



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

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

Paula Cristina Araújo Lopes

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NÃO
FARMACOLÓGICAS PARA A GESTÃO DA DOR PÓS
OPERATÓRIA**

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NÃO
FARMACOLÓGICAS PARA A GESTÃO DA DOR PÓS
OPERATÓRIA

Relatório Final de Estágio

Paula Cristina Araújo Lopes

Relatório Final de Estágio apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória, sob orientação da Mestre Eloísa Alexandra Ribeiro Maciel

Oliveira de Azeméis | 2023

“Os que se encantam com a prática sem a ciência são como os timoneiros que entram no navio sem timão nem bússola, nunca tendo certeza do seu destino”.

Leonardo da Vinci

AGRADECIMENTOS

Um processo de aprendizagem, como o desenvolvido, apresenta uma componente individual, sempre influenciada pela intervenção de várias pessoas, que de várias formas contribuíram e tornaram possível a conclusão deste percurso formativo, pelo que agradeço:

De uma forma muito especial, à orientadora Mestre Eloísa Maciel, pela orientação, disponibilidade, compromisso, dedicação, sugestões conduzindo-me neste percurso de forma assertiva, disponível, encorajadora e desafiadora.

A todos os profissionais de saúde do Bloco de Ambulatório sem exceção, com um agradecimento especial à Enfermeira Carla Araújo, Dália Silva e Mónica Macedo, pela partilha de conhecimentos, experiência, pela disponibilidade e dedicação e amizade demonstradas.

À Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa e aos seus colaboradores, docentes e não docentes, que de forma direta ou indireta, contribuíram para a realização deste projeto profissional.

Às minhas amigas e companheiras de viagem, Teresa Cavalheiro e em especial, Paula Midões que, com a amizade de sempre, me motivaram para a concretização deste trabalho.

À minha família em geral pela compreensão, apoio e momentos de ausência. Aos meus pais, e de forma muito especial à minha mãe, pelo seu amor, dedicação, apoio e compreensão inigualáveis. Obrigada Mãe!

Ao Pedro pelo apoio, compreensão, paciência, encorajamento e ajuda constantes, sem os quais não teria sido possível mais este percurso. Ao João Pedro que tão pequenino me impulsiona todos os dias na procura de ser uma pessoa melhor.

Aos demais, que apesar de não mencionados, estiveram presentes quando deles precisei.

A minha palavra de apreço, estima e agradecimento.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AORN - *American Association of Operating Room Nurses*

EORNA - *European Operating Room Nurses Association*

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

EE - Enfermeiro Especialista

OE - Ordem dos Enfermeiros

CA - Cirurgia de Ambulatório

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

CNDCA - Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório

DR - Diário da República

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UCA - Unidade de Cirurgia de Ambulatório

APCA - Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório

CHPVVC - Centro Hospitalar Póvoa de Varzim – Vila do Conde EPE

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

DGS - Direção Geral de Saúde

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EEMCPSP - Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória

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

CPOE - Consulta Pré-Operatória de Enfermagem

OMS - Organização Mundial de Saúde

JBI - *Joanna Briggs Institute*

RESUMO

O presente relatório final de estágio, emerge no decorrer do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória, da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, com o objetivo da obtenção do grau de Mestre na referida área. Surge simultaneamente, enquanto documento elucidativo do processo desenvolvido na aquisição e desenvolvimento de competências especializadas, realizado durante o Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II, desenvolvido na Unidade de Cirurgia de Ambulatório do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, encontrando-se dividido em duas componentes: estágio e estudo de investigação.

Na componente de estágio será realizado o enquadramento do contexto de estágio, assim como uma análise crítico reflexiva do processo de aprendizagem, atendendo ao desenvolvimento e aquisição das competências especializadas à pessoa em situação perioperatória, quer na área comum, quer na área específica. Procurou-se apresentar os objetivos específicos previamente traçados e concretizados, relatar as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas, recorrendo a uma metodologia critico-reflexiva, demonstrando a importância do papel do enfermeiro especialista à pessoa em situação perioperatória.

Na parte da investigação, foi desenvolvida uma revisão bibliográfica do tipo *scoping review*, seguindo a metodologia da *Joanna Briggs Institute*, cujo objetivo foi identificar as principais intervenções não farmacológicas implementadas por enfermeiros para gestão da dor pós-operatória em adultos submetidos a procedimentos cirúrgicos, tendo por base um corpus de análise constituído por 9 artigos.

O mapeamento destas evidências visa a ampliação de conhecimento sobre a importância das intervenções não farmacológicas utilizadas pelos enfermeiros para gerir a dor pós-operatória em adultos. Apesar da vasta existência deste tipo de intervenções, escassos são os estudos onde elas são aplicadas especificamente por enfermeiros, e são várias as barreiras encontradas na sua implementação, quer do ponto de vista dos profissionais, quer da própria pessoa. Torna-se por isso fundamental investir na investigação, essencialmente em estudos com enfoque nas intervenções desenvolvidas por enfermeiros, e na compreensão das barreiras encontradas.

Palavras-chave: Enfermagem; Dor Pós-operatória; Manejo da dor; Terapias Complementares; Intervenções Não farmacológicas

ABSTRACT

This final internship report is the result of the 1st Master's Degree in Medical-Surgical Nursing - Specialization in Perioperative Care, at the Portuguese Red Cross Northern School of Health, with the purpose of obtaining a Master's Degree in this area. At the same time, it is an elucidative document of the process developed in the acquisition and development of specialized skills, carried out during the Nursing Internship for People in Perioperative Situations II, developed in the Ambulatory Surgery Unit of the Póvoa de Varzim/Vila do Conde Hospital Centre, and is divided into two components: internship and research study.

The internship component will provide a framework for the internship context, as well as a critical and reflective analysis of the learning process, taking into account the development and acquisition of specialized skills for people in perioperative situations, both in the common area and in the specific area. The aim was to present the specific objectives previously set and achieved, to report on the activities carried out and the skills acquired, using a critical reflective methodology, demonstrating the importance of the role of the specialist nurse for people in perioperative situations.

In the research part, a scoping review was carried out, following the methodology of the Joanna Briggs Institute, with the objective of identifying the main non-pharmacological interventions implemented by nurses to manage postoperative pain in adults undergoing surgical procedures, based on a corpus of analysis consisting of 9 articles.

Mapping this evidence seeks to increase knowledge about the importance of non-pharmacological interventions used by nurses to manage postoperative pain in adults. Despite the vast existence of these types of interventions, there are few studies in which they are applied specifically by nurses, and there are several barriers to their implementation, both from the point of view of the professionals and the person themselves. For this reason, it is essential to invest in research, essentially in studies focusing on interventions developed by nurses, and in understanding the barriers encountered.

Keywords: Nursing; Postoperative pain; Pain management; Complementary therapies; Non-pharmacological interventions

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Critérios para seleção dos estudos	83
Tabela 2. Pesquisa inicial nas bases de dados CINAHL complete e MEDLINE complete (via EBSCO)	84
Tabela 3. Estratégia de pesquisa utilizada nas diferentes bases de dados	84
Tabela 4. Intervenções Não-Farmacológicas Identificadas (N=9)	90
Tabela 5. Instrumento de síntese de dados extraídos do artigo n.º 1	91
Tabela 6. Instrumento de síntese de dados extraídos do artigo n.º 2	92
Tabela 7. Instrumento de síntese de dados extraídos do artigo n.º 3	93
Tabela 8. Instrumento de síntese de dados extraídos do artigo n.º 4	94
Tabela 9. Instrumento de síntese de dados extraídos do artigo n.º 5	95
Tabela 10. Instrumento de síntese de dados extraídos do artigo n.º 6	96
Tabela 11. Instrumento de síntese de dados extraídos do artigo n.º 7	97
Tabela 12. Instrumento de síntese de dados extraídos do artigo n.º 8	98
Tabela 13. Instrumento de síntese de dados extraídos do artigo n.º 9	99

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos estudos	88
----------------------------------------------------------------------	-----------

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS.....	v
LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS	vii
RESUMO	ix
ABSTRACT	xi
ÍNDICE DE TABELAS	xiii
ÍNDICE DE FIGURAS	xv
ÍNDICE GERAL	xvii
INTRODUÇÃO.....	19
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	23
1. Enquadramento dos contextos de estágio	25
1.1. Estágio em contexto bloco operatório central e bloco de urgência	29
2. Competências comuns do enfermeiro especialista	31
2.1. Responsabilidade profissional, ética e legal.....	32
2.2. Domínio da gestão dos cuidados	35
2.3. Domínio da melhoria contínua da qualidade	38
2.4. Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	44
3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória.....	47
3.1. Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa	48
3.2. Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica	55
4. Considerações finais	63
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	65
1. Resumo.....	67
2. Abstract	69
3. Fundamentação/enquadramento teórico	71
3.1. Intervenções não farmacológicas no tratamento da dor	73
4. Finalidade e objetivos	79

5. Metodologia.....	81
5.1. Desenho do estudo	81
5.2. Questão de Investigação.....	82
5.3. Critérios para seleção dos estudos	82
5.4. Estratégia de Pesquisa	83
5.5. Seleção dos Estudos	85
5.6. Extração e Análise dos Dados	85
5.7. Considerações éticas	86
6. Resultados	87
6.1. Processo de seleção dos estudos.....	87
6.2 Síntese dos dados	89
7. Discussão	101
8. Conclusão	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	115
ANEXOS	133
ANEXO I: Procedimento de Contagem de Instrumentos Cirúrgicos, Corto Perfurantes e Compressas no Ato Cirúrgico	135
ANEXO II Certificado Participação no Congresso XX AESOP com comunicação oral: Prevenção da Hipotermia no Perioperatório: revisão Integrativa de Literatura	143
ANEXO III: Guião para elaboração de vídeo na Unidade de Cirurgia de Ambulatório.....	147
ANEXO IV: Revisão Integrativa de literatura: Prevenção da Hipotermia no Perioperatório .	155

INTRODUÇÃO

A evolução científica e tecnológica verificada atualmente, acrescida de uma população cada vez mais exigente e consciente dos seus direitos relativamente aos cuidados de saúde, implicam a excelência nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem prestados não só a nível técnico e científico, mas também ético e humano, como forma de responder às necessidades manifestadas. A enfermagem enquanto disciplina do conhecimento em constante evolução, exige de igual forma dos profissionais a constante atualização de competências e conhecimentos.

Assim, e como forma de responder às exigências da excelência do exercício profissional, é essencial o investimento na formação contínua, sendo a diferenciação e a especialização uma realidade imprescindível, sempre fundamentada no saber científico e na investigação. De facto, a formação especializada assume um caráter essencial para a valorização e crescimento dos enfermeiros, considerando sempre como objetivo final a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, visto que, de acordo com o artigo 109.º do Código Deontológico, estes profissionais devem “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada” (Lei n.º 156/2015, p.8080).

A realização deste percurso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Perioperatória (EEMCPSP), representará uma estratégia na aquisição de novas competências, habilidades e saberes, com vista ao desenvolvimento do pensamento crítico e de apoio para tomada de decisão, objetivando alcançar a melhoria na qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória/família/convivente significativo.

Os cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação perioperatória são “dirigidos aos projetos de saúde da pessoa e família/pessoa significativa a vivenciarem processos de saúde/doença que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, em ambiente perioperatório, à promoção da saúde, à prevenção de eventos adversos e ao tratamento da doença” (Regulamento n.º 429/2018, p.1936). Ao serem parte integrante de toda a experiência cirúrgica, é esperado pela pessoa/família que sejam cuidados diferenciados, baseados numa abordagem mais competente e atualizada, com capacidade de antecipação e tomada de decisão baseada na evidência científica com vista à prevenção de complicações e eventos adversos.

O presente relatório final insere-se no Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II, da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis, realizado em contexto de Cirurgia de Ambulatório no Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde (Unidade de Vila do Conde) durante o período de 10/01/2022 e 30/05/2022, sendo posteriormente submetido a discussão pública conforme regulamentado para obtenção do grau de Mestre.

A sua elaboração emerge como fio condutor do estágio realizado, com o intuito de melhorar a abordagem de oportunidades e possibilidades de intervenção neste percurso, refletindo criticamente acerca das atividades realizadas, bem como na realidade do contexto da prática, de forma a promover o desenvolvimento pessoal e profissional, que culminará na aquisição de competências de Enfermeiro Especialista (EE).

Incide ainda num trabalho de investigação que resulta de uma inquietação relacionada com a experiência profissional do investigador, que se prende com a existência de lacunas quer de caráter científico quer técnico na abordagem e tratamento da dor no pós-operatório com recurso a estratégias não farmacológicas.

De fato, a cirurgia de ambulatório (CA) baseia a sua intervenção num modelo organizativo centrado na pessoa, objetivando atingir vários benefícios para os vários *stakeholders*: para a pessoa/família (humanização e acessibilidade), profissionais de saúde (satisfação) e Sistema nacional de Saúde (custos, eficácia e eficiência). Um dos aspetos extremamente relevantes para a obtenção de resultados de qualidade na CA relaciona-se com a gestão da dor pós-operatória, que apesar dos avanços farmacológicos e tecnológicos, se mantém como o sintoma pós-operatório mais vezes referido, sendo por isso a primeira causa de readmissão após cirurgia. Acresce ainda a sua interferência na satisfação da pessoa, se considerarmos o retorno às suas atividades de vida diária, o prolongamento ou readmissão hospitalar, evolução para cronicidade; o que pode colocar em causa todas as vantagens associadas atualmente a este regime cirúrgico (Sarmiento et al., 2013).

Assim, definiu-se como objetivo para a componente de investigação, identificar as principais intervenções não farmacológicas implementadas por enfermeiros para gestão da dor pós-operatória em adultos submetidos a procedimentos cirúrgicos. Para a sua concretização, realizou-se uma revisão bibliográfica do tipo *scoping review*, norteadada pela metodologia do *The Joanna Briggs Institute* (JBI), com o intento de responder à questão: “Quais as intervenções não farmacológicas utilizadas pelos enfermeiros na gestão da dor pós-operatória, em adultos submetidos a procedimentos cirúrgicos?”.

O desenvolvimento de competências de enfermagem especializadas baseadas num paradigma de formação contínua, fomenta a construção, o crescimento e a preservação de

saberes de índole técnico-científico e humano, que permitem a prestação de cuidados de qualidade (Regulamento n.º 140/2019).

De fato, quanto mais vasto for o conhecimento do profissional, maior será a qualidade das suas intervenções, uma vez que nos contextos da prática, a necessária transferência de saberes realiza-se através da implementação de ações e comportamentos, que conduzem a uma verdadeira transformação, isto porque “a prática é, em si mesma, um modo de se obter conhecimento” formando “um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática” (Benner, 2005, p.13). Portanto, quanto maior for o grau de conhecimento de uma determinada área ou contexto, maior será a evidência da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Este percurso reflexivo teve por o referencial teórico de Patrícia Benner, a qual validando o Modelo Dreyfus relativo ao desenvolvimento da perícia, defende que o conhecimento clínico do enfermeiro não se resume apenas à formação académica, mas também pelo conhecimento adquirido pela experiência e reflexão contínua das suas práticas, valorizando por isso o conhecimento adquirido em contextos da prática. Basicamente este modelo preconiza que o enfermeiro até alcançar a perícia, passará por vários estádios antecessores, sendo eles: iniciado, iniciado avançado, competente e proficiente. Caracteriza por isso os enfermeiros peritos como aqueles que identificam as respostas clínicas inesperadas e os potenciais problemas, através de uma compreensão intuitiva, compreendem a situação no seu todo e diagnosticam com precisão, não perdendo tempo com possibilidades e incertezas, sendo frequentemente aqueles que são consultados pelos colegas e referidos pelos superiores (Benner, 2005).

Considerando ainda, o plano de estudos do curso de EEMCPSP, pretendemos dar resposta aos seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver competências na prestação de cuidados à pessoa, família/convivente significativo em situação perioperatória, baseados na melhor evidência científica, procurando capacitar a pessoa para gerir a dor aguda pós-operatória;
- Desenvolver competências na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no perioperatório, através da sensibilização dos enfermeiros para a importância da adequada monitorização, e tratamento farmacológico e não farmacológico da dor aguda pós-operatória;
- Desenvolver competências na capacitação da pessoa, família/convivente significativo para a gestão da experiência cirúrgica, elaborando planos de intervenção adequados às suas reais necessidades, promovendo o seu empoderamento, facilitando o processo de transição saúde/doença;

- Desenvolver competências na prevenção da infecção associada aos cuidados de enfermagem, gerindo a manutenção da normotermia no período perioperatório.

O presente documento, divide-se em dois capítulos. Assim, numa primeira parte, elucidamos o percurso desenvolvido no decorrer deste estágio, realizando uma breve contextualização da Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA), finalizando com a análise crítica e reflexiva referente à aquisição e desenvolvimento de competências comuns do EE e específicas do EEEMCPSP. No segundo capítulo, apresentamos a componente de investigação, considerando todas as etapas do protocolo da *scoping review*, onde se inclui enquadramento teórico, objetivo, metodologia, apresentação de resultados e posterior discussão e conclusão. Por fim apresentamos as considerações finais, atendendo aos objetivos previamente delineadas, o percurso desenvolvido e perspetivas futuras.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II

1. Enquadramento dos contextos de estágio

A Enfermagem para além de disciplina do conhecimento, apresenta-se também como uma profissão autorregulada, com o principal objetivo de satisfazer as necessidades de saúde da pessoa/família em todo o seu ciclo vital. Segundo Nunes (2017) a enfermagem é uma disciplina do conhecimento que se materializa, no nível operatório numa profissão e que o exercício da profissão concorre para o fluxo de conhecimento” (p.35-36), ou seja, tem sido considerada como disciplina e profissão intelectual e científica, consolidada no ensino, investigação e formação. Todos os padrões de conhecimento emergem de forma inter-relacionada sendo cada um deles, importante e essencial para a prática da enfermagem (Chin & Kramer, 2018). Os conhecimentos e saberes em enfermagem, suportados por teorias e metodologias científicas permitem a prestação de cuidados de qualidade orientados em pensamento crítico, de forma a tomar as melhores decisões, avaliando de igual forma os resultados obtidos (Nunes, 2017).

O conceito de Enfermagem da sala de operações remonta a 1875, sofrendo uma evidente progressão após esta data. Em 1949 surge a *American Association of Operating Room Nurses* (AORN) e em 1980 o primeiro grupo europeu de enfermeiros de sala de operações - *European Operating Room Nurses Association* (EORNA). No panorama nacional, em 1986 é fundada a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP), a qual define as funções do Enfermeiro Perioperatório e preconiza uma prestação de cuidados humanista e holística, que promove a autonomia da pessoa (Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses, 2006).

Assim e de acordo com o Regulamento n.º 429/2018, sobre as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica:

“o Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à pessoa em situação Perioperatória tem como alvo de intervenção a pessoa e família/pessoa significativa, a vivenciarem experiência cirúrgica/anestésica. Os cuidados de enfermagem nesta área de especialização são dirigidos aos projetos de saúde da pessoa e família/pessoa significativa a vivenciarem processos de saúde/doença que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, em ambiente perioperatório, à promoção da saúde, à prevenção de eventos adversos e ao tratamento da doença (Regulamento n.º 429/2018, p.19366).

O Regulamento ante referido, acrescenta que a intervenção do enfermeiro é desenvolvida em cinco áreas de atuação complementares que são a consulta perioperatória, o apoio à anestesia, a circulação, a instrumentação e os cuidados pós-anestésicos, as quais se apresentam divididas em três fases: pré, intra e pós-operatório.

O EEEMCPSP deve demonstrar competências que lhe permitam cuidar a pessoa garantindo a sua segurança congruente com a consciência cirúrgica, mobilizando conhecimentos e habilidades, que promovam a compreensão do processo vivenciado, com o objetivo de capacitá-la para o autocuidado, reintegração familiar e social, garantindo ainda a sua capacitação para gestão da experiência cirúrgica/anestésica (Regulamento n.º 429/2018).

Considerando ainda o Regulamento n.º 140/2019, é responsabilidade do EE na prestação de cuidados no perioperatório garantir um papel dinamizador no desenvolvimento de iniciativas estratégicas institucionais na área da gestão da qualidade clínica, que promovam um adequado ambiente terapêutico, assumindo um papel facilitador da aprendizagem, alicerçando os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimentos válidos, atuais e pertinentes.

Segundo Castanheira (2014), no que concerne à CA têm-se verificado avanços significativos no que respeita às aprendizagens dos profissionais, existindo atualmente equipas de enfermagem com competências diferenciadas que intervêm em todas as fases de prestação de cuidados a seguir enumeradas:

1. Consulta de enfermagem pré-operatória: onde é realizada a confirmação dos requisitos clínicos e sociais da pessoa e fornecida informação à pessoa/família sobre o funcionamento da UCA;
2. Fase pré-operatória: receção e preparação da pessoa para a cirurgia, seguindo a *checklist* pré-operatória, de forma a garantir a segurança;
3. Fase intraoperatória: preparação/verificação de materiais e equipamentos necessários à intervenção atendendo à *checklist* da cirurgia segura, bem como a prestação de cuidados à pessoa nas diferentes valências de cuidados (instrumentação, anestesia e circulante);
4. Recobro 1: vigilância contínua da pessoa, assegurando o conforto e cuidados necessários e registo de todas as intervenções implementadas;
5. Recobro 2: manutenção da vigilância da pessoa até à alta hospitalar, realização de ensinamentos para o domicílio, recorrendo a protocolos existentes;

6. Contacto telefónico do dia seguinte: entrevista onde são identificadas intercorrências e confirmado o estado geral da pessoa, esclarecendo ainda eventuais dúvidas que possam surgir.

Efetivamente todas estas fases representam um desafio para o EE que deve identificar as necessidades da pessoa através de uma avaliação sistemática e precisa, recorrendo e aplicando a melhor e mais recente evidência científica à sua prática diária, com vista à melhoria da qualidade e segurança na prestação de cuidados (Castanheira, 2014).

São cada vez mais comuns as cirurgias realizadas em regime de ambulatório, baseadas num paradigma de segurança e qualidade, aliado à obtenção de elevados níveis de eficiência e eficácia (Lemos, 2010). Devido ao progresso tecnológico, aliado à evolução das técnicas cirúrgicas e anestésicas, e aos cuidados de enfermagem prestados em todas as fases do perioperatório, a CA revela-se tão segura e eficaz quanto a cirurgia convencional, desenvolvendo o seu foco na redução do trauma causado, através do recurso a procedimentos minimamente invasivos, o que torna possível o regresso da pessoa à sua casa e às atividades do dia-a-dia de forma precoce (Ferreira, 2017).

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

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

Assim, destaca-se a necessidade de desenvolvimento da CA por representar “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 utente, que, em menos de 24 horas, é intervencionado de forma programada, podendo recuperar num ambiente familiar, 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, p.4511).

O desenvolvimento efetivo da CA, teve início no séc. XX, com o cirurgião pediátrico James Nicoll, sofrendo a sua maior evolução a partir da década de setenta com o aparecimento de novos fármacos (Lemos, 2009). Em Portugal, a implementação da CA teve origem na década de

noventa, intensificando-se o seu desenvolvimento a partir de 2007 tornando-se numa prática de referência, pela sua contínua evolução de forma sustentada (Despacho n.º 1380/2018). Este desenvolvimento é potenciado pela evolução tecnológica, associada ao desenvolvimento nas técnicas cirúrgicas realizadas acrescido das alterações culturais e do nível de literacia das pessoas submetidas a cirurgia (Mota, 2016).

Se em 2000 a CA representava cerca de 10 % da totalidade de procedimentos cirúrgicos com critérios identificados internacionalmente para se realizarem em contexto de CA, atualmente cerca de 80% destes procedimentos são efetivamente realizados neste mesmo regime, sendo que cerca de 63% de todas as intervenções programadas é realizada nesta modalidade (Despacho n.º 1380/2018).

Segundo Baleizão (2019), citado por Cardante (2020), em média, para a mesma patologia, um utente submetido a cirurgia em regime de ambulatório economiza cerca de 40% de recursos comparativamente a um utente que é intervencionado em cirurgia convencional, isto porque a cirurgia convencional implica uma estrutura mais laboriosa, mais recursos humanos, equipamentos e internamento hospitalar. De acordo com os resultados do estudo desenvolvido por Mota (2016), não se verificaram readmissões nas instituições de saúde até ao 30º dia pós cirurgia em cerca de 98,4% dos utentes submetidos a intervenções cirúrgicas em contexto de CA do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Pode-se, por isso, considerar que o investimento no desenvolvimento da CA é fundamental para as instituições de saúde, visto tratar-se de uma abordagem mais custo-efetiva quando comparada com a cirurgia convencional em regime de internamento hospitalar.

A necessidade de investir no desenvolvimento da CA, é também destacada no Despacho n.º 1380/2018, publicado em Diário da República, no dia 8 de fevereiro, por ser um fator determinante na qualidade dos cuidados, na eficácia e eficiência hospitalar, permitindo a contenção de gastos, reservando o contexto de internamento para a cirurgia convencional.

De fato, o tempo que é despendido na organização, planeamento e desenvolvimento de uma UCA, é futuramente considerado tempo ganho, pela qualidade efetiva dos cuidados prestados e pela evidente diminuição dos tempos de espera para cirurgia (Entidade Reguladora da Saúde, 2008b).

Segundo Mota (2016) a CA tem vantagens não só a nível organizacional e económico, mas também para a própria sociedade, fomentando a crescente intervenção e participação da pessoa/família/convivente significativo no plano de cuidados, potenciando desta forma a crescente humanização das intervenções desenvolvidas, o que fomenta a contínua transferência dos procedimentos cirúrgicos para regime de ambulatório.

A entidade dinamizadora da CA em Portugal é a Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório (APCA), a qual desempenha um importante papel na implementação de normas e recomendações, essencialmente voltadas para garantir a qualidade dos procedimentos desenvolvidos (Magalhães, 2014).

Importa ainda salientar que a enfermagem em contexto perioperatório, deve acompanhar as teorias e modelos que dão relevo a uma abordagem integral da pessoa, de forma a satisfazer as suas necessidades, substituindo assim uma intervenção meramente técnica (AESOP, 2006). O EE assume-se por isso, como elemento facilitador no processo de transição da pessoa alvo de cuidados, mantendo, a consciencialização de que este processo é único, e só é possível a sua compreensão se a individualidade da pessoa for integrada nas intervenções de enfermagem (Santos et al., 2015).

A pessoa submetida a qualquer cirurgia, mobiliza intrinsecamente mecanismos, que lhe permitem enfrentar e superar dificuldades, de forma a adaptar-se às mudanças decorrentes do processo cirúrgico. Assim e pelo seu caráter de instabilidade, este é um processo que implica necessariamente a intervenção dos enfermeiros, com o objetivo da preparação da pessoa/família para a sua vivência (Meleis, 2010). É fundamental que o ser humano obtenha novos conhecimentos que lhe permitam alterar comportamentos, processo que dependerá sempre das suas capacidades de mestria, do ambiente e do bem-estar físico-emocional (Meleis, 2010). De acordo com Queirós (2018) este processo de transição só será eficiente, se se alcançar o bem-estar da pessoa, na sua relação com os outros, que esta adquira conhecimentos que lhe permitam a correta gestão do regime terapêutico, na gestão de sinais e sintomas.

1.1. Estágio em contexto bloco operatório central e bloco de urgência

O Hospital onde decorreu este estágio foi o Centro Hospitalar Póvoa de Varzim – Vila do Conde EPE (CHPVVC), sendo composto por duas Unidades Hospitalares, uma localizada na Póvoa de Varzim e outra em Vila do Conde, que distam entre si cerca de três quilómetros. A área de influência do Centro Hospitalar abrange os municípios da Póvoa de Varzim e de Vila do Conde e algumas freguesias de outros municípios, tais como Esposende, Barcelos e Famalicão, sendo a sua abrangência de cerca de 150 000 habitantes (Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, n.d.).

Tem como missão a prestação de cuidados de saúde de excelência, fomentando a competência, o rigor e a humanização, desenvolvendo ainda atividades no contexto do ensino na respetiva prática assistencial pré e pós-graduada. Os profissionais desenvolvem a sua

atividade partilhando de valores institucionais como sejam competência, humanismo, rigor, solidariedade, ambição, regendo-se pelos princípios do reconhecimento da dignidade e singularidade de cada pessoa, focalização no doente e no incremento de práticas de saúde na comunidade, postura e prática eticamente rigorosas, respeito pelos princípios ecologicamente sustentáveis (Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, n.d.).

A UCA encontra-se na Unidade de Vila do Conde, em funcionamento desde maio de 2001 representando um polo importante do desenvolvimento da atividade hospitalar. Fazem parte desta unidade duas salas, uma sala cirúrgica e uma sala polivalente. Na sala cirúrgica realizam-se procedimentos cirúrgicos das especialidades de Cirurgia Geral, Ortopedia e Ginecologia; na sala polivalente são realizados procedimentos de Cirurgia Geral, Pneumologia, Ginecologia e Gastroenterologia.

Relativamente aos recursos humanos é composto por uma equipa de 14 enfermeiros (inclui cinco enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico Cirúrgica, dos quais, uma é enfermeira gestora e oito enfermeiros generalistas), três assistentes operacionais, dois assistentes técnicos administrativos e pessoal médico das diferentes especialidades que aqui são tratadas tais como: Cirurgia Geral, Ginecologia, Ortopedia, Anestesia, Gastroenterologia e Pneumologia).

Os cuidados de saúde são assegurados em dias úteis entre as 8:00 e as 20:00, podendo em algumas especialidades haver necessidade de pernoita, tais como ortopedia e cirurgia geral.

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

O EE é definido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados” (Regulamento n.º 140/2019). A aquisição, desenvolvimento e aperfeiçoamento destas competências, realiza-se através de um processo pessoal e profissional contínuo, não se restringindo apenas a habilidades técnicas, exigindo a integração de novos conhecimentos, que permitam interligar o conhecimento público, ou seja, aquele que é investigado, com o conhecimento adquirido com a experiência, a intuição, a sensibilidade, o chamado conhecimento privado (Queirós, 2016).

O conceito de competência é usado em diferentes áreas da sociedade, não sendo a enfermagem uma exceção, pelo que está relacionada neste caso com a qualidade dos cuidados prestados e ainda com a segurança da pessoa. (Oliveira & Queirós, 2015). Relaciona-se com a capacidade de conciliar os três domínios do saber, nomeadamente o saber-saber, o saber-fazer e o saber-se, de forma a permitir a atuação em situações complexas (Le Boterf, 2015). O desenvolvimento de competências encontra-se segundo Benner (2005), ligado à experiência profissional, dependendo por isso do conhecimento prático adquirido ao longo do tempo e experiência no contexto da prestação de cuidados.

Para a OE, a competência define-se como “os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho” (Regulamento n.º 140/2019, p.4745). Neste sentido, é de salientar que, os cuidados de enfermagem assumem cada vez mais relevância, com exigência técnica e científica crescente, o que implica necessariamente a diferenciação e especialização, sendo esta também uma realidade sentida pelos profissionais de saúde (Regulamento n.º 140/2019).

A evolução no nível de competência do enfermeiro é de acordo com Benner (2005) o resultado da intervenção de quatro fatores, o primeiro referente ao recurso a experiências passadas como paradigmas, o segundo, refere-se à substituição do pensamento analítico pela intuição, o terceiro quando o enfermeiro percebe a situação como um todo centrado a atenção apenas no que é relevante, e o último quando a pessoa deixa de ser um mero observador sendo envolvido na situação.

A atribuição do título de EE pela OE pressupõe que além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que

estes profissionais partilhem um conjunto de competências, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Assim, o EE representa o profissional que detém um conjunto de competências comuns e transversais a todos os contextos de prestação de cuidados, nomeadamente, competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, competências do domínio da gestão dos cuidados e competências do domínio das aprendizagens profissionais, que lhe permitem a prestação de cuidados de enfermagem especializada nas diferentes áreas específicas (Regulamento n.º 140/2019).

Pretende-se, neste capítulo realizar uma apreciação crítico-reflexiva das aprendizagens e experiências vividas e desenvolvidas, no decorrer do estágio, que contribuíram para a aquisição e aperfeiçoamento das competências especializadas comuns.

2.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental na prestação de cuidados à pessoa e família, uma vez que a essência da enfermagem se baseia no cuidar, regendo-se por princípios como o respeito pelos direitos e dignidade humana (Serrano, 2018). Com base no artigo 99.º do estatuto da OE (2015), os enfermeiros devem obedecer na prática da sua atividade a alguns princípios orientadores, nomeadamente, a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade, o respeito pelos direitos humanos na relação com aqueles a quem se destinam os cuidados, a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais. Enquanto profissão autorregulada, a enfermagem fundamenta o seu exercício por princípios éticos e deontológicos definidos no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e no Código Deontológico do Enfermeiro, onde se encontram descritos os seus deveres e responsabilidades, tendo em consideração os direitos dos cidadãos.

De acordo com o REPE, publicado no Decreto-Lei n.º 161/1996, de 4 de setembro, os enfermeiros devem adotar uma conduta responsável e ética, atuando no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos pelos cidadãos. Segundo o Código Deontológico “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.78). Atendendo à definição das competências comuns do EE, a OE enfatiza a implementação de uma “prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” (Regulamento n.º 140/2019, p.4746). Face a estes

pressupostos surge o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, sustentado por fundamentos ético-deontológicos e no qual se estabelece a relação de ajuda (Nunes, 2017).

No desenvolvimento do estágio e de forma a cumprirmos o dever da excelência do exercício profissional, e do desenvolvimento de competências inerentes a este domínio consideramos sempre na nossa intervenção os valores e princípios éticos, bem como os deveres explanados no Código Deontológico, reconhecendo por isso o respeito pela privacidade e intimidade da pessoa, e o direito ao sigilo profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Quando se fala em privacidade, não se trata apenas da privacidade física, mas também da segurança da informação. Considerando as características físicas da UCA, onde os espaços são muitas vezes contíguos, essencialmente no recobro, foi colocado em causa o cumprimento dos artigos n.º 106.º e n.º 107.º onde é descrito o dever de sigilo profissional bem como o respeito pela intimidade e privacidade do doente respetivamente (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Na mesma linha de pensamento a Lei de Bases da Saúde refere também que a transmissão da informação de saúde deve ser assegurada, respeitando a segurança e os dados pessoais. (Lei n.º 95/2019).

Pelo anteriormente mencionado, este foi sem dúvida um verdadeiro desafio, e uma preocupação constante, procurando manter a privacidade e intimidade da pessoa na colheita de dados, no esclarecimentos e indicações do processo de cuidados, ainda que para isso fosse necessário recorrer a espaços mais reservados. Importa ainda ressaltar, que não sendo esta uma preocupação exclusiva do EE, uma vez que é comum a todos os enfermeiros, este assume uma responsabilidade diferenciada, pelo fato de lhe competir liderar e promover o cumprimento, reflexão e orientação relativamente aos comportamentos éticos e deontológicos no seio das equipas.

Ainda, e como forma de desenvolver as competências mencionadas, considerámos fundamental realizar pesquisa, revisão e análise de documentos do foro ético e deontológico que regulamentam a profissão de enfermagem, documentos relacionados com a proteção dos direitos humanos, e ainda a consulta de normas e protocolos institucionais relacionados com a temática em consideração. O objetivo desta sistematização de conhecimentos, foi o contributo fundamental na tomada de decisão, permitindo cuidar da pessoa atendendo não só aos princípios técnico-científicos, mas também manter um elevado nível de segurança na realização de procedimentos, garantindo “um cuidado livre de variações indesejáveis na sua qualidade final” (Sales et al., 2018, p.139). A tomada de decisão no caso de dilemas éticos e conflitos exige o aperfeiçoamento profissional e aquisição de competências, que para os enfermeiros deverão ser compromissos quotidianos do desempenho das suas funções, sendo o pilar fundamental neste domínio (Schirmer, 2006).

Considerando os direitos da pessoa submetida a procedimentos cirúrgicos, surge outro aspeto alvo de reflexão, relacionado com a forma como é realizada transmissão de informação. O artigo 105.º do Código Deontológico considera o dever da pessoa/família a toda a informação, de forma a potenciar a sua capacidade de decisão relativa ao plano de cuidados proposto, devendo o enfermeiro, considerar qualquer pedido de informação ou explicação realizado pela pessoa relativamente às intervenções necessárias (Lei n.º 156/2015). Assim deve estabelecer uma comunicação efetiva, recorrendo a uma linguagem simples, de forma a explicar a necessidade das suas intervenções, referindo de igual modo os riscos e benefícios, devendo ainda facultar tempo para que essa informação seja processada pela pessoa, de forma a expressar o seu consentimento.

De acordo com a Norma nº 015/2013, o consentimento informado, no âmbito da saúde, emana da atenção dada ao princípio ético do respeito pela autonomia, reconhecendo a capacidade da pessoa em assumir livremente as suas próprias decisões sobre a sua saúde e os cuidados que lhe são propostos. Implica a integração da pessoa/família no processo de decisão quanto aos atos/intervenções de saúde propostos, numa partilha de conhecimentos e aptidões que a tornem competente para essa decisão de aceitação ou recusa dos mesmos (Direção Geral da Saúde, 2013).

Efetivamente, o consentimento informado proporciona um ambiente baseado na segurança, uma vez que todos os intervenientes beneficiam do mesmo, se por um lado a pessoa/família compreendem o procedimento, e os riscos a ele associados, por outro lado a equipa adquire o consentimento para as suas intervenções, o que lhes confere segurança relativamente à sua legalidade. O EE, enquanto elemento com competências diferenciadoras, deve integrar a evidência científica nas suas intervenções, promovendo a sua disseminação na equipa, pelo que lhe cabe respeitar, e fazer respeitar, os valores e princípios da pessoa, promovendo a sua intimidade, privacidade e autonomia.

Em suma, e no respeitante às competências deste domínio, que são comuns a todos os enfermeiros, estes devem, no exercício das suas funções, respeitar princípios básicos como sejam os princípios da autonomia, justiça e beneficência e não maleficência, reconhecendo a dignidade da vida humana. Assim, procuramos durante o estágio desenvolver uma prática profissional e ética, respeitando os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, bem como ter uma participação ativa na tomada de decisão na equipa, tendo sempre por base o Código Deontológico, e o respeito pelo utente, família e equipa multidisciplinar.

2.2. Domínio da gestão dos cuidados

Como já anteriormente referido, existe atualmente, maior consciência por parte da pessoa e família que necessita de cuidados de saúde no que se refere aos seus direitos, o que se reflete numa exigência da mudança de paradigma da gestão dos cuidados nas organizações, sendo que estas “como se querem mais competitivas e qualificadas, procuram responder-lhe às necessidades e expectativas” (Dias, 2014, p.39). Tudo isto impõe novos desafios às instituições, onde a principal preocupação da gestão deverá basear-se essencialmente na qualidade dos cuidados prestados.

A importância da gestão no desempenho das organizações de saúde, constitui um fator predominante do seu sucesso, implicando por isso, que o líder tenha capacidade de influenciar a equipa relativamente aos objetivos organizacionais, assumindo o enfermeiro gestor enquanto líder um papel determinante no seio da equipa (Melo et al., 2017).

O enfermeiro gestor detém assim, um papel crucial neste processo, ao assumir compromissos não só com a organização, mas também com a pessoa/família com a própria equipa multiprofissional. É o elemento que deve ser detentor de pensamento sistematizado e de uma visão global da organização, de forma a conseguir agregar valor económico à mesma e valor social aos seus pares. De acordo com o Regulamento n.º 76/2018, é o responsável por garantir a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem, promovendo o desenvolvimento profissional, a capacidade de decisão e a aptidão relacional, atendendo aos princípios éticos e de responsabilidade profissional.

A liderança em Enfermagem, contribui por isso, para a satisfação, motivação da equipa, proporcionando um ambiente de confiança, e estimulando a equipa para um melhor desempenho nas suas funções, o que terá influência direta numa prestação de cuidados com melhores resultados (Schneider et al., 2019).

Assim, e no que se refere às competências comuns, relativamente ao domínio supracitado, o EE realiza a gestão dos cuidados de forma a otimizar as respostas de enfermagem e da equipa, com vista à qualidade e segurança dos cuidados, gerindo os recursos necessários e identificando o estilo de liderança mais adequado de forma a garantir a qualidade (Regulamento n.º 140/2019).

O EEEMCPSP assume um papel fundamental no seio da equipa, uma vez que é detentor de conhecimento diferenciado, onde se incluem também habilidades de gestão e planeamento dos cuidados fomentando desta forma um ambiente favorável à prestação de cuidados de qualidade, cabendo-lhe por isso a gestão de pessoas, a segurança dos cuidados, a adequação dos recursos, a gestão do risco clínico, as relações profissionais, entre outros.

A aquisição de competências no referido domínio, foi de certa forma facilitada pelo fato de se acompanhar a enfermeira gestora várias vezes durante o estágio, o que possibilitou a criação de inúmeras oportunidades de aprendizagem e consolidação de conhecimentos anteriormente adquiridos, essencialmente no que respeita à gestão de recursos humanos e materiais, assessoria da equipa multidisciplinar, cooperação na tomada de decisão, e conseqüente participação na resolução de constrangimentos que foram surgindo, relacionados essencialmente com a gestão de recursos humanos e materiais tais como: falta de materiais para os procedimentos cirúrgicos do próprio dia, reorganização da equipa por falta de profissionais ou atendendo às competências e dificuldades de cada profissional em determinada área.

Na UCA onde se desenvolveu o estágio, é nomeado diariamente um enfermeiro responsável de turno, que tal como preconizado pela OE (2017a), é preferencialmente um EE, ou na ausência deste, o enfermeiro com maior experiência profissional presente no turno. O fato de se ter acompanhado este elemento enquanto orientador de estágio, foi fundamental, pois para além de proporcionar o desenvolvimento destas competências, fomentou concomitantemente a reflexão contínua sobre a prática e importância da atuação do EE no seio da equipa.

De facto, a atribuição desta função ao EE evidencia o quanto este se destaca como o profissional melhor preparado em vários domínios, não esquecendo as competências na área da gestão, reforçando o seu reconhecimento enquanto “perito”, baseado não só na sua experiência, mas também na sua formação, o que lhe permite demonstrar capacidades diferenciadas na identificação, compreensão e resolução de problemas.

Considerando o modelo de aquisição de competências de Patrícia Benner (2005), existem diferentes níveis de conhecimento em função da experiência adquirida. Assim, o EE enquanto perito detém um misto de experiência, conhecimento e intuição, que lhe permite a facilidade de adaptação a diferentes situações, e a valorização do essencial. Para além disto é detentor de uma postura que é reconhecida pelos seus pares, demonstrando conhecimentos de nível científico, técnico e relacional baseados na experiência, que lhe permitam desenvolver uma intervenção crítico-reflexiva sobre a prática (Benner, 2005).

Neste âmbito, a OE defende que o enfermeiro nomeado para responsável de turno deve deter competências comuns e específicas relativas à sua área de especialidade, atribuindo esta responsabilidade ao EE, enquanto profissional com competências na área da gestão e com preparação e conhecimentos diferenciados (Ordem dos Enfermeiros, 2017a). A atribuição da função de responsável de turno ao EEEMCPSP, intensifica o seu papel enquanto “perito”, baseado na formação e experiência que detém na área da pessoa em situação perioperatória, o

que lhe permite evidenciar capacidade na compreensão e resolução das situações mais complexas.

Ainda do domínio da gestão, apesar da UCA onde decorreu o estágio ter uma dimensão pequena, a gestão de recursos exige rigor dos profissionais, imposto essencialmente pelo facto de grande parte dos recursos materiais utilizados, serem disponibilizados na sede do hospital, que se encontra a uma distância considerável, impondo por isso que a gestão seja rigorosa e atempada, obrigando os profissionais que assumem as funções de gestão detenham um conhecimento diferenciado nas várias áreas da prática de cuidados.

Assim, e enquanto líder o EE deve procurar melhorar continuamente as suas habilidades, de forma munir-se de conhecimento técnico e científico, bem como habilidades pessoais que lhe permitam desempenhar as suas funções, adequando-as às expectativas da equipa de forma a promover uma prática crítica, reflexiva e participativa.

Para que se verifique um ambiente favorável à prática de enfermagem, torna-se necessário uma harmoniosa adequação de recursos humanos, sendo que no decorrer do exercício especializado a formação é condição base para a qualidade e segurança dos cuidados. Incute nos profissionais a aquisição e desenvolvimento de competências, potenciando a sua capacidade de análise e reflexão sobre os contextos da prática e da resolução de problemas (Benner, 2005).

Considerando o Regulamento n.º 743/2019 a dotação adequada de enfermeiros, quer ao nível de qualificações quer ao nível de competências, são aspetos fundamentais, para que se possam atingir elevados índices de qualidade e segurança na prestação de cuidados, utilizando metodologias que possam permitir a adequação dos recursos às reais necessidades dos cuidados.

O exercício da atividade profissional em contexto perioperatório, obedece por isso a dotações mínimas, baseadas na complexidade e organização dos cuidados e da capacidade instalada. É ainda considerado que para além da dotação para cada sala cirúrgica e de recobro, deve ser assegurada a consulta pré e pós-operatória, admissão pré-operatória e atividades de suporte, tais como logística de apoio às salas operatória, substituição de enfermeiros e gestão dos cuidados perioperatórios. Relativamente aos postos de trabalho: enfermeiro circulante, enfermeiro instrumentista e enfermeiro de anestesia, devem ser assegurados preferencialmente por enfermeiros EEEMCPSP, na ausência de número suficiente devem ser os EEEMC. Na unidade de recobro ou Unidade de Cuidados Pós Anestésicos recomenda-se que os cuidados sejam assegurados por dois enfermeiros, preferencialmente EEEMCPSP (Regulamento n.º 743/2019).

O EE desempenha neste domínio um papel fundamental, competindo-lhe reconhecer a necessidade de gerir os recursos humanos, considerando para tal o perfil de competências de cada profissional. Cabe-lhe supervisionar e organizar a prestação de cuidados, adequando os recursos às necessidades existentes, de forma a assegurar e promover elevados níveis de qualidade, com o objetivo da satisfação da pessoa e do profissional adquirindo ganhos em saúde, e contribuindo para a concretização de objetivos institucionais.

Concomitantemente, deve garantir períodos de integração adequados, que permitam o desenvolvimento destas competências, efetuando também o planeamento da formação em serviço, adequado às necessidades manifestadas, fomentando a qualidade nos cuidados e contribuindo para aumentar a satisfação e motivação profissional. O EE tem um papel preponderante no processo de integração, como promotor da eficácia e eficiência de forma a atingir o desempenho diferenciado, desenvolvendo uma liderança integradora, capaz de fomentar um ambiente colaborativo, a capacitação da equipa de enfermagem e interdisciplinar, a prática baseada em evidência e a interiorização de uma cultura de segurança, individual, coletiva e organizacional. Seguindo o referencial de Benner (2005), o EE direciona os profissionais para uma prática impulsionadora da capacidade crítico-reflexiva, intensificando as suas habilidades para a resolução de problemas mais complexos.

Em suma, cabe ao EE desenvolver uma liderança integradora, fomentando um ambiente favorável à prática de cuidados, de forma a promover a sua qualidade, eficácia e eficiência, liderando ainda os processos reflexivos sobre práticas desenvolvidas, fomentando-os e baseando-os na evidência científica recente, de forma a promover a capacitação da equipa e promover a prática de uma enfermagem avançada.

2.3. Domínio da melhoria contínua da qualidade

Os cuidados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, exigem por parte dos enfermeiros especialistas a realização de processos de conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção como resposta às necessidades da pessoa alvo dos cuidados, de forma a garantir um ambiente terapêutico e a melhoria contínua da qualidade (Regulamento n.º 429/2018). Assim, e no âmbito deste domínio o Regulamento n.º 140/2019, 6 de fevereiro, descreve três competências: garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e garantir um ambiente terapêutico e seguro.

A preocupação com a melhoria contínua da qualidade, não é tema exclusivo da atualidade, surgiu com Florence Nightingale, através da criação de padrões de cuidados de enfermagem conferindo desta forma a melhoria dos cuidados prestados (Stanhope & Lancaster, 2011, citados por Andrade, 2016). Atualmente os enfermeiros apresentam-se como membros ativos no desenvolvimento e implementação de estratégias de avaliação e melhoria da qualidade, nos vários papéis que desempenham (Andrade, 2016). Existem segundo Benner (2005) várias evidências de que a experiência e perícia dos enfermeiros são fundamentais para a qualidade dos cuidados e por conseguinte na obtenção de resultados positivos na pessoa.

O Centro Hospitalar que integra a UCA, onde se desenvolveu o estágio, dispõe de uma Comissão de Humanização, Qualidade e Segurança do Doente, responsável pela implementação da política de qualidade e pela política de governação clínica, assente operacionalmente nos Gabinetes de Gestão da Qualidade e de Gestão do Risco, que tem como missão “divulgar no interior das respetivas instituições e em rede, de forma contínua e permanente, a todos os profissionais de saúde, as melhores práticas clínicas e promoverem a interiorização da cultura de segurança” (Coelho & Resendes, 2021, p.15).

Existem em Portugal, três modelos de acreditação, que são CHKS, JCI e ACSA (Vaz, 2017). Sendo este último o modelo de acreditação em implementação na UCA, que permite promover o empenho voluntário dos profissionais de saúde na melhoria contínua dos cuidados que são prestados ao cidadão, ajudando a consolidar, mais rapidamente, a cultura da qualidade no interior dos serviços (Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, n.d.). A participação dos EE neste processo, enquanto detentores de competências avançadas, revela-se como uma mais-valia para a construção de normas e procedimentos, com objetivo da uniformização na implementação de boas práticas e consequente melhoria na qualidade dos cuidados prestados. Como forma de desenvolvimento das competências deste domínio, e respondendo a uma necessidade verificada no serviço elaborou-se um procedimento relativo ao processo de normalização da contagem cirúrgica de compressas, instrumentos cirúrgicos e corto perfurantes a implementar no intraoperatório (Anexo I). Com efeito, a prestação de cuidados do EE, deve basear-se na evidência científica mais atual, de forma a contribuir para integração dos resultados provenientes da investigação, na elaboração de guias, normas e/ou procedimentos, orientadores dos cuidados, que contribuam para a clarificação dos cuidados de enfermagem e consequente diminuição do erro, e de igual forma na promoção do trabalho em equipa, permitindo a diferenciação de papéis e gestão de conflitos, obtendo desta forma melhores resultados na prestação de cuidados.

A realização desta atividade foi de extrema importância, uma vez que além de se tratar de uma iniciativa na área da governação clínica, contribui para a implementação de ambientes

seguros e práticas de qualidade, baseados na evidência científica mais recente, visando de igual modo a implementação de uma enfermagem avançada. A elaboração deste procedimento, permitiu por um lado, o aperfeiçoamento de competências, através da aquisição de conhecimentos técnico-científicos, proporcionando a implementação de uma prática crítica e reflexiva. Por outro lado, e baseado no preconizado pela DGS (Despacho n.º 5613/2015), permitiu a disseminação de princípios orientadores de boas práticas, de forma a promover a investigação como contributo na melhoria contínua da qualidade. A intervenção do EE, revela-se por isso fundamental, ao colaborar na elaboração e cumprimento de todas as normas/procedimentos, desempenhando um papel de incentivo, educativo e facilitador de novas aprendizagens.

A leitura e análise de documentos considerados fundamentais neste âmbito, nomeadamente: Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 (Despacho n.º 5613/2015); Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021) e Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem na área à Pessoa em Situação Perioperatória foi de extrema importância (Ordem dos Enfermeiros, 2017b). Esta atividade permitiu o desenvolvimento ao longo do estágio de vários momentos de reflexão de forma a identificar, no âmbito da qualidade, condutas, que pudessem colocar em causa a segurança da pessoa e a continuidade dos seus cuidados, promovendo desta forma a reflexão na prática, a mobilização dos conhecimentos adquiridos, e consequente incorporação na área da qualidade na prestação dos cuidados.

Efetivamente, usufruir de cuidados de saúde de qualidade é um direito da pessoa, sendo que o enfermeiro, enquanto prestador de cuidados, deverá investir continuamente na sua formação, tendo sempre por base a premissa de que práticas de qualidade requerem constante reflexão, atualização empírica e humanização (Magalhães, 2017).

A gestão da qualidade em saúde tem por objetivo fomentar a segurança dos doentes, procedendo à avaliação de riscos e apostando na implementação de medidas de melhoria, recorrendo a linhas orientadoras nas diferentes áreas de intervenção. Tem como base o PNSD 2021-2026, que apresenta como objetivos o incremento e manutenção da segurança nos cuidados de saúde, incluindo os contextos dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a tele saúde. Estes objetivos devem ser cumpridos de forma a não negligenciar os princípios como a segurança do utente, a comunicação e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos (Despacho n.º 9390/2021).

A comunicação surge no PNSD 2021-2026, como um dos indicadores de qualidade fundamental na segurança dos doentes (Despacho n.º 9390/2021). Merece especial destaque, essencialmente em situações que exigem a transmissão de informação para a transição de

cuidados de saúde, sendo fundamental que as instituições recorram à implementação de normas, assegurando uma comunicação padronizada e eficaz, que contribuirá para a diminuição dos riscos e melhoria na segurança dos cuidados prestados, assegurando ainda a melhoria e uniformização das informações transmitidas. Assim, no que concerne à comunicação, a DGS publicou uma orientação relativa à comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde que recomenda a utilização de um instrumento conhecido pela sigla ISBAR, que adaptado ao contexto português traduz-se em *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações) (Direção Geral da Saúde, 2017). Nesta circunstância, destaca-se a necessidade da intervenção do EE uma vez que é o profissional capacitado para garantir que a transição de cuidados de saúde seja segura e eficaz, através da coordenação das informações sobre o doente e família e/ou pessoa significativa, bem como o plano de cuidados instituído.

Verificámos que na UCA onde se desenrolou o estágio, a referida norma era conhecida, mas ainda não estava implementada, pelo que foi dada como sugestão à gestora do serviço a realização de formação nesta temática para posterior implementação dos seus pressupostos. Face ao exposto e de forma a assegurar a segurança dos doentes, em especial nos momentos de transição de cuidados, procuramos elaborar registos de enfermagem, completos e individualizados, para que esta transição fosse a mais rigorosa possível.

A documentação relativa aos cuidados de enfermagem prestados que suporta as intervenções realizadas, ordenando e sistematizando os cuidados, como resposta às necessidades da pessoa, constitui uma ferramenta para a qualidade dos cuidados, promovendo a visibilidade, valorização e reconhecimento profissional (Ribeiro et al., 2018).

Na UCA onde decorreu o estágio, a documentação de enfermagem é realizada com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), através do aplicativo informático SClínico. A CIPE, permite a padronização da linguagem e das intervenções realizadas, facilitando a comunicação entre os profissionais sobre a prática proporcionando uma terminologia padronizada, facilitando a elaboração de diagnósticos e intervenções de forma sistemática e uniformizada (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016).

A elaboração destes registos, é de extrema importância, uma vez que servem como apoio legal para o trabalho dos profissionais, servindo ainda como base na avaliação da prática, através da realização de auditorias (Ribeiro et al., 2018). Além disso, a interpretação e organização dos dados, resulta em informação sintetizada e concretizada em conhecimento, que apoiará a tomada de decisão dos profissionais. Face ao exposto, consideramos que o EE desempenha um papel fundamental, uma vez que tem o dever garantir a continuidade dos cuidados, registando as observações e as intervenções realizadas (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Os Sistemas de Informação em Enfermagem facilitam o acesso e processamento da informação, levando a uma melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados prestados e melhoria do desempenho dos profissionais. Para além disto, também funcionam como instrumentos de recolha, processamento, armazenamento, transmissão e utilização de informação, que se revela essencial na melhoria da eficácia e eficiência dos serviços, como é o caso da produção de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem (Silva et al., 2016).

Com efeito, o EEEMC, desempenha um papel fundamental no seio da equipa, ao fomentar a dinamização e sensibilização dos aspetos relativos à documentação dos cuidados de enfermagem, promovendo assim a qualidade.

O Centro Hospitalar, onde esta UCA se insere, aprovou a “Carta de Compromisso de Humanização” em maio de 2019, onde reconhece a essência do ser humano como princípio estrutural da sua existência, defendendo uma filosofia organizacional que assenta numa cultura de humanização, estimulando a criação e sustentação permanente de espaços de comunicação e divulgação, que facultem e incentivem a livre expressão, o diálogo, o respeito e a solidariedade.

Efetivamente, a comunicação quer verbal ou não verbal, é fundamental no estabelecimento de relações interpessoais, permitindo a identificação de necessidades da pessoa/família, potenciando o desenvolvimento de alternativas que permitam a prestação de cuidados, mais humanizados e respeitando a individualidade de cada um. Assim, compete ao EE gerir a “(...) comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de saúde” (Regulamento n.º 429/2018, p.19363). O EE apresenta-se por isso, como um profissional que além de prestar cuidados diferenciados, detém capacidade de desenvolver um pensamento mais abrangente, considerando as suas aptidões crítico-reflexivas.

De fato, adequar as estratégias comunicacionais no perioperatório é fundamental, tornando o processo cirúrgico menos stressante o que levará a um maior grau de colaboração por parte da pessoa. Através das diversas formas de comunicação, torna-se possível a prestação de cuidados de forma holística, fomentando a segurança dos cuidados, promovendo a melhoria da experiência cirúrgica (Camargo et al., 2018). Efetivamente a humanização nos cuidados de saúde proporciona condições pautadas pelo respeito pela pessoa e familiares, devendo direcionar-se não só para o tratamento de sinais e sintomas, mas considerar também a pessoa como um ser holístico, atendendo à perspectiva humana e relacional.

Existe atualmente a tendência para efetuar a associação entre os baixos custos com a qualidade em saúde, obtendo resultados positivos e satisfação de todas as partes interessadas, o que tem exigido um esforço constante por parte dos profissionais. Para tentar colmatar estas

necessidades, as organizações recorrem ao apoio que as auditorias proporcionam na mensuração da qualidade e dos custos (Viera, 2021). As auditorias em enfermagem garantem a qualidade dos cuidados através de uma avaliação sistemática para controlar os processos internos (Bitencourt et al., 2020). Assim, valoriza-se o papel do EE no que diz respeito ao seu contributo em auditorias clínicas, uma vez que utiliza a evidência científica e normas adequadas para avaliar a qualidade das práticas clínicas (Regulamento n.º 140/2019). O EE ao colaborar na realização de auditorias, deverá analisar os resultados obtidos e identificar áreas de melhoria na prestação de cuidados de saúde, bem como destacar aspetos que a equipa desempenha com êxito.

Assim, no sentido da melhoria contínua da qualidade, o EE deve fomentar o desenvolvimento de práticas seguras, colaborar e incentivar para a elaboração de normas e protocolos, integrar as equipas de auditorias, facilitar os processos de tomada de decisão e ainda promover um ambiente terapêutico (Regulamento n.º 140/2019). O seu desempenho deve reger-se por elevados padrões de excelência, de forma a contribuir para o reconhecimento da profissão, e para a satisfação da pessoa alvo de cuidados. Adicionalmente, e considerando o artigo 109.º do Código Deontológico, deve “analisar regularmente o trabalho e reconhecer eventuais falhas” adequando “as normas dos cuidados às necessidades concretas da pessoa” de forma a “assegurar as condições de trabalho” com vista à prestação de cuidados com “dignidade e autonomia” (Lei n.º 156/2015, p.8080). Através da análise dos dados, o EE deverá identificar lacunas no conhecimento e promover formação em serviço, tal como participar no desenvolvimento de protocolos e procedimentos à luz da evidência científica, garantindo cuidados seguros e de qualidade.

Considerando o desenvolvimento de competências neste domínio, realizaram-se auditorias com a enfermeira gestora que se revelaram estratégias eficazes, por possibilitarem identificar áreas que necessitavam de melhoria, permitindo o desenvolvimento de estratégias conducentes a colmatar as lacunas identificadas, consolidando-se por isso competências na melhoria contínua avaliando práticas (através de auditorias) e identificando estratégias de correção e mudança das práticas.

O EE deve proceder à elaboração e implementação de projetos, bem com a avaliação e eventual revisão das práticas, tendo como principal objetivo a promoção de um ambiente seguro, promovendo desta forma a prestação de cuidados de qualidade, contribuindo para a minimização dos riscos e incidentes para o doente (Regulamento n.º 140/2019).

2.4. Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

A evolução da Enfermagem enquanto disciplina, pressupõe a produção de conhecimento crescente, sendo a investigação uma ferramenta indispensável para a prestação de cuidados de excelência, fomentando o desenvolvimento de competências e melhorando a qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2006). Cabe ao EE basear a sua prática na evidência científica mais recente, suportada pela investigação, assegurando desta forma a qualidade das suas intervenções (Regulamento n.º 429/2018). A realização de investigação deve ser uma prática frequente do EE, devendo encará-la como processo empírico, dinâmico e evolutivo, que apresenta como objetivo a produção de conhecimento e consequente resolução de problemas (Sampieri, Collado & Lucio, 2013).

Assim, neste domínio de competências o EE desenvolve e demonstra autoconhecimento e assertividade, elementos fundamentais na prática de cuidados, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais, revelando a dimensão de si e da relação com os outros, seja em contexto singular, profissional ou organizacional. Baseia a sua prática clínica especializada na melhor e mais recente evidência científica, ao alicerçar os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento atualizado, assumindo-se por isso, como elemento facilitador nos processos de aprendizagem, e na promoção da investigação (Regulamento n.º 140/2019).

Considerando os anteriores pressupostos, a assertividade e o autoconhecimento foram fatores que consideramos no desenvolvimento deste estágio, fato que condicionou a reflexão crítica, o desenvolvimento do pensamento na prestação de cuidados. Representando ainda, a base para o desenvolvimento dos processos de tomada de decisão, uma vez que, e citando Benner (2005, p.33), “a perícia em matéria de tomadas de decisões humanas complexas, como é o caso dos cuidados de enfermagem, torna possível a interpretação das situações clínicas. Além disso, os conhecimentos incluídos na perícia clínica são a chave do progresso da prática da enfermagem e do desenvolvimento da ciência da enfermagem”.

A formação contínua, deve existir no seio dos profissionais da equipa de enfermagem, como forma de aquisição e reciclagem de conhecimentos, o que se revela cada vez mais imprescindível para acompanhar os avanços científicos atuais (Ribeiro, Souza & Silva, 2019). Assim, a existência de uma política de formação em enfermagem, que promova o desenvolvimento e qualidade é elemento fundamental para a organização dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Os

profissionais devem procurar atualizar-se, frequentando “ações de qualificação profissional, a promover pela Ordem ou por esta reconhecidas, nos termos a fixar em regulamento de qualificação” (Lei n.º 156/2015, p.8078), para que desenvolvam uma resposta efetiva relativamente às necessidades das pessoas. De modo similar, contribui como condicionalismo, que direciona os enfermeiros, para o desenvolvimento de reflexões promotoras do pensamento crítico e tomadas de decisão devidamente fundamentadas (Benner, 2005).

Considerando a influência da especialização em enfermagem, num estudo realizado por Lopes, Gomes & Almada-Lobo (2018), concluiu-se que os enfermeiros especialistas são aqueles que participam com mais frequência em ações de formação contínua, independentemente da sua área de especialização. O EE desempenha por isso, um papel de relevância no que concerne ao desenvolvimento de padrões de qualidade nos cuidados, desempenhando funções de suporte relativamente ao exercício profissional especializado no que respeita à formação (Regulamento n.º 140/2019).

No que se refere a este domínio, ao longo do estágio, foi elaborada uma revisão integrativa de literatura intitulada Prevenção da Hipotermia no Perioperatório, cujo objetivo foi identificar a importância e quais as medidas utilizadas pelos enfermeiros na prevenção da hipotermia, que foi apresentada sob a forma de comunicação livre no XX Congresso Nacional da AESOP (Anexo II). A realização desta revisão revelou-se de extrema importância pois se por um lado funcionará como instrumento orientador, contribuindo para a uniformização dos cuidados de enfermagem, por outro lado permitiu-nos refletir sobre as práticas desenvolvidas nos nossos contextos, integrando o resultado alcançado de forma a contribuir para a prestação de cuidados de qualidade, respeitando normas e princípios de intervenção de forma a assegurar a segurança da pessoa. De salientar, que o cumprimento de normas/recomendações para Blocos Operatórios, emanadas por entidades competentes, é uma preocupação da UCA onde realizámos o estágio, facto que se traduz em indicadores de qualidade.

Concomitantemente com a prestação de cuidados diferenciados e especializados, a possibilidade de implementação e realização de processos de formação/investigação constituiu uma competência especializada adquirida, que consideramos ter contribuído para a autoaprendizagem, facilitando o aperfeiçoamento e desenvolvimento da equipa, o que se revela essencial para a prática de uma enfermagem avançada.

A formação especializada em determinada área, surge como resposta às necessidades da pessoa alvo dos cuidados, implicando o desenvolvimento de novas competências, que conduzem inevitavelmente à prática baseada na evidência, enfatizando a premissa de que a investigação se revela como uma capacidade vital dos enfermeiros, permitindo justificar a tomada de decisão, de forma a atingir cuidados de excelência; o que só é possível se os próprios

profissionais estiverem eles próprios fundamentados na melhor e mais recente evidência científica (Chung, 2018). Esta premissa é descrita no Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de Agosto, referente às competências de Mestre em Enfermagem, onde se enfatiza a necessidade de desenvolvimento, aprofundamento e integração dos conhecimentos já adquiridos, com recurso à investigação, de forma a recorrer aos resultados como base na compreensão e resolução de problemas ou questões complexas, desenvolvendo opiniões e implementando soluções de forma clara.

Efetivamente, o objetivo do ingresso no 2.º Ciclo de Estudos, proporcionou-se pela necessidade de aprofundamento de conhecimentos de forma mais especializada, com vista a um crescimento sustentado e orientado para um elevado nível de excelência no cuidar, através da aquisição e desenvolvimento de competências de liderança, investigação/reflexão crítica, comunicação e autoaprendizagem. O desenvolvimento destas competências, embora de decisão individual, é realizado ao longo da vida, apresentando um caráter transformador, uma vez que a produção de novo conhecimento, fomenta a qualidade nos cuidados prestados, ao mesmo tempo que contribui para a realização pessoal. Realizam-se ao longo da vida, fomentando a necessidade procurar a resolução dúvidas, reorganizando os conhecimentos de forma a desenvolver e aplicar estratégias com o propósito de melhorar a prática (Ferreira & Tavares, 2018).

Em suma, o desenvolvimento de competências tendo por base a tomada de decisão baseada em práticas refletidas, com vista à melhoria contínua da qualidade e segurança dos doentes, e ainda o recurso à investigação como forma de validação das intervenções desenvolvidas, foram fatores que evidenciaram o papel desempenhado pelo EE. Todo o percurso desenvolvido ao longo do estágio contribuiu para a promoção da autoaprendizagem, facilitando a formação da equipa multiprofissional, através da formação, do recurso à prática reflexiva baseada em evidência científica através da investigação e consequente divulgação de resultados, foram competências especializadas adquiridas.

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

A constante evolução técnica e científica verificada na área da saúde, possibilitou o desenvolvimento no diagnóstico e tratamento, contribuindo para o aumento da esperança média de vida. Assim, e considerando a melhoria da qualidade de vida da pessoa, os cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica exigem “conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação” (Regulamento n.º 429/2018, p.19360).

O EE considerando a sua área de especialização, deve desenvolver competências que fomentem a sua capacidade crítico-reflexiva, promovendo a mobilização de conhecimentos que lhe permitam a prestação de cuidados à pessoa/família de forma holística, atendendo desta forma aos padrões de qualidade dos cuidados prestados. Considerando Benner (2005), este deve ainda ser detentor de conhecimentos técnicos, de capacidade de tomar decisões, comunicar eficazmente, ser responsável, ter espírito crítico e de iniciativa, atendendo a uma conduta ética e deontológica. Acresce que no processo de aquisição de competências torna-se necessário a prática reflexiva acerca das aprendizagens adquiridas na prática (*know-how*) incorporando os saberes da prática à teoria (conhecimento cognitivo).

No contexto da enfermagem perioperatória, o EE

“tem como alvo de intervenção a pessoa e família/pessoa significativa, a vivenciarem experiência cirúrgica/anestésica. Os cuidados de enfermagem nesta área de especialização são dirigidos aos projetos de saúde da pessoa e família/pessoa significativa a vivenciarem processos de saúde/doença que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, em ambiente perioperatório, à promoção da saúde, à prevenção de eventos adversos e ao tratamento da doença” (Regulamento n.º 429/2018, p.19366).

Assim, são competências específicas do EEEMCPSP: a) cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa, b) maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica,

sobre as quais se fará uma análise crítico reflexiva, tendo por base não só o Regulamento n.º 429/2018, mas também os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, e ainda os objetivos específicos preconizados para o estágio.

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

Ser profissional de enfermagem, requer não só o conhecimento de uma série de técnicas e habilidades, mas também a apreensão das necessidades psicológicas da pessoa saudável ou doente para o estabelecimento das relações terapêuticas.

Efetivamente a essência da Enfermagem baseia-se no cuidar em todas as suas vertentes, uma vez que, e citando Collière (1999, p. 29) cuidar é “manter a vida, garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida”. Assim, o núcleo central da enfermagem, rege-se pelo processo que envolve o cuidar da pessoa/família, pressupondo dos profissionais empenho pessoal, social, moral e espiritual (Watson, 2002).

Em contexto de CA, é a ação de cuidar que determina o sucesso do percurso da pessoa, garantindo a qualidade dos cuidados prestados, bem como a segurança e conseqüente satisfação da pessoa, implicando o desenvolvimento de ações interdependentes entre os profissionais, mobilizando conhecimentos e habilidades de forma a contribuir para a prevenção de eventos adversos (Organização Mundial de Saúde, 2010).

Existem recomendações e padrões de qualidade emanadas pela AORN (2020) que definem a enfermagem perioperatória como a prática direcionada a doentes submetidos a cirurgias e outros procedimentos invasivos. Requer por isso, profissionais especializados possuidores de conhecimentos e habilidades para diagnosticar, planear, intervir e avaliar os resultados das intervenções, à pessoa antes, durante e após a cirurgia (European Operating Room Nurses Association, 2019).

Os cuidados de enfermagem perioperatória fundamentam-se, em cinco pilares tal como preconizado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica (2017), **a) Reconhecimento do Outro e a Capacitação** como base na intervenção do enfermeiro, que além de estabelecer uma relação interpessoal, deve reconhecer a pessoa como um ser único, complexo e aprendente, capaz de desenvolver o conhecimento e a autoconsciência. Desta forma é possível elaborar um plano conjunto do projeto de cuidados, reconhecendo a liberdade de escolha da pessoa, fomentando a sua autonomia e comportamentos ajustados à situação, promovendo a sua capacitação; **b) A Vulnerabilidade** da pessoa em situação perioperatória pode ser expressa como a impossibilidade da pessoa

responder com os seus próprios recursos aos riscos inerentes a um procedimento cirúrgico e anestésico, traduzindo desta forma a exposição aos riscos, e a impossibilidade de defesa, requerendo que seja assegurada por outra pessoa em sua substituição; **c) A Responsabilidade** de cuidado onde o EE tem 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, atuando com prudência face aos riscos e incertezas e respondendo pelas suas decisões, atos e consequências e influenciando positivamente a equipa, em benefício da pessoa em situação perioperatória; **d) A Prudência** onde o EEEMCPSP tem competências na gestão dos riscos e das consequências possíveis e prováveis de cada decisão ou ato. Atua com consciência cirúrgica, prudência e precaução, atento ao pormenor e aos comportamentos, numa atitude de prevenção e vigilância antecipatória, tomando decisões ajustadas à natureza, gravidade e probabilidade de ocorrência de riscos, com o objetivo de evitar um evento adverso prejudicial à pessoa ou equipa; **e) A Consciência cirúrgica** que se baseia nos princípios éticos e morais que orientam o enfermeiro na prática de cuidar a pessoa em situação perioperatória, agindo em seu benefício em qualquer situação independentemente do controlo externo efetuado.

A enfermagem é por isso, uma prática que envolve tanto a habilidade de cuidar quanto a aplicação científica voltada para o cuidado humano. Seja no âmbito individual ou familiar os enfermeiros desempenham um papel autónomo ou em equipa, com o objetivo de promover e proteger a saúde, além de prevenir e tratar doenças (Byrne et al., 2020). A forma como se dá o processo de enfermagem no dia-a-dia, com a pessoa ou a família, reflete a variedade de papéis que o EE assume, sendo responsável por cuidados físicos, procedimentos técnicos e pela criação de um ambiente que seja seguro, confortável, estimulante e promotor da saúde. Muitas vezes é chamado a ensinar, informalmente e formalmente, para permitir que a pessoa ou a família possam gerir o autocuidado, aprender sobre a sua doença, a resposta a uma situação ou lidar melhor com a sua condição (Toney-Butler & Thayer, n.d.).

Considerando as premissas anteriormente referidas, e tendo por base o Regulamento n.º 429/2018 relativo às competências específicas do EE, foi nosso objetivo o desenvolvimento de competências na capacitação da pessoa, família/convivente significativo para a gestão da experiência cirúrgica, elaborando planos de intervenção adequados às suas reais necessidades, promovendo o seu empoderamento, facilitando o processo de transição saúde/doença.

Efetivamente, o EEEMCPSP desempenha um papel fundamental no cuidado da pessoa, família/pessoa significativa, sendo que a sua formação e conhecimentos especializados lhe permitem desempenhar um papel mais avançado e abrangente no processo de cuidado

perioperatório, garantindo que as necessidades físicas, emocionais e psicossociais da pessoa e dos seus familiares sejam atendidas de maneira adequada (Regulamento n.º 429/2018).

O desenvolvimento de um conhecimento aprofundado sobre os aspetos clínicos e técnicos da enfermagem perioperatória, permitem ainda ao EEEMCPSP oferecer cuidados especializados, garantindo a segurança da pessoa e otimizando os resultados cirúrgicos (Regulamento n.º 429/2018). Concomitantemente, o EEEMCPSP desempenha um papel fundamental na coordenação e colaboração com a equipa multidisciplinar envolvida no cuidado perioperatório. Ele atua como um elo de ligação entre a pessoa, a família e os demais profissionais de saúde, garantindo uma comunicação eficaz e uma abordagem integrada e holística no cuidado. Isso envolve a transmissão de informações relevantes sobre a condição da pessoa, a coordenação dos cuidados, e a promoção de uma abordagem centrada na pessoa, na qual as suas preferências, valores e necessidades são considerados (Matos, 2019).

No perioperatório, o EEEMCPSP desenvolve um conjunto de atividades nos três momentos fundamentais, ou seja, pré, intra e pós-operatório, para as quais se revela fundamental a mobilização de conhecimentos teóricos e práticos através de um processo bem delineado, o que possibilita a identificação das necessidades da pessoa, prestando por isso cuidados de qualidade, personalizados e com segurança (Association of Perioperative Registered Nurses, 2020).

As competências do EE no âmbito do perioperatório inserem-se em cinco áreas de intervenção complementares: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos, comportando as fases pré, intra e pós-operatório (Regulamento n.º 429/2018). Efetivamente é a articulação entre estes três momentos de prestação de cuidados, que permite o estabelecimento de uma relação efetiva com a pessoa e família/convivente significativo, conducente à sua capacitação. Em cada uma das fases o EE desenvolve e implementa várias intervenções, no sentido de satisfazer as necessidades da pessoa de forma a ajudar a ultrapassar o período perioperatório, que poderá ser gerador de conflitos emocionais.

Na fase pré-operatória, é fundamental que o EE planeie a sua intervenção tendo como objectivo não só a preparação física, mas também a psicológica, incidindo na comunicação e suporte para a implementação de intervenções do tipo ensinar relacionadas com a anestesia, e ao ato cirúrgico (Regulamento n.º 429/2018). Nesta etapa, e considerando o tempo de internamento prévio à cirurgia reduzido, a realização da consulta pré-operatória de enfermagem (CPOE) revela-se um momento privilegiado com inúmeras vantagens. Permite o esclarecimento da pessoa dotando-a de informação que sustente a sua tomada de decisão relativamente ao plano de cuidados proposto, fomenta a melhoria da qualidade dos cuidados prestados,

promovendo ainda o papel do EEEMCPSP, como elemento potenciador da educação e capacitação da pessoa/família.

Esta consulta é definida pelo Ministério da Saúde, na Portaria n.º 306-A/2011, como uma intervenção cujo objetivo se baseia na apreciação, e consequente organização do plano de cuidados a implementar, com vista a auxiliar a pessoa ao atingir o máximo de capacidade e independência no pós-operatório. Também a OE definiu em 2001 a CPOE, que tal como preconizado no Regulamento n.º 429/2018, é uma das áreas de intervenção do EE, a qual constitui um momento fundamental na avaliação da condição de saúde/doença da pessoa, permitindo a elaboração de planos de intervenção individualizados (Sousa, Neves & Carvalho, 2018).

A CPOE fomenta, a relação enfermeiro-doente-família, permitindo o esclarecimento de dúvidas, potenciando a autonomia e o reconhecimento dos profissionais, sendo ainda caracterizada pelo planeamento de cuidados personalizados, favorecendo o relacionamento e a comunicação entre a equipa enfermagem (Pelarigo, 2019). Ainda, e considerando, Petterson et al. (2017), a CPOE, promove a compreensão, pela pessoa/família do procedimento cirúrgico, fortalecendo desta forma as suas capacidades de forma a conseguir uma eficaz mobilização dos recursos essenciais na sua recuperação.

No período intraoperatório o EE desempenha um papel ativo na equipa multidisciplinar, onde trabalha em colaboração com os cirurgiões, anestesiistas e outros profissionais de saúde (Benze, Spruce & Groah, 2021). Também e com base no Regulamento n.º 429/2018, revela-se fundamental o seu recurso à implementação de estratégias de comunicação efetiva para a continuidade de cuidados perioperatórios, desenvolvendo atenção diferenciada à vigilância do estado de consciência, conforto, posicionamento, alterações das funções cardíacas e respiratórias, manutenção da segurança e prevenção e controlo da infeção. Considerando a última fase preconizada, o pós-operatório, termina quando a pessoa se encontra totalmente recuperada da intervenção cirúrgica/anestésica, pelo que, e numa tentativa de capacitação da pessoa/família para o processo cirúrgico, cabe ao EE manter a continuidade de cuidados que permite manter a relação terapêutica estabelecida, promovendo a centralidade da pessoa/família no processo de cuidados, através da realização de uma avaliação contínua e completa, que permita a implementação de planos de intervenções adequados, com vista à diminuição de complicações, promovendo a capacitação, autogestão e recuperação da pessoa (Regulamento n.º 429/2018).

Para que a continuidade de cuidados seja possível, o EEEMCPSP necessita de recorrer à sua capacidade crítico-reflexiva de forma a analisar as condicionantes existentes, identificando o que é realmente possível de atingir no processo de cuidados a cada pessoa/família de forma

individualizada. Assume por isso, um verdadeiro desafio, uma vez que desenvolve uma relação de ajuda promotora de conforto e segurança, promove a individualização dos cuidados prestados o que permitirá a sua humanização, estando, o seu objectivo focado não só na recuperação da pessoa/família, mas também na preocupação com a gestão das suas emoções. Neste sentido foi nossa preocupação durante este estágio, adequar o plano de cuidados elaborado a cada pessoa/família, tendo por base a informação recolhida no pré-operatório, o que permitiu identificar as suas reais necessidades e potencialidades. Houve ainda a oportunidade de realização das consultas de *follow-up*, que são sem dúvida uma mais-valia no *continuum* da prestação de cuidados. Esta apesar de ser telefónica permite o estabelecimento de uma relação de proximidade, ao permitir reforçar a educação para a saúde, reajustar orientações e esclarecer eventuais dúvidas, o que se revela fundamental no processo de continuidade dos cuidados.

A realização de qualquer procedimento cirúrgico, pode ou não resultar de processos patológicos, associando-se por isso a algum grau de vulnerabilidade da pessoa, que inevitavelmente experiênciamos sentimentos e reações que influenciam a forma como vivenciamos este período de transição. Existem, segundo Meleis (2010), diversas condições facilitadoras ou inibidoras desta transição, que efetivamente são vivenciadas de forma individual por cada pessoa, uma vez que dependerá do significado que lhe é atribuído, das expectativas existentes, do nível de conhecimentos, bem como ambiente físico e psicossocial em que a pessoa está inserida. Implica necessariamente a mobilização de capacidades intrínsecas e/ou extrínsecas de forma a alcançar a adaptação às mudanças que daí advém, o que exige obrigatoriamente a intervenção de enfermagem, que deve centrar-se na preparação da pessoa/família agindo como elemento facilitador do processo de transição, apoiando a pessoa na aquisição de novos conhecimentos e na mudança de comportamentos. (Meleis, 2010). Cabe por isso, ao EE identificar as reais necessidades da pessoa/família, de forma a basear a sua praxis numa lógica reflexiva, que lhe permita o planeamento de intervenções específicas que contribuam para melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas.

A necessidade de informação, é primordial para a pessoa no período perioperatório, uma vez que permite o desenvolvimento de respostas adequadas às diferentes situações, possibilitando a participação efetiva da pessoa/família no processo de cuidados e na tomada de decisão. (Gonçalves, Cerejo & Martins, 2017). Um estudo desenvolvido por Bayraktar et al. (2018), com o objectivo de elaboração e implementação de planos educacionais no pré-operatório, considerando as alterações após a cirurgia, revela que a conciliação de informação verbal com a escrita, permite uma melhoria significativa quer no conhecimento da pessoa, quer na redução do nível de ansiedade. Assim, os enfermeiros, assumem, uma posição privilegiada na

transmissão de informação e consequente elaboração de plano de intervenção, pelo estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa, facto que o estudo de Gonçalves et al. (2017) corrobora, ao concluir que a maior parte dos doentes obtiveram informações exclusivamente dos profissionais de saúde. No contexto de estágio, verificamos que o enfermeiro assume um lugar privilegiado, sendo aquele que mais contacta com a pessoa, em todas as fases do perioperatório, fato que acarreta vários benefícios, uma vez que lhe permite responder de forma consistente às necessidades manifestadas, ajustando continuamente a sua intervenção à sua condição de saúde. De fato a transmissão de informação em ambulatório é crucial dado o curto período de permanência no hospital, verificando-se que é uma preocupação constante da equipa. Assim, procuramos sempre transmitir toda a informação à pessoa/família de forma clara, concisa, com linguagem adaptada a cada caso. Ainda, e considerando que é responsabilidade do EEMCPSP assegurar a prestação de cuidados como um *continuum*, foi elaborado um guião para um vídeo acerca do percurso e cuidados da pessoa a ser submetida a cirurgia neste mesmo serviço, que consideramos ser potenciador da humanização dos cuidados, constituindo-se como estratégia facilitadora na capacitação da pessoa através do conhecimento prévio deste processo, que facilitará com certeza a sua vivencia (Anexo III).

A transmissão de informação à pessoa, é de facto, fundamental uma vez que permite, fomentar o seu conhecimento, ajudando-a no processo de adaptação às possíveis alterações do seu estilo de vida após a cirurgia, sendo ainda um aspeto valorizado pela mesma, tal como demonstrado no estudo de Santos (2015), onde os doentes se mostram satisfeitos com a importância que os enfermeiros atribuem aos seus problemas. De salientar que a qualidade da informação transmitida é essencial de forma a assegurar um elevado nível de compreensão, diminuindo desta forma conflitos emocionais e afetivos existentes (Rocha & Ivo, 2016).

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018, o EE, deve promover a implementação de estratégias com vista à promoção do alívio da ansiedade e medo, de forma a assegurar que a pessoa compreende a informação transmitida com vista à sua autodeterminação e tomada de decisão. Assim, o período pré-operatório revela-se como momento fundamental para o estabelecimento do contato entre enfermeiro/pessoa, aproveitando para a realização de educação para a saúde, de forma a transmitir informações necessárias, promovendo espaço para a colocação de eventuais dúvidas, de forma a promover os conhecimentos da pessoa sobre o procedimento (Monteiro, 2020). Este deve ser um ensino realizado de forma individualizada, atendendo às particularidades de cada pessoa, de forma a garantir que seja transmitido o que este realmente deseja e precisa saber, facilitando assim a sua capacidade de compreensão (Gonçalves & Medeiros, 2016).

A existência de lacunas relativamente à implementação de estratégias no tratamento da dor aguda pós-operatória, foi manifestada pela Enfermeira gestora da UCA. Assim, e dado o interesse pré existente relativo a esta temática foi também da nossa pretensão o desenvolvimento dos seguintes objetivos específicos: a) o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à pessoa, família/convivente significativo em situação perioperatória, baseados na melhor evidência científica, procurando capacitar a pessoa para gerir a dor aguda pós operatória; b) desenvolvimento de competências na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no perioperatório, através da sensibilização dos enfermeiros para a importância da adequada monitorização, e tratamento farmacológico e não farmacológico da dor aguda pós operatória. Estes são objetivos que se complementam, no empoderamento da pessoa e profissionais de saúde, com vista à melhoria do período perioperatório, procurando para isso a adequação dos métodos e estratégias implementadas no tratamento da dor aguda pós-operatória.

A dor surge como um dos principais focos de atenção do EEEMCPSP, sendo fundamental a sua identificação e avaliação. Efetivamente, não representa tarefa fácil, mas é indispensável, quer por razões éticas, uma vez que evita o sofrimento da pessoa, quer por razões preventivas de forma a evitar complicações decorrentes da dor não tratada e ainda por razões socioeconómicas se considerarmos o absentismo laboral a ela associado e o prolongamento de internamento (Batalha, 2016).

Efetivamente, o EEEMCPSP é responsável pelo cuidado contínuo da pessoa, monitorizando a sua condição, controlando a dor e prevenindo possíveis complicações (Nestler, 2019). Avalia e monitoriza a dor da pessoa, utilizando escalas apropriadas, e implementa estratégias na sua gestão, sendo o principal objetivo além de proporcionar alívio adequado, garantir o conforto da pessoa durante o processo de recuperação (Mahama & Ninnoni, 2019).

O EEEMCPSP deve aplicar e fomentar o recurso à Circular Normativa nº 09/2003 da DGS, para que a avaliação e abordagem à dor não seja descurada, tendo a responsabilidade de articulação com outros profissionais, contribuindo para propostas de mudanças organizacionais, tais como alteração de políticas, distribuição de recursos, com vista à melhoria na implementação de práticas para tratamento da dor (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

De acordo com o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (Direcção-Geral da Saúde & Associação Portuguesa Para o Estudo da Dor, 2001) o tratamento da dor deve envolver além das medidas farmacológicas, medidas não farmacológicas, onde o enfermeiro poderá atuar de forma autónoma ou em complementaridade, respeitando os valores e crenças da pessoa.

De facto, não existem técnicas descritas especificamente para a cirurgia de ambulatório, existe sim o pressuposto de que as técnicas analgésicas em cirurgia de ambulatório têm que

controlar a dor de um modo eficaz, seguro, de forma a controlar os seus efeitos secundários, permitindo a continuidade dos cuidados no tratamento da dor para a pessoa no domicílio (Valentim, 2008).

Atualmente, o conhecimento deficitário e a falta de competências diferenciadas relacionadas com a dor, são barreiras identificadas para o seu controlo ineficaz (Moceri & Drevdahl, 2014). Desta forma, a formação e o conhecimento sobre esta temática são essenciais não só para a humanização dos cuidados de enfermagem, mas também numa completa apreensão da sensação de dor, permitindo a identificação e compreensão das intervenções mais adequadas a cada caso. A falta de conhecimentos, associada à ausência de recursos, bem como à privação de instrumentos para avaliação da dor, limitam as intervenções para o seu tratamento, pelo que as implementações de medidas no controlo da dor pós-operatória são fundamentais, implicando por isso o envolvimento da pessoa, dos profissionais e até das organizações.

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

A prestação de cuidados em contexto perioperatório é implementada por equipas multiprofissionais, onde através da mobilização de competências cada profissional contribui para a maximização da segurança da pessoa. A Cultura de Segurança segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) além de ser uma competência de gestão, apresenta-se como resultado de valores individuais e de grupo, onde as atitudes, ideias e comportamentos, determinam o compromisso da instituição com a segurança da pessoa. De salientar que o ambiente próprio de cada instituição, influencia e é influenciado pelos profissionais, contribuindo desta forma para fomentar a cultura de segurança institucional (Direção Geral da Saúde, 2018).

A prestação de cuidados no contexto intra operatório, pode proporcionar condições precipitantes para a ocorrência de incidentes muitas vezes “decorrentes da vulnerabilidade da pessoa, dos procedimentos realizados e da complexidade do ambiente e dos recursos,” sendo que “o enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória deve por isso, mobilizar conhecimentos e habilidades que garantam a segurança da pessoa, profissionais e ambiente, agindo de acordo com a ética profissional” (Regulamento n.º 429/2018, p.19367). Revela-se por isso, um profissional multifacetado, capacitado para o estabelecimento de prioridades, na decisão antecipada e na ação (Duarte & Martins, 2014). Detentor de competências diferenciadas, gere as situações promotoras da ocorrência de eventos adversos, promovendo estratégias inovadoras na sua prevenção com vista a assegurar

a estabilidade, segurança e bem-estar da pessoa antes, durante e após o procedimento cirúrgico (Regulamento n.º 429/2018).

A segurança da pessoa encontra-se explanada como uma prioridade na Estratégia Nacional da Qualidade, revelando-se essencial a avaliação da cultura de segurança, de forma a propiciar a mudança de padrões de comportamento dos profissionais, desenvolvendo e implementando intervenções de melhoria (Despacho n.º 5613/2015).

Os objetivos estratégicos relacionados com a segurança, são também referidos no PNSD 2021-2026, que se encontra estruturado em cinco pilares, sendo a cultura de segurança o primeiro deles, onde é exigido o envolvimento dos profissionais para a operacionalização dos objetivos, defendendo a implementação de práticas seguras em ambientes que se revelam cada vez mais complexos (Despacho n.º 9390/2021).

Ainda e como forma de contribuir para a melhoria na área da segurança do doente, a OMS, definiu três desafios Globais, sendo eles: “*Clean Care is Safer Care*”, cujo principal objetivo visa a redução das infeções associadas aos cuidados de saúde, alertando para a importância da higienização das mãos “*Safe Surgery Saves Lives*” com o intuito da redução dos riscos associados à cirurgia, através da aplicação Lista de Verificação de Cirurgia Segura e “*Medication Without Harm*” com a pretensão de reduzir o nível de danos graves evitáveis relacionados com medicamentos em 50% em todo o mundo em 5 anos, o que vem reforçar a importância da cultura de segurança em contextos tão complexos como o perioperatório (Organização Mundial da Saúde, 2017).

A segurança da pessoa assume uma importância relevante, num contexto onde

“os fluxos de comunicação intensos, a atividade profissional em equipas interdisciplinares, o circuito perioperatório com múltiplas transferências de cuidados, e exigências de procedimentos complexos, associados à elevada dependência da pessoa sob anestesia, constituem oportunidade de erros, nomeadamente: doente errado, lado errado, procedimento errado, incidentes anestésicos, contagens incorretas, avarias de equipamentos, lesão por posicionamento cirúrgico, lesão provocada por dispositivos médicos, risco de queimadura, lesão da córnea, quebra da técnica asséptica, infeção do local cirúrgico, hemorragia, hipotermia, paragem cardio-respiratória e morte” (Ordem dos Enfermeiros, 2017b, p. 26).

Segundo Mota (2021), 27% dos incidentes de segurança verificados nos sistemas de saúde estão relacionados com procedimentos cirúrgicos, sendo muitos deles passíveis de serem evitados através do recurso a estratégias preventivas, pelo que o EEEMCPSP, deve ser detentor

do conhecimento relativo a estas estratégias, o que lhe permitirá intervir não só na sua implementação, mas também na sua divulgação pela equipa multiprofissional.

A complexidade crescente associada aos sistemas de saúde, requerem uma visão da segurança muito mais abrangente e integradora, sendo para isso requisitos fundamentais: a liderança efetiva, o recurso a sistemas de notificação, a visão não punitiva do erro, a formação dos profissionais, o envolvimento e capacitação da pessoa/família e o desenvolvimento de uma cultura de segurança (Mota, 2021).

A ocorrência de eventos adversos constitui um problema, que pode trazer graves consequências para a organização e para as pessoas; pelo que o seu reconhecimento e a determinação da sua taxa de incidência são fundamentais, uma vez que permitirá a implementação de estratégias corretivas, no sentido da melhoria da qualidade e segurança da pessoa (Sousa et al., 2014). Torna-se por isso importante que as instituições disponibilizem meios de notificação de incidentes, assegurando uma conduta não punitiva, mas sim positiva, baseada na aprendizagem contínua, de forma a estimular os profissionais para a notificação. A notificação por si só de nada servirá se adicionalmente não forem implementadas medidas que visem a prevenção do erro. O EE assume um papel determinante neste domínio, uma vez que possuindo um conjunto de competências diferenciadas, deve procurar fomentar a transição de uma cultura reativa, baseada apenas na resolução dos problemas, para uma perspetiva reflexiva, antecipatória e de caráter preventivo, desenvolvendo e implementando medidas corretivas/preventivas.

Foram várias as estratégias desenvolvidas durante este estágio, como medidas preventivas para estes eventos, ou como forma de identificar fatores predisponentes, tais como a realização de *briefing* e *debriefing*, antes de intervenções realizadas pela primeira vez, ou após a realização de alguma atividade de forma promover a reflexão; a verificação diária da existência e condições do material para cada intervenção agendada para o dia seguinte; a consulta de planos semanais, de forma a que, todo o material estivesse disponível; a realização e preenchimento de *checklist* na verificação de materiais e equipamentos e a verificação do cumprimento de normas e protocolos instituídos através da realização de auditorias. Também a realização de reuniões para partilha de constrangimentos existentes e a sua resolução através da participação conjunta, foi uma mais-valia, fomentando a prática reflexiva com vista a solucionar os problemas identificados.

De facto, cabe ao EEEMCPSP dinamizar programas de melhoria contínua da segurança dos cuidados, promovendo ambientes seguros, controlando fatores desencadeantes de eventos adversos, implementando a formação em equipa sempre que necessário (OE, 2019). Na UCA onde decorreu este estágio, o EEEMCPSP é de fato um elemento essencial, ao assumir a

responsabilidade da formação em serviço, de responsável de turno, e ao mesmo tempo ser a figura central de grupos de trabalho em diversas áreas tais como, segurança, qualidade, risco entre outras. São estas atividades que lhe permitem transmitir a sua perícia e visão diferenciados, envolvendo toda a equipa e conduzindo-a a uma prática reflexiva com vista à prestação de cuidados cada vez mais fundamentada e direcionada para a qualidade e segurança. A inclusão de profissionais que são considerados “peritos” nos momentos formativos, revela-se importante, permitindo a integração de novos conhecimentos com base em evidência científica e espelhados na prática, considerando a capacidade de pensamento crítico e tomada de decisão mais apurados. Considerando a teoria de Benner (2005) o enfermeiro perito é aquele que detém experiência relevante na área, que lhe permite compreender de forma empírica cada situação, procurando a resolução dos problemas de forma direta.

A evidência científica demonstra que considerando a idade e experiência dos profissionais, o ambiente cirúrgico sofre importantes transformações, onde mais tempo de experiência e maior formação, são contributos que se podem revelar fundamentais na promoção da melhoria contínua da qualidade e na implementação de uma efetiva cultura de segurança (Gutierrez et al., 2018). Assim, e considerando a imprevisibilidade do contexto perioperatório, o desenvolvimento de competências de pensamento crítico pelo EEEMCPSP, permitem-lhe evoluir no sentido de manter a segurança em ambientes em constante mudança, sendo que quanto maior o tempo de experiência maior será a sua competência (Jung et al., 2020).

O EEEMCPSP, enquanto elemento inserido numa equipa multidisciplinar desempenha um papel fundamental na prevenção de eventos adversos, através da implementação de boas práticas de cuidados para a segurança da pessoa, para as quais segundo o estudo de Gutierrez et al. (2018) são identificadas algumas orientações, entre as quais o compromisso da equipa e gestores institucionais; implementação de uma cultura de segurança; utilização da *checklist* de cirurgia segura; melhoria da comunicação interpessoal; adaptabilidade adequada de recursos físicos, materiais e humanos; formação e atualização profissional. De fato, a presença efetiva de enfermeiros peritos, com conhecimento especializado e diferenciado nos contextos de prática clínica é fundamental, pela crescente presença de situações de saúde cada vez mais complexas, que exigem tomadas de decisão seguras, rápidas e eficazes. Concomitantemente, o fato de este trabalhar em determinado contexto permite que exiba uma performance perita nessa área de atuação, através da mobilização de saberes, que resultarão em ganhos em saúde (Benner, 2005).

Considerando a especificidade dos cuidados de enfermagem perioperatória, a existência de referenciais teóricos, é de extrema importância, pois se por um lado funcionam como orientação para a prática, por outro lado fomentam a qualidade, na comunicação, na autonomia, na gestão, no compromisso com a instituição, contribuindo para o fortalecimento da satisfação profissional

(Ribeiro, Martins & Tronchin, 2016). Assim, o cumprimento de protocolos de atuação, o preenchimento da *checklist* cirúrgica, antes, durante e após o procedimento cirúrgico, bem como as preocupações com a segurança do doente, contribuem para a melhoria da prática do enfermeiro bem como o clima de segurança na sala operatória (Santana, Rodrigues & Evangelista, 2016).

A UCA onde se desenvolveu o estágio, é constituída por uma equipa dinâmica, onde o cumprimento de normas e orientações nacionais ou internacionais é evidente, facto que se deve à preocupação constante de realização de formação contínua à equipa com base na mais recente evidência científica e, onde o EEEMCPSP, detém um papel de destaque ao objetivar que toda a equipa adquira o conhecimento, e reconhece a melhoria contínua das práticas no que concerne à segurança da pessoa, incentivando também, o recurso à literacia para a pessoa, de forma a constituir um aliado na prática de segurança. De acordo com a AORN a principal responsabilidade dos enfermeiros perioperatórios é garantir a segurança da pessoa bem como a sua saúde e bem-estar (Association of Perioperative Registered Nurses, 2022). É de salientar que se verifica unanimidade relativamente à importância do recurso a *checklists* de cirurgia segura, de anestesia e de prevenção de infeção, entre tantos outros. No entanto, e para que sejam eficientes requerem que periodicamente sejam auditados promovendo a qualidade e segurança dos cuidados (Gutierrez et al., 2018). É ainda considerada a formação contínua e o recurso a novos protocolos, como fatores positivos, na medida em que promovem a mudança, perspetivando desta forma a segurança da pessoa (Llapa-Rodríguez et al., 2018).

A realização de auditorias é por isso, um aspeto a considerar, sempre como estratégia de melhoria contínua da qualidade e da segurança da pessoa. Esta foi de fato uma competência desenvolvida ao longo do estágio, essencialmente quando se procedia à implementação de normas/protocolos na UCA. A sua realização previa indagar o cumprimento dessas normas/protocolos, sendo os resultados divulgados pela equipa de forma a promover a reflexão e conseqüente desenvolvimento e implementação de ações corretivas com vista à segurança e qualidade dos cuidados.

A prevenção da ocorrência de eventos adversos, e a segurança da pessoa são fatores fundamentais para a melhoria dos cuidados, pelo que a intervenção do EEEMCPSP se revela essencial e integra várias áreas da prestação de cuidados tais como: assegurar e manter um ambiente seguro; gestão do risco e o planeamento e implementação de ações preventivas; assegurar que são cumpridas as dotações seguras; prevenção de complicações associadas ao posicionamento cirúrgico; a prevenção da retenção inadvertida de itens no local cirúrgico; prevenção e controlo da infeção do local cirúrgico; a gestão e controlo de dispositivos médicos (Regulamento n.º 429/2018).

Apesar da intervenção e desenvolvimento de competências nas áreas referidas, após manifestação das necessidades da UCA, foi definido como objectivo específico o desenvolvimento de competências na prevenção da infeção associada aos cuidados de enfermagem, gerindo a manutenção da normotermia no período perioperatório. Para concretizar este objetivo pretendeu-se verificar a evidência científica atual, de forma a atualizar procedimentos e normas de intervenção na UCA. Para este efeito, foi realizada uma revisão integrativa de literatura, intitulada Prevenção da Hipotermia no Perioperatório, cujo objetivo foi identificar as medidas utilizadas pelos enfermeiros e a sua eficácia na prevenção da hipotermia. (Anexo IV)

A evidência científica nesta área demonstra que existem métodos de aquecimento ativos e passivos, sendo os métodos de aquecimento ativo as medidas mais eficazes para a prevenção da hipotermia. A associação de métodos de aquecimento é mais eficaz que a sua utilização de forma isolada, sendo que a implementação de medidas preventivas deve ser iniciada no pré-operatório como forma de garantir a manutenção da normotermia durante todo o procedimento cirúrgico. A realização desta revisão vem reforçar o cumprimento de normas/protocolos pela UCA onde se realizou o estágio, uma vez que aquilo que a evidência demonstra é efetivamente implementado pela equipa, não só considerando as intervenções de implementação, mas também a formação da equipa acerca da importância destes procedimentos para a segurança da pessoa.

De facto, a promoção de uma cultura de segurança, não dependerá exclusivamente da ação da instituição, mas dependerá da ação individual e coletiva dos profissionais envolvidos, onde a consciência cirúrgica surge como princípio ético orientador para a prática de cuidados seguros em contexto perioperatório, exigindo um comportamento antecipatório e uma compreensão plena relacionada com os fatores que contribuem para o risco em contexto perioperatório.

As falhas de comunicação são das principais causas de problemas na sala de cirurgia devido à frequência com que ocorrem ((Sillero & Buil, 2021). Importa, por isso, focar a importância da comunicação e da colaboração interprofissional como forma de maximizar a qualidade e segurança dos cuidados à da pessoa/família submetida a qualquer procedimento cirúrgico.

A comunicação é de facto essencial na promoção de uma cultura de segurança, onde o EE deve ser detentor de conhecimento relativamente aos momentos que a influenciam negativamente colocando em causa a segurança da pessoa, devendo assumir uma atitude e comportamento individual e em equipa com vista a ultrapassar esses momentos. A promoção da implementação de normas existentes ou adaptadas aos contextos é uma das suas responsabilidades, tais como a metodologia ISBAR, permitindo a transmissão de informação de forma mais completa e estruturada, e ainda assegurar a implementação e correto

preenchimento da lista de verificação “Cirurgia Segura Salva Vidas”, como forma de manter a segurança da pessoa, permitindo também a partilha de informação relevante entre os elementos da equipa multidisciplinar.

Pode-se por isso afirmar que a comunicação eficaz é essencial para garantir a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, onde o EE desempenha um papel crucial na facilitação da comunicação entre todos os membros da equipa, assegurando que todas as informações importantes sejam partilhadas de maneira adequada, garantindo que todos os membros da equipa estejam cientes das necessidades da pessoa. É ainda responsável por fornecer informações claras e compreensíveis à pessoa e aos seus familiares, garantindo que eles estejam plenamente informados sobre o procedimento cirúrgico, os cuidados pré e pós-operatórios e os potenciais riscos e complicações (Vieira, 2021).

A colaboração interprofissional revela-se também essencial como forma de tornar a experiência cirúrgica segura e eficaz, onde o EE ao interagir com uma equipa multiprofissional desempenha um papel de liderança na coordenação e comunicação entre os diferentes profissionais, garantindo que todos os envolvidos estejam cientes das informações relevantes, planos de cuidados e necessidades específicas da pessoa (Geese & Schmitt, 2023). Contribui ainda com o seu conhecimento especializado para a tomada de decisões colaborativas, oferecendo *insights* e sugestões baseados na sua experiência perioperatória, auxiliando na identificação de estratégias e abordagens mais seguras e eficazes. A colaboração interprofissional é por isso fundamental como forma de garantir que todos os aspetos da consciência cirúrgica sejam abordados de maneira abrangente e que a pessoa receba cuidados de elevada qualidade (Reeves et al., 2017).

Em suma, a segurança da pessoa em ambiente perioperatório é influenciada e depende de vários fatores e intervenientes exigindo por isso uma intervenção sistemática, onde o EE desempenha um papel fundamental, que através da mobilização e aplicação dos seus conhecimentos especializados, implementa intervenções de enfermagem com vista à priorização da segurança da pessoa, fomentando a diminuição da ocorrência do erro, considerando as implicações que este tem não só sobre as organizações, mas também nos profissionais de saúde e na pessoa/família alvo dos cuidados.

4. Considerações finais

No decorrer deste percurso, pode-se afirmar que todas as intervenções de enfermagem foram desenvolvidas tendo por base os vários pressupostos referentes às competências comuns e específicas do EEEMCPSP. Com efeito, refletiu-se acerca das competências adquiridas e desenvolvidas, culminando numa crescente sensibilização acerca das múltiplas dimensões que envolvem a intervenção do enfermeiro especialista no processo de cuidados à pessoa em situação perioperatória.

Simultaneamente, todo o percurso desenvolvido, permitiu atingir gradualmente os objetivos delineados, culminando por isso, no desenvolvimento e aquisição das competências comuns e específicas do EEEMCPSP, assim como das competências inerentes ao grau de Mestre explanadas no Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto.

Naturalmente, a atualização e aprofundamento de conhecimento científico foi uma constante, permitindo desta forma basear o raciocínio crítico e a tomada de decisão para o planeamento dos cuidados e resolução de eventuais problemas, na melhor e mais atual evidência científica. Assim, e considerando os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados, um dos pilares basilares da prática clínica para a melhoria da qualidade dos cuidados, assegurou-se sempre uma prática baseada na evidência, permitindo por isso a aquisição de elevados níveis de julgamento crítico, no diagnóstico, no planeamento, na implementação e na avaliação, considerando todas as etapas do Processo de Enfermagem. Desta forma, espera-se que os EEEMCPSP contribuam para a melhoria da qualidade e segurança na prestação de cuidados em contexto de perioperatório.

A reflexão crítica foi de facto fundamental em todas as áreas de intervenção, e essencial na identificação e consciencialização de dificuldades, bem como no desenvolvimento de habilidades/competências de superação, acresce ainda o desenvolvimento e crescimento pessoal e profissional.

Em suma, considera-se que foram adquiridas as competências comuns do EE e específicas do EEEMCPSP, considerando que os conhecimentos e competências assimilados permitiram o desenvolvimento de uma intervenção cada vez mais autónoma, refletida e baseada numa enfermagem avançada, o que certamente contribuirá para o enriquecimento da nossa prática de cuidados.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

Intervenções de Enfermagem Não Farmacológicas para a Gestão da Dor Pós-Operatória: Uma *scoping review*

1. Resumo

Enquadramento: As intervenções não farmacológicas para o alívio da dor têm sido estudadas entre a comunidade científica e académica, contudo, muitos dos estudos já desenvolvidos não focam as intervenções especificamente implementadas por enfermeiros .

Objetivo: Mapear a evidência sobre as intervenções não farmacológicas implementadas por enfermeiros para gestão da dor pós-operatória em adultos submetidos a procedimentos cirúrgicos.

Metodologia: *Scoping review* segundo a metodologia da *Joanna Briggs Institute* (2020). A pesquisa foi realizada nas bases de dados MEDLINE *complete*, CINAHL *complete*, SciELO, BVS e PubMed, literatura cinzenta como Google Académico e Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. Incluídos artigos científicos com adultos de idade igual ou superior a 18 anos com foco nas intervenções não farmacológicas destinadas à gestão da dor pós-operatória implementadas por enfermeiros, em português, inglês e espanhol de acesso gratuito. O processo de análise, extração e síntese de dados dos artigos, foi desenvolvido por dois revisores independentes.

Resultados: O corpus de análise é constituído por 9 artigos publicados entre 2018 e 2022. Identificadas intervenções não farmacológicas mais implementadas por enfermeiros em adultos em situação pós-operatória, sendo Massagem (N=8), Relaxamento (N=5), Aplicação Quente/Frio (N=5), Musicoterapia (N=5), Distração/Conversa (N=4), Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea (N=2) e o Apoio Emocional (N=2), Aromaterapia (N=4) e Acupressão (N=1). Identificaram-se algumas barreiras para a implementação das intervenções não farmacológicas (N=4) na lente dos enfermeiros.

Conclusão: As intervenções não farmacológicas mais utilizadas na gestão da dor pós-operatória identificadas são: massagem, relaxamento, aplicação de frio/calor, musicoterapia, distração/conversa, aromaterapia, estimulação elétrica nervosa transcutânea e apoio emocional. Reconhecer o impacto destas intervenções no alívio da dor pós-operatória contribuiu para uma tomada de decisão responsável e autónoma. Pretende-se que esta *scoping review*, despolete mais investigação sobre este tema, nomeadamente, na elaboração de programas de intervenção para gestão da dor em situação pós-operatória.

Palavras-chave: Enfermagem; Dor Pós-operatória; Manejo da dor; Terapias Complementares; Intervenções Não farmacológicas

2. Abstract

Context: Non-pharmacological interventions for pain relief have been studied among the scientific and academic community, however, many of the studies already developed do not focus on interventions specifically implemented by nurses for postoperative pain relief.

Objective: To map the evidence on non-pharmacological interventions implemented by nurses to manage postoperative pain in adults undergoing surgical procedures.

Methodology: Scoping review according to the methodology of the Joanna Briggs Institute (2020). The search was carried out in the MEDLINE complete, CINAHL complete, SciELO, BVS and PubMed databases, as well as gray literature such as Google Scholar and Portugal's Open Access Scientific Repositories. Included were scientific articles with adults aged 18 or over focusing on non-pharmacological interventions aimed at managing acute postoperative pain implemented by nurses, in Portuguese, English and Spanish with free access. The process of analyzing, extracting and synthesizing data from the articles, was carried out by two independent reviewers.

Results: The corpus of analysis consists of 9 articles published between 2018 and 2022. Non-pharmacological interventions most commonly implemented by nurses in adults in postoperative situations were identified, with Massage (N=8), Relaxation (N=5), Hot/Cold Application (N=5), Music Therapy (N=5), Distraction/Conversation (N=4), Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (N=2) and Emotional Support (N=2), Aromatherapy (N=4) and Acupressure (N=1). Some barriers to the implementation of non-pharmacological interventions (N=4) were identified from the nurses' point of view.

Conclusion: The most commonly used non-pharmacological interventions in postoperative pain management are: massage, relaxation, cold/heat application, music therapy, distraction/conversation, aromatherapy, transcutaneous electrical nerve stimulation and emotional support. Recognizing the impact of these interventions on the relief of acute postoperative pain contributed to responsible and autonomous decision-making. It is intended that this scoping review will trigger further research on this topic, particularly in the development of intervention programs for pain management in postoperative situations.

Keywords: Nursing; Postoperative pain; Pain management; Complementary therapies; Non-pharmacological interventions

3. Fundamentação/enquadramento teórico

Nos últimos anos, o interesse pelo fenómeno da dor entre a comunidade científica é cada vez maior. Considerando o aumento da investigação científica acerca da temática, sabe-se que a dor é um evento comum, expresso de variadas formas e sentida por todos os seres humanos, o que torna a sua avaliação, monitorização e controle determinantes para a prestação de cuidados. A sua ocorrência é frequente na pessoa submetida a procedimentos cirúrgicos, no período pós-operatório, quando ocorre reversão da anestesia, podendo perdurar até 2 a 3 horas e pode durar até 24 horas após o término do procedimento (Nascimento et al., 2020).

A dor pós-operatória é um problema comum tanto em países desenvolvidos como em países em vias de desenvolvimento, com incidência entre 47 a 100% (Kidanemariam et al., 2020; Murray & Retief, 2016). Apesar do conhecimento da sua prevalência, a dor pós-operatória insuficientemente controlada continua a representar um desafio significativo para os enfermeiros, podendo predispor a pessoa a complicações médicas e ao aumento da permanência hospitalar (Kidanemariam et al., 2020; Murray & Retief, 2016).

De forma a intervir na prevenção e tratamento da dor, procede-se primariamente à sua avaliação, o que permite determinar a sua natureza bem como o significado da experiência dolorosa para a pessoa. Esta avaliação permitirá o planeamento e implementação dos cuidados necessários (Organização Mundial de Saúde, 2012). A avaliação da experiência dolorosa, engloba uma colheita geral de dados que deve contemplar aspetos do exame físico, as características da dor, mecanismos que potenciam o seu aumento ou diminuição, acções desenvolvidas para lidar com a experiência dolorosa, bem como a sua influência nas atividades do dia a dia a nível emocional, socioeconómico e espiritual, utilização e efeito de medidas farmacológicas e não farmacológicas (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Para a realização da avaliação da dor é necessário o recurso a instrumentos válidos, e clinicamente sensíveis, sendo esta avaliação o fundamento principal para a efetivação de critérios acerca das estratégias farmacológicas e não farmacológicas a implementar. Neste sentido, é necessário, considerar como estratégia mais efetiva a autoavaliação, onde a dor é classificada pela pessoa; e a heteroavaliação onde são os profissionais que inferem o resultado através da observação do comportamento da pessoa face à experiência dolorosa (Lima, 2017).

As escalas utilizadas além de permitirem determinar a intensidade da dor, permitem a implementação de estratégias diferenciadas, autónomas ou interdependentes, possibilitando a avaliação da eficácia nas intervenções implementadas (Teixeira & Durão, 2016). Na realidade, é

considerado um verdadeiro desafio no quotidiano do enfermeiro, pela dificuldade em adequar cada ferramenta às capacidades da pessoa, que consiga traduzir da forma mais objetiva possível os dados subjetivos desta avaliação, o que seria facilitado através do recurso a protocolos uniformizados, com o objetivo de a avaliação da dor ser cada vez mais sistemática (Souza & Corgozinho, 2016).

Em Portugal, desde 2003, que Circular Normativa 09/DGCG da Direção Geral da Saúde (DGS) recomenda, a avaliação sistemática da dor, considerando para o efeito o recurso a 4 escalas unidimensionais aprovadas internacionalmente para a pessoa que se encontra consciente, colaborante e que tenha idade superior a 3 anos sendo: Escala Visual Analógica, Escala Numérica, Escala Qualitativa e ainda a “Escala de Faces” (Direção Geral de Saúde, 2003). Efetivamente as exigências inerentes à situação de dor no perioperatório, carecem de uma intervenção complexa e abrangente por parte dos enfermeiros, num posicionamento de atenção, aptidão e sensibilidade.

Nesta linha de pensamento e considerando o triângulo terapêutico que inclui o cliente, a família e os profissionais de saúde, no período perioperatório, vivencia-se uma transição de saúde para a doença, que poderá representar mudanças súbitas do papel do paciente e resultar na alteração de um estado de bem-estar para uma situação de doença aguda ou crónica. Assim, é fundamental a intervenção dos profissionais de saúde nos diferentes contextos, num exercício constante de planificação de intervenções, considerando a natureza da transição vivenciada pelo paciente e pela sua família bem como das condições facilitadoras ou inibidoras desses processos (Meleis et al., 2000). Assim, e considerando as especificidades das necessidades da pessoa em situação perioperatória, o enfermeiro deve mobilizar e basear os seus conhecimentos na melhor evidência científica de forma a cuidar da pessoa e família/convivente significativo, promovendo a compreensão do processo de transição e capacitando-o para sua autonomia (Regulamento n.º 429/2018).

Neste sentido, o conceito de gestão de dor é fundamental no âmbito da prestação de cuidados de saúde, especialmente nesta fase vulnerável, sendo os enfermeiros na generalidade os responsáveis pela mesma, uma vez que são os profissionais mais bem posicionados, pela sua proximidade e regularidade de contacto com os clientes.

A gestão da dor pode recorrer a intervenções farmacológicas, ou intervenções não farmacológicas ou uma combinação de ambas. Dado o contínuo sub investimento no estudo das medidas não farmacológicas, o presente trabalho focará o uso e resultado da utilização de estratégias não farmacológicas no controlo da dor em adultos no pós-operatório.

3.1. *Intervenções não farmacológicas no tratamento da dor*

Considerando os desafios associados à gestão da dor pós-operatória, foram desenvolvidas, por várias entidades, tais como Ordem dos Enfermeiros, Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, DGS, *International Association for the Study of Pain*, diversas normas orientativas para intervenção dos profissionais nesta área tão vasta. Tendo por base o anteriormente exposto, a gestão da dor deve ser abordada por diferentes perspetivas, considerando sempre para o efeito, a educação para saúde a realizar no pré-operatório, delineando um plano de intervenção que deve ter por base as intervenções farmacológicas e as não farmacológicas.

De acordo com Chou et al. (2016) no pré-operatório, cabe aos enfermeiros, reconhecer as necessidades da pessoa, bem como suas crenças, valores individuais e familiares, de forma a fornecer informação adaptada a cada situação, sendo essencial a abordagem aos instrumentos de avaliação da dor passíveis de utilizar, de forma a promover o estabelecimento e definição de objetivos exequíveis para o controlo da dor pós-operatória.

Acresce que as equipas médica e de enfermagem devem delinear o plano de gestão da dor, considerando sempre a história de doença atual da pessoa, a existência de cirurgias prévias, antecedentes pessoais de saúde, medicação crónica habitual, procedendo ainda à identificação de aspetos relacionados com a história de dor da pessoa (Chou et al., 2016).

Em regime de cirurgia de ambulatório, e considerando o Decreto-Lei n.º 75/2013, a pessoa submetida a qualquer procedimento cirúrgico, tem direito à cedência de medicação pela instituição, para tratamento da dor pós-operatória na continuidade de cuidados no domicílio (Diário da República, 2013). No entanto, e atendendo a que o objetivo dos profissionais, não se resume apenas ao tratamento de sintomas, mas sim à sua prevenção, atualmente no tratamento da dor pós-operatória, além das intervenções farmacológicas, é considerada uma abordagem multimodal, combinando estas intervenções com outras medidas, em especial medidas não farmacológicas (Kazanowski & Laccetti, 2005).

A abordagem não farmacológica, não é um tema da atualidade, tendo já sido referida por Florence Nightingale, em 1980, onde se considerou a influência da música para o alívio da dor pós-operatória. Também no Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2001) são recomendadas as intervenções não farmacológicas no alívio da dor pós-operatória, ideia reforçada por Ritto e seus colaboradores (2012), ao defender que as intervenções para tratamento da dor devem englobar medidas farmacológicas e medidas não farmacológicas, potenciando, estas últimas a autonomia dos profissionais que as implementam.

De acordo com a OE as intervenções não farmacológicas são métodos ou técnicas que objetivam prevenção e/ou tratamento da dor, sem o recurso à administração de fármacos,

podendo em situações mais complexas de dor ser utilizadas como medidas adjuvantes, de forma a auxiliar na redução da dor, melhorando a adaptação da pessoa às etapas pós-cirúrgicas. Os enfermeiros, como profissionais com maior contacto com a pessoa devem conhecer as suas indicações, contraindicações e efeitos colaterais de forma a selecionar a melhor medida, atendendo às preferências da pessoa, aos objetivos do tratamento, bem como à evidência científica disponível (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

As intervenções não farmacológicas visam colmatar as dimensões afetivas, cognitivas, comportamentais e socioculturais da dor; portanto, existe um conjunto de vantagens na sua implementação porque promovem e estimulam a sensação de conforto, o nível de atividade e capacidade funcional, minimizam a sensação de fraqueza e vulnerabilidade, o *stress* e ansiedade, permitem redução efetiva da dor, da quantidade de fármacos analgésicos e efeitos secundários, reduzindo ainda o tempo de hospitalização e consequentes custos hospitalares (Nascimento et. al, 2020). Ideia reforçada por Small & Laycock (2020) quando referem que estas intervenções podem ser utilizadas durante a fase peri operatória como adjuvantes no tratamento da dor, apresentando diversas vantagens, tais como, fácil aplicação, baixo custo financeiro e autonomia na implementação.

Adicionalmente, as intervenções não farmacológicas tendem a representar um baixo custo nos recursos despendidos, constituindo intervenções de fácil aplicação, sendo passíveis de integrar o apoio de cuidadores familiares. Importa ainda considerar que os métodos não farmacológicos podem auxiliar na rotina de cuidados de enfermagem e reduzir a necessidade de maior dosagem de medicamentos (Bayoumi et al., 2021; Kidanemariam et al., 2020). Contudo, não existem dados consistentes sobre a eficácia destas medidas, o que frequentemente resulta na sua desconsideração prática (Fan & Chen, 2020).

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental no alívio da dor no pós-operatório, ao implementar intervenções não farmacológicas, sendo que o seu conhecimento e atitude sobre as mesmas possuem um efeito valioso no sucesso destas intervenções (Bayoumi et al., 2021). Não obstante, Bayoumi e colaboradores (2021) concluíram recentemente que o uso e efetividade das medidas não farmacológicas dependem não apenas dos conhecimentos e competências dos enfermeiros, mas também da disponibilidade de tempo, do interesse da própria pessoa e das suas crenças, o que muitas vezes poderá ser um obstáculo quer no seu ensino, quer na sua aplicação.

A medidas não farmacológicas de alívio da dor, englobam intervenções físicas, intervenções cognitivas e comportamentais e ainda medidas de suporte emocional. De salientar que algumas das técnicas aplicadas, implicam formação específica, o que potencia a formação dos profissionais de saúde em diversas áreas tais como: hipnose, dessensibilização sistemática,

estimulação elétrica transcutânea, acupuntura, cromoterapia, aromaterapia, hidroterapia, acupressão, reflexoterapia, Shiatsu, Reiki, meditação e ioga (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

As **intervenções físicas** englobam a técnica da massagem, a aplicação de frio/calor, a mobilização/posicionamentos e o exercício, e podem utilizar-se de forma isolada ou associadas a outros métodos. O seu principal mecanismo de ação consiste na inibição ou redução do bloqueio ou diminuição da transferência de estímulos dolorosos (Eler & Jaques, 2008), o que promove o alívio da dor através do relaxamento fisiológico.

A **massagem** definida pela OE (2008) como ato de friccionar e comprimir partes do corpo apresenta como finalidades: promover o relaxamento, reduzindo a sensação dolorosa e a tensão muscular, aumentando a sensação de bem-estar físico e psicológico, melhorando a circulação sanguínea ao aumentar fluxo sanguíneo e linfático. A massagem é uma técnica não invasiva, de fácil aplicação que, ao integrar o tratamento, contribui para a redução dos efeitos secundários e psicológicos da dor (Hughes et al., 2008). No entanto, está contraindicada, na presença de doenças de pele, neoplasias, feridas em cicatrização, locais de fraturas recentes ou regiões contíguas, bem como na presença de infeções agudas ou sinais insuficiência circulatória (Almeida & Duarte, 2000).

A termoterapia, que consiste na **aplicação de calor ou aplicação de frio**, contribui para o alívio da dor, na medida em que aplicação de calor promove vasodilatação, que reduz a viscosidade do sangue e a tensão muscular, aumenta o metabolismo tecidual e elimina resíduos metabólicos, promovendo a distensão muscular, aumenta o sentimento de bem-estar (Kazanowski & Lacetti, 2005). A utilização do frio alivia a dor ao diminuir o edema por vasoconstrição, suprime a reação de inflamação e promove o relaxamento muscular (Ordem dos Enfermeiros, 2008; Yilmaz & Bolat, 2017).

A **alternância de decúbitos/posicionamentos** é uma técnica que diminuiu a tensão exercida sobre as proeminências ósseas promovendo o aumento da circulação no local, e conseqüente aumento do relaxamento muscular e sensação de bem-estar (Kazanowski & Lacetti, 2005). Por sua vez, a realização de **exercícios** engloba movimentos que aumentam a extensão e resistência muscular, de forma a combater a rigidez normalmente associada à dor e à inatividade (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

No que concerne às **Intervenções do tipo comportamental**, focam-se essencialmente no foro intelectual, psicossocial e cognitivo, sendo exemplos o relaxamento, imaginação guiada e musicoterapia.

O **relaxamento** abarca um conjunto de técnicas que contribuem para o controlo da dor pós-operatória, proporcionando alívio de dificuldades emocionais e stress, aliviando a ansiedade e tensão muscular relacionada, atuando de igual forma nos espasmos musculares que são

causados pela apreensão e medo muitas vezes associados à intervenção cirúrgica (Topcu & Findik, 2012).

A **musicoterapia** é uma das técnicas utilizadas para proporcionar uma experiência de relaxamento e distração ao doente, pois é uma terapia que estimula a secreção de endorfinas, relaxando o indivíduo e aumentando a tolerância à dor (Yilmaz & Bolat, 2017). Ao induzir o relaxamento, modera as emoções o que se traduz na diminuição da sensação dolorosa (Kazanowski & Lacetti, 2005).

A **imaginação guiada** é um método envolve uma experiência sensorial que permite a redução da dor, na qual o doente representa interiormente as suas experiências e retrata os eventos, sonhos e fantasias, alterando a percepção e o significado acerca do diagnóstico e tratamento, o que contribui para reduzir a dor, ansiedade e stress subjacente (Eler & Jaques, 2008).

O toque terapêutico, a escuta ativa e a promoção do conforto, são consideradas **intervenções de suporte emocional**.

O **toque terapêutico**, consiste num processo voluntário, no qual o profissional utiliza as suas mãos para modular o campo energético a fim de reduzir a ansiedade e controlar a dor (Ordem dos Enfermeiros, 2008). A relação de ajuda que se estabelece com a pessoa, na implementação destas intervenções, contribui para maximizar o controlo da dor, através de comportamentos que demonstrem interesse, tais como, segurar na mão e o simples toque (Sousa, 2009).

Juntamente com a técnica anteriormente referida, pode recorrer-se à escuta ativa, cujo objetivo fundamental consiste na manutenção de um ambiente calmo e relaxante, aproveitando para estabelecer com a pessoa uma relação de confiança demonstrando disponibilidade e compreensão, de forma a que a pessoa possa exprimir as suas preocupações, sendo o principal objetivo ajudá-la a ultrapassar barreiras emocionais relativos à dor, que naturalmente influenciam o processo de avaliação e controlo da dor aguda (Phaneuf, 2005).

A promoção do conforto, consiste em inculir na pessoa a sensação de serenidade física, através de mecanismos de promoção de apoio, fomento da sensação de segurança e relaxamento (Sousa, 2009). A alteração do ambiente físico, é também fundamental, uma vez que este poderá ser um mecanismo potenciador da experiência dolorosa, ao estabelecer uma sobrecarga sensorial (Watt-Watson, 2003).

Além das estratégias aqui referidas, existem outras consideradas eficazes no alívio da dor, mas que não são tão frequentes na prática de enfermagem por exigirem qualificações mais específicas. Ainda assim, existem cada vez mais enfermeiros com formação e competências desenvolvidas nestas áreas, o que se traduz na sua crescente aplicação, como por exemplo: aromaterapia, meditação, ioga, acupuntura, hidroterapia, estimulação elétrica transcutânea, Reiki, meditação entre outras (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Em suma, preconiza-se que as intervenções não farmacológicas devem ser implementadas no pós-operatório, como parte de um programa de autogestão, aumentando a independência e autonomia da pessoa (Mordecai et al., 2016). Algumas das terapias supramencionadas têm sido desenvolvidas na gestão da dor crónica, pois apresentam múltiplas vantagens e evitam a carga de efeitos colaterais dos fármacos, sendo que a área científica tem procurado cada vez mais investigar sobre os seus benefícios e formas de intervenção em contexto de dor aguda pós-operatória (Small & Laycock, 2020).

É reconhecido que a gestão da dor pós-operatória é fundamental, promovendo a qualidade de vida e bem-estar da pessoa (Assis et al., 2018). A gestão eficaz da dor encontra-se dependente da avaliação por parte dos profissionais de saúde da sintomatologia da pessoa, da sua história clínica, de forma a identificar um conjunto de abordagens e técnicas de intervenção adequadas e que respondam às necessidades (Assis et al., 2018; Oliveira et al., 2020; Garcia et al., 2017; De Sousa Franco et al., 2017). Assim, salienta-se a importância do enfermeiro na implementação de estratégias não farmacológicas para o controlo da dor aguda do pós-operatório.

4. Finalidade e objetivos

Segundo Fortin (2009) resultante do problema identificado e do seu quadro teórico e conceptual, a finalidade e os objetivos direcionam a investigação para o método adequado que permita atingir os resultados esperados. Assim, o objetivo de um estudo refere-se ao enunciado descritivo da orientação da investigação, considerando o nível de conhecimentos pré-existentes.

O presente estudo tem como finalidade contribuir para a ampliação de conhecimento sobre a importância das intervenções não farmacológicas, que podem ser utilizadas pelos enfermeiros para gerir a dor pós-operatória em adultos, fomentando a sua incrementação na prática de forma a contribuir para a melhoria na qualidade dos cuidados.

De forma a concretizar a finalidade apresentada, definiu-se como objetivo do estudo: mapear a evidência científica sobre as intervenções não farmacológicas para a gestão da dor aguda pós-operatória implementadas por enfermeiros na população adulta, submetida a procedimentos cirúrgicos.

5. Metodologia

A investigação científica, possibilita a aquisição e assimilação de novos conhecimentos, considerando a sua persistente procura de resposta a questões identificadas num processo organizado. Efetivamente, o caráter sistemático de uma investigação, é-lhe conferido pelo método, uma vez que permite a identificação dos processos e meios necessários para a concretização de um estudo, permitindo desta forma a passagem da conceção para a operacionalização (Fortin, 2009).

A fase metodológica permite identificar o procedimento que conduzirá à obtenção de respostas para as questões de investigação, sendo nesta fase que se define o desenho do estudo tendo em conta a sua finalidade e objetivos, define-se a população, o tamanho da amostra necessário, o método de colheita e tratamento de dados, sem descorar as considerações éticas (Fortin, 2009). De salientar que é fundamental primar pelo rigor e coerência na definição e estruturação do método, para que desta forma a recolha de dados e consequentes resultados não sejam influenciados.

5.1. Desenho do estudo

O desenho de um estudo de investigação, é segundo Fortin (2009) o plano da investigação, onde são contempladas um conjunto de etapas que orientam o investigador na consecução dos objetivos, de forma a responder à questão de investigação, permitindo de igual forma determinar as estratégias que permitam controlar ou reduzir eventuais enviesamentos.

A investigação realizada tem por base o referencial teórico e prático *The Joanna Briggs Institute Reviewers Manual (JBI) for Scoping Reviews* (Peters et al., 2020). É um método amplamente conhecido e utilizado nacional e internacionalmente pela sua utilidade e validade. As revisões sistemáticas inspiradas no JBI baseiam-se num modelo sustentado por evidências científicas, focado em apoiar melhores práticas, suportadas e adaptadas em evidências, tendo por base as diversas problemáticas na área da saúde (Santos et al., 2018).

Assim, e seguindo as recomendações da JBI para a elaboração e construção de uma *scoping review*, em primeiro lugar, foram desenvolvidos os objetivos da investigação bem como a questão de investigação. Seguidamente definiram-se tanto os critérios de inclusão como os critérios de exclusão, identificando-se posteriormente, a partir da mnemónica PCC (*People*,

Concept and Context) o tipo de participantes, conceito e contexto da investigação. Por último procedeu-se à definição da estratégia de pesquisa. De salientar que esta *scoping review*, iniciou-se com a elaboração de um protocolo de revisão onde foram apresentadas todas as etapas do processo conforme o preconizado pelo JBI (Peters et al., 2020), que foi submetido à unidade de investigação da Escola Superior Norte da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis. Acrescenta-se ainda que o seu pré-registo foi realizado na plataforma *Open Science Framework* (Lopes & Maciel, 2023).

5.2. Questão de Investigação

A questão de investigação de um estudo é segundo Fortin (2009) um enunciado do tipo interrogativo, elaborado de forma clara, que permite identificar os conceitos essenciais da investigação, apontando a população a estudar e sugerindo uma investigação empírica.

Assim, e considerando a tipologia desta revisão, para a construção da pergunta de pesquisa utilizou-se a mnemónica PCC, em que P (Participantes) foram considerados adultos com idade igual ou superior a 18 anos submetidos a procedimentos cirúrgicos; C (Conceito) intervenções não farmacológicas utilizadas na gestão da dor pós-operatória por enfermeiros e C (Contexto) serviços de saúde onde as pessoas são submetidas a procedimentos cirúrgicos.

Desta forma, a *scoping review* pretende responder à seguinte questão de investigação: “Quais as intervenções não farmacológicas utilizadas pelos enfermeiros na gestão da dor pós-operatória, em adultos submetidos a procedimentos cirúrgicos?”.

5.3. Critérios para seleção dos estudos

Os critérios de inclusão definem a população do estudo, fazendo correspondência com as características essenciais dos elementos dessa população (Fortin, 2009).

Assim, e considerando a premissa anterior, foram definidos os critérios de seleção dos estudos considerando as recomendações emanadas pela JBI para as *scoping reviews*, derivando por isso da mnemónica PCC (Peters et al., 2020), e relacionando-se de igual forma com a questão de investigação apresentada (Tabela 1).

Tabela 1. Critérios para seleção dos estudos

Critérios de Inclusão	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estudos em adultos com idade igual ou superior a 18 anos; ▪ Estudos quantitativos, qualitativos e mistos, primários e secundários com foco nas intervenções não farmacológicas destinadas à gestão da dor pós-operatória e implementadas por enfermeiros; ▪ Estudos em Português, Inglês e Espanhol; ▪ Estudos de acesso gratuito.
Critérios de exclusão	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estudos realizados com crianças ▪ Estudos com foco exclusivamente em estratégias farmacológicas de alívio da dor pós-operatória.

5.4. Estratégia de Pesquisa

A revisão da literatura faz parte do processo de investigação, permitindo criar um registo e posterior análise das publicações pertinentes considerando o domínio da investigação (Fortin, 2009). No estudo que se apresenta, esta pesquisa deve ser o mais abrangente possível de forma a permitir a identificação de fontes primárias de evidências publicadas e não publicadas, assim como de revisões (Peters et al., 2020).

Assim, e em sequência da elaboração da questão de investigação identificaram-se e hierarquizaram-se as palavras-chave, com base na preocupação de centralizar o domínio da ação em enfermagem. Portanto, surge em 1.º *Nursing*; 2.º *Pain Postoperative*; 3.º *Pain Management*; 4.º *Non-Pharmacological Interventions*; e 5.º *Complementary Therapies*.

As palavras-chave foram validadas como descritores na plataforma MESH Browser, de forma a identificá-las como descritores. Da pesquisa realizada concluiu-se que as palavras-chave *Nursing*, *Pain Postoperative*, *Pain Management*, *Complementary Therapies* são descritores, no entanto, *Non-Pharmacological Interventions* não é. Todavia, optou-se pela manutenção deste termo como palavra-chave de forma a direcionar a pesquisa para o tema pretendido e tendo em conta a conceptualização realizada.

Concluída esta primeira fase, procedeu-se à pesquisa bibliográfica, que considerando a metodologia do JBI (Peters, et al., 2020), se desenvolveu em 3 etapas.

Numa primeira etapa realizou-se uma pesquisa inicial limitada para identificar artigos sobre o tema em questão nos motores de busca EBSCO com interface para as bases de dados CINAHL *complete* e MEDLINE *complete*, realizando-se de seguida uma análise de palavras nos títulos e resumos e dos termos indexados, usados na descrição do artigo de forma a identificar termos e palavras-chave alternativos e específicos.

Tabela 2. Pesquisa inicial nas bases de dados CINAHL complete e MEDLINE complete (via EBSCO)

Estratégia de pesquisa	Número de resultados CINAHL	Número de resultados MEDLINE
<i>Nursing AND Pain Postoperative AND Pain Management AND (Non-Pharmacological OR Complementary Therapies)</i>	34	57

Na segunda etapa, os termos de indexação e palavras-chave identificados pelos pesquisadores foram utilizados para a realização de nova pesquisa nos motores de busca e bases de dados já identificados, pesquisando de forma conjugada com linguagem natural, tendo sido combinados numa estratégia de pesquisa única e adaptada de acordo com as particularidades de cada plataforma e base de dados. Assim e de forma a garantir uma busca alargada, procedeu-se a distintas combinações dos descritores e palavras-chave, de forma a construir frases booleanas diferentes. Para que na pesquisa fossem incluídos dois ou mais termos independentes, recorreu-se aos operadores booleanos “AND” e “OR”.

Tabela 3. Estratégia de pesquisa utilizada nas diferentes bases de dados

Base de dados	Frases booleanas
CINAHL complete e MEDLINE complete (via EBSCO)	<i>“Non-Pharmacological Interventions” AND “Pain Postoperative”;</i>
Pubmed	<i>“Non-Pharmacological Interventions” AND “Pain Management”;</i>
BVS	<i>“Non-Pharmacological Interventions” AND “Nursing”;</i>
Google Académico	<i>“Pain Postoperative” AND “Nursing”;</i>
Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP)	<i>“Pain Management” AND “Nursing”; “Complementary Therapies” AND “Nursing”; “Complementary Therapies” AND “Pain Management”; “Complementary Therapies” AND “Pain Postoperative”.</i>

Na terceira etapa de pesquisa as referências bibliográficas dos artigos identificados foram examinadas para identificar estudos adicionais.

5.5. Seleção dos Estudos

A seleção dos artigos foi realizada em duas fases e por dois revisores independentes. A primeira decisão relativa à fase de seleção de estudos baseou-se na análise dos títulos dos artigos e dos resumos disponíveis para leitura, sendo eliminados aqueles que se encontravam duplicados e não cumpriam os critérios de elegibilidade. Perante a inexistência de divergências não foi necessário o recurso a um terceiro revisor. Na segunda fase, os artigos que aparentemente cumpriam os critérios de inclusão foram analisados na íntegra, considerando-se assim um corpus de análise de 9 artigos.

Os resultados da pesquisa serão relatados e apresentados de acordo com o fluxograma *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews: PRISMA-ScR* (Tricco et al., 2018), alinhado e adaptado ao objetivo e questão desta revisão.

5.6. Extração e Análise dos Dados

O processo de extração dos dados envolveu a revisão da informação geral dos estudos tais como nome dos autores, ano da publicação, país/origem de publicação, objetivos do estudo, tipo de estudo, população, resultados obtidos e conclusões. Depois da seleção dos artigos finais, a extração dos dados foi realizada por dois investigadores, de forma independente, que analisaram criteriosamente os resultados dos artigos selecionados, procurando responder à questão de investigação e aos objetivos definidos.

Sublinha-se que os dados extraídos dos artigos, tanto qualitativos como quantitativos, seguiram o instrumento da *Joanna Briggs Institute Meta-Analysis of Statistics Assessment and Review Instrument* (JBI-MASARI) para os estudos quantitativos e o *Joanna Briggs Institute Qualitative Assessment and Review Instrument* (JBI-QARI) para os estudos qualitativos.

Os dados extraídos serão apresentados sob a forma de tabelas, desenvolvidas pelo investigador, especificamente para esta *scoping*, estando alinhadas aos objetivos desta revisão, onde consta um resumo descritivo dos resultados. À semelhança do que aconteceu nas outras fases, esta síntese e apresentação dos resultados foi concretizada pelos dois revisores anteriores e de modo independente, sem necessidade de consultar um terceiro revisor.

5.7. Considerações éticas

A enfermagem e os enfermeiros são amplamente reconhecidos pelos dilemas éticos que enfrentam e pelo rigor e retidão com que os analisam. Tal aplica-se não apenas à teoria e à prática, mas também à investigação (Mallari & Tariman, 2017). O princípio da universalidade, princípio da beneficência, princípio da não maleficência, princípio do respeito pela autonomia e princípio da justiça e equidade (Ordem dos Enfermeiros, 2015), são cumpridos não só no exercício profissional como também na investigação (Nunes, 2020).

Assim, considera-se que a presente investigação foi elaborada considerando em todas as etapas o respeito pelas diferentes fontes, considerando a autenticidade nos dados recolhidos e a correta referência dos autores, e de igual forma a honestidade académica, contemplada em todo o percurso, recorrendo às corretas referências, mantendo por isso a fidelidade ao autor.

Não existiram nesta revisão quaisquer conflitos de interesses, isto porque, não foi necessário pedir nenhum tipo de autorização não tendo sido necessário parecer ético, uma vez que contempla dados de acesso público. Na investigação realizada, não se verificaram riscos nem custos associados, importando referir que estão implícitos benefícios para a pessoa com a elaboração desta investigação, na medida em que contribuirá para a ampliação do conhecimento acerca da temática estudada.

Importa ainda referir a intenção da divulgação dos resultados da investigação realizada, através da elaboração e publicação de um artigo, e ainda a divulgação em eventos científicos, onde a temática seja pertinente.

6. Resultados

Através da metodologia descrita anteriormente, foram selecionados para esta *scoping review* 9 estudos, os quais cumprem os critérios de inclusão definidos. A pesquisa bibliográfica foi realizada entre junho de 2022 e agosto de 2022.

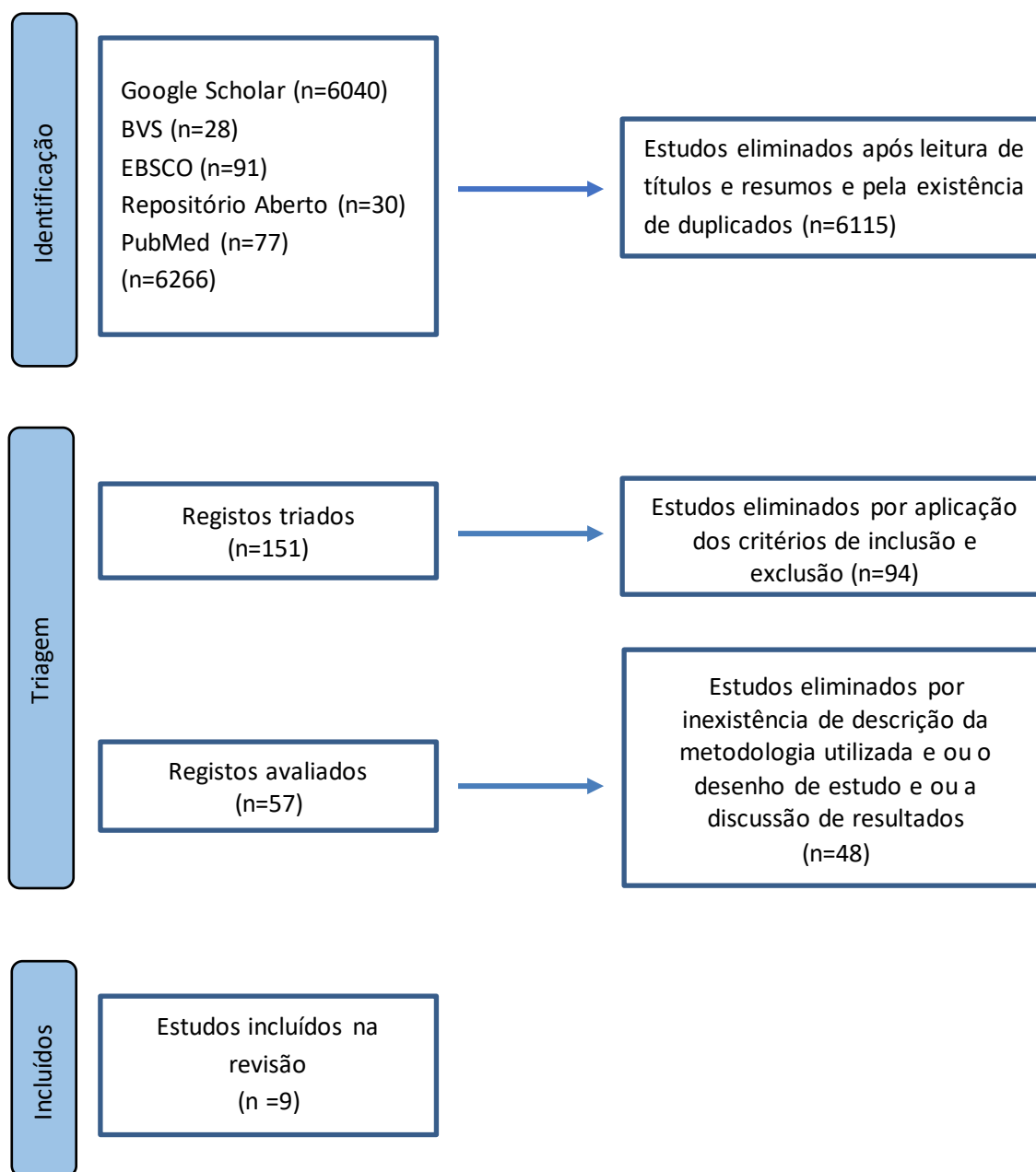
6.1. Processo de seleção dos estudos

Na pesquisa inicial nas bases de dados foram identificados 6225 artigos para a análise do título sendo do Google Académico (n=6040), da EBSCO (n=91), do RCAAP (n=30), da BVS (n=28) e por fim da PubMed (n=77), tendo sido eliminados 6115 por se encontrarem duplicados ou porque após leitura do título e resumo não se ajustavam à problemática em revisão. Foram então submetidos 151 artigos a um processo de triagem, considerando os critérios de inclusão/exclusão, do qual resultou a eliminação de 94 artigos.

Considerando a fase de elegibilidade foram avaliados através da leitura integral 57 artigos, tendo sido eliminados 48 por não apresentarem de forma clara a metodologia usada, o desenho do estudo ou até mesmo a discussão de resultados. Após este processo de seleção inicial, os estudos que responderam à questão de investigação, cumprindo os critérios de inclusão definidos, foram selecionados constituindo um *corpus* de análise de 9 artigos. O processo de seleção dos estudos encontra-se ilustrado na Figura 1, através do fluxograma PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018).

Como forma de certificação no cumprimento dos critérios de inclusão definidos, recorreu-se à estratégia de revisão *peer review*, para leitura completa e de forma independente de cada artigo pelos dois revisores, tendo havido consenso relativamente ao *corpus* de análise constituído.

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos estudos



Adaptado de: PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews) (Tricco, et al., 2018)

6.2 Síntese dos dados

Como referenciado anteriormente, foram selecionados para esta *scoping review* 9 estudos, publicados no espaço temporal entre 2018 e 2022, sendo que foi publicado um artigo no ano 2022 (Mohamed et al.), três artigos em 2021 (Jacob et al., Bayoumi et al., Sarmiento et al., 2021), três no ano 2020 (Pabón & Álvarez; Kidanemariam et al.; Gumus et al.), um artigo no ano 2019 (Yaban) e ainda uma publicação no ano de 2018 (Ay).

No que se refere à origem dos estudos, verificou-se a existência de uma grande variedade de países com publicações na área, de entre os quais duas publicações oriundas Brasil (Jacob et al., 2021; Sarmiento et al., 2021), Colômbia (Pabón & Álvarez, 2020), Eritreia (Kidane-mariam et al., 2020), Egito (Mohamed et al., 2022; Bayoumi et al., 2021), e três publicações provenientes da Turquia (Yaban, 2019; Gumus et al., 2020 e Ay, 2018).

Atentando à metodologia utilizada constatou-se que foram incluídos nesta revisão um estudo qualitativo (Jacob et al., 2021), dois estudos do tipo quantitativo (Kidane-mariam et al., 2020; Gumus et al., 2020), três estudos mistos (Mohamed et al., 2022; Pabón & Álvarez, 2020 e Bayoumi et al., 2021) e três revisões de literatura (Yaban, 2019; Ay, 2018 e Sarmiento et al., 2021).

Atendendo à pergunta de investigação: “Quais as intervenções não farmacológicas mais utilizadas pelos enfermeiros na gestão da dor pós-operatória?”, foram identificadas algumas intervenções não farmacológicas utilizadas para gestão da dor pós-operatória explanadas na tabela 4, onde consta denominação das principais intervenções identificadas, o número de estudos que contemplam essas mesmas intervenções (N) bem como os autores e ano correspondente a cada estudo.

Tabela 4. Intervenções Não-Farmacológicas Identificadas (N=9)

Intervenção Não Farmacológica	N	Autores/Ano
Massagem	8	Ay (2018), Jacob et al. (2021), Yaban (2019), Gumus et al. (2020), Kidanemariam et al. (2020) Mohamed et al. (2022), Bayoumi et al. (2021); Sarmento et al. (2021)
Relaxamento	5	Ay (2018), Gumus et al. (2020), Kidanemariam et al. (2020), Mohamed et al. (2022), Bayoumi et al. (2021)
Aplicação Quente/Frio	5	Ay (2018); Gumus et al. (2020), Mohamed et al. (2022), Kidanemariam et al. (2020), Yaban (2019), Bayoumi et al. (2021)
Musicoterapia	5	Pabón & Álvarez (2020), Jacob et al. (2021), Mohamed et al. (2022), Gumus et al. (2020); Sarmento et al. (2021)
Distração/Conversa	4	Ay (2018), Gumus et al. (2020), Jacob et al. (2021), Kidanemariam et al. (2020), Bayoumi et al. (2021)
Aromaterapia	4	Jacob et al. (2021), Yaban (2019), Gumus et al. (2020); Sarmento et al. (2021)
Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea	2	Mohamed et al. (2022), Yaban (2019)
Apoio Emocional	2	Kidanemariam et al. (2020), Bayoumi et al. (2021)
Acupressão	1	Sarmento et al. (2021)

Seguidamente é apresentada uma síntese dos estudos selecionados para o *corpus* de análise, sobre a forma tabelar, onde consta o número do artigo, título, autor(es), ano de publicação, origem, tipo de estudo, população, resultados e principais conclusões, sendo apresentados por ordem cronológica, do mais recente para o mais antigo.

Tabela 5. Instrumento de síntese de dados extraídos do artigo n.º 1

Artigo nº 1	
Título	Nursing Practices regarding Non-pharmacological Pain Management for Patients with the Cardiothoracic Surgery at Zagazig University Hospitals
Autor(es)	Mohamed R.M.;Taha N.M.; Moghazy N.A.E.
Ano Publicação	2022
Origem	Egito
Objetivos	Avaliar as práticas dos enfermeiros na gestão da dor com métodos não farmacológicos em doentes submetidos cirurgia cardiorácica
Tipo de estudo	Misto
População	55 enfermeiros
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 61,8% dos enfermeiros da amostra não tiveram formação sobre métodos não farmacológicos na gestão da dor pós-operatória; ▪ 67,3% dos enfermeiros reportou uma prática insatisfatória na gestão não farmacológica da dor; ▪ Identifica enfermeiros que consideram estar satisfeitos com a sua prática relacionada com intervenções não farmacológicas: 47,3% compressas quentes e frias, 43,6% massagem nas costas, 14,5% técnicas de relaxamento, 34,5% estimulação nervosa transcutânea, 45,5% acupressão.
Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existe uma correlação entre a utilização de medidas não farmacológicas e a idade, experiência profissional e nível educacional dos enfermeiros; ▪ Recomenda a existência de programas e <i>workshops</i> para treino e consequente melhoria das práticas e a disponibilização de bibliografia/protocolos acerca do controlo da dor pós-operatória em todas as unidades hospitalares; ▪ Identifica necessidade de realização de mais estudos nesta área.

Tabela 6. Instrumento de síntese de dados extraídos do artigo n.º 2

Artigo n.º 2	
Título	Intervenções não farmacológicas no manejo da dor pós-operatória: conceção de enfermeiros
Autor(es)	Jacob K.C.;Silva L.B.; Costa E.D.M.; Gomes L.V.,Serrano S.Q.
Ano Publicação	2021
Origem	Brasil
Objetivos	Avaliar as intervenções não farmacológicas na dor pós-operatória na perspetiva de enfermeiros.
Tipo de estudo	Qualitativo
População	6 enfermeiros
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ As intervenções não farmacológicas identificadas no alívio da dor pós-operatória foram: posicionamento, a termoterapia, massagem de conforto e escuta ativa, de modo desviar o foco de atenção da dor; ▪ Identificadas práticas alternativas associadas à intervenção farmacológica de forma a evitar o seu uso excessivo: aromaterapia, Reiki, musicoterapia, respiração profunda e cromoterapia;
Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A implementação de medidas não farmacológicas associadas às medidas farmacológicas são benéficas desde que os enfermeiros detenham competências para tal.

Tabela 7. Instrumento de síntese de dados extraídos do artigo n.º 3

Artigo n.º 3	
Título	Are nurses utilizing the non-pharmacological pain management techniques in surgical wards?
Autor(es)	Bayoumi, M.M.M.; Khonji, L.M.A.; Gabr, W.F.M.
Ano Publicação	2021
Origem	Egipto
Objetivos	Investigar a taxa de utilização de técnicas não farmacológicas de controle da dor utilizadas pelos enfermeiros.
Tipo de estudo	Misto
População	47 enfermeiras inquiridas
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Os métodos identificados como mais utilizados e aplicados de forma autónoma são: cognitivo-comportamentais (distração (68,1%), reforço positivo (53,2%), relaxamento (36,2%), técnica respiração (36,2%); métodos físicos (massagem (29,8%), posicionamento (21,3%), regulação térmica através de frio/calor (17%); ▪ O suporte emocional é o método mais utilizado pelos enfermeiros do estudo (93,6%); ▪ O posicionamento é dos métodos mais referidos, uma vez que está integrado nas intervenções de rotina de enfermagem no pós-operatório; ▪ Relativamente à frequência de utilização, 6 enfermeiros utilizam todos os dias, 4 três vezes por semana, 12 uma vez por semana, 2 uma vez em cada duas semanas, 16 uma vez por mês e 7 referem nunca ter utilizado; ▪ As medidas cognitivas comportamentais são geralmente aplicadas por enfermeiros com maior grau de formação e os métodos físicos aplicados por enfermeiros com menor grau de formação; ▪ Evidenciado a inexistência de uma avaliação sistemática da dor com recurso a escalas, o que condiciona o seu tratamento; ▪ Reconhecidas barreiras na aplicação destes métodos bem como as vantagens na sua utilização.
Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A utilização de métodos não farmacológicos tem efeitos valiosos no tratamento da dor pós-operatória em especial se os métodos forem demonstrados no pré-operatório; ▪ São métodos menos dispendiosos, com menos efeitos colaterais, quer no que se refere à medicação usada, quer no pós alta; ▪ Existem barreiras identificadas à sua aplicação tais como falta de tempo dos profissionais, a sobrecarga de trabalho, falta de vontade e crenças de saúde do doente; ▪ O recurso às medidas não farmacológicas incrementa a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, minimiza os custos hospitalares e tempo de hospitalização bem como prevenção de efeitos colaterais associados à utilização de fármacos.

Tabela 8. Instrumento de síntese de dados extraídos do artigo n.º 4

Artigo n.º 4	
Título	Non-pharmacological therapies in the relief of cardiac surgery postoperative pain: a scoping review
Autor(es)	Sarmiento SD, Santos KV, Dantas JK, Silva BV, Dantas DV, Dantas RA
Ano Publicação	2021
Origem	Brasil
Objetivos	Mapear a produção do conhecimento sobre as principais terapias não farmacológicas no alívio da dor pós-operatória de pacientes submetidos a cirurgia cardíaca
Tipo de estudo	Revisão da literatura do tipo <i>scoping review</i>
População	17 estudos incluídos na revisão
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A massagem foi a técnica mais utilizada no tratamento da dor pós-operatória, seguida da musicoterapia, acupressão e aromaterapia. ▪ A duração da aplicação da massagem, revela-se eficaz entre 3 min a 30, verificando-se redução efetiva da dor passados 45 minutos da sua aplicação ▪ Os locais de aplicação de massagem foram: pés, mãos braços, ombros, região dorsal e abdómen e ainda áreas em que a pessoa se considerava desconfortável. ▪ Na realização da massagem foi utilizada fricção suave, toque passivo, movimentos de <i>efflurage</i> e deslizamento do polegar ▪ A música pode ser utilizada em diversas faixas etárias, contribuiu para a recuperação reduzindo o nível de dor, ansiedade, medo, irritabilidade, incentivando a integração social ▪ A acupressão foi também um método não identificado, diferindo da acupuntura por não ser um método invasivo, por não recorrer à utilização de agulhas, promove, no entanto, o equilíbrio da energia corporal ao associando-se a determinados órgãos a estimulação dos diferentes pontos promove o relaxamento e diminuição da dor. ▪ A aromaterapia promove o bem físico e emocional e promove o relaxamento através do recurso a óleos essenciais ▪ Os principais resultados da aplicação das intervenções identificadas foram essencialmente: diminuição da dor, da ansiedade da tensão muscular, da fadiga, melhora o humor, promovendo relaxamento, calma melhoria de sinais vitais incluindo saturação de oxigénio.
Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verifica-se de facto um impacto significativo na diminuição das respostas dolorosas após a aplicação dos referidos procedimentos ▪ A disseminação do conhecimento relativo a estas medidas é importante, uma vez que promove a recuperação da qualidade de vida, proporcionando à pessoa alternativas eficazes para a sua recuperação ▪ Devem ser realizados mais estudos nesta área de forma a agregar conhecimento técnico científico para os profissionais.

Tabela 9. Instrumento de síntese de dados extraídos do artigo n.º 5

Artigo n.º 5	
Título	Determining the Use of Nonpharmacologic Methods by Surgical Nurses for Postoperative Pain Management and the Influencing Professional Factors: A Multicenter Study
Autor(es)	Gumus K.; Musuroglu S.; Ozlu Z.K.; Tasci O.
Ano Publicação	2020
Origem	Turquia
Objetivos	Determinar o uso de métodos não farmacológicas por enfermeiros para a gestão da dor pós-operatória bem como identificar os fatores profissionais influenciadores
Tipo de estudo	Quantitativo
População	443 Enfermeiros
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificadas intervenções não farmacológicas mais utilizadas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ aplicação quente-frio (53,3%), ▪ exercício (50,8%), ▪ posicionamento (68,8%), ▪ repouso (55,5%). ▪ distração (42,2%); ▪ O uso de estratégias não farmacológicas diminui o recurso a analgésicos e melhora qualidade de vida; ▪ A maioria da amostra recorreu ao uso de intervenções não farmacológicas por ter recebido formação na área; ▪ Técnicas mais específicas são menos utilizadas por requererem intervenção de outros profissionais; ▪ A aromaterapia, musicoterapia, massagens e métodos de relaxamento não foram utilizados, no entanto há muitos resultados de estudos que indiquem que esses métodos são eficazes por terem efeitos na redução do <i>stress</i> cirúrgico, aumentando a secreção de opioides endógenos, elevando o limiar da dor e proporcionando relaxamento e conforto.
Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicam a necessidade de realizar mais formação na área (formação em serviço) e mais estudos na área; ▪ Existe maior taxa de utilização dos métodos não farmacológicos por enfermeiros que receberam formação e treino sobre as mesmas.

Tabela 10. Instrumento de síntese de dados extraídos do artigo n.º 6

Artigo n.º 6	
Título	Utilization of non-pharmacological methods and the perceived barriers for adult postoperative pain management by the nurses at selected National Hospitals in Asmara, Eritrea
Autor(es)	Kidanemariam, B. Y., Elsholz, T., Simel, L. L., Tesfamariam, E. H., & Andemeskel, Y. M.
Ano Publicação	2020
Origem	Eritreia
Objetivos	Avaliar a utilização de métodos não farmacológicos por enfermeiros na dor pós-operatória e as barreiras percebidas para a sua implementação nos Hospitais Nacionais.
Tipo de estudo	Quantitativo
População	154 Enfermeiros
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Os métodos não farmacológicos mais utilizados foram: apoio emocional (45,5%), auxílio nas atividades diárias (67,5%), criação de um ambiente confortável para os doentes (61%), relaxamento (72,1%), técnicas de respiração (81,7%), posicionamento (84,4%), aplicação de quente (11,7%), aplicação de frio (9,7%) e massagens (18,8%); ▪ Identificadas barreiras na aplicação dos métodos: carga de trabalho pesada (87,7%), falta de tempo (84,4%), recursos limitados (82,5%), falta de linhas orientadoras na implementação dos métodos não farmacológicos (77,3%), comportamento não colaborativo do paciente (57,1%), barreiras linguísticas (64,4%), falta de conhecimento e formação (50%) e experiência (40,3%).
Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A utilização de métodos não farmacológicos varia muito devido ao conhecimento e experiência dos enfermeiros; ▪ Recomenda-se treino e formação a todos os profissionais (seminários, conferências científicas e outros fóruns de <i>brainstorming</i> e formação em serviço).

Tabela 11. Instrumento de síntese de dados extraídos do artigo n.º 7

Artigo n.º 7	
Título	Eficacia de la música en la reducción del dolor posoperatorio de cirugía cardíaca
Autor(es)	Pablón, N. G.; Álvarez L. N. R.
Ano Publicação	2020
Origem	Colômbia
Objetivos	Determinar a eficácia da intervenção de enfermagem não farmacológica da dor no pós-operatório de cirurgia cardíaca.
Tipo de estudo	Misto
População	45 participantes
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O recurso à música gravada tem efeitos positivos, tais como aumento da sensação de bem-estar, relaxamento e tranquilidade, reduzindo o <i>stress</i> e ansiedade; ▪ A música é associada à alteração do ambiente físico, ajudando a pessoa a transportar-se para outros lugares e a evocar sentimentos associados a esses lugares; ▪ Intervenções não farmacológicas tais como música, massagem e outras técnicas de relaxamento tem efeitos positivos na perceção da dor, mas também efeitos de distração, melhoria no padrão de sono, diminuição do <i>stress</i> e ansiedade; ▪ Contrariamente ao que a literatura preconiza, de acordo com os participantes a música a utilizar deverá ser a da preferência da pessoa; ▪ Não existe relação entre o tempo de intervenção e o grau de diminuição da dor.
Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A música não apresenta efeitos apenas na dor, apresentando outros efeitos adicionais, tais como diminuição da ansiedade, geração de estados de tranquilidade e consequente diminuição do <i>stress</i> e ansiedade; ▪ A eficácia da música melhora o efeito das intervenções farmacológicas; ▪ Através da intervenção da musicoterapia verifica-se uma diminuição de 2 valores na avaliação da dor no pós-operatório recorrendo à EVA.

Tabela 12. Instrumento de síntese de dados extraídos do artigo n.º 8

Artigo n.º 8	
Título	Usage of Non-Pharmacologic Methods on Postoperative Pain Management by Nurses: Sample of Turkey
Autor(es)	Yaban, Z. S.
Ano Publicação	2019
Origem	Turquia
Objetivos	Identificar os métodos não-farmacológicos que podem ser utilizados pelas enfermeiras em doentes em situação pós-operatória
Tipo de estudo	Revisão da Literatura
População	35 estudos incluídos
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Os métodos não farmacológicos utilizados no controlo da dor pós-operatória incluíram a estimulação nervosa transcutânea, aplicação de compressas frias, exercícios de relaxamento, musicoterapia, massagens, reflexologia, aromaterapia e aplicação calor; ▪ Os métodos não farmacológicos não são usados, ou são pouco usados, sendo dada preferência ao recurso de fármacos, pela falta de experiência e conhecimento dos enfermeiros, o que também condiciona o ensino aos doentes sobre as técnicas não farmacológicas; ▪ Nem todos os métodos podem ser implementados por enfermeiros tais como: hipnose, reiki, yoga, acupuntura; ▪ As barreiras para a implementação dos métodos supramencionados incluem o número insuficiente de enfermeiros, relutância dos doentes quanto ao controlo da dor, falta de tempo e falta de informação acerca das formas de controlar a dor.
Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A dor pós-operatória requer uma intervenção multidimensional (enfermeiro, médico, fisioterapeuta), embora o enfermeiro seja o elemento essencial pela posição de proximidade que ocupa; ▪ A correta gestão da dor pós-operatória diminui o tempo de internamento, aumenta qualidade de vida, promove relaxamento. Pelo contrário a má gestão afeta a qualidade de vida e o processo de cicatrização, levando a problemas fisiológicos e psicológicos; ▪ É necessário avaliar conhecimentos, atitudes, comportamentos dos enfermeiros sobre o controlo da dor; ▪ Deve ser introduzido no curso de base, o ensino sobre as intervenções não farmacológicas, bem como a realização de cursos e seminários para formação e treino; ▪ Os enfermeiros com experiência e conhecimentos na implementação destas medidas devem promover integração de novos elementos, além de que quando habilitados a realizar técnicas diferenciadas (acupuntura, reiki, yoga), devem ser autorizados pela instituição para sua implementação.

Tabela 13. Instrumento de síntese de dados extraídos do artigo n.º 9

Artigo n.º 9	
Título	Treatment of postoperative pain and non-pharmacologic practices in nursing systematic review: Results of Turkish doctoral dissertation in 2000–2015
Autor(es)	AY, F.
Ano Publicação	2018
Origem	Turquia
Objetivos	Identificar e resumir as intervenções não farmacológicas desenvolvidas por enfermeiros para aliviar a dor pós operatória, compreender os efeitos de tais práticas na dor e as variáveis que afetam a sua eficácia.
Tipo de estudo	Revisão Sistemática da Literatura
População	13 teses de doutoramento incluídas
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A massagem e exercícios de relaxamento foram identificados como os métodos mais utilizados; adicionalmente surge a aplicação de quente, distração, diálogo aberto sobre a dor da pessoa, aplicação de frio, ouvir música, exercer pressão, posicionamento, auxílio no movimento, apoio psicológico e imaginação positiva; ▪ As métodos não farmacológicos são mais eficazes na gestão da dor pós-operatória se utilizados nas primeiras 24 hora após a cirurgia, e influenciam positivamente o efeito dos métodos farmacológicos quando associados; ▪ A massagem alivia a dor, promovendo libertação de endorfinas, aumentando o limiar de dor e reduzindo a percepção da dor; ▪ A associação de métodos pode ser mais eficaz como exemplo música e técnicas relaxamento; ▪ A técnica da distração apesar de não eliminar a dor, aumenta a sua tolerância e limiar; ▪ A aplicação de frio além de reduzir a dor apresenta outras vantagens como diminuir inflamação e edema; ▪ O reiki embora mais específico, pode promover o conforto físico e psicológico, diminuindo o <i>stress</i>, podendo ser usado autonomamente ▪ A influência do sexo na determinação do limiar da dor relaciona-se com as diferenças hormonais, baixo limiar da dor no sexo feminino e maior percentagem gordura corporal; ▪ Fatores como idade, sexo, altura, peso, duração da cirurgia, tipo de anestesia e tabagismo podem afetar a eficácia das medidas não farmacológicas, o que se explica pela existência de fatores fisiopatológicos complexos da dor; ▪ A dor por ser uma experiência subjetiva é difícil de mensurar, devendo a sua avaliação ser realizada de forma sistemática recorrendo a instrumentos de avaliação (escalas unidimensionais ou multidimensionais)
Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Os métodos não farmacológicos promovem a independência e autonomia dos enfermeiros; ▪ O método farmacológico ainda é o mais utilizado e preferido pelos doentes e profissionais, embora os métodos não farmacológicos sejam mais económicos, reduzem e recurso a utilização de analgésicos, promovem deambulação precoce e a maior satisfação da pessoa;

	<ul style="list-style-type: none">▪ Dados demográficos (idade, sexo, experiências anteriores de dor) influenciam o limiar de dor da pessoa;▪ A associação entre ambas as intervenções, melhora a eficácia do método farmacológico;▪ É recomendada a realização de investigação para cada método conhecido individualmente, de forma a determinar qual o mais eficaz para cada grupo específico considerando aspetos como idade, sexo, patologia.
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

7. Discussão

O objetivo desta *scoping review* foi analisar e mapear a evidência sobre a utilização de intervenções não farmacológicas, utilizadas pelos enfermeiros, na gestão da dor pós-operatória em pessoas submetidas a procedimentos cirúrgicos. Para dar resposta a este objetivo, foram incluídos na revisão nove estudos que descrevem as intervenções não farmacológicas implementadas por enfermeiros em pessoas adultas em situação pós-operatória. Esta é uma área de elevada relevância científica, na qual já se observa alguma literatura acerca das intervenções não farmacológicas, contudo, várias são as investigações não se referem especificamente às intervenções não farmacológicas implementadas por enfermeiros no alívio da dor no pós-operatório.

Relativamente aos estudos incluídos nesta revisão, identificam várias estratégias não farmacológicas para gestão da dor pós-operatória utilizada por enfermeiros, de entre as quais: a massagem, relaxamento, aplicação de frio/quente, musicoterapia, distração e conversa, aromoterapia, apoio emocional, estimulação elétrica nervosa transcutânea, acupressão.

No que diz respeito às intervenções não farmacológicas, a massagem foi a técnica não farmacológica mais identificada (Ay, 2018; Gumus et al., 2020; Jacob et al., 2021; Mohamed et al., 2022; Kidanemariam et al., 2020; Yaban, 2019; Bayoumi et al., 2021; Sarmiento et al., 2021). Assim, no estudo qualitativo Jacob e colegas (2021) realizaram-se entrevistas com enfermeiras e observaram que a massagem de conforto foi uma das técnicas não farmacológicas identificadas pela equipa de enfermagem como método de gestão da dor pós-operatória.

A revisão da literatura desenvolvida por Ay (2018) identificou três estudos em que a massagem foi utilizada como um método não-farmacológico, a qual constatou que a massagem alivia e reduz a dor, aumenta a libertação de endorfinas e reduz a perceção da dor, sendo por isso um método eficaz na gestão da dor pós-operatória. De modo similar, na revisão da literatura desenvolvida por Yaban (2019), verificou-se que uma das intervenções não farmacológicas identificadas e implementadas por enfermeiros foi a massagem, como um método de controlo da dor, revelando ser eficaz na redução da intensidade e frequência da dor bem como nos níveis de ansiedade. Os autores Gumus (2020) esclarecem que das enfermeiras que participaram no seu estudo, 14,6 % aplicavam massagem frequentemente na gestão da dor pós-cirúrgica, 16,9% aplicavam às vezes e 15,1% raramente aplicavam a massagem e cerca de 53 % nunca aplicavam massagem. Mohamed et al. (2022) no seu estudo concluíram que 43,6% dos enfermeiros

registaram uma prática satisfatória no desempenho de massagens em pessoas em pós-operatório. Adicionalmente Kidanemariam e colaboradores (2020) reportaram que 18,8% dos enfermeiros utilizam frequentemente a massagem como um método de intervenção na dor. O estudo de Sarmiento et al. (2021) procurou identificar as principais terapias não farmacológicas no alívio da dor pós-operatória de cirurgia cardíaca, revelando que a massagem foi a intervenção mais identificada.

Finalmente Bayoumi et al. (2021), no seu estudo acerca da utilização de intervenções não farmacológicas em enfermarias de doentes submetidos a cirurgia, identifica a massagem como um método físico que pode ser aplicado sem prescrição médica, sendo utilizado por cerca de 29,8 % dos enfermeiros inquiridos. De fato, estes achados vão de encontro às descobertas de vários autores na literatura (Chanif et al., 2013; Mitchinson et al., 2007; Wang et al., 2004) que também defende a utilização da massagem como uma mais-valia no alívio da dor no pós-operatório. Ainda nesta linha de raciocínio, Wang et al. (2004) revelaram no seu estudo que os pacientes que receberam a massagem reportaram uma diminuição na dor, tanto na intensidade como na angústia da dor, sublinhando que é um método com pouco risco, flexível e facilmente aplicado na gestão da dor pós-operatória. Mitchinson et al. (2007) desenvolveram um estudo em que procuraram compreender o efeito da massagem em três grupos diferentes, depois de uma cirurgia. O estudo concluiu que os doentes que receberam a massagem reportaram menos intensidade da dor nos 4 dias após a cirurgia, indicando que a massagem é uma forma eficaz para o alívio da dor aguda depois de procedimentos cirúrgicos. Chanif et al. (2013) na sua revisão da literatura indicaram que a massagem nos pés diminui a dor pós-operatória; contudo, considerando sempre a sua avaliação, evolução e contexto clínico. Portanto, pode-se verificar que os estudos são consensuais, apontando a massagem como um método eficaz, seguro e acessível que pode ser implementado por enfermeiros.

Relativamente à aplicação de quente e frio, seis estudos incluídos nesta *scoping review* identificaram a aplicação de quente e a aplicação de frio como método não farmacológico no tratamento da dor pós-operatória (Ay, 2018; Gumus et al., 2020; Kidanemariam et al., 2020; Mohamed et al., 2022; Yaban, 2019; Bayoumi et al., 2021).

Ay (2018) identificou que tanto a aplicação de quente como a aplicação de frio eram formas de gestão de dor pós-operatória eficazes reduzindo a sua intensidade. Acrescenta ainda que a utilização de frio tem a vantagem de ser eficaz, de simples aplicação e não carece de grande consumo de recursos. Yaban (2019) identificou nove estudos na sua revisão da literatura em que a aplicação de quente/frio é um método de intervenção ensinado aos enfermeiros, contudo, nem sempre aplicado. Quando aplicado pela equipa de enfermagem, os doentes reportam uma diminuição da dor. Gumus et al. (2020) verificaram no seu estudo observacional que 53,3% dos

enfermeiros utilizaram a técnica da aplicação quente/frio usualmente, 28,4% às vezes, 4,5% raramente e 13,8% nunca. Adicionalmente, Mohamed et al. (2022) verificaram que 49,1% dos enfermeiros estavam confortáveis e satisfeitos a aplicar compressas quentes e que 47,3% estavam satisfeitos em aplicar compressas frias. De modo similar, outro estudo, reportou que 11,7% dos enfermeiros utilizam frequentemente a aplicação de quente e 9,7% recorrem com frequência à utilização de frio (Kidanemariam et al., 2020). Através da aplicação de um questionário realizado a enfermeiros, percebeu-se que a regulação térmica é um método não farmacológico face ao qual cerca de 17% dos inquiridos revela efeitos positivos no alívio da dor pós-operatória (Bayoumi et al., 2021).

A musicoterapia foi identificada em cinco estudos como forma não farmacológica para a gestão da dor pós-operatória (Pabón & Álvarez, 2020; Gumus et al., 2020; Jacob et al., 2021; Yaban, 2018; Sarmiento et al., 2021).

O estudo de Jacob e colegas (2021) identificou a musicoterapia como uma prática alternativa aos fármacos no controlo da dor pós-operatória. Yaban (2018) na sua revisão da literatura identificou quatro estudos que demonstraram que a música é um método utilizado em situação pós-operatório de cesariana, reduzindo de uma forma significativa a intensidade e severidade da dor, sendo um método em que não é necessário despender muitos recursos, de fácil aplicação e com repercussões positivas na redução da dor.

Pabón & Álvarez (2020) desenvolveram um estudo misto, no qual defendem que a intervenção com musicoterapia é eficaz na redução da dor após a cirurgia, demonstrando resultados positivos suplementares nos doentes, como a tranquilidade, o relaxamento e a distração. Gumus et al. (2020) verificaram que apesar de esta ser uma técnica reconhecida pelos enfermeiros, apenas 4,1% da amostra estudada recorre à musicoterapia como técnica interventiva na dor, sendo que a maioria da amostra (70,4%) nunca utilizam a musicoterapia como estratégia na gestão da dor pós-operatória.

A musicoterapia foi ainda identificada por Sarmiento e colaboradores, como método que contribui para a recuperação da pessoa, reduzindo a sua ansiedade, dor, medo, irritabilidade, promovendo e incentivando a sua reintegração social. Identifica ainda amnésia clássica como aquela que tem mais efeitos positivos.

Estes resultados, vão de encontro aos achados no estudo desenvolvido por Costa & Silva (2017), onde se concluiu que a música revelou ser uma estratégia inovadora no cuidado de doentes em pós-operatório como parte integrante do processo de recuperação administrado por profissionais de saúde. Ainda nesta linha de pensamento, Poulsen & Coto (2018) desenvolveram uma revisão sistemática da literatura em que procuraram analisar as evidências atuais sobre o uso da música durante o processo pós-operatório e concluíram que a

musicoterapia, cuja intervenção deve consistir em disponibilizar ao doente, ritmos suaves e calmantes, pelo menos durante 15 a-30 minutos, no mínimo duas vezes ao dia durante o período pré e pós-operatório, pode reduzir significativamente a dor cirúrgica. Adicionalmente, Van der Wal-Huisman et al. (2018) na revisão sistemática da literatura que desenvolveram concluíram que a música tem um efeito positivo na recuperação pós cirurgia, não identificando efeitos negativos associados a esta intervenção. Sugerem por isso que a música reduz a dor, os níveis de ansiedade, aumentando a sensação de relaxamento, a função cognitiva bem como a satisfação da pessoa, pelo que defendem ser uma intervenção que não apresenta efeitos colaterais negativos. Outros autores afirmam que pode existir um papel importante da música no controlo da dor após procedimentos cirúrgicos ortopédicos (Fan & Chen, 2020; Good, 1996). A dor e a ansiedade são reduzidas e o relaxamento, o funcionamento cognitivo e a satisfação da pessoa aumentam durante a recuperação pós-operatória. Não foi encontrado nenhum efeito colateral negativo da utilização da musicoterapia no alívio da dor; portanto, é uma intervenção não prejudicial e não invasiva.

No que diz respeito ao relaxamento, a sua influência no alívio da dor pós-operatória emergiu em cinco estudos (Ay, 2018, Gumus et al., 2020; Kidanemariam et al., 2020; Mohamed et al., 2022; Bayoumi et al., 2021).

Gumus et al. (2020) reportaram que 27,1% dos enfermeiros desenvolveu esta técnica com os seus doentes para gestão e controlo da dor pós-operatória, contudo, 47,2% dos enfermeiros nunca usam esta técnica de intervenção, representando praticamente metade da amostra; mesmo perante o reconhecimento que é uma forma efetiva de reduzir a dor pós-operatória, na medida em que diminui o *stress* da cirurgia, aumenta a secreção de opioides endógenos, contribuindo para aumentar o limiar da dor, o que simultaneamente confere maior conforto.

Ay (2018) verificou que o relaxamento foi uma das intervenções não farmacológicas mais utilizadas pelos enfermeiros (18,6%), tendo identificado três estudos na sua revisão da literatura, que constataram que os exercícios de relaxamento são eficazes em reduzir a severidade da dor pós-operatória bem como os níveis de ansiedade. À semelhança, o estudo desenvolvido por Mohamed et al. (2022) revelou que 14,5% da equipa de enfermagem referiu encontrar-se satisfeita e confortável em desempenhar técnicas de relaxamento junto das pessoas. Também Bayoumi et al. (2021), referem o relaxamento como método cognitivo que pode ser desenvolvido de forma autónoma, sendo uma técnica a que cerca de 36,2 % dos inquiridos utiliza no alívio da dor pós-operatória. Por fim, Kidanemariam et al. (2020) identificaram que 72,1% dos enfermeiros referiram utilizar o relaxamento para a gestão da dor. Também no estudo de Bayoumi et al. o relaxamento é o método utilizado por cerca de 36,2% dos enfermeiros.

Estes resultados vão por isso, de encontro aos de outros estudos da comunidade académica e científica. Note-se que um estudo desenvolvido por Ju et al. (2019) procurou avaliar a eficácia das técnicas de relaxamento no alívio da dor depois da cirurgia abdominal, concluindo que o relaxamento progressivo muscular é eficaz no alívio da dor após a cirurgia. Topcu & Findik (2012) no seu estudo concluíram que exercícios de relaxamento, como um método não farmacológico, se revelou eficaz na redução da dor pós-operatória. Por fim, outro estudo que confirma os nossos resultados foi desenvolvido por Seers et al. (2008), onde se constatou que o relaxamento foi eficaz na redução da dor em doentes em pós-operatório, principalmente o relaxamento corporal.

Acresce ainda que em dois estudos emergiu o apoio emocional como forma de intervenção não-farmacológica (Kidanimariam et al., 2020; Bayoumi et al., 2021). No estudo de Bayoumi et al. (2021) apresenta-se como a intervenção mais utilizada pelos enfermeiros, visto que cerca de 93,6 % recorre ao apoio emocional para alívio da dor. Também Kidanimariam et al. (2020) no seu estudo identificaram que a intervenção emocional foi das mais utilizadas pelos enfermeiros, nomeadamente estarem presentes para os doentes, providenciarem um espaço de conforto e implementarem a utilização do toque terapêutico.

Ainda e no alinhamento com o apoio emocional, cinco estudos identificaram a distração e a conversa como método de intervenção não farmacológico (Ay, 2018; Gumus et al., 2020; Jacob et al., 2021; Kidanimariam et al., 2020; Bayoumi et al., 2021). No questionário efetuado por Bayoumi et al. (2021) a distração surge como método cognitivo utilizado por 68,1 % dos enfermeiros inquiridos. No estudo de Ay (2018) verificou-se que tanto a distração como a conversa sobre a dor, eram utilizadas como estratégias cognitivas comportamentais; visto que ao direcionarem o foco no sentido de outro estímulo positivo, apesar de não eliminarem a dor, aumentavam a tolerância da pessoa ao estímulo doloroso.

Gumus et al. (2020) indicaram que 42,2% da amostra de enfermeiros implementaram a distração como um método de intervenção na dor, o que permite que a pessoa preste atenção a um conjunto de aspetos do seu interesse, concorrendo desta forma para aumentar a sua tolerância à dor. Igualmente, Jacob et al. (2021) observaram que entre os enfermeiros, uma das formas de alívio e controlo da dor implica a adoção de um conjunto de medidas alternativas e independentes do uso de fármacos, de forma a distrair o foco da dor por parte do doente e permitir que se sinta mais confortável perante a situação vivida. Finalmente, Kidanimariam et al. (2020) reportaram que apenas 3,9% dos enfermeiros referiram utilizar com frequência a distração.

A aromaterapia também identificada em quatro estudos como uma intervenção não farmacológica para a gestão da dor pós-operatória (Jacob et al., 2021; Gumus et al., 2020 e Yaban, 2019; Sarmiento et al., 2021).

Em primeiro lugar, o estudo conduzido por Jacob et al. (2021) constatou a aromaterapia como uma prática alternativa associada aos fármacos no controlo da dor pós-operatória. Yaban (2019) na sua revisão da literatura identificou um estudo que revelou que a aromaterapia é eficaz na gestão da dor pós-operatória, bem como Gumus et al. (2020) que verificaram no seu estudo que a aromaterapia foi reconhecida como uma metodologia não farmacológica pela equipa de enfermagem, contudo, quase nunca utilizada (78,1%). Por fim, Sarmiento et al. (2021) na sua revisão identificaram a aromaterapia como um dos métodos mais utilizados por enfermeiros, revelando ser eficaz na redução significativa da dor pós-operatória através do recurso a óleos essenciais.

Apesar de existirem alguns estudos na literatura que abordam o recurso à aromaterapia como estratégias não farmacológica no alívio da dor, os resultados não são consistentes. Ao avaliar a eficácia da aromaterapia como intervenção complementar da gestão da dor pós-operatória, os resultados de uma revisão sistemática da literatura revelaram que embora a aromaterapia seja apresentada como um tratamento com reduzida taxa de efeitos adversos e que melhora a satisfação da pessoa, não existem evidências suficientes para concluir a sua eficácia como uma abordagem não farmacológica com impacto na redução de intensidade da dor (Dimitriou et al., 2017). Como observamos, é uma área em que é necessária investigação adicional de forma a compreender se efetivamente, a aromaterapia, é eficaz na redução da dor e em que contexto.

Dois estudos identificaram ainda a estimulação elétrica nervosa transcutânea como técnica interventiva no controlo e gestão da dor aguda pós-operatória (Mohamed et al., 2022; Yaban, 2019).

Na revisão da literatura conduzida por Yaban (2019) foram identificados três estudos que reconheceram a estimulação nervosa transcutânea elétrica como um método eficaz na redução da dor, que quando implementada pelos enfermeiros contribui para uma menor necessidade na quantidade e dosagem de fármacos.

Nesta linha de pensamento, Paixão & Gardenghi (2018) procurou compreender o efeito do uso da estimulação elétrica transcutânea em doentes submetidos à cirurgia torácica e cardíaca. O estudo concluiu que o uso da estimulação elétrica transcutânea é eficaz e benéfico no controlo da dor depois da cirurgia cardíaca, o que evita o uso excessivo de analgésicos, constituindo um tipo de terapia segura, o que vai de encontro aos nossos resultados. Adicionalmente, uma revisão da literatura desenvolvida por Oliveira e colegas (2020), focada em pessoas em situação

pós-operatória, sublinhou que a estimulação elétrica transcutânea é uma opção não farmacológica na intervenção na dor, que pode ser complementada e utilizada na redução da sua intensidade, de forma a produzir melhorias na sintomatologia clínica em doentes submetidos a procedimentos cirúrgicos. Finalmente, e no sentido dos nossos resultados um estudo desenvolvido por Tonella et al. (2006) revelou que a estimulação elétrica transcutânea pode ser utilizada como forma complementar na gestão e controlo da dor, verificando uma diminuição na sua intensidade.

A acupressão foi um método identificado pelo estudo de Sarmiento et al. (2021), considerando-a um método não invasivo, diferente da acupuntura por não recorrer à utilização de agulhas. Possui um princípio semelhante ao manter o equilíbrio da energia corporal, associando-se a determinados órgãos, sendo a estimulação de seus pontos usados para alívio da dor ou relaxamento.

Apesar dos benefícios do recurso às terapias não farmacológicas na gestão da dor pós-operatória, verificou-se existirem barreiras na sua implementação, que foram identificadas por enfermeiros. A primeira, refere-se à falta de recursos, essencialmente o número insuficiente de enfermeiros e recursos materiais limitados (Kidanemariam et al., 2020; Mohamed et al., 2022; Bayoumi et al, 2021; Yaban, 2019). Fato que Santos (2011) corrobora no seu estudo, onde a falta de tempo efetivo, o planeamento do período de trabalho por turno, acrescido das diversas tarefas que são da responsabilidade do enfermeiro dificultam a implementação da prática das terapêuticas não farmacológicas.

Adicionalmente, identificou-se a falta de tempo e a falta de formação, nomeadamente, a falta de informação acerca das formas de controlar a dor (Kidanemariam et al., 2020; Yaban, 2019). Efetivamente, os achados nos estudos analisados corroboram esta premissa, visto que mais de metade dos enfermeiros da amostra referem não ter recebido formação sobre a utilização de métodos não farmacológicos na gestão da dor pós-operatória (Kidanemariam et al., 2020). Fato que Mohamed et al. (2022) corroboram ao observar que 61,8% dos enfermeiros que constituíam a sua amostra também não tiveram formação. A resistência e relutância dos doentes é outra das barreiras identificadas, que se reflete no seu comportamento não colaborativo (Kidanemariam et al., 2020; Bayoumi et al., 2021; Yaban, 2019). De facto, a falta de tempo, falta de vontade e crenças da pessoa, são barreiras também identificadas pelos enfermeiros no estudo de Mohamed et al. (2021), reconhecendo, no entanto, tratar-se de uma intervenção menos dispendiosa do que a farmacológica, e com menos efeitos secundários.

Efetivamente, são várias as intervenções não farmacológicas que podem ser implementadas na gestão da dor pós-operatória, e considerando os resultados deste estudo pode-se afirmar que a implementação destas medidas, tem como objetivo não apenas o tratamento sintomático,

Intervenções de enfermagem não farmacológicas para a gestão da dor pós operatória

mas também promover o reequilíbrio global da pessoa, pelo que exigem o envolvimento da pessoa, família e do profissional.

8. Conclusão

Através da presente *scoping review* pode-se concluir que a literatura na área das intervenções não farmacológicas para alívio da dor é vasta, contudo, são poucos os estudos que focam especificamente as intervenções não farmacológicas implementadas por enfermeiros e no contexto de pós-operatório. Tendo por base os nossos resultados, verificamos que as intervenções não farmacológicas utilizadas pelos enfermeiros na gestão da dor pós-operatória em adultos submetidos a procedimentos cirúrgicos são essencialmente a massagem, relaxamento, aplicação de frio/calor, musicoterapia, distração/conversa, aromaterapia, estimulação elétrica nervosa transcutânea e apoio emocional.

A intervenção na gestão da dor pós-operatória deve ser multidimensional, ou seja, deve incluir médicos, enfermeiros, fisioterapeutas entre outros profissionais, embora o enfermeiro seja o elemento essencial pela posição de proximidade que ocupa. Assim, revela-se fundamental que o conhecimento destes profissionais acerca das intervenções não farmacológicas seja avaliado, de forma a considerar que a integração de novos elementos nos serviços deva ser realizada por enfermeiros que detenham conhecimentos e formação na área. A introdução do ensino destes métodos no curso base, é também identificado como forma conducente à sua posterior utilização com maior frequência.

De facto, o recurso aos métodos não farmacológicos de alívio da dor pós-operatória, promovem as intervenções autónomas de enfermagem, sendo, no entanto, identificada a necessidade de realização de mais formação e treino na área através de *workshops*, seminários, conferências científicas e outros fóruns de *brainstorming* e formação em serviço, disponibilização e elaboração de manuais de apoio às diferentes técnicas, potenciando desta forma a sua utilização. O ensino no pré-operatório destes métodos torna a sua utilização mais eficaz no pós-operatório, promovendo a qualidade de vida da pessoa e a efetiva redução da dor após o procedimento cirúrgico.

Embora ainda se verifique que os métodos farmacológicos são os mais utilizados e preferidos, é unanime que os métodos não farmacológicos apresentam várias vantagens importantes tais como serem mais económicos, potenciarem a autonomia do profissional e da pessoa na gestão da dor, diminuírem o tempo de internamento e consequentes custos hospitalares, potenciando a qualidade de vida da pessoa e a sua recuperação no ambiente natural do domicílio, com menos efeitos colaterais.

Ainda assim, são identificadas várias barreiras na sua utilização devendo considerar-se a realização de mais estudos referentes a cada intervenção, no sentido de agregar conhecimento técnico-científico para os profissionais de saúde, permitindo-lhe a utilização destes métodos de forma eficaz e segura.

De facto, e considerando os resultados e contribuições do presente estudo, é essencial refletir sobre as barreiras identificadas pelos enfermeiros na implementação de técnicas, estratégias e métodos alternativos e complementares à intervenção farmacológica na gestão da dor pós-operatória. Como constatamos, existem desafios reconhecidos pelos enfermeiros que limitam e fragilizam a sua intervenção autónoma e que conseqüentemente se podem refletir nos doentes, no seu bem-estar e no processo de recuperação. Portanto, em termos de implicações para a prática clínica, sublinha-se a importância de reconhecer as barreiras identificadas no presente estudo e desenvolver e implementar estratégias que permitam ultrapassar as barreiras identificadas.

Para terminar, o presente estudo providencia algumas pistas essenciais para o desenvolvimento de um programa de intervenção para gestão da dor a pessoas em situação de pós-operatório, de forma a promover a sua qualidade de vida, recuperação, bem-estar e autonomia. A identificação das estratégias não farmacológicas mais utilizadas na gestão da dor pós-operatória, a evidência relativamente às vantagens da sua utilização, bem como o contexto em que são utilizadas poderá servir de base para o desenvolvimento de programas, que promovam a autonomia dos profissionais. Por outro lado, a identificação de algumas barreiras na implementação destas estratégias neste estudo, poderá incrementar o investimento em formação contínua dos profissionais de forma a que sejam ultrapassadas, fomentando assim a eficácia destes programas, e a integração dos cuidados efetivos na prática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Terminada a elaboração do presente documento, identificamos a sua relevância como instrumento potenciador do desenvolvimento de competências profissionais e pessoais, evidenciada pelo processo crítico-reflexivo desenvolvido acerca das atividades realizadas e das experiências vivenciadas em contexto de prática. O período de realização do estágio revelou-se um momento privilegiado para o contato efetivo com a pessoa/família/convivente significativo, permitindo a aquisição e avigoração de habilidades profissionais especializadas na área do perioperatório. Verificou-se ainda um progresso significativo na capacidade crítico-reflexiva perante qualquer situação vivenciada, o que culminou na procura de novas iniciativas de forma a basear a implementação de uma mudança construtiva e de adaptação de comportamentos, com vista à sublimidade na implementação de plano de cuidados especializados à pessoa em situação perioperatória. Efetivamente, este trajecto formativo não se restringiu apenas à sua *práxis*, mas sim a um processo de tomada de decisão, fomentando a interiorização dos mecanismos conducentes à produção de um juízo, com vista à prestação de cuidados de maior complexidade e diferenciação.

Refletindo acerca deste percurso, consideramos que as oportunidades de aprendizagem e aperfeiçoamento de conhecimentos na área de especialização foram predominantes, onde nos foi possível deter a iniciativa, sendo construtivos na identificação, compreensão e actuação na resolução de eventuais dificuldades bem como na abordagem de situações mais complexas; aspetos estes, que se foram aprimorando ao longo do tempo, em simultâneo com a aquisição e aperfeiçoamento de competências.

O contexto de realização deste estágio foi sem dúvida uma mais-valia. De fato, o crescimento da CA, nos últimos anos, tem sido exponencial, o que lhe permite ocupar um lugar de relevo no contexto cirúrgico. Apresenta inúmeras vantagens quando comparada à cirurgia convencional ao promover a qualidade e a humanidade dos cuidados, permitindo a recuperação da pessoa no seu ambiente natural, centrando o processo de cuidados na pessoa e família, evitando desta forma os custos associados ao internamento. Os enfermeiros que exercem a sua atividade nas UCA, assumem características próprias, funcionando como elementos facilitadores do processo de transição saúde/doença, assumindo desta forma um papel ativo na relação estabelecida com a pessoa, a sua família e os restantes profissionais der saúde.

Apesar da literatura sugerir que a CA está cada vez mais e melhor implementada na prestação de cuidados cirúrgicos em Portugal, existem ainda algumas áreas de intervenção de cuidados diferenciados que carecem de intervenção, assumindo por isso a investigação um lugar de destaque na medida em que facilita a clarificação, validação e inovação com qualidade e segurança. Neste sentido foi realizada, uma revisão de literatura do tipo *scoping review*, que nos permitiu mapear as intervenções de enfermagem não farmacológicas para gestão da dor aguda pós-operatória, o que poderá funcionar como fonte de sensibilização dos enfermeiros perioperatórios, quer na reflexão das suas práticas quer nos contributos para a integração destas intervenções nos planos de cuidados de enfermagem no que respeita à abordagem da dor aguda pós-operatória. Consideramos por isso que a revisão de literatura realizada poderá servir de suporte para futuras investigações nesta área, com vista à satisfação da pessoa e família, e também à melhoria dos cuidados prestados. Certos, de que esta investigação fornece algumas pistas para a elaboração de protocolos de atuação, sendo, no entanto, necessárias mais investigações, para que estes sejam eficazes e adaptados à individualidade de cada pessoa.

Esta revisão sugeriu ainda a existência de algumas barreiras à implementação de intervenções não farmacológicas para o alívio da dor aguda pós-operatória o que evidencia a necessidade de implementar intervenções do tipo ensinar como forma de ultrapassar estes constrangimentos, promovendo a sua implementação de forma a proporcionar cuidados de qualidade com vista satisfação da pessoa. Apesar da existência de vários estudos nesta área, aqueles em que as intervenções são aplicadas especificamente por enfermeiros são raros, o que traduz a necessidade efetiva da realização de mais estudos nesta área, fato que se traduziu numa limitação deste estudo.

A apreciação global deste processo formativo é deveras positiva, pois permitiu a consolidação de conhecimentos basilares no desenvolvimento e aquisição de competências especializadas em Enfermagem Perioperatória. Independentemente de algumas dificuldades, próprias dos processos formativos, consideramos ter atingido os pressupostos delineados com enorme satisfação, fator decisivo na adoção de comportamentos mais estruturados e autónomos, sempre baseados na reflexão crítica e alicerçados na mais recente evidência científica. Das dificuldades referidas destacamos essencialmente, a gestão do tempo, no que concerne ao equilíbrio entre as horas de estágio com a componente profissional e pessoal, fator perfeitamente ultrapassado, pelo foco na concretização deste percurso formativo. De facto, a prestação de cuidados de excelência representa um percurso baseado no desenvolvimento de mecanismos de assimilação e desenvolvimento de competências, que se vão fortalecendo à medida que adquirimos experiência, estando dependentes da nossa capacidade de compromisso, dedicação e resiliência, representando por isso a formação contínua e

especializada um fator determinante para o alcance destas premissas. Assim, e terminada esta etapa, a nossa determinação para a prestação de cuidados de qualidade manter-se-á, de forma responder às necessidades e expectativas da pessoa/família/convivente significativo, não podendo esquecer a nossa satisfação e realização pessoal e profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, C. (2016). Ambiente da prática profissional de enfermagem : impacte na qualidade dos cuidados de saúde [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10400.26/17248>

Assis, G., Sousa, C., Turrini, R., Poveda, V., & Silva, R. (2018). Proposta de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes em pós-operatório de cirurgia ortognática. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52(0). <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017025303321>

Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses. (2006). *Enfermagem Perioperatória - Da filosofia à prática dos cuidados* (1.ª Ed.). Lusodidacta.

Association of Perioperative Registered Nurses (AORN). (2020). *Guidelines for perioperative practice: 2020 edition*. AORN, Inc.

Association of Perioperative Registered Nurses (AORN). (2022). AORN Position Statement on Patient Safety. *AORN Journal*, 115(5), 454–457. <https://doi.org/10.1002/aorn.13671>

Ay, F. (2018). Treatment of postoperative pain and non-pharmacologic practices in nursing systematic review: Results of turkish doctoral dissertation in 2000-2015. *Ağrı - The Journal of The Turkish Society of Algology*, 30(2), 71–83. <https://doi.org/10.5505/agri.2018.28247>

Batalha, L. (2016). Avaliação da Dor [Manual de apoio - Versão 1]. Em *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=120681&code=fd5f4159798001777d637a7194e68c721a1609f9>

Bayoumi, M., Khonji, L., & Gabr, W. (2021). Are nurses utilizing the non-pharmacological pain management techniques in surgical wards? *PLOS ONE*, 16(10), e0258668. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258668>

Bayraktar, N., Berhuni, O., Berhuni, M., Zeki, O., Sener, Z., & Sertbas, G. (2018). Effectiveness of Lifestyle Modification Education on Knowledge, Anxiety, and Postoperative

Problems of Patients With Benign Perianal Diseases. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 33(5), 640–650. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2017.03.006>

Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito* (2.ª ed.). Quarteto Editora

Benze, C., Spruce, L., & Groah, L. (2021). Perioperative Nursing: Scope and Standards of Practice. Em *Association of periOperative Registered Nurses (AORN)*. Association of periOperative Registered Nurses (AORN). https://www.aorn.org/docs/default-source/guidelines-resources/periop-nursing-scope-standards-of-practice.pdf?sfvrsn=c532cdee_1

Bitencourt, J., Pinheiro, L., Percisi, A., Parker, A., Teixeira, A., & Bertocello, K. (2020). Auditoria: uma tecnologia de gestão para qualificação do processo de enfermagem. *Revista Baiana de Enfermagem* 10–1, 34, . <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.36251>

Byrne, A., Baldwin, A., & Harvey, C. (2020). Whose centre is it anyway? Defining person-centred care in nursing: An integrative review. *PLoS ONE*, 15(3), 1–21. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229923>

Camargo, C., Jacob, E. Araújo, I., Ferreira, J., Pereira, S., & Maia, L. (2018). Comunicação terapêutica entre paciente e enfermagem no período perioperatório. *Revista Remecs - Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde*, 3(5), 38–42. <https://doi.org/10.24281/rremecs2526-2874.2018.3.5.38-42>

Cardante, S. (2020). Consulta de enfermagem pré-operatória e de follow-up em cirurgia de ambulatório: A perspetiva dos enfermeiros. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto: <http://hdl.handle.net/10400.26/34037>

Castanheira, C. (2014). Da experiência à melhoria dos cuidados. *Jornal do congresso cirurgia de ambulatório*, 11.

Centro Hospitalar Póvoa de Varzim – Vila do Conde, E. P. E. (sem data). *Instituição*. <https://www.chpvvc.min-saude.pt/instituicao/>

Chanif, C., Petpichetchian, W., & Chongchareon, W. (2013). Does Foot Massage Relieve Acute Postoperative Pain? A Literature Review. *Nurse Media Journal of Nursing*, 3(1), 483–497.

Chinn, P., & Kramer, M. (2018). Knowledge Development in Nursing : Theory and Process. Em *Knowledge Development in Nursing: Theory and Process* (10.^a Ed.). Mosby.

Chou, R., Gordon, D., De Leon-Casasola, O., Rosenberg, J., Bickler, S., Brennan, T., Carter, T., Cassidy, C., Chittenden, E., Degenhardt, E., Griffith, S., Manworren, R., McCarberg, B., Montgomery, R., Murphy, J., Perkal, M., Suresh, S., Sluka, K., Strassels, S., ... Wu, C. (2016). Management of postoperative pain: A clinical practice guideline from the American pain society, the American society of regional anesthesia and pain medicine, and the American society of anesthesiologists' committee on regional anesthesia, executive committee, and administrative council. *Journal of Pain*, 17(2), 131–157. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.12.008>

Chung, J. (2018). Assessing Research is a Vital Skill in New Masters-level Nursing Pathway. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(1), 5–15. <https://doi.org/10.1111/wvn.12021>

Coelho, A., & Resendes, A. (2021). Segurança do doente no Contexto da Prestação dos Cuidados de Saúde. Em *Guia Prático para a Segurança do Doente* (pp. 11–18). Lidel.

Collière, M. (1999). *Promover a vida*. Lidel.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *CIFE®: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.

Costa, A., & Silva, P. (2017). Influência da Musicoterapia na Reabilitação Pós Operatória de Adultos: Revisão Integrativa. *Revista Pleiade*, 11(22), 12–24.

Decreto-Lei n.º 161/1996 do Ministério da Saúde: Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. (1996). Diário da República n.º 205, Série I-A de 04-09-1996. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>

Decreto-Lei n.º 65/2018 da Presidência do Conselho de Ministros: Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. (2018). Diário da República n.º 157, Série I de 16-08-2018. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>

Decreto-Lei n.º 75/2013 do Ministério da Saúde: Procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 13/2009, de 12 de janeiro, que estabelece as condições e os requisitos para que os estabelecimentos e serviços prestadores de cuidados de saúde, dispensem medicamentos para tratamento no período pós-operatório de situações de cirurgia de ambulatório. (2013).

Diário da República n.º 107, Série I de 04-06-2013.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/75-2013-513620>

Despacho n.º 1380/2018 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde: 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. (2018).
Diário da República n.º 28, Série I de 08-02-2018.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1380-2018-114654436>

Despacho n.º 5613/2015 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde: Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, que consta do anexo ao presente despacho. (2015).
Diário da República n.º 102, Série II de 27-05-2015.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>

Despacho n.º 9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde: Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). (2021).
Diário da República n.º 187, Série II de 24-09-2021.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Dias, L. (2014). Sistema de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem: um modelo construtivo no Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E. *Revista Clínica do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca*, 2(1), 29–40. <https://revistaclinica.hff.min-saude.pt/index.php/rhff/article/view/73/49>

Dimitriou, V., Mavridou, P., Manataki, A., & Damigos, D. (2017). The Use of Aromatherapy for Postoperative Pain Management: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 32(6), 530–541.
<https://doi.org/10.1016/j.jopan.2016.12.003>

Direção Geral da Saúde (2013). *Norma n.º 015/2013: Consentimento informado, Esclarecido e livre dado por escrito*. <http://www.aenfermagemasleis.pt/wp/wp-content/uploads/2015/11/Norma-015-DGS-Consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito-04-11-20151.pdf>

Direção-Geral da Saúde (2003). *Circular normativa nº 09/2003: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pt>

Direção-Geral da Saúde, & Associação Portuguesa Para o Estudo da Dor. (2001). Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Em *Direção-Geral da Saúde*. Direção-Geral da Saúde. https://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/Plano_Nacional_de_Luta_Contra_a_Dor.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2018). *Norma nº 005/2018: Avaliação da cultura de segurança do doente nos hospitais*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n0052018-de-20022018-pdf.aspx>

Duarte, A., & Martins, O. (2014). *Enfermagem em bloco operatório*. Lidel.

Eler, G., & Jaques, A. (2006). O enfermeiro e as terapias complementares para o alívio da dor. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*.

Entidade Reguladora da Saúde. (2008a). *Estudo Sobre Qualidade da Cirurgia de Ambulatório*. https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/75/Microsoft_Word_-_Relatorio_Qualidade_em_Cirurgia_de_Ambulatorio-VFinal.pdf

Entidade Reguladora da Saúde. (2008b). *Relatório final - Cirurgia Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente*

European Operating Room Nurses Association (EORNA). (2019). *EORNA common core curriculum for perioperative nursing*. European Operating Room Nurses Association (EORNA). <https://eorna.eu/eorna-common-core-curriculum-for-perioperative-nursing-third-edition-2019/>

Fan, M., & Chen, Z. (2020). A systematic review of non-pharmacological interventions used for pain relief after orthopedic surgical procedures. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 20(5), 1. <https://doi.org/10.3892/etm.2020.9163>

Ferreira, R. (2017). *Cirurgia de ambulatório: tudo o que precisa saber*. Economista. <https://www.e-konomista.pt/ambulatorio/>

Ferreira, R., & Tavares, C. (2018b). Meaning of The Masters For Master Student Nurses. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 12(11), 3030–3038.

Fortin, M. (2009). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Lusodidacta

Franco, L., Sugai, R., Silva, S., Silva, T., Silva, R., Guimarães, R., Cerdeira, C., & Santos, G. (2017). Postoperative pain at a university hospital: perspectives toward health promotion. *Revista Brasileira em Promocao da Saude*, 30(4).

Frederico-Ferreira, M., & Alves, F. (2015). Vida profissional e vida pessoal dos enfermeiros portugueses: que realidade? [Póster]. *II Conferência Internacional de Investigação em Saúde*.

Garcia, J., Bonilla, P., Kraychete, D., Flores, F., Valtolina, E., & Guerrero, C. (2017). Aprimorar o controle da dor no pós-operatório na América Latina. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 67(4), 395–403. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2016.04.011>

Geese, F., & Schmitt, K. (2023). Interprofessional Collaboration in Complex Patient Care Transition: A Qualitative Multi-Perspective Analysis. *Healthcare*, 11(3), 359. <https://doi.org/10.3390/healthcare11030359>

Gonçalves, M., Cerejo, M., & Martins, J. (2017). The influence of the information provided by nurses on preoperative anxiety. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(14), 17–26. <https://doi.org/10.12707/RIV17023>

Gonçalves, T., & Medeiros, V. (2016). A visita pré operatória como fator atenuante da ansiedade em pacientes cirúrgicos. *Revista SOBECC*, 21(1), 22–27. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201600010004>

Good, M. (1996). Effects of relaxation and music on postoperative pain: A review. *Journal of Advanced Nursing*, 24(5), 905–914. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1996.tb02925.x>

Gumus, K., Musuroglu, S., Karaman Ozlu, Z., & Tasci, O. (2020). Determining the Use of Nonpharmacologic Methods by Surgical Nurses for Postoperative Pain Management and the Influencing Professional Factors: A Multicenter Study. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 35(1), 75–79. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2019.04.011>

Gutierrez, L., Santos, J., Peiter, C., Menegon, F., Sebold, L., & Erdmann, A. (2018). Good practices for patient safety in the operating room: nurses' recommendations. *Revista brasileira de enfermagem*, 71(6), 2775–2782. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0449>

Hughes, D., Ladas, E., Rooney, D., & Kelly, K. (2008). Massage therapy as a supportive care intervention for children with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 35(3), 431–442. <https://doi.org/10.1188/08.ONF.431-442>

Jacob, K., Silva, L., Costa, E., Gomes, I., & Serrano, S. (2021). Intervenções não farmacológicas no manejo da dor pós-operatória: concepção de enfermeiros. *Revista de Enfermagem UFPE*, 15(2). <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.247346>

Ju, W., Ren, L., Chen, J., & Du, Y. (2019). Efficacy of relaxation therapy as an effective nursing intervention for post-operative pain relief in patients undergoing abdominal surgery: A systematic review and meta-analysis. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 18(4), 2909–2916. <https://doi.org/10.3892/etm.2019.7915>

Jung, J., Kim, H., & Kim, J. (2020). Comparison of nursing performance competencies and practical education needs based on clinical careers of operating room nurses: A cross-sectional study. *Healthcare (Switzerland)*, 8(2), 136. <https://doi.org/10.3390/healthcare8020136>

Kazanowski, M., & Laccetti, M. (2005). *Dor: Fundamentos, Abordagem clínica, Tratamento*. Editora LAB.

Kidanemariam, B., Elsholz, T., Simel, L., Tesfamariam, E., & Andemeskel, Y. (2020). Utilization of non-pharmacological methods and the perceived barriers for adult postoperative pain management by the nurses at selected National Hospitals in Asmara, Eritrea. *BMC Nursing*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00492-0>

Le Boterf, G. (2015). *Construire les compétences individuelles et collectives* (7.^a Ed.). Eyrolles.

Lei n.º 156/2015 da Assembleia da República: 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. (2015). Diário da República n.º 181, Série I de 16-09-2015. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>

Lei n.º 95/2019 da Assembleia da República: Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. (2019). Diário da República n.º 169, Série I de 04-09-2019. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/95-2019-124417108>

Lemos, P. (2009). Editorial. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, 11(8), 25–28.

Lemos, P. (2010). Grande Crescimento da Cirurgia Ambulatória em Portugal - Resultados do V inquérito nacional. *Revista Portuguesa de Cirurgia Ambulatória*, 11(1), 9-20. <https://revista.spcir.com/index.php/spcir/article/download/229/228/>

Lima, L. (2017). *A avaliação da dor, um desafio para a enfermagem pediátrica*. Florianópolis.

Llapa-Rodríguez, E., Oliveira, J., Menezes, M., Silva, L., Almeida, D., & Neto, D. (2018). Health Professionals' Adhesion To Hand Hygiene. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 12(6), 1578–1585.

Lopes, M., Gomes, S., & Almada-Lobo, B. (2018). *Os Cuidados de Enfermagem Especializados como Resposta à Evolução das Necessidades em Cuidados de Saúde*. INESC-TEC.

Lopes, P., & Maciel, E. (2023). Intervenções não farmacológicas para a gestão da dor pós-operatória em enfermagem: Uma scoping review. The Open Science Framework. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/NCPMB>

Magalhães, C. (2014). Estimular a prática da Cirurgia de Ambulatório. *Jornal do Congresso VII Congresso Nacional de Cirurgia Ambulatória e III Congresso Ibérico de Cirurgia Ambulatória*.

Magalhães, C. (2017). *Refletir sobre a prática para melhorar a qualidade dos cuidados* [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. <http://hdl.handle.net/10400.14/22926>

Mahama, F., & Ninnoni, J. (2019). Assessment and Management of Postoperative Pain among Nurses at a Resource-Constraint Teaching Hospital in Ghana. *Nursing Research and Practice*, 2019. <https://doi.org/10.1155/2019/9091467>

Mallari, G., & Tariman, J. (2017). Quadros Éticos para Tomada de Decisão na Prática e Pesquisa em Enfermagem. *Journal of Nursing Practice Applications and Reviews of Research*, 7(1), 50–57. <http://works.bepress.com/jdtariman/31/>

Matos, I. (2019). *Competências especializadas. Segurança dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica: da urgência ao perioperatório* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny]. <http://hdl.handle.net/10400.26/29346>

Meleis, A. (2010). Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice. Springer Publishing Company. Meleis,. Em *Foundations of Art Therapy Supervision*.

Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Melo, R., Mónico, L., Carvalho, C., Parreira, P., Rezende, H., Duarte, A., Zapata, D., Traver, A., Gondim, S., Alberton, G., Cervo, C., Hutz, C., Campos, I., & Lousã, E. (2017). *Liderança e Seus Efeitos*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://www.esenfc.pt/pt/download/3862/ATxTd7gXJOqMMIC0j21B>

Mitchinson, A., Kim, H., Rosenberg, J., Geisser, M., Kirsh, M., Cikrit, D., & Hinshaw, D. (2007). Acute postoperative pain management using massage as an adjuvant therapy: A randomized trial. *Archives of Surgery*, 142(12), 1158–1167. <https://doi.org/10.1001/archsurg.142.12.1158>

Mocer, J., & Drevdahl, D. (2014). Nurses' knowledge and attitudes toward pain in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 40(1), 6–12. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2012.04.014>

Mohamed, R., Taha, N., & Moghazy, N. (2021). Nursing performance regarding non-pharmacological pain management for patients with the cardiothoracic surgery at Zagazig

University Hospitals. *Zagazig Nursing Journal*, 18(1), 16–28.
<https://www.annalsofrscb.ro/index.php/journal/article/view/7430/5515>

Monteiro, D. (2020). Consulta de enfermagem pré-operatória e saúde mental: relato de pacientes. *Research, Society and Development*, 9(10). <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i10.9048>

Mordecai, L., Leung, F., Carvalho, C., Reddi, D., Lees, M., Cone, S., Fox, Z., Williams, A., & Brandner, B. (2016). Self-managing postoperative pain with the use of a novel, interactive device: A proof of concept study. *Pain Research and Management*, 2016. <https://doi.org/10.1155/2016/9704185>

Mota, A. (2021). *Segurança do doente no bloco operatório: contributos do ambiente de prática e da liderança em enfermagem* [Tese de Candidatura ao grau de Doutor, Universidade do Porto]. <https://hdl.handle.net/10216/140139>

Mota, J. (2016). *Cirurgia Ambulatória - Readmissões pós-cirúrgicas* [Dissertação de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10362/19943>

Murray, A., & Retief, F. (2016). Acute postoperative pain in 1 231 patients at a developing country referral hospital: Incidence and risk factors. *Southern African Journal of Anaesthesia and Analgesia*, 22(1), 26–31. <https://doi.org/10.1080/22201181.2015.1115608>

Nascimento, S., Hirsh, G., Pretto, C., Colet, C., & Stumm, E. (2020). Tratamento farmacológico e não farmacológico no manejo da dor de pacientes em pós-operatório imediato (POI). *Revista Contexto & Saúde*, 20(40), 102–117. <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2020.40.102-117>

Nestler, N. (2019). Nursing care and outcome in surgical patients-why do we have to care? *Innovative Surgical Sciences*, 4(4), 139–143. <https://doi.org/10.1515/iss-2019-0010>

Nunes, L. (2017). *Para uma epistemologia de enfermagem*. Lusodidacta.

Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação em enfermagem*. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal - Departamento de Enfermagem. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf

Oliveira, A., Cerqueira, N., Cordeiro, A., Oliveira, A., & Miranda, Í. (2020). Estimulação elétrica transcutânea para tratamento da dor após cirurgia cardíaca: uma revisão sistemática. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, 10(2), 324–333. <https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v10i2.2808>

Oliveira, L., & Queirós, P. (2015). Tradução, Adaptação Cultural e Validação da Nurse Competence Scale (NCS) para a população portuguesa. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 77–89.

Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem - Tomada de posição da Ordem dos Enfermeiros*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2008). DOR - Guia Orientador de Boa Prática. *Cadernos OE*, 1(1). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Divulgar - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual; enunciados descritivos* (2.ª Ed.). Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017a). *Parecer conjunto n.º 01/2017 do Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Atribuição de Responsável de Turno*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjuntoCE_MCEEMC_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno_.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2017b). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem médico-cirúrgica: - na área de enfermagem à pessoa em situação crítica - na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa - na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória - na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Organização Mundial de Saúde. (2010). *Orientações da OMS para a Cirurgia Segura Salva-Vidas 2009. Direção Geral de Saúde*. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2/orientacoes-da-oms-para-a-cirurgia-segura-2009-pdf.aspx>

Organização Mundial de Saúde. (2012). *Guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses*. [dehttp://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44540/1/9789241548120_Guidelines.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44540/1/9789241548120_Guidelines.pdf)

Organização Mundial de Saúde. (2017). *Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Pabón, N., & Álvarez, L. (2020). Eficacia de la música en la reducción del dolor posoperatorio de cirugía cardíaca. *Avances en Enfermería*, 38(3), 358–368. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n3.86026>

Paixão, V., & Gardenghi, G. (2018). Efeitos da Estimulação Elétrica Transcutânea (TENS) no pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Revista Brasileira de Saúde Funcional*, 6(2), 45. <https://doi.org/10.25194/rebrasf.v6i2.962>

Pelarigo, A. (2019). *Implementação da consulta de enfermagem pré-operatória -Cuidar no pré preparando o pós-operatório* [Relatório de Projeto/Estágio do Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal]. <http://hdl.handle.net/10400.26/29203>

Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A., & Khalil, H. (2020). Scoping reviews. Em *JBIM Manual for Evidence Synthesis* (pp. 406–451). <https://doi.org/10.46658/jbimes-20-12>

Pettersson, M., Öhlén, J., Friberg, F., Hydén, L., & Carlsson, E. (2017). Topics and structure in preoperative nursing consultations with patients undergoing colorectal cancer surgery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4), 674–686. <https://doi.org/10.1111/scs.12378>

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.

Portaria n.º 306-A/2011 do Ministérios das Finanças e da Saúde: Aprova os valores das taxas moderadoras do Serviço Nacional de Saúde, bem como as respectivas regras de

apuramento e cobrança. (2011). Diário da República n.º 242, Série I de 20-11-2011. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/306-a-2011-477277>

Poulsen, M., & Coto, J. (2018). Nursing Music Protocol and Postoperative Pain. Em *Pain Management Nursing* (Vol. 19, Número 2, pp. 172–176). <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2017.09.003>

Queirós, P. (2016). Enfermagem, uma ecologia de saberes. *Cultura de los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, 45. <https://doi.org/10.14198/cuid.2016.45.15>

Queirós, P. (2018). Conhecimento baseado em evidências: Uma das fontes do conhecimento em enfermagem [Excertos da comunicação]. V Congresso Ibero-Americano de Enfermería, Santiago do Chile.

Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. Em *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2017, Número 6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). Diário da República n.º 26, II Série de 06-02-2019. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros: 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 n.º 135, Série II de 16-07-2018. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros: Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. (2019). Diário da República n.º 184, Série II de 30-01-2018. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Regulamento n.º 76/2018 da Ordem dos Enfermeiros: Regulamento de competência acrescida avançada em gestão. Diário da República n.º 21, Série II de 30-01-2018. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/76-2018-114599547>

Ribeiro, B., Souza, R., & Silva, R. (2019). A importância da educação continuada e educação permanente em unidade de terapia intensiva-revisão de literatura. *Rev Inic Cient e Ext.*, 2(3), 167–175. <https://revistasfacesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/253/193>

Ribeiro, O., Martins, M., & Tronchin, D. (2016). Modelos de prática profissional de enfermagem: Revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(10), 125–133. <https://doi.org/10.12707/RIV16008>

Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D., & Forte, E. (2018). Aplicação do processo de enfermagem em hospitais portugueses. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39(0), 1–11. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0174>

Ritto, C., Rocha, F., Costa, I., Diniz, L., Raposo, M., Pina, P., Selma, R., & Faustino, A. (2012). *Manual de Dor Crónica*. Fundação Grünenthal.

Rocha, D., & Ivo, O. (2016). Assistência de enfermagem no pré-operatório e a sua influência no pós-operatório: Uma percepção do cliente. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 4(2), 170–178. <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v4i2.631>

Sales, C., Bernardes, A., Gabriel, C., Brito, M., Moura, A., & Zanetti, A. (2018). Standard Operational Protocols in professional nursing practice: use, weaknesses and potentialities. *Revista brasileira de enfermagem*, 71(1), 126–134. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0621>

Sampieri, R., Collado, C., Lucio, M. (2013). *Metodologia de pesquisa* (5.ª Ed.). Penso Editora.

Santana, H., Rodrigues, M., & Evangelista, M. (2016). Surgical teams' attitudes and opinions towards the safety of surgical procedures in public hospitals in the Brazilian Federal District. *BMC Research Notes*, 9, 276. <https://doi.org/10.1186/s13104-016-2078-3>

Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E., & Azevedo, I. (2015). O cuidado humano transicional como foco da enfermagem: contributos das

competências especializadas e linguagem classificada CIPE®. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 49(49), 153–171.

Santos, M. (2011). *Enfermagem à procura de si: integrando modalidades terapêuticas não convencionais no processo de cuidados* [Dissertação de Doutoramento, Universidade de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10451/5434>

Santos, P. (2015). *Avaliação do grau de satisfação do utente cirúrgico face aos cuidados de enfermagem prestados no Hospital da Misericórdia de Évora* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre]. <http://hdl.handle.net/10400.26/14844>

Santos, W., Secoli, S., & Püschel, V. (2018). The Joanna Briggs Institute approach for systematic reviews. Em *Revista latino-americana de enfermagem* (Vol. 26, pp. 1–2). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2885.3074>

Sarmiento, P., Marcos, A., Fonseca, C., Marques, M., Lemos, P., & Vieira, V. (2013). Recomendações para o Tratamento da Dor Aguda Pós-Operatória em Cirurgia. Em *Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória*. https://www.apca.com.pt/documentos/anestesia/recomendacao_DorAguda.pdf

Sarmiento, S., Santos, K., Dantas, J., Silva, B., Dantas, D., & Dantas, R. (2021). Non-pharmacological therapies in the relief of cardiac surgery postoperative pain: a scoping review. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 20. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20216494>

Schirmer, J. (2006). Ética profissional. Em *Ética e Bioética: desafios para a enfermagem e a saúde*.

Schneider, F., Silva, L., Soder, R., Silva, S., & Olivesk, C. (2019). Modelos de gestão e estilos de liderança em enfermagem no serviço hospitalar e na atenção básica. Em *O Conhecimento na Competência da Teoria e da Prática em Enfermagem 3* (pp. 163–176). <https://doi.org/10.22533/at.ed.69519120317>

Seers, K., Crichton, N., Tutton, L., Smith, L., & Saunders, T. (2008). Effectiveness of relaxation for postoperative pain and anxiety: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 62(6), 681–688. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04642.x>

Serrano, C. (2018). *Enfermagem especializada na promoção da segurança à pessoa* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10400.26/24317>

Sillero, A., & Buil, N. (2021). Enhancing interprofessional collaboration in perioperative setting from the qualitative perspectives of physicians and nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(20), 10775. <https://doi.org/10.3390/ijerph182010775>

Silva, A., Oliveira, T., Lima, C., Rodrigues, L., Bellucci, J., Gomes, M., Carvalho, O., & Ar, S. (2016). Sistemas de informação como instrumento para tomada de decisão em saúde: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE*, *10*(9), 3455–3462.

Small, C., & Laycock, H. (2020). Acute postoperative pain management. *British Journal of Surgery*, *107*(2), e70–e80. <https://doi.org/10.1002/bjs.11477>

Sousa, M. (2009). *O enfermeiro e as técnicas não farmacológicas no controlo de dor: informação/aplicação* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra]. <http://hdl.handle.net/10316/14925>

Sousa, P., Uva, A., Serranheira, F., Nunes, C., & Leite, E. (2014). Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: A contribution to improving quality and patient safety. *BMC Health Services Research*, *14*. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-311>

Sousa, Z., Neves, M., & Carvalho, D. (2018). Consulta de Enfermagem: Como, Quando e Porquê? *Revista Portuguesa de Diabetes*, *13*(2), 63–67.

Souza, V., & Corgozinho, M. (2016). A enfermagem na avaliação e controle da dor pós-operatória. *REVISA - Revista de Divulgação Científica Sena Aires*, *5*(1), 70–78. <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/257>

Teixeira, J., & Durão, C. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, *IV Série*(10). <https://doi.org/10.12707/RIV16026>

Tonella, R., Araújo, S., & Silva, Á. (2006). Estimulação elétrica nervosa transcutânea no alívio da dor pós-operatória relacionada com procedimentos fisioterapêuticos em pacientes

submetidos a intervenções cirúrgicas abdominais. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 56(6), 630–642. <https://doi.org/10.1590/s0034-70942006000600007>

Toney-Butler, T., & Thayer, J. (sem data). *Nursing Process*. StatPearls Publishing.

Topcu, S., & Findik, U. (2012). Effect of Relaxation Exercises on Controlling Postoperative Pain. *Pain Management Nursing*, 13(1), 11–17. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2010.07.006>

Tricco, A., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M., Garritty, C., ... Straus, S. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>

Valentim, J. (2008). Dor aguda do pós-operatório – princípios básicos. *DOR - Órgão de Expressão Oficial da APED*, 16(1), 12–17. https://www.aped-dor.org/images/revista_dor/pdf/2008_01.pdf

van der Wal-Huisman, H., Dons, K., Smilde, R., Heineman, E., & van Leeuwen, B. (2018). The effect of music on postoperative recovery in older patients: A systematic review. *Journal of Geriatric Oncology*, 9(6), 550–559. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2018.03.010>

Vieira, C. (2021). *O papel do enfermeiro especialista na comunicação* [Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa]. <http://hdl.handle.net/10400.14/34718>

Vieira, N., Alencar, B., Pinto, D., Teotónio, D., & Conceição, R. (2020). Auditoria de enfermagem e a qualidade da assistência à saúde: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde Coletiva*, 10(56), 3186–3191. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2020v10i56p3186-3197>

Wang, H., & Keck, J. (2004). Foot and hand massage as an intervention for postoperative pain. *Pain Management Nursing*, 5(2), 59–65. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2004.01.002>

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana do Cuidar uma Teoria de Enfermagem*. Lusociência

Watt-Watson, J. (2003). *Dor e controlo da Dor - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica* (6ª ed.). Lusociência.

Yaban, Z. (2019). Usage of Non-Pharmacologic Methods on Postoperative Pain Management by Nurses: Sample of Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 12(1), 529–541.

Yilmaz, U., & Bolat, H. (2017). Determination of the knowledge and practices of nurses for surgical pain management. *PONTE International Scientific Researchs Journal*, 73(5). <https://doi.org/10.21506/j.ponte.2017.5.20>

ANEXOS

**ANEXO I: Procedimento de Contagem de Instrumentos Cirúrgicos, Corto
Perfurantes e Compressas no Ato Cirúrgico**

PROCEDIMENTO DE CONTAGEM DE INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS, CORTO PERFURANTES E COMPRESSAS NO ATO CIRÚRGICO

OBJETIVO

Definir e normalizar o procedimento específico de contagem de instrumentos cirúrgicos, corto-perfurantes e compressas, durante o ato operatório, com o objetivo de preservar a segurança do doente, impedindo a retenção inadvertida.

Garantir o conhecimento, familiaridade, normalização e adoção deste procedimento, por parte de toda a equipa cirúrgica.

RESPONSABILIDADES

Compete ao Diretor de serviço e ao Enfermeiro Gestor da UCA a implementação e monitorização destes procedimentos.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO DE CONTAGEM DE COMPRESSAS

1) Utilização exclusiva de pacotes de compressas padronizados na mesa cirúrgica, quanto ao número e dimensão. Assim devem ser utilizados pacotes com múltiplos de 5 ou 10 unidades de compressas.

Compressas de tamanho pequeno (10x10 cm)

Compressas de tamanho medio (15x10 cm)

Compressas de tamanho grande (20x40 cm)

2) Todas as compressas utilizadas no campo operatório, terão obrigatoriamente contraste radiopaco.

3) A contagem deve ser sempre efetuada por duas pessoas, e em vários momentos: antes do início da cirurgia; sempre que são abertos novos pacotes, antes do primeiro plano de encerramento e no momento de encerramento da pele e se a incisão for reaberta;

4) A responsabilidade de contagem das compressas, pertence à equipa de enfermagem sendo partilhada pelo enfermeiro instrumentista e enfermeiro circulante.

5) Todo o processo de contagem deve ser padronizado, de forma a contribuir para a prevenção de itens retidos. Assim:

- Uma contagem parcial do numero total de compressas na mesa cirúrgica e balde do lixo deve ser realizada quando o enfermeiro instrumentista e/ou circulante é substituído;

- Só o enfermeiro instrumentista deve proceder à remoção das compressas do campo operatório e para um único balde do lixo (utilizado apenas para esse fim);
- O enfermeiro circulante procede á contagem das compressas do balde do lixo, devendo separá-las uma a uma, ao mesmo tempo que as transfere para outro balde;
- Todas as compressas utilizadas em cada ato cirúrgico devem permanecer na sala operatória até ao termino da cirurgia;
- Os produtos que saiam da mesa ou sala cirúrgica, nunca devem ser acompanhados de compressas.
- Não devem ocorrer interrupções durante a contagem e esta deve ser realizada de forma audível, pelo enfermeiro instrumentista separando as compressas uma a uma, verificando a integridade do material de contraste (fio), o enfermeiro circulante conta em simultâneo, registando o resultado da contagem no processo do doente no sistema de informação em utilização para os Registos de Enfermagem. Este registo deve ser sempre efetuado mesmo que a contagem esteja incorreta.
- Findo este processo o enfermeiro instrumentista deve comunicar de forma audível ao cirurgião responsável o resultado da contagem, certificando-se de que este tomou conhecimento.

QUANDO A CONFERÊNCIA DA CONTAGEM NÃO ESTIVER CORRETA DEVE-SE:

- a. Repetir a contagem;
- b. Informar o cirurgião;
- c. Procurar no campo cirúrgico, no chão, nas roupas e campos operatórios as compressas em falta;
- d. Informar do sucedido o Enfermeiro Gestor ou responsável de turno;
- e. Registrar a ocorrência deste incidente no sistema de informação/intranet em utilização.

Se existir duvida/evidencia de que material foi deixado no doente, o cirurgião é o responsável pela sua remoção.

Todas as contagens devem ficar registadas no processo do doente, com os nomes dos elementos da equipa envolvidos; quando houver discrepância na contagem ou razões para a não contagem, estas devem ficar igualmente registadas (OPS, 2009; AESOP, 2013).

Notas Importantes:

- 1) Na sala operatória, só devem existir compressas sem contraste para RX, na área de anestesia e carros de apoio, não devendo ser colocadas nunca nos baldes do lixo da área do instrumentista.
- 2) Todas as compressas utilizadas no campo operatório, devem ser obrigatoriamente com contraste RX.
- 3) Todos os pacotes de esterilização de compressas devem estar normalizados com a mesma quantidade, em múltiplos de 5 ou 10.
Cada pacote de 10 cm x 10 cm deve conter 10 compressas.
Cada pacote de 20 cm x 40 cm deve conter 5 ou 10 compressas.
- 4) Quando o número de compressas por pacote, não estiver correto, o conjunto deve ser retirado da mesa, recolocado no pacote e entregue ao enfermeiro responsável de forma a apurar a causa.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO DE CONTAGEM DE INSTRUMENTOS CIRURGICOS

A responsabilidade pela contagem dos instrumentos cirúrgicos, pertence à equipa de enfermagem sendo partilhada pelo enfermeiro instrumentista e enfermeiro circulante.

Os instrumentos Cirúrgicos, devem ser acondicionados de forma normalizada, devendo existir uma listagem discriminada dos mesmos (no serviço do bloco operatório e no serviço de esterilização), devendo cada caixa conter informação sobre o número exato de peças que a constituem.

O Enfermeiro Instrumentista, deve proceder a conferencia dos instrumentos Cirúrgicos, em pelo menos dois momentos, verificando se o número dos mesmos coincide com o registo do serviço de esterilização.

Num primeiro momento; antes do início da cirurgia, no momento em que os coloca na mesa cirúrgica e imediatamente antes do início do encerramento do primeiro plano da ferida cirúrgica.

No final do procedimento o enfermeiro Instrumentista deve proceder ao registo da contagem dos instrumentos, (se correta ou incorreta) para que esta informação acompanhe novamente o material.

Quando a conferência da contagem não estiver correta deve-se:

- a. Repetir a contagem;
- b. Informar o cirurgião;
- c. Procurar na pessoa em situação perioperatória, no lixo, no chão, nas roupas e campos operatórios os instrumentos em falta;
- d. Informar do sucedido o enfermeiro Gestor ou responsável de turno;
- e. Registrar a ocorrência deste incidente no sistema de informação/intranet em utilização.

Se existir a dúvida/evidência de que material foi deixado no doente, o cirurgião é o responsável pela sua remoção.

Todas as contagens devem ficar registadas no processo do doente, com os nomes dos elementos da equipa envolvidos; quando houver discrepância na contagem ou razões para a não contagem, estas devem ficar igualmente registadas (OPS, 2009; AESOP, 2013).

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO DE CONTAGEM DE CORTO PERFURANTES

Consideram-se neste grupo todas as agulhas dos fios cirúrgicos, lâminas de bisturi frias, pontas de bisturi elétricos, ponteiros de instrumentos laparoscópicos e todos os outros objetos de pequenas dimensões utilizados durante todo o procedimento cirúrgico propriamente dito e que pelas suas dimensões reduzidas são facilmente passíveis de ficar retidos na pessoa em situação intraoperatória.

A responsabilidade pela contagem dos instrumentos cirúrgicos, pertence à equipa de enfermagem sendo partilhada pelo enfermeiro instrumentista e enfermeiro circulante.

Todo o processo de contagem deve ser padronizado, de forma a contribuir para a prevenção de itens retidos, as contagens devem ser sempre efetuadas por duas pessoas.

O Enfermeiro Instrumentista e o enfermeiro Circulante, devem proceder cada um de forma individual à contagem de todos estes instrumentos utilizados ao longo de todo o procedimento cirúrgico e à medida em que são fornecidos para a mesa cirúrgica. Momentos antes do início do primeiro plano de encerramento da ferida cirúrgica, deve o Enfermeiro instrumentista proceder a uma contagem dos mesmos e comunicar com o Enfermeiro Circulante de forma a verificar se o número de instrumentos utilizados é coincidente.

Quando a conferência da contagem não estiver correta deve-se:

- a. Repetir a contagem;
- b. Informar o cirurgião;
- c. Procurar no lixo, chão, roupas e campos operatórios os corto perfurantes em falta;

d. Informar do sucedido o Enfermeiro Gestor ou responsável de turno;

e. Registrar a ocorrência deste incidente no sistema de informação/intranet em utilização;

Se existir a dúvida/evidência de que material foi deixado no doente, o cirurgião é o responsável pela sua remoção.

Todas as contagens devem ficar registadas no processo do doente, com os nomes dos elementos da equipa envolvidos; quando houver discrepância na contagem ou razões para a não contagem, estas devem ficar igualmente registadas (OPS, 2009; AESOP, 2013).

Preferencialmente todos os corto perfurantes utilizados, devem ser acondicionados ao longo do procedimento cirúrgico em contentores rígidos, estéreis específicos para a colocação de laminas, agulhas de sutura ou outros materiais perfurantes.

DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Todas as contagens de compressas instrumentos e corto perfurantes devem ser registados em suporte informático, conforme imagens

DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Sistema de Informação de Registos de Enfermagem do Bloco Operatório da ULSAM

Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório-AESOP 2010

**ANEXO II Certificado Participação no Congresso XX AESOP com
comunicação oral: Prevenção da Hipotermia no Perioperatório: revisão
Integrativa de Literatura**



**ANEXO III: Guião para elaboração de vídeo na Unidade de Cirurgia de
Ambulatório**

Guião para vídeo Unidade Cirurgia de Ambulatório

O conceito de Cirurgia do Ambulatório tem vindo a evoluir ao longo do tempo, englobando atualmente todos os procedimentos cirúrgicos em que o cliente é admitido e tem alta até 24 horas após a cirurgia. A Unidade de Cirurgia de Ambulatório, do Centro Hospitalar de Póvoa de Varzim/Vila do Conde encontra-se localizado no pólo de Vila do Conde, funciona desde Maio de 2001, sendo o horário de funcionamento 2ª a 6ª feira.

Desenvolve a sua actividade cirúrgica nas especialidades de Cirurgia Geral, Ortopedia e Ginecologia, assegurando também, a realização de atos cirúrgicos sob anestesia local nas especialidades de Cirurgia Geral, Ginecologia e exames complementares das especialidades de Pneumologia e Gastroenterologia.

Os clientes são inscritos para cirurgia de ambulatório atendendo a critérios relativos ao tipo de patologia e tipo de procedimento o que implica uma seleção criteriosa, com envolvimento de um cirurgião, um anestesista e um enfermeiro.

Para ser submetido a cirurgia de ambulatório deve também obedecer a alguns critérios que deve planear antecipadamente:

- ✓ Ter transporte para o domicílio sempre com um acompanhante,
- ✓ Estar acompanhado no domicílio, por um adulto nas primeiras 24 horas após cirurgia;
- ✓ Estar contactável no dia anterior á cirurgia e nas 24 horas seguintes; se não tiver telemóvel pode ser telefone fixo ou de um familiar que more consigo

(Imagem de apresentação do Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim a terminar no polo de vila do Conde, e posteriormente a identificação na entrada da UCA)

Todos os clientes que são admitidos para cirurgia de ambulatório fazem uma consulta de enfermagem presencial pré-operatória, preferencialmente acompanhados pelo convivente significativo ou familiar, direcionada para a aquisição de conhecimentos relativos ao momento pré, intra e pós-operatório. Nesta consulta o enfermeiro irá colocar-lhe algumas questões que irão permitir planear a sua intervenção com segurança, entre as quais:

- ✓ Se tem ou já teve alguma alergia medicamentosa e/ou alimentar;
- ✓ Medicação que faz habitualmente, deve informar se consome algum produto natural, ou outras substâncias como álcool ou drogas;
- ✓ Se já fez alguma cirurgia ou anestesia e se teve algum tipo de complicação;

- ✓ Se está grávida ou a amamentar;

Além das questões colocadas, serão fornecidas algumas informações a que o vão ajudar a preparar-se para a sua cirurgia, tais como:

- ✓ Deve cumprir 6 horas de jejum, o que inclui não comer nem beber qualquer líquido, incluindo água. Se for operado da parte da manhã deve fazer a última refeição às 0 horas do dia anterior, se for operado da parte da tarde deve fazer a sua última refeição às 7 horas da manhã do próprio dia;
- ✓ Retirar os pelos da área a ser operada, preferencialmente com creme depilatório, evite o uso de gilete, porque pode agredir a pele, tornando-se mais suscetível a desenvolver uma infeção nesse local;
- ✓ Tomar banho completo, usando para o efeito as esponjas com desinfetante que lhe iremos fornecer na consulta. Deve tomar um banho na véspera da cirurgia e outro no dia da cirurgia.
- ✓ Deve trazer a medicação que toma habitualmente;
- ✓ Pijama ou camisa de dormir;
- ✓ Chinelos de quarto lavados;
- ✓ Se tiver telemóvel em silêncio;
- ✓ Se gosta de ler pode trazer um livro; ou um brinquedo no caso de ser uma criança;

Lembre-se que não deve trazer:

- ✓ Joias ou adornos como brincos, piercing;
- ✓ Maquilhagem;
- ✓ Verniz nas unhas

Esta parece muita informação para memorizar nesta consulta, mas não fique preocupado, será lhe entregue um panfleto com toda esta informação, onde consta também o nosso contato de telefone que pode usar sempre que necessite ou tenha alguma dúvida, estamos sempre disponíveis para o ajudar nas suas dificuldades.

Lembre se sempre que só deve dar o seu consentimento para a cirurgia quando estiver totalmente esclarecido e se concordar com o que lhe foi proposto. Pode se assim desejar solicitar uma segunda opinião ou mudar de opinião em qualquer fase deste processo.

(Imagem do acesso ao gabinete de enfermagem, do ambiente de consulta, focando os folhetos informativos, imagem das esponjas e da preparação intestinal, imagem a focar os consentimentos- enfermeiro com cliente em consulta)

Após a realização desta consulta será contatado nas 24 horas anteriores ao dia de sua cirurgia, para que seja possível o esclarecimento de dúvidas e reforço de informação útil para o período intra e pós-operatório.

(Imagem de enfermeiro a telefonar, com os panfletos informativos e focar o layout do registo da consulta telefónica do pré- se possível imagem do doente a receber telefonema)

No dia da sua cirurgia deve vir sempre acompanhado com família/convivente significativo, deve entrar pela entrada principal do hospital de acesso direto a Unidade de Cirurgia de Ambulatório e dirigir-se ao secretário de unidade, para dar início ao processo de admissão.

(Imagem do cliente e familiar a entrar no hospital pela entrada principal, subir as escadas e dirigir-se ao secretário de unidade, focar a entrada da UCA)

Após o contato com o secretário da unidade, será chamado pela assistente operacional, para iniciar o processo de admissão. O ambiente de bloco deve ser o mais estéril possível, pelo que a entrada ser-lhe-á pedido para realizar desinfeção das mãos e calçar os chinelos lavados, sendo depois encaminhado para a sala de admissão.

(Imagem da assistente operacional a chamar o cliente da sala de espera, desinfeção das mãos e troca de calçado e encaminhamento para sala de admissão- identificar a sala)

Na sala de admissão um enfermeiro da equipa da Unidade de cirurgia de ambulatório, fará uma avaliação inicial, avalia tensão arterial, frequência cardíaca, temperatura corporal e peso, confirmando ainda sobre problemas de saúde pré-existentes, alergias medicamentosas, tempo de jejum, medicação habitual....

(Enfermeiro na sala de admissão a realizar a admissão ao doente, avaliação peso; sinais vitais...)

Após esta avaliação será encaminhado para o vestiário, onde lhe é atribuído um cacifo para que coloque os seus objetos pessoais, irá retirar toda a sua roupa, vestindo um fato que lhe será entregue, sendo depois encaminhado para a unidade de recobro.

(Imagem da entrada no vestiário (porta e vestiários numerados com chave na porta) e após o cliente a ser encaminhado para a unidade de recobro.

Nesta unidade, iniciamos a preparação pré-operatória com colocação de soroterapia e início de antibioterapia se necessário. Lembre-se que deve sempre que tenha dúvidas coloca-las a qualquer momento.

Lembramos que após este procedimento poderá ter de aguardar algum tempo até que a sua intervenção seja realizada. A cirurgia de cada pessoa é única e nem sempre demora o tempo planeado, pode prolongar o que atrasará a sua intervenção também.

(Imagem do enfermeiro a ajudar a deitar e a puncionar o doente)

Quando estiver na altura da sua cirurgia, será encaminhado até á sala operatória, onde encontrará uma equipa constituída por um anestesista, um enfermeiro de anestesia, um enfermeiro circulante e um enfermeiro instrumentista e cirurgiões, que estão preparados para realizar a sua intervenção em segurança. Este é um momento que poderá causar-lhe mais ansiedade, coloque todas as suas dúvidas, os profissionais não o deixam sozinho e estão sempre disponíveis para o ajudar. Lembrar-lhe que independentemente do tipo de anestesia que fizer não terá dor nem desconforto durante o procedimento.

(Imagem do percurso para a sala operatória, imagem da sala operatória, da equipa e da transferência do doente para a marquesa)

No final da cirurgia, será encaminhado para o recobro imediato, onde permanecerá sob vigilância constante de um enfermeiro até que esteja bem acordado, e com estabilidade hemodinâmica. É normal que não se recorde desta fase, pela medicação que muitas vezes lhe administramos durante a cirurgia que pode provocar alguma amnésia transitória.

(Imagem recobro imediato, com enfermeiro na vigilância de um doente, focar aspectos como aquecimento corporal, monitorização)

Após irá permanecer no recobro tardio, onde continuará a ser acompanhado por um enfermeiro até ao momento de sua alta.

Permanecerá connosco durante algumas horas, durante as quais pode esclarecer todas as suas dúvidas. Este é um período em que o enfermeiro que o acompanha fará a gestão de sinais e sintomas que possa apresentar tais como náuseas, vómitos e dor, realizando também educação para a saúde para prepara-lo para a alta.

No momento da alta além de todas as informações, será também entregue medicação analgésica para controlar a dor, sendo lhe explicado o horário em que deve realizar esta medicação.

É importante para nós, saber que quando vai para casa, reúne todas as condições e toda a informação necessária, para isso apresentamos-lhe também algumas técnicas que pode realizar autonomamente e sem qualquer prescrição, que o vão ajudar no alívio da dor e de qualquer desconforto que possa ter, são as estratégias não farmacológicas de alívio da dor, entre as quais:

- Aplicação de frio /gelo no local da ferida, ter atenção que deve proteger o gelo de forma a não provocar queimadura na pele; *(imagem cliente colocar gelo ferida)*
- Exercícios de respiração que o vão ajudar a relaxar e a aliviar dor ou desconforto *(Imagem a realizar exercícios respiratórios)*
- Adequar posicionamento na cama/sofá/cadeira ao tipo de cirurgia que fez, por exemplo elevar membro operado, deitar para o lado contrário; *(Imagem a realizar alternância de posicionamentos)*
- Musicoterapia, ou seja, pode ouvir música que goste, de forma a conseguir relaxar e abstrair a sua atenção da sua dor *(Imagem a ouvir música)*

Lembre-se que os profissionais passam algum tempo junto de um computador, porque assim lhes é exigido, para documentar tudo aquilo que fazem, no entanto não deixam nunca de estar atentos às suas necessidades.

(Imagem recobro tardio, com enfermeiro a ajudar o doente, imagem do enfermeiro no computador a realizar registos de enfermagem- se possível enfermeiro a exemplificar cada estratégia não farmacológicas.)

Dependendo do tipo de anestesia e de cirurgia que realizou, será fornecido um chá e bolachas após 3 horas da intervenção, deve beber com calma para que não fique mal disposto. É normal que tenha vontade de levantar para urinar, não deve fazê-lo sozinho, mas solicitar a ajuda de um profissional.

(Imagem da assistente operacional a fornecer chá ao cliente e após enfermeiro a auxiliar no levante do leito e encaminhamento para o WC)

Também, e dependendo do tipo de cirurgia e anestesia a que tiver sido submetido terá alta ao fim de algumas horas ou no dia seguinte, o enfermeiro irá informá-lo deste horário.

Assim quando reunir critérios para a alta, o enfermeiro irá informá-lo dos cuidados específicos que deve ter no domicílio, entregando-lhe também uma carta de alta onde são reforçados esses cuidados e onde consta também informação relativa às suas próximas consultas.

Depois destes cuidados, se estiver bem, será encaminhado novamente para o vestiário, onde tem o cacifo que lhe foi atribuído para vestir a sua roupa. É importante que o seu acompanhante esteja presente neste momento na Unidade de cirurgia de ambulatório, pois poderá ajudá-lo a vestir e irá acompanhá-lo para casa. Lembre-se que não pode conduzir, nem estar sozinho durante as primeiras 24 horas.

(Imagem do enfermeiro a preparar a alta do cliente, a realizar o ensino, a entregar carta de alta e após o encaminhamento do cliente para o vestiário juntamente com o familiar/convivente significativo e após a saída para o exterior sempre com acompanhamento)

Nas primeiras 24 horas após a sua cirurgia, deve estar contactável, com o número que forneceu na consulta de enfermagem pré-operatória, a equipa da Unidade de Cirurgia de Ambulatório irá ligar-lhe de forma a perceber o seu estado e esclarecer qualquer dúvida que possa ter. É nosso objetivo ajudar a ultrapassar esta fase de forma mais serena e com menor desconforto possível.

(Imagem do enfermeiro a realizar questionário das 24 horas pós-operatória, a focar imagem do questionário das 24 horas pós-operatório)

Passados 30 dias após a sua cirurgia, iremos voltar a contactá-lo, no entanto se tiver dúvidas, poderá sempre contactar-nos através do número de telefone que consta na carta de alta, lembre-se estamos sempre disponíveis para o ajudar a ultrapassar as suas dificuldades.

(Imagem do enfermeiro a realizar questionário dos 30 dias pós-operatório, a focar imagem do questionário das 24 horas pós-operatório)

As equipas multidisciplinares da Unidade de Cirurgia de Ambulatório desejam-lhe rápidas melhoras. Lembrando que:

Ajudar o próximo, é certamente é um ato de amor, e solidariedade, que todas as pessoas deveriam adotar, pois a ajuda não dói, nem machuca, muito menos fere, de modo contrário, apenas engrandece os seres humanos que a praticam.

**ANEXO IV: Revisão Integrativa de literatura: Prevenção da Hipotermia
no Perioperatório**

Prevenção da Hipotermia no Perioperatório: Revisão Integrativa de Literatura

Contexto: A ocorrência de hipotermia no perioperatório é uma complicação verificada com frequência, pelo que o enfermeiro desempenha um papel fundamental para a implementação de intervenções com o objetivo de manter a normotermia.

Objetivo: identificar quais as intervenções utilizadas pelos enfermeiros na prevenção da hipotermia no perioperatório?

Métodologia: realiza-se uma revisão integrativa de literatura, através de uma pesquisa realizada durante o mês de Março com recurso ao motor de busca de bases de dados da área da saúde/enfermagem EBSCO – Host, restringida às bases de dados: Cinahl, Nursing & Allied Health Collection, Medline e Medclatina, com os descritores *Hypothermia*, *Perioperative Nursing* e *Rewarming*. Serão incluídos na revisão, estudos que abordem os procedimentos utilizados pelos enfermeiros na prevenção da hipotermia no perioperatório, publicados nos últimos 5 anos, em Inglês, Português e Espanhol; excluem-se artigos em doentes neurocríticos e grávidas e estudos em que a hipotermia era induzida.

Resultados: Obtiveram-se 43 artigos, sendo selecionados 5 para análise integral.

Conclusão: Existem métodos de aquecimento ativos e passivos, sendo que os métodos de aquecimento ativo são as medidas mais eficazes para a prevenção da hipotermia. No entanto a associação de métodos de aquecimento é mais eficaz que a sua utilização de forma isolada. A implementação de medidas preventivas deve ser iniciada no pré-operatório como forma de garantir a manutenção da hipotermia durante todo o acto cirúrgico. Devem ser planeados programas de educação para a equipa de enfermagem para que detenha os conhecimentos, atualizados e baseados na melhor evidência de forma a implementarem intervenções preventivas eficazes.

Descritores: *Hypothermia*, *Perioperative Nursing* e *Rewarming*

Introdução

A hipotermia no perioperatório é um acontecimento comum no Bloco Operatório, definindo-se por uma temperatura central inferior a 36°C. Tem uma prevalência entre 60 a 90% e está associada a alterações fisiopatológicas que incluem o aumento da incidência de infeção da ferida operatória, disfunção endócrino-metabólica, instabilidade hemodinâmica peri e pós-operatória, traduzindo-se em complicações várias, que eventualmente se repercutem no aumento da duração de hospitalização bem como na morbi-mortalidade (Aesop, 2017).

Factores como, cirurgia prolongada, duração de anestesia superior a duas horas, classificação do estado físico *American Society of Anesthesiology* (ASA) - superior ou igual a II, hipotermia prévia ao procedimento cirúrgico, temperatura da sala operatória, cirurgia major e anestesia combinada, aumentam o risco de hipotermia perioperatória (SPA, 2017). De igual forma os efeitos dos medicamentos anestésicos, redução do metabolismo, extensão da ferida cirúrgica, perda de fluídos e sangue, são factores que poderão propiciar a ocorrência de hipotermia perioperatória (Fuganti, Martinez, & Galvão, 2018).

A hipotermia é por isso, um problema que pode afetar os doentes cirúrgicos quer em regime de ambulatório quer em regime convencional, embora na cirurgia de ambulatório a evidência seja escassa na comparação com procedimentos longos e na comparação entre a grande variedade de cirurgias. Azenha e colaboradores (2017) referem ainda que a hipotermia pode ser especialmente problemática em doentes submetidos a procedimentos de curta duração, por não existir tempo necessário que promova o reaquecimento antes do final da cirurgia.

Apesar da disponibilidade de sistemas de aquecimento, a prevalência da hipotermia permanece alta, o que se traduz no aumento da taxa de complicações pós-operatórias (Alfonsi, Bekka, & Aegerter, 2019). Porém, segundo Hooper e colaboradores (2010), os fatores de risco da hipotermia implicam correlação, mas não causa-efeito, ou seja, o utente pode apresentar fatores de risco e não desenvolver hipotermia durante o procedimento cirúrgico. O planeamento de intervenções preventivas bem como a utilização de métodos de aquecimento adequados a cada situação torna-se por isso fundamental na prevenção deste evento adverso e de complicações dele decorrentes (Lopes, Magalhães, Sousa, & Araújo, 2015).

A Sociedade Americana de Anestesia recomenda a avaliação da temperatura como monitorização básica de qualquer procedimento anestésico, além da avaliação contínua da oxigenação, ventilação e circulação, a temperatura corporal. O objetivo central da avaliação deste parâmetro é a manutenção de uma temperatura corporal adequada, durante todo o procedimento anestésico (2017).

A prevenção da hipotermia perioperatória passa assim, pela intervenção do enfermeiro na fase pré, intra e pós-operatória, desenvolvendo basear a sua prática na melhor evidência científica, de forma a elaborar e implementar protocolos preventivos eficazes, com vista à redução deste evento, bem como posterior avaliação da sua intervenção

O bloco operatório, é uma área de grande complexidade, por isso todos os profissionais devem atuar de forma preventiva, otimizando intervenções de enfermagem e, conseqüentemente bem-estar da pessoa (Souza, Gonçalves, & Alvarez, 2019).

Metodologia

A prática baseada na evidência tem-se constituído como um instrumento fundamental para a tomada de decisão sobre os cuidados a prestar, fundamentando-se nos melhores resultados científicos provenientes da investigação, conduzindo a uma ponderação crítica e construtiva da prática. A revisão integrativa de literatura assume-se como uma técnica de pesquisa, que reúne e resume o conhecimento científico das pesquisas disponíveis sobre uma temática definida. Assim, e considerando a produção científica já realizada na área da saúde, a revisão integrativa de literatura emerge como uma metodologia que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática (Souza & Carvalho, 2010).

Esta pesquisa seguiu as etapas previstas de uma revisão integrativa: formulação da questão norteadora e dos objetivos; estabelecimento de critérios para a seleção dos artigos, categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos na revisão, análise dos dados e apresentação dos resultados (Whittemore & Knafl, 2005).

A questão norteadora do processo revisão foi elaborada por meio da estratégia PICO (P=População, I=Intervenções, Co=Contexto), do qual resultou: Quais as intervenções utilizadas pelos enfermeiros na prevenção da hipotermia no perioperatório? Sendo o objetivo desta revisão identificar quais as medidas utilizadas pela equipa de enfermagem na prevenção da hipotermia no perioperatório e sua eficácia.

Definem-se como critérios de inclusão: estudos que abordem os procedimentos utilizados pelos enfermeiros na prevenção da hipotermia no perioperatório, estudos publicados nos últimos 5 anos, em Inglês, Português e Espanhol e em texto integral. Excluem-se artigos cujo âmbito seja em doentes neurocríticos e grávidas e estudos em que a hipotermia era induzida.

Na sequência da elaboração da questão de investigação identificam-se as palavras-chave, *Hypothermia*, *Perioperative Nursing* e *Rewarming* que foram validadas como descritores na plataforma *MESH Browser*. Após a definição destes critérios, utilizou-se para pesquisa o motor de busca de bases de dados da área da saúde/enfermagem EBSCO – Host Research Databases restringida às bases de dados: Cinahl, Nursing & Allied Health Collection, Medline e Mediclatina.

A seleção dos artigos foi realizada por dois revisores de forma independente em três etapas: a primeira etapa através da leitura dos títulos dos artigos identificados na pesquisa, de forma a excluir aqueles que não iam de encontro aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Posteriormente, a seleção/exclusão dos artigos para a continuação deste processo foi realizada com base na leitura do resumo. Por último, os artigos cuja informação no resumo era suficiente e obedecia aos critérios de inclusão, foram considerados para a revisão; e aqueles cujo resumo era incompleto ou suscitava dúvidas foram analisados na íntegra.

No processo de colheita de dados foram elaboradas tabelas de forma a integrar todos os dados relevantes, facilitando a análise dos artigos. Na análise dos estudos, procurou-se extrair dados relativos à publicação em si e ao método empregue no desenvolvimento do estudo, contemplando a identificação dos seguintes aspetos: identificação do estudo, seleção e tamanho da amostra, intervenção, objetivo e principais resultados. A apresentação e discussão crítica dos resultados encontrados será realizada sob a forma de narrativa.

Apresentação e discussão dos resultados

Foram obtidos 43 artigos no processo de seleção inicial, selecionaram-se 8 para análise integral, sendo que foram eliminados 4 por não cumprirem os critérios de inclusão preconizados. Foi analisada a importância da prevenção da hipotermia no perioperatório, bem como a eficácia de diferentes métodos de aquecimento. A tabela sintetiza os principais aspetos de cada uma das evidências (Tabela 1).

	Identificação do estudo (Autor, ano, Título/ tipo publicação, ano/ volume/número)	Método	Participantes/ Amostra	Objetivo geral
Artigo 1	Souza, Érica de O., Gonçalves, N., & Alvarez, A. G. (2019). Cuidados de enfermagem no período intraoperatório para manutenção da temperatura corporal. <i>Revista SOBECC</i> , 24(1), 31–36. https://doi.org/10.5327/10.5327/Z1414-4425201900010007	Descritivo Transversal	19 doentes submetidos a cirurgia (colecistectomia laparoscópica)	Descrever os cuidados de enfermagem para manutenção da temperatura corporal durante o intraoperatório
Principais conclusões	A hipotermia não intencional é uma condição real no bloco operatório, causando prejuízos à recuperação dos pacientes. A sua prevenção está relacionada à implementação de cuidados de enfermagem mais seguros e à redução de complicações pós-operatórias. São vários os fatores que induzem a hipotermia durante o procedimento, tais como temperatura ambiente, agentes anestésicos. Devem ser por isso utilizados meios de aquecimento, referindo o aquecimento pré-operatório essencial, por permitir a redistribuição da temperatura corporal, enfatizando ainda a utilização de soluções aquecidas, campos cirúrgicos de algodão, sistemas de ar forçado. A formação da equipa de enfermagem é fundamental quer na identificação de fatores de risco quer na prevenção da hipotermia.			
Artigo 2	Pereira, E., Silva, F., Mendes, F., Silva, J., Oliveira, M., Silva, R. (2020). Hipotermia perioperatória: Conhecimentos e intervenções da equipa de enfermagem. <i>Nursing (São Paulo)</i> ; 23(264): 3982-3988.	Descritivo Exploratório quantitativo	77 enfermeiros	Avaliar o conhecimento e intervenções de enfermagem sobre hipotermia perioperatória no doente cirúrgico
Principais conclusões	Hipotermia é um problema comum que exige dos profissionais compreensão e conhecimento sobre este evento adverso. Tal competência reduz a possibilidade de complicações durante o			

	ato cirúrgico e pós-operatório, o que se repercute na melhoria dos cuidados, diminuição das complicações. Existem vários dispositivos de aquecimento, essencialmente métodos ativos tais como colchões térmicos, infusão de fluidos aquecidos, humidificação e aquecimento de gases anestésicos, aumento da temperatura da sala. Métodos passivos tais como aquecimento por exposição mínima da pele, uso de cobertores de algodão.			
Artigo 3	Ribeiro, N.,Armede, V.,Rodrigues,H.,Valle,Janaina.,Duran,E.,(2016). Unintentional hypothermia frequency in the perioperative period of elective surgeries. Rev. Sobecc, São Paulo. 21(2): 68-74	Transversal Descritivo Quantitativo	53 doentes submetidos a cirurgia eletiva	Analisar a frequência de hipotermia não intencional em pacientes submetidos a cirurgias eletivas no período perioperatório, e a sua relação com o tipo de anestesia
Principais conclusões	A hipotermia é um evento comum que acomete uma grande parcela de pacientes submetidos a procedimentos anestésico-cirúrgicos, assim, torna-se imprescindível que o enfermeiro identifique precocemente sua ocorrência, a fim de oferecer uma assistência qualificada e segura a esses pacientes. Verifica-se maior incidência de hipotermia nos doentes submetidos a raquianestesia, quando comparados com anestesia geral, havendo maior risco quando existe combinação entre raquianestesia e anestesia geral. A instalação da hipotermia está relacionada á falta de implementação de medidas preventivas, pelo que a identificação de factores de risco é fundamental. O enfermeiro deve identificar e saber lidar com estes factores desde o pré-operatório, considerando que os efeitos desta condição podem ser minimizados ou evitados ao longo de todo o procedimento cirúrgico. A maioria dos pacientes apresenta hipotermia nos primeiros 30 minutos após início do procedimento, pelo que o desenvolvimento de programas educativos na equipa de enfermagem é fundamental.			
Artigo 4	Latorre, D.,Lahoz, D., Latorre, P.(2016) Prevención y manejo de la hipotermia en el periodo Perioperatorio, Metas Enferm, 19(7): 71-76.	Descritivo longitudinal	19 doentes submetidos a cirurgia (colecistectomia laparoscópica)	Determinar frequência da hipotermia durante o período perioperatório nas cirurgias programadas e factores que influenciam o seu aparecimento.
Principais conclusões	Existe maior incidência de hipotermia intraoperatória, do que pós-operatória, especialmente durante a 1ª hora e os primeiros 30 min, sendo que pacientes com incisões maior do que 2 cm estão mais predispostos a desenvolverem hipotermia. A saída da sala/ mesa operatória constitui um momento crítico, pelo contacto direto com superfícies frias. A utilização de mantas e lenções reduzem cerca de 30% a perda de calor, pelo que se não for usado aquecimento ativo em conjunto o paciente hipotérmico, não recuperará temperatura antes da saída da sala. O uso de mecanismos de aquecimento com ar forçado no intraoperatório de forma precoce, depois da intubação, ajuda na prevenção verificando-se uma redução de cerca de 0.8°C contrastando com a sua não utilização, verificando-se uma descida de cerca de 1 a 1.5°C. O uso de medidas de aquecimento médio corpo ou corpo inteiro e a monitorização da temperatura são intervenções eficazes na diminuição da taxa de hipotermia durante todo o período perioperatório.			

DISCUSSÃO

A hipotermia é uma das principais complicações do período perioperatório, pelo que dotar os enfermeiros das ferramentas necessárias para a sua prevenção é uma das principais formas de reduzir os riscos a ela associados. Este é um acontecimento que pode desenvolver-se em cerca de 70 % dos doentes intervencionados, levando a complicações graves tais como aumento da taxa de morbilidade, aumento da incidência da taxa de infeção, disfunções plaquetárias tais como coagulopatias, aumento da frequência cardíaca (Latorre, Lahoz, 2016). Ainda e segundo o mesmo autor acrescenta que idade igual ou superior a 60 anos e as pessoas do sexo feminino, devem ser considerados pelos profissionais como factores de risco para a instalação da hipotermia, merecendo por isso atenção especial por parte da equipa em todo o período perioperatório.

A hipotermia perioperatória é descrita como um problema comum, que exige dos profissionais de saúde compreensão e conhecimento sobre este evento adverso, o que se traduz na redução de possibilidade de complicações durante o ato cirúrgico e pós-operatório, repercutindo-se na melhoria dos cuidados, diminuição dos custos para a instituição, bem como diminuição do tempo de internamento (Pereira, Silva, Mendes, Silva, Oliveira, & Silva, 2020).

Segundo Rightmyer (2016), existem vários métodos de avaliação de temperatura, uns mais precisos tais como temperatura monitorizada através da artéria pulmonar, bexiga e temperatura esofágica que é de entre os métodos referidos a menos agressiva, e ainda métodos menos precisos e menos invasivos tais como temperatura retal, temperatura oral, timpânica e axilar. Ainda e segundo o mesmo autor, apesar de todos os métodos de avaliação, a monitorização da temperatura axilar é considerada a menos precisa quando comparada com outros métodos, essencialmente nos primeiros 40 minutos pós indução anestésica, influenciada pela vasodilatação periférica induzida pela anestesia.

Existem durante o procedimento cirúrgico factores que poderão induzir hipotermia tais como tipo de cirurgia, tipo de anestesia e agentes anestésicos utilizados, temperaturas da sala operatórias baixas (Souza, Gonçalves, Alvarez, 2019). A anestesia pode reduzir cerca de 2° a 6° a temperatura corporal, aumentando por isso a taxa de complicações (Rightmyer, 2016). Existe por isso uma diferença significativa entre os tipos de anestesia e a temperatura corporal média dos doentes, sendo que doentes submetidos a raquianestesia apresentam maior risco de hipotermia, uma vez que as respostas termorregulatórias são neuronalmente mediadas e consequentemente o bloqueio de nervos impede a ativação normal de defesas termorregulatórias regionais como sudorese, vasoconstrição e calafrios. A raquianestesia

interrompe a condução em mais de metade do corpo, pelo que esta inibição periférica de respostas termorregulatórias é a maior causa de hipotermia. Facto que não se verifica na anestesia geral, uma vez que os doentes saem da sala já com as suas funções fisiológicas recuperadas (Latorre & Lahoz, 2016).

A implementação de métodos para manutenção da temperatura corporal do doente em todo o período perioperatório torna-se por isso muito importante com vista à prevenção de complicações. A Organização Mundial de Saúde recomenda a normotermia durante todo o período perioperatório (Rightmyer, 2016).

De acordo com Rightmyer (2016), as intervenções preventivas disponíveis são os métodos de aquecimento que podem ser ativos ou passivos, como sejam o aumento da temperatura da sala operatória e o uso de fluidos intravenosos aquecidos em determinadas circunstâncias. Não obstante, o autor considera que os fluidos intravenosos aquecidos por si só não podem prevenir a hipotermia, mas podem ser eficazes quando utilizados em conjunto com outras medidas de aquecimento. As intervenções de aquecimento passivo incluem a utilização de lençóis ou cobertores de forma a minimizar a exposição corporal, o que pode reduzir até cerca de 30 % a perda de calor. O pré-aquecimento é outra medida passiva, sendo considerada a forma mais eficaz de prevenção da hipotermia, uma vez que promove a vasodilatação, reduzindo o gradiente de temperatura centro-periférica. As medidas de aquecimento ativo, incluem a aplicação de sistemas de aquecimento por convecção ou ar forçado, colchões de água quente, mantas de aquecimento resistivo, aquecedores radiantes, sistemas de aquecimento por pressão negativa e ainda oxigénio inspirado aquecido e humedecido. Salienta ainda que o dispositivo de aquecimento mais utilizado é o sistema de convecção por ar forçado. A temperatura da sala é ainda outro aspeto apontado, como um fator determinante na prevenção da hipotermia, devido á perda de calor no processo de transferência do doente da sala para o recobro, devendo ser mantida numa temperatura entre 20º a 23º.

Rightmyer (2016) sumariza as intervenções de prevenção da hipotermia, em intervenções implementadas no pré-operatório, intraoperatório e no pós-operatório, segundo o quadro a seguir apresentado.

Pré Operatório	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Executar medidas passivas de aquecimento ▪ Manter temperatura ambiente igual ou superior a 24º ▪ Estabelecer aquecimento na presença de hipotermia ▪ Considerar o aquecimento no pré operatório por um período mínimo de 30 minutos
----------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Intra Operatório</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Limitar o tempo de exposição da pele a temperaturas ambiente mais baixas ▪ Iniciar medidas de aquecimento passivas, tais como uso de cobertores de algodão, campos cirúrgicos, lençóis térmicos ▪ Manter a temperatura ambiente da sala entre os 20º e 24º ▪ Considerar o aquecimento de ar forçado em doentes submetidos a procedimentos cirúrgicos com tempo de duração superior a 30 min
<p>Pós-operatório Se doente normotérmico</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implementar medidas passivas ▪ Manter temperatura ambiente igual ou superior a 24º ▪ Avaliar o nível de conforto térmico do doente na admissão a UCPA ▪ Observar presença de sinais e sintomas indicativos de hipotermia, tais como tremores, piloereção e/ou extremidades frias ▪ Reavaliar a temperatura se o nível de conforto térmico do paciente mudar e/ou apresentar sinais ou sintomas de hipotermia ▪ Avaliar temperatura antes da alta do doente
<p>Pós-operatório Se doente hipotérmico</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Além das medidas mencionadas no ponto anterior iniciar medidas de aquecimento ativo: Aplicar sistema de aquecimento de ar forçado ▪ Considerar medidas adjuvantes como utilização de fluidos intravenosos aquecidos e oxigénio humidificado e aquecido ▪ Avaliar temperatura e nível de conforto térmico a cada 15 minutos até que seja restabelecida a normotermia ▪ Efetuar ensinios ao doente relativamente a métodos para manter a normotermia após a alta tais como ingestão de líquidos quentes, utilização de cobertores, meias, roupas mais quentes e o aquecimento da temperatura ambiente.

CONCLUSÃO

A hipotermia no período perioperatório é um evento adverso que afeta grande parte dos doentes submetidos a procedimentos cirúrgicos. Esta condição pode resultar num aumento do tempo de recuperação, do tempo de internamento, custos, e diminuição da satisfação do utente. Assim, o conhecimento da equipa de profissionais de saúde sobre os efeitos da hipotermia e dos variados métodos para a sua prevenção são fundamentais para promover cuidados de qualidade, com uma relação custo-efetividade adequadas

Métodos ativos e passivos são descritos na literatura, demonstrando uma eficácia significativa, o que influi diretamente na redução dos índices de hipotermia, apresentando melhores resultados quando usados também como forma de prevenção no pré-operatório.

Os sistemas de aquecimento ativo (sistema de ar-forçado, os cobertores de aquecimento, colchões e vestuário com circulação de água quente, irradiação de calor) são comumente utilizados para prevenir a hipotermia durante o procedimento cirúrgico, sendo que estes

demonstram ser mais utilizados na manutenção da temperatura corporal do que os sistemas de aquecimento passivo (cobertores de algodão, campos cirúrgicos aquecidos, cobertores isotérmicos e aumento da temperatura do bloco operatório).

Embora exista muita informação relativa à hipotermia perioperatória, existe ainda escassez em modelos de educação continuada que informe a importância do controlo da temperatura em todo o período perioperatório, bem como a adoção e implementação precoce de medidas preventivas, pelo que a elaboração de estudos neste âmbito seria uma mais valia, na implementação de medidas com vista à melhoria da qualidade dos cuidados.

Referências Bibliográficas

- Alfonsi, P., Bekka, S., & Aegerter, P. (2019). Prevalence of hypothermia on admission to recovery room remains high despite a large use of forced-air warming devices: Findings of a non-randomized observational multicenter and pragmatic study on perioperative hypothermia prevalence in France. *PLoS One*.
- Azenha, M., Rocha, C., Oliveira, E., Cruz, L., Carvalho, M., Macedo, A., Carreira, C., Pinheiro, F., Recomendações Portuguesas de manutenção de Normotermia em Cirurgia de Ambulatório, 2017.
- Fuganti, C. C., Martinez, E. Z., & Galvão, C. M. (2018). Effect of preheating on the maintenance of body temperature in surgical patients: a randomized clinical trial. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 26, 3057.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2017). *Prevenção e controlo da hipotermia perioperatória inadvertida*. Disponível em <http://www.ulsguarda.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2018/02/Draft-Brochura-AESOP-PR-Hipotermia-Pantone-569.pdf>
- Souza, Érica de O., Gonçalves, N., & Alvarez, A. G. (2019). Cuidados de enfermagem no período intraoperatório para manutenção da temperatura corporal. *Revista SOBECC*, 24(1), 31–36. <https://doi.org/10.5327/10.5327/Z1414-4425201900010007>
- Lopes, I. G., Magalhães, A. M., Sousa, A. L., & Araújo, I. M. (2015). Prevenir a hipotermia no perioperatorio: revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 147-155.
- Hooper, V., Chard, R., Clifford, T., Fetzer, S., Fossum, S., Godden, B., ... Wilson, L. (2010). ASPAN's evidence based clinical practice guideline for the promotion of operative normothermia: second edition. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 25(6), 346-365. Retirado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21126665>

Souza, M. T. , Silva, M. D. , & Carvalho, R. (2010). *Revisão integrativa: o que é e como fazer. einstein* (São Paulo), 8(1), 102-106. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>

Pereira,E.,Silva, F.,Mendes, F.,Silva,J.,Oliveira, M.,Silva, R. (2020). Hipotermia perioperatória: Conhecimentos e intervenções da equipa de enfermagem.Nursing (São Paulo); 23(264): 3982-3988.

Ribeiro, N.,Armede, V.,Rodrigues,H.,Valle,Janaína.,Duran,E.,.(2016). Unintentional hypothermia frequency in the perioperative period of elective surgeries. Rev. Sobecc, São Paulo. 21(2): 68-74

Latorre, D.,Lahoz, D., Latorre, P.(2016) Prevención y manejo de la hipotermia en el período perioperatorio, Metas Enferm, 19(7): 71-76.