2020)		X	X		X		X			X		X
E584	Gray, C. F., et al. (2021)		X	X		X		X		X			X
E585	Skrejborg, P., et al. (2020)		X	X		X		X			X		X
E586	Uchida, R., et al. (2022)		X	X		X		X			X		X
E587	Najfeld, M., et al. (2020)		X	X		X		X			X		X
E588	Puch Oernskov, M., et al. (2023)		X	X		X		X			X		X
E589	van Helmond, N., et al. (2020)		X	X		X		X			X		X
E590	Ni, X., et al. (2019)		X	X		X		X			X		X
E591	Muñoz-Leyva, F., et al. (2020)		X	X		X		X			X		X

E622	Gal, D. B., et al. (2022)		X	X				X	X										X
E623	Kallurkar, A., et al. (2023)		X	X			X	X	X					X	X				X
E624	Bizard, F., et al. (2021)		X	X			X	X	X					X	X				X
E625	Delahoy, M. J., et al. (2021)		X	X			X	X	X					X	X				X
E626	Conrad, M., et al. (2023)		X	X			X	X	X					X	X				X
E627	Karlsen, A. P. H., et al. (2023)		X	X			X	X	X					X	X				X
E628	Pricolo, V. E. (2023)		X	X			X	X	X					X	X				X
E629	Lins, P. R. G., et al. (2022)		X	X			X	X	X					X	X				X
E630	Hansen, C. W., et al. (2023)		X	X			X	X	X					X	X				X
E631	Terzopoulou, M., et al. (2019)		X	X			X	X	X					X	X				X
E632	Currier, J. M., et al. (2019)		X	X			X	X	X					X	X				X
E633	Tumminello, M. E., et al. (2023)		X	X			X	X	X					X	X				X
E634	Wilson, R. B. (2019)		X	X			X	X	X					X	X				X
E635	Christopher, A. B., et al. (2020)		X	X			X	X	X					X	X				X
E636	Gramlich, L., et al. (2020)		X	X			X	X	X					X	X				X
E637	Taylor, C., et al. (2023)		X	X			X	X	X					X	X				X
E638	Butkus, J. M., et al. (2023)		X	X			X	X	X					X	X				X
E639	Karpetas, G. Z., et al. (2021)		X	X			X	X	X					X	X				X
E640	Noite, M. T., et al. (2021)		X	X			X	X	X					X	X				X
E641	Prabhhu, M. C., et al. (2022)		X	X			X	X	X					X	X				X
E642	Van Rooijen, S., et al. (2019)		X	X			X	X	X					X	X				X
E643	Rask, D. M. G., et al. (2021)		X	X			X	X	X					X	X				X
E644	Poulsen, M. J., et al. (2019)		X	X			X	X	X					X	X				X
E645	Gruber, P. J., et al. (2021)		X	X			X	X	X					X	X				X
E646	Miller, N. L. (2021)		X	X			X	X	X					X	X				X
E647	Iturri, F., et al. (2020)		X	X			X	X	X					X	X				X
E648	Petruciani, N., et al. (2022)		X	X			X	X	X					X	X				X
E649	Delestre, M., et al. (2022)		X	X			X	X	X					X	X				X
E650	Keller, D. S., et al. (2021)		X	X			X	X	X					X	X				X
E651	Budacan, A.-M., et al. (2020)		X	X			X	X	X					X	X				X

E681	Rahman, R., et al. (2023)		X	X			X			X									X
E682	Carolan, A. M. C., et al. (2021)		X	X			X			X			X						X
E683	Carcamo-Cavazos, V. & M. Cannesson (2022)		X	X			X					X							X
E684	Chassery, C., et al. (2023)		X	X			X			X			X						X
E685	Garren, B. R., et al. (2019)		X	X			X			X			X						X
E686	Ljungqvist, O., et al. (2021)		X	X			X			X			X						X
E687	Maj, G., et al. (2022)		X	X			X			X			X						X
E688	Lewis, R. E., et al. (2019)		X	X			X			X			X						X
E689	Spaans, L. N., et al. (2022)		X	X			X			X			X						X
E690	Oyedepi, C. I. & I. J. Welsby (2021)		X	X			X			X			X						X
E691	Bicket, M. C., et al. (2019)		X	X			X			X			X						X
E692	Knackstedt, R., et al. (2020)		X	X			X			X			X						X
E693	O'Brien, M. & A. M. Sebach (2021)		X	X			X			X			X						X
E694	Marcotte, J. H., et al. (2020)		X	X			X			X			X						X
E695	Boric, K., et al. (2019)		X	X			X			X			X						X
E696	Bisch, S. P. & G. Nelson (2022)		X	X			X			X			X						X
E697	Camp, D., et al. (2019)		X	X			X			X			X						X
E698	Campbell, S., et al. (2022)		X	X			X			X			X						X
E699	Cointat, C., et al. (2021)		X	X			X			X			X						X
E700	Bullock, T. S., et al. (2021)		X	X			X			X			X						X
E701	Brownlee, A. R., et al. (2020)		X	X			X			X			X						X
E702	Gibson, E., et al. (2020)		X	X			X			X			X						X
E703	Tubog, T. D. (2021)		X	X			X			X			X						X
E704	Wu, J., et al. (2020)		X	X			X			X			X						X
E705	Nethan, C., et al. (2019)		X	X			X			X			X						X
E706	Plana-Veret, C., et al. (2021)		X	X			X			X			X						X
E707	Thompson-Brazil, K. A. (2019)		X	X			X			X			X						X
E708	Qiu, J., et al. (2023)		X	X			X			X			X						X
E709	Maeßen, T., et al. (2023)		X	X			X			X			X						X

E740	Kumar, A. K., et al. (2021)		X	X			X			X									X
E741	Ehaddad, A. M., et al. (2023)		X	X			X			X			X						X
E742	Eun Young, K. (2021)		X	X			X						X						X
E743	Odom-Forren, J., et al. (2021)		X	X			X			X									X
E744	King, G. A., et al. (2023)		X	X			X			X									X
E745	Marino, J., et al. (2019)		X	X			X			X									X
E746	Nájera, D. C. & J. C. Pérez Moreno (2022)		X	X			X			X			X						X
E747	Ihn, K., et al. (2019)		X	X			X			X									X
E748	Zhang, W., et al. (2022)		X	X			X			X									X
E749	Dhillon, V. K., et al. (2020)		X	X			X			X									X
E750	Hutto, E. D. G. (2020)		X	X			X			X			X						X
E751	Echeverria-Villalobos, M., et al. (2019)		X	X			X			X									X
E752	Otsuki, S., et al. (2022)		X	X			X			X									X
E753	Zomar, B. O., et al. (2021)		X	X			X			X									X
E754	McLain, N. (2021)		X	X			X			X									X
E755	Meyer-Frießem, C. H., et al. (2022)		X	X			X			X									X
E756	Messina, A., et al. (2021)		X	X			X			X									X
E757	Thomas, G. J., et al. (2023)		X	X			X			X									X
E758	Zhou, L., et al. (2022)		X	X			X			X									X
E759	Cheng, T. H., et al. (2023)		X	X			X			X									X
E760	Hasson, S. (2023)		X	X			X			X									X
E761	Hageman, I. C., et al. (2022)		X	X			X			X									X
E762	Riad, A. M., et al. (2023)		X	X			X			X									X
E763	Pfaff, M. J., et al. (2022)		X	X			X			X			X						X
E764	Belcaid, I. & N. Eipe (2019)		X	X			X			X									X
E765	Azaïs, H., et al. (2022)		X	X			X			X									X
E766	Li, T., et al. (2022)		X	X			X			X									X
E767	Lu, H., et al. (2023)		X	X			X			X									X
E768	Harrison, T. G., et al. (2021)		X	X			X			X									X
E769	Reisli, R., et al. (2021)		X	X			X			X									X

E800	Cui, Z., et al. (2020)		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X
E801	Kumar, D., et al. (2021)		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X
E802	Lamdaudie, E., et al. (2020)		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X
E803	Wang, Y., et al. (2020)		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X
E804	Mattos-Pereira, G. H., et al. (2023)		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X
E805	Santos, B. F. E., et al. (2022)		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X
E806	Shrestha, N., et al. (2020)		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X
E807	Topan, C., et al. (2023)		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X
E808	Lombardi, T. M., et al. (2019)		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X
E809	Gloor, S., et al. (2022)		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X
E810	Schneider, S., et al. (2020)		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X
E811	Hulsbaek, S., et al. (2019)		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X
E812	Benamran, D., et al. (2022)		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X
E813	de Pablos-Rodriguez, P., et al. (2023)		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X
E814	Selim, J., et al. (2021)		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X
E815	Sassani, J. C., et al. (2021)		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X
E816	Baradwan, S., et al. (2022)		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X
E817	Sisak, K., et al. (2019)		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X
E818	Dzadzko, M., et al. (2022)		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X
E819	Sheill, G., et al. (2020)		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X
E820	Silinsky, J. D., et al. (2021)		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X
E821	Palala, J., et al. (2022)		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X
E822	Santosa, K. B., et al. (2020)		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X
E823	Whelan, M. J., et al. (2023)		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X
E824	Wang, X., et al. (2021)		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X
E825	Wang, R., et al. (2022)		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X
E826	Cheng, S., et al. (2020)		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X
E827	Van Horne & Van Horne (2020)	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
E828	Su, M. P., et al. (2019)		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X
E829	AlFaadhel, T., et al. (2019)		X	X		X		X		X		X		X		X		X		X

E860	Roche, D. & A. Jones (2021)		X	X		X		X		X		X		X
E861	Feuerrecker, M. (2022)		X	X			X	X		X		X		X
E862	Hamish, H. & C. Rideout (2023)		X	X		X		X		X		X		X
E863	Prabhakaran, S., et al. (2020)		X	X		X			X		X		X	X
E864	Papasavas, P., et al. (2022)		X	X		X		X		X		X		X
E865	Lee, C. Y., et al. (2019)		X	X		X		X		X		X		X
E866	Kinoshita, J., et al. (2019)		X	X		X			X		X		X	X
E867	Ohkura, Y., et al. (2019)		X	X		X		X		X		X		X
E868	Bansal, D., et al. (2020)		X	X		X		X		X		X		X
E869	Sharma, D., et al. (2023)		X	X		X		X		X		X		X
E870	Nguyen, K. K., et al. (2019)		X	X		X		X		X		X		X
E871	Kasapoglu, M. B. & A. T. Cebi (2022)		X	X		X		X		X		X		X
E872	Misra, A., et al. (2020)		X	X		X		X		X		X		X
E873	Van Butsele, J., et al. (2021)		X	X		X		X		X		X		X
E874	Rigo, R., et al. (2021)		X	X		X		X		X		X		X
E875	Lee, D., et al. (2022)		X	X		X		X		X		X		X
E876	Urman, R. D. & A. D. Kaye (2019)		X	X		X		X		X		X		X
E877	Stone, A., et al. (2020)		X	X		X		X		X		X		X
E878	Koo, K., et al. (2020)		X	X		X		X		X		X		X
E879	Kilpiö, O., et al. (2020)		X	X		X		X		X		X		X
E880	Tran-McCaslin, M., et al. (2022)		X	X		X			X		X		X	X
E881	Burns, S., et al. (2021)		X	X		X		X				X		X
E882	Chaturvedi, R., et al. (2022)		X	X		X		X		X		X		X
E883	Serna, J., et al. (2020)		X	X		X		X		X		X		X
E884	Colonna, A. L., et al. (2020)		X	X		X		X		X		X		X
E885	Fields, A. C., et al. (2020)		X	X		X		X		X		X		X
E886	Angelo, J. L., et al. (2019)		X	X		X		X		X		X		X
E887	Devarajan, J., et al. (2021)		X	X		X		X		X		X		X
E888	Ander, M., et al. (2023)		X	X		X		X		X		X		X
E889	Jones, M. R., et al. (2019)		X	X		X		X		X		X		X

E978	Alrawashdh, N., et al. (2021)		X	X		X		X	X										X
E979	Norman, A., et al. (2020)		X	X		X		X	X		X		X						X
E980	Cordray, H., et al. (2022)		X	X		X		X	X				X						X
E981	Roy, M. & K. Ramchandran (2020)		X	X		X		X	X				X						X
E982	Docherty, J., et al. (2022)		X	X		X		X	X				X						X
E983	Koyuncu, S., et al. (2021)		X	X		X		X	X				X						X
E984	Thurston, K. L., et al. (2023)		X	X		X		X	X				X						X
E985	Allan, L.D., et al. (2020)		X	X		X		X	X				X						X
E986	Journal of Clinical Anesthesia (2022)		X	X		X		X	X				X						X
E987	Journal of PeriAnesthesia Nursing (2022)		X	X		X		X	X				X						X
E988	Romero, L., et al. (2023)		X	X		X		X	X				X						X
E989	Penton, A., et al. (2023)		X	X		X		X	X				X						X
E990	Cheong, J. L. Y., et al. (2021)		X	X		X		X	X				X						X
E991	Cramm, S. L., et al. (2021)		X	X		X		X	X				X						X
E992	Morgenstern, C., et al. (2021)		X	X		X		X	X				X						X
E993	Wang, H. (2019)		X	X		X		X	X				X						X
E994	Xu, H., et al. (2020)		X	X		X		X	X				X						X
E995	Chen, S. Y., et al. (2022)		X	X		X		X	X				X						X
E996	Changjun, C., et al. (2021)		X	X		X		X	X				X						X
E997	Yu, K., et al. (2020)		X	X		X		X	X				X						X
E998	Hui, S., et al. (2019)		X	X		X		X	X				X						X
E999	Capolupo, G. T., et al. (2021)		X	X		X		X	X				X						X
E1000	Machado, F. C., et al. (2020)		X	X		X		X	X				X						X
E1001	Bhagat, B., et al. (2023)		X	X		X		X	X				X						X
E1002	Coppens, S., et al. (2020)		X	X		X		X	X				X						X
E1003	Hansen, C., et al. (2021)		X	X		X		X	X				X						X
E1004	Robertson, T. C., et al. (2019)		X	X		X		X	X				X						X
E1005	Liu, K. Y., et al. (2022)		X	X		X		X	X				X						X
E1006	Ren, J. L., et al. (2021)		X	X		X		X	X				X						X
E1007	Liangjun, Y., et al. (2019)		X	X		X		X	X				X						X

E1038	Kidanemariam, B. Y., et al. (2020)		X	X		X		X												X
E1039	Jung, H. C. (2022)		X	X		X		X		X		X		X						X
E1040	Ferrari, F., et al. (2020)		X	X		X				X		X		X						X
E1041	Merrill, D. G. (2019)		X	X		X						X		X						X
E1042	Zhang, G., et al. (2022)		X	X		X					X			X						X
E1043	Gilbert, P. & Laporte, M.-E. (2022)		X	X		X					X			X						X
E1044	Burgess, L. C., et al. (2019)		X	X		X					X			X						X
E1045	Ljungqvist, O. & H. D. de Boer (2023)		X	X		X					X			X						X
E1046	Zhang, S.J. et al (2021)		X	X		X					X			X						X
E1047	Kim, J.E. et al. (2019)		X	X		X					X			X						X

APÊNDICE XI: Aplicação do Teste de Relevância I aos estudos identificados no Google Académico[®]

Referência do estudo	Questão 1 Tema/Tipo de estudo		Questão 2 Tempo		Questão 3 Idioma		Questão 4 Texto integral		Questão 5 Humanos		Critérios para Teste de Relevância II	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
E1048		X	X		X			X				X
E1049		X	X		X		X					X
E1050		X	X		X		X					X
E1051		X	X		X		X					X
E1052		X	X		X		X					X
E1053		X	X		X		X					X
E1054		X	X		X		X					X
E1055		X	X		X		X					X
E1056		X	X		X		X					X
E1057		X	X		X		X					X
E1058		X	X		X		X					X
E1059		X	X		X			X				X
E1060		X	X		X		X					X
E1061		X	X		X			X				X
E1062		X	X		X		X					X
E1063		X	X		X			X				X
E1064		X	X		X		X					X
E1065		X	X		X			X				X
E1066		X	X		X		X					X
E1067		X	X		X			X				X
E1068		X	X		X		X					X
E1069		X	X		X		X					X
E1070		X	X		X		X					X
E1071		X	X		X		X					X
E1072		X	X		X		X					X

E1073	Roddy, M. K., et al. (2020)		X	X						X	X								X
E1074	Nielson, M. E. (2023)		X	X				X	X										X
E1075	Amundson, A. W., et al. (2019)		X	X				X										X	X
E1076	Sharrow, C. M. & B. Elmore (2022)		X	X				X											X
E1077	Richebé et al. (2019)		X	X				X											X
E1078	Aljohani, E. S., et al. (2022)		X	X				X											X
E1079	Sulaiman, N. (2023)		X	X				X											X
E1080	Ragheb, J., et al. (2023)		X	X				X											X
E1081	Dbeis, R., et al. (2023)		X	X				X											X
E1082	Tower, J. I. & B. Paskhover (2021)		X	X				X											X
E1083	Haskins, I. N., et al. (2021)		X	X				X											X
E1084	Phillips, W. R. (2020)		X	X				X											X
E1085	Ludwig, K. K. & R. Rao (2022)		X	X				X											X
E1086	Campagner, A., et al. (2023)		X	X				X											X
E1087	Ramadan, M.I., et al. (2022)		X	X				X											X
E1088	Alexander, B.D., et al. (2022)		X	X				X											X
E1089	von Peltz, C. A., et al. (2021)		X	X				X											X
E1090	Garg, B., et al. (2021)		X	X				X											X
E1091	Mora, J. C., et al. (2022)		X	X				X											X
E1092	Yeung, Y.-K., et al. (2022)		X	X				X											X
E1093	Fuentes, A. M. G., et al. (2023)		X	X				X											X
E1094	Zduńska, A., et al. (2023)		X	X				X											X
E1095	Gan, B. S. & C. Lewis (2021)		X	X				X											X
E1096	Erbaş, A. T. (2021)		X	X				X											X
E1097	Lewandrowski, K.-U. (2021)		X	X				X											X
E1098	Fanelli, D., et al. (2021)		X	X				X											X
E1099	Семкович, Р. (2023)		X	X				X											X
E1100	Scuderi, G. R. (2020)		X	X				X											X
E1101	Burnett, R. A., et al. (2022)		X	X				X											X
E1102	Krishnan, B. (2021)		X	X				X											X

E1133	Bernhard, J.-C., et al. (2020)		X	X		X				X									X
E1134	Wignadasan, W., et al. (2022)		X	X		X		X		X									X
E1135	Sanclémente-Dalmau, M., et al. (2022)		X	X		X		X		X									X
E1136	Lordon, R. J. (2019)		X	X		X		X		X									X
E1137	Bourazani, M., et al. (2021)		X	X		X		X		X									X
E1138	Rodríguez, I. V., et al. (2022)		X	X		X		X		X									X
E1139	Zhang, J. K., et al. (2022)		X	X		X		X		X									X
E1140	Saku, S. (2020)		X	X		X		X		X									X
E1141	Rao, S. & N. Rajan (2021)		X	X		X		X		X									X
E1142	Gianturco, S. L., et al. (2021)		X	X		X		X		X									X
E1143	Given Castello, O., et al. (2021)		X	X		X		X		X									X
E1144	Chau, D. & Reddy, A. (2021)		X	X		X		X		X									X
E1145	van Reij, R. R., et al. (2019)		X	X		X		X		X									X
E1146	Nibaruta, J., et al. (2023)		X	X		X		X		X									X
E1147	Schreiber, A., et al. (2019)		X	X		X		X		X									X
E1148	Nicolau, C., et al. (2022)		X	X		X		X		X									X
E1149	Esteves, I. M., et al. (2023)		X	X		X		X		X									X
E1150	Ma, J.-H., et al. (2023)		X	X		X		X		X									X
E1151	Austin, J. (2019)		X	X		X		X		X									X
E1152	Krone, C. & S. Stacey (2019)		X	X		X		X		X									X
E1153	Mathias, E. G., et al. (2023)		X	X		X		X		X									X
E1154	Kiolbasa, C., et al. (2023)		X	X		X		X		X									X
E1155	Mohammed, M. A., et al. (2023)		X	X		X		X		X									X
E1156	Holter, L. (2019)		X	X		X		X		X									X
E1157	Wang, L., et al. (2021)		X	X		X		X		X									X
E1158	Fu, V. X., et al. (2020)		X	X		X		X		X									X
E1159	Cain, K. E., et al. (2021)		X	X		X		X		X									X
E1160	Parsa, F. D., et al. (2020)		X	X		X		X		X									X
E1161	Phinn, K., et al. (2022)		X	X		X		X		X									X
E1162	Lopez Jr, I. & A. B. Miller (2021)		X	X		X		X		X									X

E1193	Joshi, G. P. (2020)	X	X	X	X		X		X	X								X
E1194	Trowbridge, E. R., et al. (2021)	X	X	X	X		X		X	X			X	X				X
E1195	Vendittoli, P.-A., et al. (2019)		X	X	X		X		X	X		X						X
E1196	Najaar, S. et al. (2020)		X	X	X		X		X	X			X	X				X
E1197	Ngxabi, B. (2021)		X	X	X		X		X	X								X
E1198	Boogmans, T., et al. (2023)		X	X	X		X		X	X								X
E1199	Temple-Oberle, C. & C. Webb (2020)		X	X	X		X		X	X								X
E1200	Li, J., et al. (2019)		X	X	X		X		X	X			X	X				X
E1201	Ioannidis, O., et al. (2023)		X	X	X		X		X	X			X	X				X
E1202	Jivraj, N. K., et al. (2020)		X	X	X		X		X	X								X
E1203	Kozanhan, B., et al. (2022)		X	X	X		X		X	X								X
E1204	Holmes, S., et al. (2019)		X	X	X		X		X	X								X
E1205	Liu, J., et al. (2023)		X	X	X		X		X	X								X
E1206	Shestak, K. C., et al. (2019)		X	X	X		X		X	X			X	X				X
E1207	Zhang, M. (2022)		X	X	X		X		X	X								X
E1208	Singh, V., et al. (2022)		X	X	X		X		X	X								X
E1209	Di Cesare, P. (2020)		X	X	X		X		X	X								X
E1210	Usuelli, F. G., et al. (2023)		X	X	X		X		X	X								X
E1211	Wainwright, T. W. & H. Kehlet (2019)		X	X	X		X		X	X								X
E1212	De Berardinis, L., et al. (2022)		X	X	X		X		X	X								X
E1213	Liu, J., et al. (2023)		X	X	X		X		X	X			X	X				X
E1214	McLendon, C. (2020)		X	X	X		X		X	X			X	X				X
E1215	Schmidt, A. M., et al. (2022)		X	X	X		X		X	X			X	X				X
E1216	Singh, V., et al. (2022)		X	X	X		X		X	X								X
E1217	Sciences, N. A. o., et al. (2020)		X	X	X		X		X	X								X
E1218	Liow, M. H. L., et al. (2020)		X	X	X		X		X	X			X	X				X
E1219	Bernhard, J.C. (2023)		X	X	X		X		X	X								X
E1220	Srinivas, S., et al. (2020)		X	X	X		X		X	X								X
E1221	Kelly, M. E., et al. (2021)		X	X	X		X		X	X								X
E1222	Semkovych, Y. & D. Dmytriiiev (2022)		X	X	X		X		X	X								X

E1253	Krause, N. (2022)		X	X		X		X	X									X
E1254	Zomar, B. O., et al. (2020)		X	X		X	X		X	X			X					X
E1255	Pai, S.-L. and N. Rajan (2019)		X	X		X			X				X					X
E1256	Benedictos, A. (2023)		X	X		X			X									X
E1257	Beers, R. F. (2023)		X	X		X			X				X					X
E1258	Pak, A. & Abrahams, E. (2021)		X	X		X			X				X					X
E1259	Kutu, R. (2020)		X	X		X			X				X					X
E1260	Hammerberg, E. M., et al. (2022)		X	X		X			X				X					X
E1261	Bosserman, L. D., et al. (2021)		X	X		X			X				X					X
E1262	Gil Fuentes, A., et al. (2023)		X	X		X			X				X					X
E1263	Mulier, J. P. and L. F. d. R. Falcão (2020)		X	X		X			X				X					X
E1264	Kharasch, E. D., et al. (2023)		X	X		X			X				X					X
E1265	Murphy, G. S. and J. W. Szokol (2019)		X	X		X			X				X					X
E1266	MacFater, W. (2021)		X	X		X			X				X					X
E1267	Holland, C. T., et al. (2023)		X	X		X			X				X					X
E1268	MacFater, W. S., et al. (2022)		X	X		X			X				X					X
E1269	Song, N., et al. (2021)		X	X		X			X				X					X
E1270	Kor, T. M., et al. (2020)		X	X		X			X				X					X
E1271	Buus, A. A. Ø. (2021)		X	X		X			X				X					X
E1272	Schulz, E., et al. (2023)		X	X		X			X				X					X
E1273	Salamanna, F., et al. (2022)		X	X		X			X				X					X
E1274	Cheng, X., et al. (2021)		X	X		X			X				X					X
E1275	Gokdemir, B. & N. Cekmen (2023)		X	X		X			X				X					X
E1276	Sánchez-Romero, A. (2021)		X	X		X			X				X					X
E1277	Chen, D. Q., et al. (2023)		X	X		X			X				X					X
E1278	González, P. A., et al. (2022)		X	X		X			X				X					X
E1279	Cadwell, J. B., et al. (2023)		X	X		X			X				X					X
E1280	Savalle, O. & H. Dolan (2022)		X	X		X			X				X					X
E1281	Bloomfield, M. R., et al. (2019)		X	X		X			X				X					X
E1282	Andersen, S. L. (2021)		X	X		X			X				X					X

E1312	Hite, M., et al. (2019)		X	X	X		X		X		X		X
E1313	Mariani, M., et al. (2023)		X	X	X		X		X		X		X
E1314	Asanad, K., et al. (2020)		X	X	X			X			X		X
E1315	Pulkkinen, M. (2021)		X	X	X						X		X
E1316	Hart, K., et al. (2023)		X	X	X						X		X
E1317	Sinha, K. R., et al. (2021)		X	X	X						X		X
E1318	Ramirez-Guerrero, O. A., et al. (2023)		X	X	X						X		X
E1319	Drain, C. B. & J. M. Edwards III (2022)		X	X	X						X		X
E1320	Puplampu, T., et al. (2023)		X	X	X			X					X
E1321	Grewal, G. & G. P. Joshi (2019)		X	X	X				X				X
E1322	Osman, M. & F. E. Shapiro (2019)		X	X	X					X			X
E1323	Tveit, M. (2021)		X	X	X				X				X
E1324	Nates, J. L. & K. J. Price (2020)		X	X	X				X				X
E1325	Chen, D., et al. (2022)		X	X	X				X				X
E1326	Bicket, M. C. (2019)		X	X	X				X				X
E1327	Colvin, L. A. (2019)		X	X	X					X			X
E1328	Smith, A. N. (2020)		X	X	X					X			X
E1329	Lide, R. C., et al. (2021)		X	X	X					X			X
E1330	Jawad, B. A., et al. (2022)		X	X	X				X				X
E1331	Carolan, A. M., et al. (2021)		X	X	X				X				X
E1332	Hysong, A. A., et al. (2023)		X	X	X				X				X
E1333	Siu, E. Y. & T. S. Moon (2020)		X	X	X				X				X
E1334	Kharasch, E. D. & J. D. Clark (2021)		X	X	X				X				X
E1335	Lindholm, N., et al. (2022)		X	X	X				X				X
E1336	Kharasch, E. D., et al. (2022)		X	X	X					X			X
E1337	Barbieri, R. L., et al. (2019)		X	X	X				X				X
E1338	Philadelphia, P. A. M. (2022)		X	X	X				X				X
E1339	Vlaskov, K. & P. Lirk (2022)		X	X	X				X				X
E1340	Wainwright, T. W. & T. Immins (2020)		X	X	X				X				X
E1341	Hootsmans et al. (2023)	X		X			X		X			X	

E1372	Grue, B., et al. (2023).		X	X		X			X	X				X
E1373	Rajnish, R.K. et al. (2023)		X	X		X		X		X				X
E1374	Erdmann-Sager, J. & Pannucci, C. (2023)		X	X		X		X		X				X
E1375	O'Meara, A., et al. (2022)		X	X		X				X				X
E1376	Dandurand, C., et al. (2022)		X	X		X				X				X
E1377	Bolanca, A. & Holst, C. (2023)		X	X			X		X					X
E1378	Hempel, S. (2019).		X	X		X				X				X
E1379	Derleyen Taşkın, B. (2019)		X	X			X			X				X
E1380	Gratz, I., et al. (2022)		X	X										X
E1381	Sanson, M. Z. & G. W. Davila (2021)		X	X		X				X				X
E1382	Asencio-Costa, C. (2021)		X	X		X				X				X
E1383	Devalapalli, A. P. & D. T. Kashiwagi (2020)		X	X		X				X				X
E1384	Kharasch, E. D., et al. (2020)		X	X		X				X				X
E1385	Langenfeld, S. J. (2019)		X	X		X				X				X
E1386	Santiago, A. E., et al. (2022)		X	X		X				X				X
E1387	Torre, M. (2021)		X	X		X				X				X
E1388	Murphy, G. S., et al. (2021)		X	X		X				X				X
E1389	Shanthanna, H., et al. (2021)		X	X		X				X				X
E1390	Ye, Y., et al. (2023)		X	X		X			X					X
E1391	Neumeister, E. L., et al. (2020)		X	X		X				X				X
E1392	Goravanchi, F. (2021)		X	X		X				X				X
E1393	Del Rosario, T. J., et al. (2020)		X	X		X				X				X
E1394	Lex, J. R., et al. (2021)		X	X		X				X				X
E1395	Greimel, F. & G. Maderbacher (2022)		X	X		X				X				X
E1396	Richebé, P., et al. (2019)		X	X		X				X				X
E1397	Husby, V. S., et al. (2023)		X	X		X				X				X
E1398	Lauwers, B., et al. (2020)		X	X		X				X				X
E1399	Hadžić, A., et al. (2021)		X	X		X				X				X
E1400	Sahoo, S. K., et al. (2019)		X	X		X				X				X
E1401	Alliste, J. (2020)		X	X		X				X				X

E1432	Peacock, S., et al. (2022)		X	X		X			X										X
E1433	Scuderì, G. R., et al. (2020)		X	X		X			X										X
E1434	Keulen, M. H., et al. (2021)		X	X		X			X										X
E1435	Stiles, N., et al. (2021)		X	X		X			X										X
E1436	Mikhail, C. M., et al. (2021)		X	X		X			X										X
E1437	Zafar, J., et al. (2021)		X	X		X			X				X						X
E1438	Johnson, S. P., et al. (2020)		X	X		X			X				X						X
E1439	Bloom, D. A., et al. (2022)		X	X		X			X				X						X
E1440	Smith, A. (2023)		X	X		X			X				X						X
E1441	Brummett, C., et al. (2021)		X	X		X			X				X						X
E1442	Hunter, C. W., et al. (2022)		X	X		X			X				X						X
E1443	Nanda, A. & M. Van de Velde (2022)		X	X		X			X				X						X
E1444	Grant, M. C., et al. (2022)		X	X		X			X				X						X
E1445	Lin, J., et al. (2022)		X	X		X			X				X						X
E1446	Garg, B., et al. (2021)		X	X		X			X				X						X
E1447	Macias, A. & J. Finneran (2022)		X	X		X			X				X						X
E1448	Gan, T. J., et al. (2022)		X	X		X			X				X						X
E1449	Hofer, I. S., et al. (2021)		X	X		X			X				X						X
E1450	Sanders, A. C. (2023)		X	X		X			X				X						X
E1451	Ross, R. P. (2023)		X	X		X			X				X						X
E1452	Dodo, Y., et al. (2023)		X	X		X			X				X						X
E1453	Tani, S.C, et al. (2023)		X	X		X			X				X						X
E1454	Anand, S. & Prem, A. M. (2021)		X	X		X			X				X						X
E1455	Ravindranath, S., et al. (2023)		X	X		X			X				X						X
E1456	Soffin et al. (2019)		X	X		X			X				X						X
E1457	Mancel, L., et al. (2021)		X	X		X			X				X						X
E1458	Birkelbach, O., et al. (2019)		X	X		X			X				X						X
E1459	Osman, B. & Shapiro, F. (2019)		X	X		X			X				X						X
E1460	Popeskou, S. G., et al. (2022)		X	X		X			X				X						X
E1461	Dong, Y., et al. (2021)		X	X		X			X				X						X

E1492	Ferrell, J. K. & M. L. Shindo (2022)		X	X		X														X
E1493	Crawford, A. M., et al. (2020)		X	X		X				X		X								X
E1494	Stamer, U. M., et al. (2020)		X	X		X				X		X								X
E1495	Simpson, H. N. (2023)		X	X		X				X		X								X
E1496	Balthasar, A. J., et al. (2023)		X	X		X				X		X								X
E1497	Moore, A. C., et al. (2022)		X	X		X				X		X								X
E1498	Hartwell, M. J., et al. (2019)		X	X		X				X		X								X
E1499	Pickett, C., et al. (2022)		X	X		X				X		X								X
E1500	Basil, G. W. & M. Y. Wang (2019)		X	X		X				X		X								X
E1501	Jivraj, N. K., et al. (2022)		X	X		X				X		X								X
E1502	Donohoe, G. C., et al. (2019)		X	X		X				X		X								X
E1503	Leopold, T., et al. (2023)		X	X		X				X		X								X
E1504	Girbino, K. L., et al. (2021)		X	X		X				X		X								X
E1505	de Abreu Maia, F. (2022)		X	X		X				X		X								X
E1506	Stamenkovic, D. M., et al. (2021)		X	X		X				X		X								X
E1507	Moll, V., et al. (2021)		X	X		X				X		X								X
E1508	Bright, M., et al. (2020)		X	X		X				X		X								X
E1509	Boitano, T. K., et al. (2022)		X	X		X				X		X								X
E1510	Ching, O. C. (2020)		X	X		X				X		X								X
E1501	Short, C. A. (2020)		X	X		X				X		X								X
E1512	Reinhorn, M., et al. (2022)		X	X		X				X		X								X
E1513	Gündođdu, E., et al. (2022)		X	X		X				X		X								X
E1514	Wagner III, K. J., et al. (2023)		X	X		X				X		X								X
E1515	Lazar, D. J., et al. (2021)		X	X		X				X		X								X
E1516	Kehlet, H. (2019)		X	X		X				X		X								X
E1517	Донг, У., et al. (2021)		X	X		X				X		X								X
E1518	Boukazani, M., et al. (2021)		X	X		X				X		X								X
E1519	Gaszynski, T. (2019)		X	X		X				X		X								X
E1520	Куклин, В. Н. (2020)		X	X		X				X		X								X
E1521	Черній, В. & А. Денисенко (2020)		X	X		X				X		X								X

APÊNDICE XII: Teste de Relevância II

Referência do estudo

Questão	SIM	NÃO
<p>1. O estudo está de acordo com a temática em investigação?</p> <p>Operacionalização:</p> <p><u>Incluir</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - O estudo aborda o programa ERAS® em cirurgia de ambulatório; - O estudo relata resultados no âmbito do controlo da dor à pessoa em cirurgia de ambulatório; - O estudo é primário; 		
<p>2. O estudo foi publicado no período temporal definido pelos investigadores?</p> <ul style="list-style-type: none"> - O estudo foi publicado entre janeiro de 2019 e dezembro de 2023 		
<p>3. O estudo foi publicado no idioma determinado pelos investigadores?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Português, Inglês, Francês ou Espanhol. 		
<p>4. O estudo está disponível em <i>full text</i>?</p>		
<p>5. O estudo envolve seres humanos?</p>		

APÊNDICE XIII: Aplicação do Teste de Relevância II aos estudos identificados nas bases de dados

Referência do estudo	Questão 1 Tema/Tipo de estudo		Questão 2 Tempo		Questão 3 Idioma		Questão 4 Texto integral		Questão 5 Humanos	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
E131	x		x		x		x		x	
E213	x		x		x		x		x	
E401	x		x		x		x		x	
E403	x		x		x		x		x	
E547	x		x		x		x		x	
E827	x		x		x		x		x	
E937	x		x		x		x		x	
E964	x		x		x		x		x	

APÊNDICE XIV: Aplicação do Teste de Relevância II aos estudos identificados no Google Académico[®]

Referência do estudo	Questão 1 Tema/Tipo de estudo		Questão 2 Tempo		Questão 3 Idioma		Questão 4 Texto integral		Questão 5 Humanos	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
E1341 Hootsmans et al. (2023)	x		x		x		x		x	
E1479 Bakeer et al. (2020)	x		x		x		x		x	

APÊNDICE XV: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ESTUDOS

JBICRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR COHORT STUDIES

Moola, S., Munn, Z., Tufanaru, C., Aromataris, E., Sears, K., Sfetcu, R., Currie, M., Qureshi, R., Mattis, P., Lisy, K., & Mu, P.-F. (2020). Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBIC Manual for Evidence Synthesis*. JBI. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>

Reviewer Mariana Rocha

Date 17.04.2024

Author: Hardy et al. Year 2021 Record Number 131

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the two groups similar and recruited from the same population?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the exposures measured similarly to assign people to both exposed and unexposed groups?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were confounding factors identified?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were the groups/participants free of the outcome at the start of the study (or at the moment of exposure)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was the follow up time reported and sufficient to be long enough for outcomes to occur?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was follow up complete, and if not, were the reasons to loss to follow up described and explored?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were strategies to address incomplete follow up utilized?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Mariana Rocha

CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUALITATIVE RESEARCH

Lockwood, C., Munn, Z., & Porritt, K. (2015). Qualitative research synthesis: Methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 179-187

Reviewer Mariana Rocha Date 17.04.2024

Author Hardy et al. Year 2021 Record Number 131

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice- versa, addressed?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR COHORT STUDIES

Moola, S., Munn, Z., Tufanaru, C., Aromataris, E., Sears, K., Sfetcu, R., Currie, M., Qureshi, R., Mattis, P., Lisy, K., & Mu, P.-F. (2020). Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>

Reviewer Mariana Rocha

Date 16.04.2024

Author Faulkner et al. Year 2022 Record Number 213

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the two groups similar and recruited from the same population?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the exposures measured similarly to assign people to both exposed and unexposed groups?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were confounding factors identified?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were the groups/participants free of the outcome at the start of the study (or at the moment of exposure)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was the follow up time reported and sufficient to be long enough for outcomes to occur?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was follow up complete, and if not, were the reasons to loss to follow up described and explored?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were strategies to address incomplete follow up utilized?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Mariana Rocha

JBI CRITICAL APPRAISAL TOOL FOR ASSESSMENT OF RISK OF BIAS FOR RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS

Barker, T. H., Stone, J. C., Sears, K., Klugar, M., Turfanaru, C., Leonardi-Bee, J., Aromatariu, E., & Munn, Z. (2023). The revised JBI critical appraisal tool for the assessment of risk of bias for randomized controlled trials. *JBI Evidence Synthesis*, 21(3), 494-506

Assessor: Mariana Rocha	Date of Appraisal: 17.04.2024	Record Number: 401	
Study Author: Trejo-Ávila et al.	Study Title: Enhanced recovery after surgery protocol allows ambulatory laparoscopic appendectomy in uncomplicated acute appendicitis: a prospective, randomized trial		Study Year: 2019

Internal Validity

Choice - Comments/Justification

Yes

No

Unclear

N/A

Bias related to selection and allocation

1	Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Was allocation to treatment groups concealed?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Were treatment groups similar at the baseline?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bias related to administration of intervention/exposure					
4	Were participants blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

394

Mariana

Rocha

5	Were those delivering the treatment blind to treatment assignment?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bias related to assessment, detection and measurement of the outcome

7	Were outcome assessors blind to treatment assignment?		Yes	No	Unclear	N/A
	Post operative length of stay		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Time to resume diet		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Postoperative pain		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Postoperative complications		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Readmission rate		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reoperation rate		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8	Were outcomes measured in the same way for treatment groups?		Yes	No	Unclear	N/A
	Post operative length of stay		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Time to resume diet		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Postoperative pain		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Postoperative complications	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Readmission rate	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reoperation rate	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9	Were outcomes measured in a reliable way	Yes	No	Unclear	N/A
	Postoperative length of stay	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Time to resume diet	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Postoperative pain	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Postoperative complications	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Readmission rate	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reoperative rate	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bias related to participant retention

10	Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analysed?			
	Postoperative length of stay	Yes	No	Unclear N/A

		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Time to resume diet		Yes	No	Unclear	N/A	
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Postoperative pain		Yes	No	Unclear	N/A	
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Postoperative complications		Yes	No	Unclear	N/A	
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Readmission rate		Yes	No	Unclear	N/A	
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Reoperative rate		Yes	No	Unclear	N/A	
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Statistical Conclusion Validity

11	Were participants analysed in the groups to which they were randomized?	
	Postoperative length of stay	Yes No Unclear N/A
		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Time to resume diet	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Unclear <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
Postoperative pain	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Unclear <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
Postoperative complications	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Unclear <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
Readmission rate	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Unclear <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
Reoperative rate	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Unclear <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>

12

Was appropriate statistical analysis used?	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Unclear <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
Postoperative length of stay	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Unclear <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
Time to resume diet	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Unclear <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>

		Yes	No	Unclear	N/A
Postoperative pain		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Postoperative complications		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Readmission rate		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reoperative rate		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Yes	No	Unclear	N/A
13	Was the trial design appropriate and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include: Exclude: Seek Further Info:

Comments:

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR COHORT STUDIES

Moola, S., Munn, Z., Tufanaru, C., Aromataris, E., Sears, K., Sfetcu, R., Currie, M., Qureshi, R., Mattis, P., Lisy, K., & Mu, P.-F. (2020). Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>

Reviewer Mariana Rocha

Date 17.04.2024

Author: Straughan et al. Year 2021 Record Number 403

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the two groups similar and recruited from the same population?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the exposures measured similarly to assign people to both exposed and unexposed groups?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were confounding factors identified?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were the groups/participants free of the outcome at the start of the study (or at the moment of exposure)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was the follow up time reported and sufficient to be long enough for outcomes to occur?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was follow up complete, and if not, were the reasons to loss to follow up described and explored?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were strategies to address incomplete follow up utilized?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR COHORT STUDIES

Moola, S., Munn, Z., Tufanaru, C., Aromataris, E., Sears, K., Sfetcu, R., Currie, M., Qureshi, R., Mattis, P., Lisy, K., & Mu, P.-F. (2020). Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>

Reviewer Mariana Rocha

Date 16.04.2024

Author Hardy et al. Year 2022 Record Number 547

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the two groups similar and recruited from the same population?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the exposures measured similarly to assign people to both exposed and unexposed groups?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were confounding factors identified?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were the groups/participants free of the outcome at the start of the study (or at the moment of exposure)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was the follow up time reported and sufficient to be long enough for outcomes to occur?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was follow up complete, and if not, were the reasons to loss to follow up described and explored?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were strategies to address incomplete follow up utilized?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Mariana Rocha

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR COHORT STUDIES

Moola, S., Munn, Z., Tufanaru, C., Aromataris, E., Sears, K., Sfetcu, R., Currie, M., Qureshi, R., Mattis, P., Lisy, K., & Mu, P.-F. (2020). Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>

Reviewer Mariana Rocha

Date 17.04.2024

Author: Van Horne & Van Horne Year 2020 Record Number 827

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the two groups similar and recruited from the same population?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Were the exposures measured similarly to assign people to both exposed and unexposed groups?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were confounding factors identified?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were the groups/participants free of the outcome at the start of the study (or at the moment of exposure)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was the follow up time reported and sufficient to be long enough for outcomes to occur?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was follow up complete, and if not, were the reasons to loss to follow up described and explored?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were strategies to address incomplete follow up utilized?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR COHORT STUDIES

Moola, S., Munn, Z., Tufanaru, C., Aromataris, E., Sears, K., Sfetcu, R., Currie, M., Qureshi, R., Mattis, P., Lisy, K., & Mu, P.-F. (2020). Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>

Reviewer Mariana Rocha

Date 16.04.2024

Author Jogerst et al. Year 2020 Record Number 937

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the two groups similar and recruited from the same population?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the exposures measured similarly to assign people to both exposed and unexposed groups?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were confounding factors identified?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were the groups/participants free of the outcome at the start of the study (or at the moment of exposure)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was the follow up time reported and sufficient to be long enough for outcomes to occur?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was follow up complete, and if not, were the reasons to loss to follow up described and explored?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were strategies to address incomplete follow up utilized?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR COHORT STUDIES

Moola, S., Munn, Z., Tufanaru, C., Aromataris, E., Sears, K., Sfetcu, R., Currie, M., Qureshi, R., Mattis, P., Lisy, K., & Mu, P.-F. (2020). Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>

Reviewer Mariana Rocha

Date 17.04.2024

Author: Broderick et al. Year 2022 Record Number 964

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the two groups similar and recruited from the same population?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the exposures measured similarly to assign people to both exposed and unexposed groups?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were confounding factors identified?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were the groups/participants free of the outcome at the start of the study (or at the moment of exposure)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was the follow up time reported and sufficient to be long enough for outcomes to occur?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was follow up complete, and if not, were the reasons to loss to follow up described and explored?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were strategies to address incomplete follow up utilized?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Mariana Rocha

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR COHORT STUDIES

Moola, S., Munn, Z., Tufanaru, C., Aromataris, E., Sears, K., Sfetcu, R., Currie, M., Qureshi, R., Mattis, P., Lisy, K., & Mu, P.-F. (2020). Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>

Reviewer Mariana Rocha

Date 17.04.2024

Author: Hootsmans et al. Year 2023 Record Number 1341

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the two groups similar and recruited from the same population?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Were the exposures measured similarly to assign people to both exposed and unexposed groups?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were confounding factors identified?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were the groups/participants free of the outcome at the start of the study (or at the moment of exposure)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was the follow up time reported and sufficient to be long enough for outcomes to occur?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was follow up complete, and if not, were the reasons to loss to follow up described and explored?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were strategies to address incomplete follow up utilized?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR CASE SERIES

Munn, Z., Barker, T. H., Moola, S., Tufanaru, C., Stern, C., McArthur, A., Stephenson, M., & Aromataris, E. (2020).
Methodological quality of case series studies: An introduction to the JBI critical appraisal tool. *JBI Evidence
Synthesis*, 18(10), 2127-2133.

Reviewer Mariana Rocha Date 16.04.2024

Author Bakeer et al. Year 2020

Record Number 1479

	Yes	No	Unclear	Not applicable
Were there clear criteria for inclusion in the case series?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was the condition measured in a standard, reliable way for all participants included in the case series?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Were valid methods used for identification of the condition for all participants included in the case series?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Did the case series have consecutive inclusion of participants?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Did the case series have complete inclusion of participants?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was there clear reporting of the demographics of the participants in the study?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was there clear reporting of clinical information of the participants?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Were the outcomes or follow up results of cases clearly reported?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was there clear reporting of the presenting site(s)/clinic(s) demographic information?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was statistical analysis appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

