

**Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny**

**COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM  
ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA:  
a segurança da pessoa e família a vivenciar a experiência  
cirúrgica**

**Ana Raquel Pita Correia**

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

**Funchal, 2023**



**Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny**

**COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM  
ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA:  
a segurança da pessoa e família a vivenciar a experiência  
cirúrgica**

**Ana Raquel Pita Correia**

**Orientadora: Professora Doutora Noélia Pimenta**

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

**Funchal, 2023**



“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.

*Madre Teresa de Calcutá*



## **AGRADECIMENTOS**

Ao finalizar mais um ciclo de estudos, agradeço a todos os que me acompanharam e tornaram possível a conclusão deste percurso com sucesso.

Assim, quero deixar um profundo e sincero agradecimento à Professora Doutora Noélia Pimenta pela disponibilidade e orientação, pelo rigor científico e pelos ensinamentos transmitidos ao longo deste curso.

Aos meus colegas de mestrado, em especial à minha amiga Maribel Figueira, pelo apoio, pelos momentos de aprendizagem, de partilha e de reflexão sobre a nossa prática de cuidados.

Aos enfermeiros tutores que sempre me acompanharam ao longo do meu percurso, pelas oportunidades de troca de saberes, orientação técnica e acompanhamento na prestação de Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Aos meus colegas de trabalho e à enfermeira Arménia Sobrinho, chefe do meu serviço, que facilitaram, em muito, a articulação dos papéis trabalhador-estudante, permitindo todas as permutas e dispensas solicitadas.

Um agradecimento muito especial à minha família, em particular aos meus pais e ao meu irmão; aos meus amigos, especialmente, à Carolina Ferreira, à Tânia Ferreira e à Bárbara Machado, pela presença assídua e pelas valiosas palavras de incentivo, ao longo desta exigente caminhada.

À luz que me incentivou e encorajou na concretização deste projeto.





## RESUMO

O presente relatório, surge no âmbito do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, na Unidade Curricular de Estágio com Relatório, do ano letivo 2021/2022 visando a sua apresentação e discussão pública, para obtenção do grau Académico de Mestre.

Os objetivos do presente trabalho são: evidenciar o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória; ilustrar o desenvolvimento de competências de análise e raciocínio crítico-reflexivo; e evidenciar o desenvolvimento de competências de Mestre, através da apresentação e discussão.

O relatório expõe o percurso desenvolvido ao longo do curso nomeadamente nas práticas clínicas. O estágio I designado “Cuidar na sala operatória” decorreu no Bloco Operatório do Hospital Dr. Nélio Mendonça e o estágio II que contempla três módulos, foi desenvolvido em diferentes contextos da prática. O módulo I, efetivado no Bloco de Exames de Gastroenterologia e o módulo II - estágio de opção decorreu em diferentes unidades, desde a consulta pré-operatória à consulta de follow-up de forma a conhecer todo o percurso seguido pela pessoa aquando da decisão de uma intervenção cirúrgica, tendo como foco de interesse o aprofundamento de competências na área da segurança da pessoa/família a vivenciar a experiência cirúrgica nos três períodos operatórios, pré, intra e pós-operatório. O módulo III culmina com a realização do presente Relatório.

Os contextos enunciados proporcionaram todo o processo que enfatiza a aquisição e o desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória: cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/ pessoa significativa e maximiza a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica, rumo à aquisição das competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Para a consecução deste trabalho, recorri a metodologia descritiva, analítica e reflexiva, fundamentando a minha prática na evidência científica e referenciais da profissão.

**Palavras-chave:** Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem Perioperatória, Experiência Cirúrgica, Segurança cirúrgica.

## **ABSTRACT**

The present report comes within the scope of the 5<sup>th</sup> Medical-surgical Nursing Master's Degree from Escola Superior de Enfermagem de São José Cluny (ESESJC), Curricular unit of Internship with Report, of the school year of 2021/2022 given that its presentation and public discussion aims the obtaining of the Master's degree.

The goals defined for this work are as follows: to potentiate the development of common and specific skills of the nurse specialist in medical-surgical nursing, in the field of nursing to a patient in perioperative situation; to illustrate the development of skills at the level of analysis and of critical reflective reasoning; and evidence the development of the Master's skills through its presentation and discussion.

The report exposes the whole path done along the Master's degree, more precisely in the clinical practices. Internship I, designated as "Taking Care at the surgery room", was performed in the Operating Room/Complex of Hospital Central do Funchal – Dr. Nélio Mendonça and internship II, which beholds three modules, was in different contexts of the practice. Module I, was carried out in the Gastroenterology Exam Complex and module II (optional internship), elapsed in different units, from the pre-surgical to the follow-up consult, in order to acknowledge all the path done by the individual when a surgical intervention is decided to be taken, having focus on the safety of the patient/family that is undergoing the surgical experience in the three surgical phases – preoperative, intraoperative and postoperative. Module III comes to an end with the execution of the present report.

The stated contexts provide all the process that emphasizes the acquisition and the development of common and specific skills of the nurse specialist in medical-surgical nursing, in the field of nursing to a patient in perioperative situation: takes care of the person in perioperational situation and their relatives or significant person and maximizes the safety of the person that is undergoing the surgical situation and of the multidisciplinary team, in agreement with the surgical conscious, towards the acquisition of the skills of a Master in Medical-surgical nursing.

For the achievement of this work, I have applied the descriptive, analytic, and reflexive methodology, substantiating my practice in the scientific evidence and in the references of the profession.

**Keywords:** Medical-surgical nursing, Perioperational Nursing, Surgical Experience, Surgical Safety.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

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

**AORN** - Association of Operating Room Nurses

**APED** - Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

**BO** – Bloco Operatório

**CIPE** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**CPOE** – Consulta Pré-Operatória de Enfermagem

**DGS** – Direção Geral da Saúde

**EEMC** – Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**ESESJC** – Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**HBP** – Hepatobiliopancreático

**HNM** – Hospital Dr. Nélio Mendonça

**HPM** – Hospital Particular da Madeira

**IACS** - Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

**IASP** - International Association for the Study of Pain

**ISBAR** - Identify, Situation, Background, Assessment e Recommendation

**LVSC** – Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

**MEMC** – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PAF** – Projeto de Autoformação

**PBCI** - Precauções Básicas do Controlo da Infecção

**PPCIRA** - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

**REPE** – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

**SABA** - Solução Antisséptica de Base Alcoólica

**SESARAM** – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira

**SPA** - Sociedade Portuguesa de Anestesiologia

**UCPA** – Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

**UCPAP** – Unidade de Cuidados Pós Anestésicos Prolongados

**UFDA** - Unidades Funcionais da Dor Aguda



# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>1. A SEGURANÇA DA PESSOA E FAMÍLIA A VIVENCIAR A EXPERIÊNCIA CIRÚRGICA.....</b>	<b>19</b>
1.1. Caracterização dos espaços/locais de ensino clínico .....	26
<b>2. PERCURSO E DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS.....</b>	<b>31</b>
2.1. Competências comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.....	33
2.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica no cuidado à pessoa em situação perioperatória.....	47
2.2.1 Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa.....	49
2.2.2 Maximiza a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica.....	61
2.3. Das Competências do Enfermeiro Especialista às competências de Mestre .....	70
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>75</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>79</b>



## **INTRODUÇÃO**

O presente relatório é o culminar de um trajeto iniciado em 2021, com o ingresso no 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny (ESESJC). Na unidade curricular “Estágio com Relatório”, no módulo III, foi-me proposto, a realização deste trabalho para posterior apresentação e discussão pública, visando a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A prestação de cuidados de enfermagem de excelência é, em meu entender, o principal desafio de um enfermeiro, sendo o alcance deste propósito proporcional à arte de saber cuidar. A formação inicial dota-nos de instrumentos, conceitos, referenciais, e competências gerais, sendo da responsabilidade de cada profissional construir o seu caminho de formação, tendo subjacente a vontade de aprender, de alargar saberes e desenvolver outras competências. Neste contexto, o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória surge como uma oportunidade e um desafio para o desenvolvimento de competências especializadas e de Mestre.

O Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto no seu artigo 20º define a estrutura do ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre, e propõe para a obtenção deste grau a realização de “um estágio de natureza profissional objeto de relatório final...” (p. 4151). Segundo o Regulamento n.º 658/2016, de 13 de julho, entende-se por relatório de estágio “um trabalho de descrição e análise científica e crítica sobre as atividades desenvolvidas no âmbito de um estágio profissional efetuado numa instituição” (p. 21549).

Assim, este relatório, intitulado “Competências Especializadas na Enfermagem Perioperatória: A Segurança da Pessoa e Família a Vivenciar a Experiência Cirúrgica”, tem como objetivos: evidenciar o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória; ilustrar o desenvolvimento de competências de análise e de raciocínio crítico-reflexivo; e evidenciar o desenvolvimento de competências de Mestre.

Segundo Costa (2019), neste contexto, a segurança do cliente define-se como o ato de evitar, prevenir ou melhorar os resultados adversos ou lesões originadas no decorrer de todo o processo de atendimento hospitalar.

Este trabalho corresponde à descrição das aprendizagens desenvolvidas ao longo dos estágios definidos no plano de estudos da ESESJC, que engloba duas unidades

curriculares. O estágio I designado “Cuidar na sala operatória” decorreu no Bloco Operatório do Hospital Dr. Nélio Mendonça do SESARAM (Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira) e o estágio II que contempla três módulos, foi desenvolvido em diferentes contextos da prática. O módulo I, referente à Cirurgia no Ambulatório foi efetivado no Bloco de Exames de Gastroenterologia, onde os clientes são submetidos à realização de exames com ou sem sedação/anestesia e o módulo II - estágio de opção decorreu em vários serviços nomeadamente: Consulta Externa, Internamento, Bloco Operatório e Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos Prolongados. O principal objetivo foi o de conhecer/compreender todo o percurso realizado pelo cliente, desde o momento da decisão de intervenção cirúrgica, consulta pré-operatória, até à consulta de *follow up.*, tendo como foco de interesse o aprofundamento de competências na área da segurança da pessoa/família a vivenciar a experiência cirúrgica nos três períodos operatórios, pré, intra e pós-operatório. O módulo III culmina com a realização do presente Relatório.

Os ensinamentos clínicos constituíram oportunidades enriquecedoras que possibilitaram a consolidação de conhecimentos, a aplicação das teorias aprendidas durante todo o período formativo, assim como contribuíram para melhorar e desenvolver algumas atitudes pessoais, competências científicas e técnicas que se refletiram na qualidade dos cuidados prestados.

Desta forma, a composição deste relatório dá a conhecer o trabalho desenvolvido no decorrer de todos os ensinamentos clínicos, assim como as competências adquiridas e aprimoradas no cuidado de enfermagem à pessoa em situação perioperatória. Do mesmo modo, expõe algumas reflexões acerca das experiências vivenciadas, com recurso à evidência científica.

Este documento inicia-se com uma breve contextualização com ênfase na fundamentação da minha área de opção “A segurança da pessoa e família a vivenciar a experiência cirúrgica”. Neste capítulo aborda-se a temática da segurança, o papel do enfermeiro especialista e num subcapítulo apresento a caracterização dos locais de ensino clínico; segue-se um capítulo relativo à exposição do desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC), dando ênfase à maximização da segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica. No último capítulo reflete-se acerca do percurso de aquisição das Competências do Enfermeiro Especialista às competências de Mestre.

A elaboração deste relatório assenta na metodologia descritiva, analítica e reflexiva das experiências vivenciadas e dos trabalhos construídos e nos diversos contextos da prática,



nomeadamente o projeto de autoformação e respetivo relatório, desenvolvido no Módulo II da Unidade Curricular “Estágio com Relatório”.

Relativamente ao tratamento das fontes e estruturação do trabalho, foram utilizadas as normas preconizadas pela ESESJC, sendo estas fornecidas no documento “Elaboração de Trabalhos Académicos: síntese de orientações”, assim como as citações e referências bibliográficas regidas pelas Normas da *American Psychological Association* (APA).



## **1. A SEGURANÇA DA PESSOA E FAMÍLIA A VIVENCIAR A EXPERIÊNCIA CIRÚRGICA**

Defina-se, preliminarmente, competência: é a junção daquilo que o indivíduo é enquanto pessoa, das suas aprendizagens sociais, de como comunica o seu saber, do que construiu academicamente e do que aprendeu durante o seu percurso profissional. Assim, ter aptidão em muitos domínios e em todas as áreas, em simultâneo, pode ser entendido como uma utopia, por isso, importante é identificar pontos fortes, procurando o desenvolvimento dos mesmos (Barros et al, 2016).

Segundo o mesmo autor, apesar de ainda não haver consenso sobre o conceito de competência, e de acordo com vários autores, os estudos sobre esta área, tanto a nível organizacional, como individual ou profissional, têm evoluído nas últimas décadas. O termo ‘competência’ surgiu no período do taylorismo-fordismo para definir que uma pessoa é capaz de desempenhar determinada tarefa. No entanto, segundo Sapeta (2013), ‘competência’ é uma característica subjacente a uma pessoa que é casualmente relacionada com desempenho superior na realização de uma tarefa ou em determinada situação; diferencia competência de aptidões, ou o talento natural da pessoa. Este pode ser aprimorado, com habilidades, através da demonstração de um talento particular na prática e conhecimentos (o que as pessoas precisam saber para desempenhar uma tarefa).

De acordo com o Regulamento nº 429/2018, uma das competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação perioperatória é maximizar a segurança, congruente com a consciência cirúrgica. A pessoa em situação perioperatória, encontra-se numa posição vulnerável, estando comprometida a sua capacidade para identificar ou defender-se dos riscos a que está sujeito, pelo que a sua proteção tem que ser assegurada por outra pessoa: o enfermeiro.

Para Miguel (2021), o papel dos enfermeiros perioperatórios decorre de um conjunto de competências específicas e especializadas, adequadas às necessidades particulares da pessoa que necessita de procedimentos anestésicos e cirúrgicos. O mesmo desenvolve-se fomentando o potencial humano em situação perioperatória, isto é, garantindo condições de segurança que aumentem a probabilidade do melhor resultado da terapêutica cirúrgica.

A elaboração deste relatório, orientado e direcionado para a segurança do cuidado especializado à pessoa em situação perioperatória, surge da preocupação resultante da minha prática clínica como enfermeira e estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. Não obstante todo o estudo e empenho nesta área, desenvolver conhecimentos especializados e competências específicas de enfermeira especialista num sector tão nobre quanto a segurança da pessoa em situação perioperatória revelou-se-me preponderante. Este curso fez despertar mais esta consciência atendendo a que, durante a minha prática, nem sempre foi possível constatar a aplicação do que aprendi sobre a segurança, ao longo do curso.

As cirurgias podem ir das mais simples até às mais complexas, implicando meios de monitorização e terapêutica mais avançados, vigilância permanente, bem como o correto manuseio de diferentes equipamentos. Torna-se, assim, imperativo a constituição de uma equipa motivada e dinâmica, com fortes conhecimentos teóricos e sólidas capacidades técnicas. Desta forma, num contexto de trabalho exigente (com grandes especificidades e várias especialidades), com elevado grau de diversidade e complexidade, a resposta que se impõe é, inevitavelmente, uma prestação de cuidados diferenciados e personalizados. É deste escrupuloso e complexo labor que resultam os objetivos de conceder os melhores procedimentos especializados em enfermagem e de insistir na busca permanente da excelência no exercício profissional.

Ao longo do presente relatório, serão considerados os pilares da enfermagem perioperatória, observados nos padrões de qualidade, sendo estes o reconhecimento e capacitação do outro, a vulnerabilidade, a responsabilidade de cuidado, a prudência e a gestão de risco e ainda a consciência cirúrgica (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2017). A segurança do cliente é um dever de todos os profissionais de saúde, sobretudo do enfermeiro, pois possui um papel primordial na prevenção da ocorrência dos eventos adversos. É ao enfermeiro que cabe esta tarefa acrescida, uma vez que, é o profissional responsável pela preparação pré-operatória, planeando e implementando cuidados específicos para cada tipo de cirurgia; do mesmo modo, é o profissional mais próximo do cliente na fase intraoperatória e pós-operatória, (Cardante, 2020).

Atendendo a este dever como enfermeira e sendo esta a minha área de eleição, entendo de extrema pertinência compreender e acompanhar todo o percurso feito com o cliente, desde a decisão da intervenção cirúrgica, na consulta pré-operatória, passando pelo acolhimento e preparação pré-operatória, no serviço de internamento, à intervenção

cirúrgica, no Bloco Operatório (BO), indo até aos cuidados pós-intervenção, na unidade de Cuidados pós-anestésicos prolongados, até a alta e consulta de follow-up.

É de extrema importância referir que, para um cuidado seguro e contínuo à pessoa em situação perioperatória, é fundamental uma comunicação organizada, sistematizada e fluente entre os diversos sectores, por onde o cliente irá passar, desde a consulta externa, internamento pré-operatório, intraoperatório e internamento pós-operatório, já que as condutas devem ser contínuas, traçadas com vista a objetivos comuns (Lopes, 2020). No decorrer do pré e pós-operatório, a segurança dos cuidados que prestamos é fundamental para garantir a continuidade de cuidados diferenciados, logo, o Enfermeiro Especialista possui um papel fundamental e diferenciador, tendo o dever de preparar o cliente para todo o processo cirúrgico.

Segundo Valente (2016), no que concerne ao papel da comunicação no período perioperatório, um cliente que necessite de uma intervenção cirúrgica, é cuidado por vários profissionais de saúde e por diversos serviços. Deste modo, a comunicação durante o perioperatório assume uma função de extrema importância, seja com o cliente que irá ser submetido a cirurgia, seja entre os profissionais de saúde. Posto isto, uma intervenção cirúrgica é considerada uma experiência causadora de grande *stress*, pois tem subjacente a ideia do desconhecido, do sofrimento, da perda de consciência induzida pela anestesia, entre outros, vivenciados pelos clientes com grande ansiedade e angústia, durante toda a experiência cirúrgica (Cardante, 2020). Por este motivo, a forma como os profissionais, em particular os enfermeiros, lidam com os clientes irá influenciar todo o percurso cirúrgico. Desta forma, transmitir empatia, segurança e tranquilidade, assim como ter em atenção o envolvimento do cliente em todas as decisões relativas à sua situação clínica, deverá constituir uma preocupação contínua do profissional, contribuindo para o envolvimento e empoderamento do cliente.

Por outro lado, a comunicação clínica entre os profissionais de saúde, encontra-se intimamente relacionada com a segurança do cliente neste contexto, uma vez que todas as classes profissionais devem atuar numa perfeita simbiose e complementaridade, de modo a prestar cuidados de qualidade, seguros e de excelência (Alves 2011). De acordo com Mucelini et al. (2021), a segurança do cliente é inseparável da qualidade do cuidado em saúde, devendo ser um compromisso constante das políticas, instituições e trabalhadores da área. Assim, importa replanear constantemente intervenções que favoreçam a prestação de cuidados seguros, pois a taxa de ocorrência de situações hostis é elevada. Pereira (2018) salienta que os enfermeiros podem ser responsáveis por desencadear eventos adversos que

comprometam a segurança do cliente, porquanto executam e avaliam a maioria dos cuidados diretos. Os enfermeiros desempenham, assim, um papel fundamental na prestação de cuidados seguros ao cliente, constituindo-se um gestor dos potenciais fatores de risco e dos eventos adversos.

De acordo com o mesmo autor, os estudos que têm sido desenvolvidos nos diferentes países têm contribuído para aumentar e fortalecer a evidência científica, mostrando que, para obter os melhores resultados em saúde e para a promoção da segurança dos clientes, é preponderante o número adequado de enfermeiros e a sua maior qualificação profissional, apresentando-se esta última como determinante. Em vista disto, para uma prestação de cuidados segura e de qualidade ao cliente/família, os profissionais de enfermagem devem ser detentores de um nível de conhecimentos que envolva várias áreas do saber, seja a nível de procedimentos simples seja os de maior complexidade. Segundo a OE (2014), regulamento das dotações seguras, para o BO preconiza-se que, para cada sala operatória, esteja atribuído um enfermeiro circulante, um instrumentista e um de anestesia. Em relação às Unidades de Recobro pós-anestésico, devem ser alocados, no mínimo, dois enfermeiros, estando o rácio em função da intensidade dos cuidados necessários e das características específicas dos clientes. Quando estes fatores são bem considerados e salvaguardados tem-se verificado uma redução na ocorrência de infeções hospitalares associados aos cuidados de saúde, uma diminuição das quedas e um decréscimo das úlceras por pressão e dos erros de medicação, contribuindo, assim, para minimizar o tempo de internamento e da mortalidade.

A prestação de cuidados de enfermagem está presente ao longo das três fases operatórias, tendo início na tomada de decisão para a cirurgia, normalmente na consulta pré-operatória, e assume diferentes características de acordo com as necessidades do cliente. O enfermeiro perioperatório é o profissional de saúde com conhecimentos e competências especializadas para cuidar da pessoa, mantendo a sua estabilidade, segurança e bem-estar, antes, durante e após a cirurgia (AESOP [Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses], 2019).

O conceito de enfermagem perioperatória é definido pela AESOP, desde 1994, como sendo “o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro de sala de operações, através de um processo programado (ou de várias etapas integradas entre si) pelo qual o enfermeiro reconhece as necessidades do cliente a quem presta ou vai prestar cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos do trabalho realizado” (AESOP, 2012, p. 346). Ainda segundo esta Associação as funções

do enfermeiro em contexto perioperatório incluem “o conjunto de atividades orientadas não só para a técnica, mas também para as necessidades humanas centradas na relação de ajuda e no cuidar” (AESOP, 2012, p. 108).

De acordo com Cardante (2020) a perspectiva da enfermagem em contexto de cirurgia que requeira um internamento curto ou de cirurgia em regime de ambulatório é próxima da enfermagem perioperatória convencional, pretendendo-se uma abordagem centrada no cliente, que necessita de cuidados cirúrgicos, de forma holística e multidisciplinar. Posto isto, a nossa abordagem deverá ser sempre centrada no cliente e nas suas necessidades nunca esquecendo o papel ativo da família ou da pessoa significativa. Na perspectiva deste autor, a visão da cirurgia de internamento curto é atualmente destacada como um modelo organizativo, que apresenta uma vasta lista de vantagens para todos os intervenientes, nomeadamente, para os clientes, para os familiares/cuidadores (auxiliam no acompanhamento pós-operatório) e para os profissionais de saúde e instituições de saúde (eficácia e qualidade).

No âmbito da atuação do enfermeiro, a sua intervenção deve iniciar-se na consulta de enfermagem pré-operatória, sendo a sua concretização uma prática fundamental para garantir cuidados de excelência, durante todo o período perioperatório. Antes da cirurgia, o cliente deve ser auscultado no contexto de consulta pré-operatória, com o objetivo de proceder à avaliação inicial, disponibilizar informações para a sua preparação física e psicológica e esclarecer as suas potenciais dúvidas acerca do percurso cirúrgico.

Neste sentido, Cardante (2020) propõe que seja realizada uma consulta de enfermagem pré-operatória, com o objetivo de avaliar as necessidades físicas e psicológicas do cliente inscrito e ainda informá-lo acerca de todos os procedimentos desde a admissão até à alta, garantindo o envolvimento da família ou de um adulto idóneo e responsável. Deve-se igualmente providenciar informação escrita com as indicações pré-operatórias e iniciar o ensino sobre os cuidados a ter após a alta, necessitando estes de ser validados posteriormente na consulta de *follow-up*. Vários estudos indicam que a consulta de enfermagem traz benefícios à população e oferece diretrizes com dimensões favoráveis que visam uma abordagem adequada às necessidades particulares dos clientes. Entre eles, Luna (2014), realizou um estudo, afirmando que a visita pré-operatória traz vantagens tanto para o serviço como para as organizações, assim como, a transmissão de informação pré-operatória gera benefícios em relação ao tempo gasto, aos custos associados aos cuidados de saúde, traduzindo-se numa rápida recuperação do cliente e também numa diminuição de complicações pós-operatórias.

Sabemos que a expectativa da cirurgia desperta no cliente ansiedade, medo, dúvidas e outras reações emocionais pelo que a consulta de enfermagem pré-operatória deve ser interpretada como a intervenção da Enfermagem Perioperatória que melhor satisfaz as necessidades dos clientes que a experienciam. Este é o momento oportuno para que o cliente expresse as suas dúvidas, sentimentos e medos, permitindo que o enfermeiro individualize os cuidados perioperatórios (Luna, 2014).

De acordo com o mesmo autor, há evidência de que manter um contacto prévio com a pessoa que se submeterá a uma cirurgia constitui um momento muito importante, uma vez que a explicação acerca dos procedimentos a que será submetida reverte-se num benefício no sentido de diminuir os seus receios, a sua insegurança e a apreensão instalada. Ao enfermeiro compete centrar os seus cuidados na preparação física e psicológica do cliente para a intervenção cirúrgica, fornecendo-lhe todas as ferramentas necessárias para gerir de forma eficaz as suas emoções, uma vez que aqueles vivenciam momentos de stress, que podem influenciar o seu estado emocional. E todos estes cuidados devem ser planeados de modo individual (Cardante, 2020).

Mas o papel dos enfermeiros não cessa com a cirurgia - é imprescindível o acompanhamento pós-operatório, mesmo após a alta, na consulta de *follow-up*, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados. Com esta consulta, o seguimento do cliente tem ainda a mais-valia quando em complementaridade com os profissionais de cuidados de saúde primários, em que o cliente é sempre o foco principal.

Após a cirurgia, as pessoas recorrem aos serviços de saúde da comunidade com mais frequência como forma de obter ajuda para problemas previstos e/ou complicações do pós-operatório como: dor, náuseas e vômitos, infeções da ferida cirúrgica, hemorragias, cefaleias, tonturas e vertigens, dores de garganta e deiscência de sutura; solicitam também relatórios e atestados médicos para baixa (Cardante, 2020). Segundo Sousa (2014), uma das formas de minimizar estas situações será a implementação da consulta de *follow up*, garantindo que todos os documentos, receitas, baixas, informação sobre analgesia, atuação em caso de indisposição, data da consulta seguinte, sejam entregues no momento da alta e validados com um telefonema de *follow-up* entre as vinte e quatro e as quarenta e oito horas após a cirurgia.

Já em 2012 a AESOP, enfatizava que o enfermeiro deverá proceder a uma avaliação do pós-operatório nas vinte e quatro horas seguintes à alta, recorrendo a um telefonema como forma de atualizar a situação da pessoa intervencionada. Este telefonema, é justificado pela necessidade da continuidade na prestação de cuidados e fica registado no processo individual



da pessoa. O *follow up* é um momento de proximidade, na medida em que é possível reforçar todo o ensino realizado durante o procedimento (bloco e internamento), possibilitando algumas orientações futuras com recurso aos serviços de saúde da comunidade. Também com este contacto é possível obter alguns dados de satisfação como forma de verificar a qualidade dos cuidados prestados.

Assim sendo, a consulta de *follow up* torna-se uma ferramenta fundamental e segura para garantir que a continuidade de cuidados é reconhecida com a mesma qualidade que seria num internamento hospitalar. No seguimento da mesma ideia, a consulta não presencial torna-se um instrumento preponderante para assegurar que a prossecução de cuidados seja garantida em igual condição de um internamento e que os enfermeiros são os profissionais que estão mais bem posicionados para assegurar os cuidados fora do ambiente hospitalar.

Neste sentido, a consulta telefónica estabelece uma relação de proximidade, uma vez que é possível reforçar o ensino realizado anteriormente aquando do circuito do processo cirúrgico e reajustar as orientações para situações mais concretas. É compreensível que a alta para o domicílio seja um período de incerteza e de sensação de risco para muitos clientes. Nesta fase, qualquer intercorrência pode afetar negativamente e comprometer o bem-estar do mesmo. O contacto telefónico e a disponibilização de informação, constituem por isso uma prática importante na supressão do medo e da ansiedade (AESOP, 2012). Corroborando com estas ideias Cardante (2020) alude que o *follow-up* por telefone torna-se assim uma opção segura se os profissionais tiverem como suporte protocolos estruturados, sendo uma alternativa à consulta presencial.

Concluindo, as consultas de enfermagem pré e pós-operatória de *follow up* revelam-se numa ferramenta essencial e benéfica, tanto para os profissionais que acompanham os clientes desde o pré ao pós-operatório, como para os próprios clientes e familiares, de modo a sentirem confiança e usufruírem de cuidados seguros.

A Direção Geral da Saúde (DGS, 2009) emitiu normas para reforçar a adoção das orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a segurança cirúrgica, disponibilizando a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, o Índice de *Apgar* Cirúrgico, o Manual de Implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica e as Orientações para a Cirurgia Segura. Todas estas normas estão ao dispor do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. É ele que, por exemplo, confere a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica e efetua o seu preenchimento, contribuindo para a maximização da segurança do cliente cirúrgico. Adiante, abordarei e descreverei de forma mais pormenorizada cada item.

Na perspectiva de Rebelo (2013), a segurança da pessoa também se encontra relacionada com as tomadas de decisão e com o respeito pelos direitos de cada indivíduo, o que implica que a pessoa/família/pessoa significativa deva estar informada sobre os potenciais riscos a que estará exposto e deve ter igualmente conhecimento das medidas a tomar para minimizar os mesmos.

Nesta linha de pensamento, a Norma n.º 15/2013 da Direção-Geral de Saúde, relativa ao consentimento informado, enfatiza que este deve ser esclarecido e livre, de caráter obrigatório e facultado por escrito. Tendo em conta o princípio da autonomia da pessoa humana, o cliente tem direito a ser informado e esclarecido sobre a sua situação clínica, as alternativas de tratamento e as suas consequências e riscos das mesmas. O consentimento apenas é eficaz quando a informação prestada é adequada, verdadeira, objetiva e compreendida, permitindo ao cliente tomar a sua decisão. A pessoa pode, em qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento. O consentimento informado, efetivo, reflete uma manifestação de respeito pelo cliente enquanto ser humano e é garantia de que qualquer decisão tomada assenta nos pressupostos de autorresponsabilização e de liberdade de escolha.

Para Lima et al. (2018) é fundamental compreender a importância do papel do enfermeiro em todo o período perioperatório e a sua influência no resultado final do processo. A assistência de qualidade individualizada e especializada, evidenciando o conhecimento, proporciona ao indivíduo segurança e apoio na prevenção de potenciais riscos. Transmite ainda uma sensação de conforto físico e emocional, perante orientações que visam o restabelecimento das suas condições de saúde e almejam a rápida alta para domicílio.

No subcapítulo que se segue, caracterizo de forma breve os locais onde desenvolvi as práticas clínicas evidenciando as particularidades que contribuíram para o meu processo de aprendizagem.

### **1.1. Caracterização dos espaços/locais de ensino clínico**

O plano de estudos da ESESJC emanado pelo Despacho nº 10960/2020 engloba a realização de dois ensinamentos clínicos. Assim, concretizou-se o Ensino Clínico I – Cuidar na Sala Operatória, no Bloco Operatório do HNM, com um total de 405 horas (15 ECTS) e o Ensino Clínico II - Estágio com Relatório, composto por três módulos: Módulo I - cirurgia de ambulatório, que foi desenvolvido no Bloco de Exames de Gastroenterologia; e o módulo

II estágio de opção que decorreu em vários serviços do HNM, nomeadamente: Consulta Externa, Bloco Operatório, UCPAP e Internamento HBP e, por fim, um estágio curto no HPM, na Consulta Externa. A passagem por estes diferentes contextos teve como objetivo conhecer/compreender todo o percurso realizado pelo cliente, desde o momento da decisão de intervenção, cirurgia/consulta pré-operatória, até à consulta de *follow up.*, tendo como foco de interesse o aprofundamento de competências na área da segurança da pessoa e família a vivenciar a experiência cirúrgica nos três períodos operatórios, pré, intra e pós-operatório. O módulo III corresponde ao desenvolvimento deste relatório, contemplando esta Unidade Curricular um total de 810 horas (30 ECTS).

A seleção dos campos de estágio teve por base o reconhecimento destes serviços, como referências em termos de atualização e implementação de boas práticas de cuidados de saúde. Assim, considerei serem os locais mais indicados para o desenvolvimento de competências especializadas na prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória. Procede-se à sua apresentação/caracterização.

A **Consulta Externa** do Hospital Dr. Nélio Mendonça compõe-se de aproximadamente cinquenta gabinetes médicos, contudo, apenas quatro destinados aos cuidados de enfermagem: dois na área da cirurgia, um de ortopedia e outro no sector da cardiologia. São cerca de oito enfermeiros, dois deles Especialistas, um em Enfermagem Médico-Cirúrgica e outro em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Cada enfermeiro apresenta uma responsabilidade associada, constituindo elos de ligação com os outros serviços nas áreas de controlo de infeção, dor, registos eletrónicos, úlceras por pressão, entre outros. Para além de ter a intenção de percorrer todo o circuito que o cliente realiza após a tomada de decisão de intervenção, tinha igualmente curiosidade em perceber como se realizavam as consultas pré-operatórias.

O **Internamento Cirúrgico**, no 2º Piso, Ala Nascente do Hospital Dr. Nélio Mendonça, apresenta enfermarias que comportam trinta e três camas e dois isolamentos, cada um com uma cama, num total de trinta e cinco camas. São cerca de vinte enfermeiros, seis deles Especialistas, em Enfermagem Médico-Cirúrgica e em Enfermagem de Reabilitação. A área de especialidade neste serviço é Hepatobiliopancreático, contudo este recebe também clientes cirúrgicos com diagnósticos de hernioplastias, colecistectomias, apendicectomias, entre outros. Estas áreas são transversais a todos os outros serviços de cirurgia, conforme o dia da sua urgência ou até mesmo às vagas disponíveis no serviço. Também no internamento existem os elos entre serviços.

A filosofia subjacente ao serviço de internamento consiste em acolher o cliente na sua unidade, explicando as dinâmicas e indicando os espaços físicos de modo a empoderá-lo nas suas ações e tomadas de decisão. É essencial mostrar disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas, o escutar temores e anseios e, acima de tudo, serenar o cliente. Criando empatia e mantendo sempre ambientes seguros, os clientes sentem-se mais calmos e confiantes com a equipa que os acolhe nos serviços de internamento, até porque, são estes profissionais que os encaminharão ao Bloco Operatório (BO).

O **Bloco Operatório** do Hospital Dr. Nélio Mendonça, conta com quatro salas operatórias, uma Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, uma sala de desinfeção dos profissionais e uma sala de indução anestésica (ambas antes de cada sala operatória), uma sala de trabalho de enfermagem, dois gabinetes médicos e um gabinete do Enfermeiro Chefe. São cerca de noventa enfermeiros, aproximadamente, quinze Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica. No BO, os profissionais são alocados consoante as áreas de especialidade, conforme a sua experiência, havendo também elos responsáveis pela articulação com os diferentes serviços. Todas as salas de BO, tem cirurgias programadas diariamente nas diferentes especialidades, ficando apenas uma sala reservada para situações de emergência. São estas as áreas de especialidade de cirurgia: cardíaca, geral, ginecológica, estomatológica, oftalmológica, otorrinolaringologia, ortopédica, plástica, vascular, pediátrica e neurocirurgia.

No BO, o centro da nossa atenção continua a ser o cliente, contudo, noutra fase, noutra perspetiva, uma visão de desmitificação. O BO é o espaço que na instituição hospitalar evoca o papel mais “assustador” para os clientes e população em geral. É o “desconhecido”, que está associado à perda de consciência, pela anestesia, “o medo de não conseguir acordar”, e aos procedimentos invasivos e dolorosos, transmitindo sentimentos de angústia e ansiedade. Desta forma, o BO é visto como uma ameaça à integridade da pessoa e à sua identidade, principalmente, nas intervenções cirúrgicas urgentes/emergentes que, para a sociedade, implicam modificações repentinas nos hábitos de vida, no autocontrolo e na autonomia.

A **Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos Prolongados** do Hospital Dr. Nélio Mendonça está acoplada ao serviço de Gastroenterologia – internamento, uma unidade resguardada que tem capacidade para três camas. São cerca de dez enfermeiros, cinco deles Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e em Enfermagem de Reabilitação.

Segundo Sampaio et al. (2016), a estrutura desta unidade deve ser em *open-space*, sem obstáculos, que impeçam a visão, e com uma configuração que permita manter as vias

de circulação o mais curtas possível, facilitando a comunicação entre a equipa multidisciplinar, tal como foi constatado no ensino clínico do módulo II – estágio de opção. A filosofia presente na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos Prolongados é a de reforçar a vigilância ao cliente, procurando garantir uma segurança elevada de forma a estabilizá-lo após a intervenção cirúrgica.

Segundo Sampaio et al. (2016), a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos é uma escola constante para médicos, enfermeiros e alunos. É aqui que se dá continuidade e otimizam os cuidados anestésicos, em prol do bem-estar e saúde do cliente. Recomenda-se que todos os clientes submetidos a uma intervenção anestésica sejam admitidos neste tipo de unidades. A equipa é normalmente treinada e especializada na interpretação e resposta aos eventos de um breve, mas intenso, período a que se seguem procedimentos, requerendo um ato anestésico, prestando cuidados numa monitorização apertada, quase equivalentes a uma Unidade de Cuidados Intensivos. Contudo, a admissão nesta unidade é triada conforme as patologias associadas e consoante o tipo de intervenção cirúrgica. Sendo esta uma unidade específica de cuidados pós-operatórios imediatos, como refere o autor, é uma escola constante proporcionando um conjunto de ensinamentos específicos e uma diversificada aprendizagem. Enfim, nesta unidade são prestados procedimentos precisos, de monitorização específica, com equipas de enfermagem diferenciadas e qualificadas adequadas à exigência dos cuidados.

**A Consulta Externa do Hospital Particular da Madeira**, apresenta cerca de trinta gabinetes médicos, dois destes reservados à equipa de enfermagem. São cerca de doze enfermeiros, nenhum especialista, no presente momento. Esta equipa presta cuidados de enfermagem a maioritariamente clientes cirúrgicos, tendo a responsabilidade de articular estes cuidados com a equipa médica. Muitos deles, querem acompanhar o processo de cicatrização de uma ferida cirúrgica, por exemplo. A consulta de enfermagem pré-operatória e de *follow up* é deveras importante para o cliente que irá ser submetido a uma intervenção e é a base para o início da relação terapêutica. Os próprios clientes referem que se sentem apoiados do início ao fim. O ter presenciado cada uma das consultas, HNM e HPM fez com que verificasse o que se desenvolve em cada uma delas. No HNM, realiza-se apenas uma pequena consulta de ‘corredor’ e no HPM, ainda que por via telefónica atendendo ao COVID, efetuam-se ambas, a pré-operatória e a de *follow up*.

As várias dinâmicas presentes em cada serviço foram rapidamente por mim observadas e integradas; coloquei empenho e dedicação, beneficiando também de toda a colaboração da equipa multidisciplinar, que incansavelmente se dispôs a apoiar-me e/ou

esclarecer-me, sempre que solicitados. Salienta-se igualmente que todos os ensinamentos clínicos foram fundamentais para o desenvolvimento de competências comuns e específicas no cuidar da pessoa em situação perioperatória, sobre as quais refletirei no capítulo seguinte.

## **2. PERCURSO E DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS**

O enfermeiro especialista é o profissional a quem “se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” e pressupõe, além das competências específicas da área de especialidade, que partilhe “um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde” conforme descrito no Regulamento n.º 140/2019 (p. 4744). Estas aptidões envolvem as “dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática de enfermagem” Regulamento n.º 140/2019, p. 4744.

Já Serrano, em 2008, aludia a que as competências são fundamentais na valorização da profissão de enfermagem, pelo que este saber profissional incorre num processo de construção, baseado numa prática centrada nas pessoas e nas suas necessidades; deste modo, a qualidade dos cuidados depende de altos níveis de conhecimento e de desempenho, representados pelas competências dos enfermeiros. Não obstante, é neste contexto que a formação adquire um papel fulcral na evolução positiva dos serviços/organizações/instituições, garantindo sempre a qualidade e a excelência.

Perante a realidade atual de uma constante evolução a nível técnico e científico na área dos cuidados de saúde, desenvolvem-se atitudes diferenciadas de modo a se prestar os melhores cuidados. O progresso da ciência e tecnologia conduz-nos, como profissionais de saúde, a uma maior responsabilidade e exigência face à prestação de cuidados mais complexos. O enfermeiro sente assim a necessidade de aprofundar conhecimentos e desenvolver outras competências de modo a dar resposta a situações mais complexas com que se depara no dia-a-dia. Para tal, cria prioridades de intervenção ao cliente e sua família, não esquecendo que “a enfermagem alicerça o seu conhecimento específico tendo como base a fundamentação científica da disciplina e, ainda, através da intersecção de várias áreas do saber (...)” (OE, 2015, p.11).

Assim, como profissional de enfermagem, e consciente de todos os avanços dos dias de hoje, investi, ao longo do meu percurso profissional, na formação no intuito de adquirir e desenvolver capacidades do enfermeiro de cuidados gerais e, atualmente, no desenvolvimento de competências especializadas.

A decisão pelo Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação perioperatória, advém do meu percurso profissional desenvolvido até ao momento, com o grande apreço e interesse pelo cuidar do cliente cirúrgico, desde o acolhimento no serviço de internamento, até à alta.

Concluída a Licenciatura em Enfermagem, iniciei funções como enfermeira de cuidados gerais numa clínica privada, mais precisamente na área cirúrgica, em que o contacto com a pessoa em situação perioperatória foi constante. Posteriormente, ingressei no SESARAM, no serviço de cirurgia Hepatobiliopancreático; mais recentemente optei pelo internamento cirúrgico do HPM. Neste período, a minha experiência profissional foi desenvolvida na prestação de cuidados à pessoa e família durante a fase pré e pós-operatório. O facto de não dispor de experiência no cuidar da pessoa no intra-operatório, constituiu um desafio e um objetivo, em simultâneo: desenvolver competências no cuidar da pessoa no período intra-operatório e do qual muito me orgulho.

Segundo a OE (2011), como forma de concretizar a aquisição e alargamento de saberes, o enfermeiro deve consolidar a sua formação, percorrendo diversas áreas de atuação, desenvolvendo aptidões e competências cruciais para um exercício profissional de excelência. Assim, desde cedo, pautei a minha aprendizagem pelo rigor e, naturalmente, o meu percurso profissional foi sempre desenvolvido na incessante procura pela excelência dos cuidados. Consequentemente, o curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica surgiu, então, como uma etapa decisiva no seguimento da construção da minha identidade profissional. Não sendo um momento estagnado, constitui uma parte integrante de um processo transformativo de desenvolvimento e consolidação de competências, tendo sempre como referência a melhor evidência científica.

Por forma a melhor compreender o caminho de desenvolvimento de competências, o subcapítulo seguinte comporta um relato do percurso de aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista e o segundo subcapítulo apresenta uma componente mais específica, na qual explano o trajeto de aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação perioperatória, recorrendo à descrição e análise crítico-reflexiva.



## **2.1. Competências comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

A aquisição e desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista foi um processo gradual e contínuo que se iniciou no primeiro dia do curso de MEMC, mas que não se encerra com a conclusão do mesmo. Antes, prolongar-se-á no exercício da minha vida profissional, na perseguição de um constante aperfeiçoamento, pois como refere Fukada (2018), as competências incluem um desempenho integrado e complexo que reflete a atitude profissional, conhecimentos, pensamento crítico e valores, ao longo da carreira profissional. Deste modo, um profissional competente caracteriza-se: pelo desenvolvimento de um certo grau de maturidade, permitindo-lhe atuar em diversas situações; por, no contexto profissional, organizar o trabalho através da mobilização de recursos e relações interpessoais; por possuir um vasto leque de conhecimentos e habilidades pessoais que lhe possibilitam agir e resolver situações complexas, conseguindo analisar, priorizar e tomar decisões com iniciativa própria, de forma responsável (Serrano, 2008).

Desta forma, as competências do enfermeiro especialista derivam do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, já que, independentemente da área de especialidade, a atribuição do título de Enfermeiro Especialista prevê que, para além das competências específicas de cada área de especialidade, o mesmo seja detentor de um corpo de competências mais gerais e abrangentes, designadas por competências comuns. Estas são definidas, pelo Regulamento nº 140/2019, como:

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

O desenvolvimento destas competências foi transversal a todos os contextos de prestação de cuidados, onde decorreram as minhas práticas clínicas e encontram-se estruturadas em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

*Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal*

No percurso de aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista e, em conformidade com o artigo 5.º do Regulamento n.º 140/2019, desenvolvi uma prática de acordo com as normas legais, princípios éticos e deontológicos da profissão.

No exercício da minha prática clínica, procurei abster-me de juízos de valor sobre os comportamentos das pessoas, respeitando as suas opções culturais, morais e religiosas. Prestei cuidados sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica e religiosa, como também procurei atender a populações com necessidades especiais (invisuais, entre outros).

De acordo com o Regulamento supracitado, este domínio das competências relaciona-se com o desenvolvimento de uma prática profissional e ética, através da promoção de procedimentos de cuidados congruentes com os direitos humanos e com as responsabilidades profissionais, em que o enfermeiro deve demonstrar “um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica” (p. 4746).

Neste sentido, o ofício em enfermagem tem como ideologia o cuidar humano, em que todas as intervenções implementadas subentendem processos de tomada de decisão, devendo estas serem apropriados à pessoa alvo dos cuidados. Facto justificado por Magalhães (2020) ao afirmar que a prática diária do enfermeiro envolve sempre decisões, traduzindo uma operacionalização do conhecimento da enfermagem. Na verdade, a tomada de decisão é um processo de elevada complexidade, pois exige um largo espectro de conhecimentos e habilidades que possibilitam ao enfermeiro, através da recolha de informação e análise das hipóteses de resolução do problema, optar pela alternativa que confira maior benefício para o doente.

No decorrer da prática clínica, principalmente no ensino clínico I - Cuidar na sala operatória - tive oportunidade de realizar o acolhimento não apenas a vários clientes que chegavam para cirurgia como também tive oportunidade de realizar consultas de enfermagem pré-operatórias. Luna (2014) patenteia diversos objetivos da Consulta Pré-Operatória de Enfermagem (CPOE), tais como: reduzir a angústia e a ansiedade dos clientes relacionados com a intervenção cirúrgica, obtendo estes um maior bem-estar e colaboração ao longo do perioperatório; avaliar as expectativas e conhecimentos dos clientes face à cirurgia; permitir ao enfermeiro conhecer o historial clínico do cliente e as necessidades afetadas, de forma a estabelecer diagnósticos e planear cuidados individualizados; relembrar e esclarecer informações recebidas relativas à preparação pré-operatória; e permitir a

continuidade dos cuidados. Segundo Breda (2019), a CPOE é constituída por uma adequada avaliação inicial: fornecendo o material informativo, preparando o cliente para todo o perioperatório e estabelecendo um contacto para esclarecimento de dúvidas. A autora Pelarigo (2019) verificou que os enfermeiros do internamento cirúrgico mencionaram diversas dúvidas por parte dos clientes, tais como: a dimensão da incisão cirúrgica; o número de dias de internamento e de recuperação; se serão aquecidos no bloco operatório; e se irão ver e ouvir o que se vai passar na sala de operações durante a cirurgia (em casos de anestesia loco-regional). Desse modo, defende que a CPOE permite estabelecer uma relação privilegiada entre enfermeiro-cliente-família, pois possibilita o esclarecimento dessas e outras dúvidas e medos.

Esta relação privilegiada entre o enfermeiro e o cliente, ao possibilitar o esclarecimento de dúvidas, faz com que o cliente fique esclarecido e seguro da sua situação, tornando-o assim mais informado e contribuindo para uma tomada de decisão mais consciente.

Nesta linha de pensamento, é possível considerar que a responsabilidade do enfermeiro deriva do cumprimento dos seus deveres profissionais, descritos no Código Deontológico e no Estatuto da OE. A Deontologia surge então como a formulação de um dever profissional que a OE (2015) define como um conjunto de normas referentes à profissão, alicerçadas no conceito moral básico que é a preocupação com o bem-estar das pessoas e nos princípios da moral e do direito, que procuram definir as boas práticas. A existência deste compromisso conta com um passado longínquo, entendendo-se o assumir da profissão como uma declaração pública, realizada em benefício da comunidade, como patenteia o juramento de Nightingale. É neste domínio, e entre as diversas dimensões da ética de enfermagem, que se encontra a responsabilidade profissional, (Barradas, 2021).

A responsabilidade profissional, estabelecida na relação profissional, assenta em cinco valores universais, expostos no Código Deontológico: a igualdade, a liberdade responsável, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade. Esta incumbência consiste ainda no facto de individualizar e personificar cada cuidado conforme as circunstâncias de cada cliente que nos surge na prestação de cuidados. Naturalmente, é já uma prática quase automática, adequar o nosso discurso, por exemplo, com uma criança, com um adulto ou com um idoso. Para além disso, neste domínio, torna-se relevante mencionar que a responsabilidade pode também ser aferida em relação ao tipo de intervenção realizada. O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 161/96, tipifica as intervenções de enfermagem como autónomas e interdependentes.

São autónomas as intervenções “realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva responsabilidade” e interdependentes as “realizadas pelos enfermeiros (...) em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas” (p. 2961).

Para clarificar a diferença entre estes dois tipos de intervenções, segundo a OE (2001), nas intervenções autónomas, o enfermeiro “assume a responsabilidade pela prescrição e pela implementação técnica da intervenção”, ao passo que, nas intervenções interdependentes, o enfermeiro “assume a responsabilidade técnica pela sua implementação” (p.12). Já no âmbito da responsabilidade técnica, Deodato (2008) relembra que podemos entendê-la como a responsabilidade pela execução técnica, uma vez que o processo de decisão pertence a outro profissional. Contudo, o enfermeiro ao tomar conhecimento da decisão de outro profissional, através da prescrição de um cuidado, não a realiza sem um processo de raciocínio que, por sua vez, determina a sua decisão de execução, com base na avaliação técnica, científica, ética, deontológica e jurídica do cuidado em causa. Neste processo de tomada de decisão, podemos encontrar fundamentos que nos levem a não concretizar a prescrição, pelo que assumimos a responsabilidade em qualquer uma das alternativas, seja pelo praticado seja pelo omitido.

Os processos de tomada de decisão estão presentes em qualquer âmbito da prática profissional e emergem, principalmente, da identificação de um problema ético. A identificação de um problema ético reflete a autonomia do enfermeiro e, neste princípio, Deodato (2014) recorda que o enfermeiro reconhece a pessoa em risco de ser atingida na sua dignidade, constituindo o ponto de partida para um agir ético. Com isto, estamos perante a responsabilidade solidária, pelo outro, que faz emergir o dever de salvaguardar a sua dignidade e promover os seus direitos, de tal forma que, quando se detetam problemas desta natureza, o enfermeiro assume voluntariamente a sua defesa.

No decorrer do primeiro ensino clínico - cuidar na sala operatória – foi-me permitido vivenciar numerosas experiências e desafios e que me puseram à prova durante semanas. Experiências essas em que tive oportunidade de cooperar de forma responsável e supervisionada na área da anestesia, o meu sector de eleição, que exige grandes conhecimentos e muito estudo para alcançar os objetivos a que me propus. Toda a prestação de cuidados foi executada, sempre com supervisão da Enfermeira Tutora. Contudo, passado algum tempo, sentir-me capaz de executar as técnicas de forma independente, apenas com

essa supervisão, fez-me sentir realizada e grata por perceber que todo o empenho e esforço foram compensados.

Foram diversas as cirurgias que tive oportunidade de, em equipa multidisciplinar, integrar: cirurgias ortopédicas (osteossínteses, redução manual e prótese total da anca), cirurgia geral (hérnias inguinais, colecistectomias, apendicectomias e hérnia umbilical), cirurgias cardiotorácica (lobectomia), cirurgia da área pediátrica (substituição de cateter venoso central, apendicectomia e administração de citostáticos por via intratecal) e cirurgia de emergência (politraumatizado).

Na procura de uma prática de qualidade e de um ambiente terapêutico e seguro, os meus ensinamentos clínicos foram desenvolvidos, tendo em conta uma estrutura mais adequada e com previsível garantia dos melhores resultados para a resolução de problemas encontrados na prática clínica diária. Nesta perspetiva, procurei que as minhas tomadas de decisão seguissem a mais recente evidência científica. Naturalmente, este processo implicou um julgamento crítico baseado no melhor conhecimento científico. Considerou-se as recomendações e diretrizes sobre as situações clínicas, em específico, associando ainda a minha experiência e a dos enfermeiros de referência, as preferências da pessoa alvo dos nossos cuidados e das suas famílias, o contexto e os recursos disponíveis.

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica é aquele que cuida da pessoa e família, sempre numa perspetiva holística e individualizada. Como é esperável, no decorrer dos meus ensinamentos clínicos, vivenciei esta experiência. Abordei e apoiei uma família, ao receber, no BO, uma mãe ansiosa, que acompanhava a filha numa cirurgia de urgência – apendicectomia. Assim, após a entrada da criança na sala, promovi a escuta ativa e procurei minimizar os medos transmitidos. No serviço de internamento, no ensino clínico de opção, pude acolher familiares no momento da visita e esclarecer dúvidas acerca do estado de saúde dos clientes. Tive ainda a oportunidade de colaborar com a equipa médica na realização de diversos procedimentos técnicos invasivos, nomeadamente: indução anestésica, colocação de cateter venoso central, linha arterial e cateter epidural, sempre com a preocupação de garantir não só a segurança, como também o conforto e analgesia do cliente. A este propósito, recordo-me de uma cliente, na indução anestésica que, além de ansiosa, mostrava medo de todo o procedimento. Não obstante a equipa multidisciplinar explicar e procurar tranquilizar, a cliente manifestava medo de não acordar da anestesia – algo habitual em muitos outros clientes. Com calma e serenidade, o anestesista garantiu que da anestesia acordaria certamente; eu, com apenas um toque terapêutico, referi que estaria sempre

acompanhada: não adormeceria nem acordaria sozinha. Foram breves palavras e pequenos gestos que fizeram grande diferença para aquela cliente.

Outro aspeto fundamental, e não menos importante, é a privacidade. Abordá-la implica também falar da segurança da informação quer oral quer escrita. Nesta perspetiva, levantam-se algumas questões éticas relativamente à descrição das informações clínicas, bem como, à forma como é feita a passagem de turno nos diferentes contextos, que este curso de MEMC engloba. No decorrer dos ensinamentos clínicos, foi sempre minha preocupação respeitar a privacidade e a individualidade de cada cliente. Ainda que nem sempre estivesse salvaguardado totalmente, por falta de condições físicas e/ou espaços físicos, foi sempre um cuidado meu de modo a que o cliente não se melindrasse e que, pelo contrário, sentisse que o atendimento estaria a ser personalizado e, acima de tudo, individualizado. A título de exemplo, acolhi uma cliente, desenvolvendo, depois, um estudo de caso. Na antecâmara, antes da sala operatória, tive o cuidado de validar se a cliente consentia a pequena entrevista e confirmei que as portas estavam fechadas e que nos encontrávamos num ambiente reservado e propício ao início de uma relação empática. Assim, conversamos, num tom audível, mas apenas perceptível a ambas. Esta abordagem pode ser o ponto de partida para construir uma relação que facilite a comunicação centrada no cliente, permitindo ao enfermeiro tomar conhecimento da sua história, através de perguntas abertas que promovam o diálogo. Ao facilitar a compreensão por parte do cliente em relação ao procedimento cirúrgico, fortalece-se as suas capacidades e ajudamo-lo a obter uma maior mobilização dos recursos essenciais para a recuperação (Pettersen et al. 2017).

Como já apontado anteriormente, destacar a privacidade implica abordar a segurança da informação quer seja ela escrita ou falada. Como é conhecido, as passagens de turno revestem-se de fulcral importância, pois asseguram a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação. Tal como Sousa et al. (2019) referem, a transferência de informação reporta ao direito de confidencialidade e privacidade, proteção da intimidade/reserva da vida privada e, ainda, ao dever de sigilo do profissional de saúde. Como dita a Lei nº 156/2015, Artigo 106.º, considerando que toda a informação colhida pelos profissionais deve ser confidencial, há que ter em conta que a mesma deve ser partilhada “só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos” (p. 8103). No decurso dos vários ensinamentos clínicos, assisti e participei em passagens de turno distintas: as que se realizam junto ao cliente e aos seus dados de monitorização, as que ocorrem em sala fechada, apenas com a equipa de enfermagem e ainda

a passagem de turno com a equipa multidisciplinar, de modo a facultar a todos os profissionais o conhecimento da situação clínica, sem prejuízo da vigilância contínua. Independentemente da singularidade da passagem de turno, houve sempre em atenção à confidencialidade dos dados dos clientes, adequando o tom de voz e respeitando a privacidade de cada cliente.

No que diz respeito à informação escrita, os diversos contextos dos ensinamentos clínicos são detentores de um registo informatizado, com recurso a aplicações informáticas. De acordo com Vieira (2018), independentemente da aplicação informática, os sistemas informáticos de registos são uma forma de proteção da informação em saúde, trazendo ganhos em termos de eficácia, produtividade, confidencialidade, segurança e facilidade de acesso à informação. Pode pois ser acedida por vários profissionais de forma remota, imediata e simultânea, melhorando a comunicação e possibilitando um cuidado mais eficaz e individualizado.

Não menos importante que a transferência das informações, numa perspetiva de respeito pela privacidade dos clientes, é a comunicação entre os profissionais. Segundo Alves (2011), para a prestação de cuidados de saúde de qualidade, os profissionais necessitam de aprimorar competências interpessoais em comunicação, liderança e gestão, de forma a contribuírem para resultados satisfatórios no desempenho das equipas. Por conseguinte, o desenvolvimento de tais competências oferece largos benefícios, nomeadamente: promoção de um ambiente amigável e favorável para os clientes e profissionais; aumento da sua satisfação pelos cuidados prestados; alargamento da produtividade e uma gestão eficaz do tempo.

Neste âmbito, e seguindo a ideia do mesmo autor, o trabalho em equipa bem-sucedido, através de uma comunicação efetiva entre os profissionais de saúde, consiste num motivo de satisfação pessoal e profissional, tornando necessário que cada um reconheça o seu papel e competências, para atuar de forma interdependente, sendo o cliente no seu todo e a satisfação das suas necessidades e expectativas o centro de toda a prestação de cuidados.

Toda a informação transmitida verbalmente é confirmada duplamente. Desde marcação de exames complementares de diagnóstico; em que pude constatar no ensino clínico no serviço de gastro e no internamento; doses de terapêutica a serem administradas, principalmente nas induções anestésicas; validação do material necessário para cada procedimento até à validação dos procedimentos a executar. Só assim, tudo funcionará em condições de segurança para o cliente e para toda a equipa multidisciplinar. A verificação e validação das informações, atentando ao que corresponde a cada cliente, contribui para a

segurança e consciência cirúrgica. Quaisquer destas experiências referidas fundamentam a importância e, principalmente, a segurança de quem trabalha de forma competente e com responsabilidade profissional.

### *Competências da melhoria contínua da qualidade*

Com a evolução dos cuidados de saúde e com a complexidade inerente a estes, com o aumento da esperança média de vida e da expectativa das pessoas, famílias, grupos e comunidades, os sistemas de saúde têm vindo a deparar-se com a necessidade de prestar cuidados de saúde mais seguros e de maior qualidade (Ribeiro et al., 2017). Apesar de ser unânime a pertinência de obter padrões cada vez mais elevados de qualidade, definir qualidade dos cuidados de saúde representa, por si só, um desafio. Em Portugal, a qualidade tem adquirido uma inequívoca relevância, tanto que está regulada no Plano Nacional de Saúde com extensão até 2026, onde se constitui como um eixo estratégico do seu modelo conceptual. Neste, a segurança do cliente significa:

(...) a cultura de segurança numa instituição de saúde corresponde ao conjunto de valores, crenças, normas e competências individuais e de grupo que determinam o compromisso, o estilo e a ação relativa às questões da segurança do doente. Ao priorizar, desenvolver e criar condições que permitam garantir uma cultura centrada na segurança, as lideranças e gestores conduzem a instituição para um nível em que os doentes, as famílias e os profissionais de saúde sentem confiança e abertura para discutir e antecipar as fragilidades do sistema, bem como a possibilidade de ocorrência de eventos indesejáveis, mas também, para responder de forma transparente aos desafios da complexidade inerente à prestação de cuidados de saúde. (p. 98-99)

Os projetos de melhoria da qualidade no sistema de saúde tornaram-se, assim, um imperativo, na medida em que exponenciam a efetividade, a eficiência, a equidade e a segurança dos cuidados prestados. Desta forma, concebido com base numa visão transversal do Sistema Nacional de Saúde (SNS), emergiu o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021), onde se defende que o direito à proteção da saúde é tutelado, nos termos do artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa, como um direito fundamental, um direito social.

A ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade dos sistemas de saúde modernos. A implementação de políticas e estratégias



que reduzam estes incidentes, uma parte dos quais é evitável, é reconhecida, internacional e nacionalmente, como conducente a ganhos em saúde e constitui hoje uma aposta clara em saúde. A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, Despacho n.º 5613/2015, vem contribuir para enaltecer a importância da qualidade dos cuidados de saúde e visa garantir que o acesso à prestação de cuidados de saúde se realiza em condições adequadas às necessidades.

Importa mencionar que os contextos dos ensinamentos clínicos são marcados pela casuística, sendo de esperar que execute com mais segurança aquele que pratica com mais regularidade. Numa vasta equipa de profissionais, nem sempre é possível, infelizmente, disponibilizar a experiência de situações urgentes a todos os enfermeiros com a frequência espetável. Apesar disso, é bem notório uma busca contínua de minimização do erro, com a ajuda e partilha de dúvidas entre profissionais.

As boas práticas de qualidade e segurança em saúde estão também reguladas na Lei n.º 95/2019 que consagra a Lei de Bases da Saúde, ao definir que todas as pessoas têm direito a “aceder aos cuidados de saúde (...) seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde” (p. 56). Nesta ótica, segundo a Lei n.º 156/2015, entende-se a qualidade como um elemento crucial no processo de prestação de cuidados de saúde. De facto, o enfermeiro assume também o dever de “garantir a qualidade” dos cuidados (p. 8080). Já em 2001 a OE considerava a necessidade de criar sistemas de qualidade como uma ação prioritária, razão pela qual emergiram os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, com reflexo na melhoria dos cuidados prestados e no próprio debate sobre o exercício profissional. Traduziu-se isto num instrumento que ajuda a precisar o papel do enfermeiro junto dos clientes, de outros profissionais e do público em geral. Trata-se de uma representação dos cuidados definida em seis categorias de enunciados descritivos relativas à satisfação dos clientes, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e autocuidado, à readaptação funcional e à organização dos serviços de enfermagem.

O ensino clínico no BO do HNM, cuidar na sala operatória, é um período do ensino clínico de opção, sendo este, um serviço acreditado. Esta oportunidade permitiu-me reconhecer que este não é um processo estanque, exigindo permanente colaboração e acompanhamento, com o objetivo de assegurar a manutenção do nível de qualidade obtido e, quiçá, de permitir evoluir para o patamar seguinte. A acreditação inclui documentação específica, registo personalizado de avaliação inicial, controlo de sinais vitais, panfletos de cuidados de enfermagem, registos de enfermagem pós-operatórios imediatos, entre outros.

Segundo o Despacho n.º 1400-A/2015, a segurança “é um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde”, (p. 3882-2), pelo qual se torna relevante abordar, neste ponto, os objetivos estratégicos apresentados no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026.

Além do objetivo já referenciado anteriormente, outro visa aumentar a segurança da comunicação, sendo esta um pilar fundamental para o cliente, em especial quando existe transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde, tais como nas mudanças de turno e nas transferências ou altas.

Neste âmbito, a DGS publicou em 2017 a norma intitulada “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”, onde se recomenda a utilização da metodologia *Identification-Situation-Background-Assessment-Recommendation*, comumente designada por ISBAR, em todas as transições de cuidados, independentemente do contexto, fomentando uma comunicação precisa, sem lacunas e atempada, com o intuito de evitar falhas na continuidade dos cuidados (DGS, 2017). Foi nesta base que colaborei na comunicação efetiva das equipas, procurando transmitir informação focada e concisa, de modo estruturado, reduzindo a necessidade de repetição e minimizando a ocorrência de erros, tal como Wang et al. (2020) sugerem.

A comunicação na saúde está também associada à difusão de orientações e de normas de boas práticas, à transversalidade entendida como a informação disponibilizada em qualquer contexto de cuidados de saúde, ao direito de informação das pessoas, articulado com o consentimento informado, esclarecido e livre. Pode ser utilizada como uma ferramenta que fomenta o conhecimento e as capacidades das pessoas alvo de cuidados, dando possibilidade de gerir as suas expectativas e participar ativamente no plano de cuidados delineado, contribuindo para o reforço da sua confiança no serviço de saúde.

Foi nesta medida que sempre procurei estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa e família. Segundo Pinho (2020), o enfermeiro deve ser um agente responsável pela humanização dos cuidados, tendo o dever de dar atenção à pessoa como totalidade única, inserida numa família e numa comunidade, propiciando o desenvolvimento das suas potencialidades. A comunicação com os familiares é, então, um aspeto que se reveste de extrema importância, pois, enquanto enfermeiros, somos confrontados com todas as preocupações e questões relativas ao estado clínico do cliente. Neste sentido, a informação disponibilizada pelos enfermeiros aos clientes/familiares é considerada como uma componente indispensável na relação entre ambos, na qual o diálogo aberto e claro é fundamental para uma relação terapêutica efetiva.

Todos estes aspetos são fundamentais para a sucessiva qualidade dos cuidados de saúde. Segundo Correia (2015), a certificação da qualidade nas instituições de saúde é reconhecida como importante, pois, transmite um sinal de que a organização em causa está a operar em consonância com as regras e as normas estruturadas e de acordo com os princípios da gestão da qualidade total. Assim, a qualidade em saúde deve ser gerida de forma a ser continuamente melhorada e adaptada a novas situações. Para isto, é imprescindível acompanhar a sua evolução e conseguir pormenorizar falhas existentes de modo a, no futuro, poder preveni-las, propondo melhorias para obter os maiores resultados.

### *Competências de gestão dos cuidados*

A American Academy of Ambulatory Care Nursing (2016) define a gestão dos cuidados como a organização deliberada de todas as atividades do processo assistencial entre dois ou mais participantes, incluindo a pessoa alvo de cuidados, visando facilitar e otimizar a prestação adequada de cuidados de saúde. Os mesmos autores realçam que esta dinâmica envolve a adequada alocação e distribuição de recursos humanos e materiais necessários no processo de cuidados. O Regulamento n.º 76/2018 acrescenta que o exercício de gestão de enfermeiros é determinante para assegurar a qualidade e a segurança do desempenho profissional, “constituindo-se como componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde” (p. 3478).

Nesta perspetiva, ao longo dos ensinamentos clínicos, procurei: observar o papel dos enfermeiros na gestão de cuidados junto do cliente, acompanhar os enfermeiros chefes e seguir os enfermeiros chefes de equipa no desempenho das suas funções. Quer na assistência direta, quer no indireto, foi visível o trabalho desenvolvido na gestão de todos os problemas observados, ao longo da jornada de trabalho. Este acompanhamento contribuiu para a aquisição da competência de gestão dos cuidados, de forma a ter maior perceção de que os chefes de equipa têm um trabalho acrescido, estão mais despertos e dispõem de competências mais alargadas para exercer esta função. Tendo outra visão, sabem lidar e reagir com as intercorrências e/ou problemas que possam surgir durante os diversos turnos, como por exemplo, falta de materiais, a gestão de falta de recursos, entre outros. Tudo isto ocorre porque cada chefe de equipa normalmente é perito, ou é enfermeiro especialista ou tem formação específica na área de gestão.

Cada enfermeiro responsável pelos clientes que lhes são atribuídos tem um papel fulcral de orientar e gerir os cuidados que irão ser prestados, organizando o seu plano de trabalho diário junto dos mesmos.

Nos vários ensinamentos clínicos, desde o BO, à UCPAP e ao internamento, foi o momento de compreender o método de distribuição dos elementos da equipa pelos diferentes postos de trabalho, onde se procura alocar a cada posto de trabalho o enfermeiro com as competências que melhor respondam a cada situação específica. No caso particular do BO, ensino clínico ao nível cronológico em que contei com mais horas, a metodologia de trabalho adotada é a de trabalho em equipa, tendo cada profissional uma função própria, em que todos os elementos são responsáveis pelos cuidados prestados às pessoas a seu cargo. Este é orientado pela enfermeira chefe que coordena e planifica a distribuição dos cuidados de forma a maximizar as capacidades de todos os membros da equipa, consoante as competências e formações de cada um. Apesar de cada enfermeiro atuar individualmente na satisfação das necessidades apresentadas pela pessoa, toda a equipa conhece-as e atua de forma sinérgica.

A gestão destes recursos humanos é efetuada diariamente e está intimamente articulada com o plano cirúrgico. O período em que acompanhei o Enfermeiro Gestor, substituindo a enfermeira chefe, permitiu-me cooperar na garantia de um ambiente terapêutico e seguro, colaborando na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados confiáveis. Compreendi que, devido às especificidades cirúrgicas, existem equipas afetas a determinadas especialidades cirúrgicas, tais como, cardiotorácica e neurocirurgia e, pelo mesmo motivo, em caso de urgência e/ou emergências destas especialidades, são ativadas essas equipas, que se encontram em regime de prevenção. De igual modo e, pela necessidade de cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, frequentemente, procura-se que o enfermeiro de anestesia seja especialista em EMC (Enfermagem Médico Cirúrgica). Por esta razão, procurei dedicar-me a esta área, embora não desconsiderando os demais setores e aproveitando qualquer oportunidade de aprendizagem para aperfeiçoamento de competências. Na fase do intraoperatório, as funções de cada enfermeiro, circulante, instrumentista e de anestesia, são claramente distintas e, ainda que tenham conhecimento geral das funções de cada um, a política do BO determina funções fixas de modo a garantir a qualidade e a segurança dos cuidados. Esta foi uma experiência única e memorável: compreender, enriquecer e participar de forma ativa de toda a logística que se desenvolve naquele espaço físico. Apenas conhecia as portas de acesso ao BO e o circuito inicial de receção de um cliente a este espaço, todo o resto era-me completamente desconhecido.

No que se refere à Unidade Curricular: estágio com relatório, módulo I, que desenvolvi no bloco de exames gastro, verifica-se uma divisão da equipa pelas salas de

endoscopias baixas, endoscopias altas, recobro e sala de tratamentos. Em relação ao internamento e à consulta, ocorre da mesma forma: alocar os colegas pelas salas (gabinetes de enfermagem) e pelos clientes, de modo a ter maior e melhor capacidade de resposta, atendendo às competências adquiridas.

O Regulamento n.º 743/2019, que explana a Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, refere que é fundamental a existência de um modelo de prestação de cuidados que reflita a capacidade de adequação dos recursos humanos, face às características demográficas da população, aos perfis de saúde e de doença, às tecnologias de saúde e à maior diversidade de métodos e metodologias de gestão. Deverá, pois, garantir, em simultâneo, a qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde, através do reforço dos cuidados de enfermagem, de acordo com as melhores práticas e recomendações internacionais. Por este motivo, a definição de um rácio apropriado deve considerar, também, aspetos como as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a descentralização de serviços, a formação e a investigação, Regulamento n.º 743/2019, p. 128.

É possível afirmar que, ao longo do curso de MEMC, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, fui adquirindo ferramentas que me permitiram gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta e a articulação da equipa de saúde. Assim, fui, gradualmente, adquirindo algumas habilidades de liderança e gestão de recursos, face às situações e aos contextos, visando a garantia da qualidade dos cuidados, como resultado das atividades e estratégias que foram implementadas no decorrer dos diversos ensinamentos clínicos.

Numa perspetiva global, na abordagem deste domínio, durante os ensinamentos clínicos, colaborei ativamente nas decisões da equipa multidisciplinar na vertente da gestão dos cuidados, ainda que sempre com a supervisão dos enfermeiros responsáveis. Similarmente, prestei cuidados de enfermagem de uma forma refletida e metódica, alicerçados no processo de enfermagem. Neste sentido, fui capaz de identificar os problemas de saúde, recolher e avaliar os dados sobre cada situação particular com que me deparei, formular diagnósticos de enfermagem, elaborar o plano para a prestação dos cuidados de enfermagem e executar correta e adequadamente os cuidados necessários, avaliando-os e reformulando as intervenções, sempre que ditado.

Quanto à ferramenta informatizada de trabalho, utilizada para a gestão dos cuidados, baseia-se no processo de enfermagem, com recurso à linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) do *International Council of Nurses* (2016).

Entende-se que o processo de enfermagem é a base científica que confere sustentação às ações de enfermagem, sendo considerado uma forma ordenada e sistemática do agir do enfermeiro para identificar e resolver problemas levantados junto dos clientes. Representa e representará, cada vez mais, à medida da sua implantação e implementação, uma conquista para a prática profissional (Almeida, 2011).

### *Competências de desenvolvimento das aprendizagens profissionais*

Segundo a OE (2015) "o aperfeiçoamento profissional, mais do que uma mera atualização de conhecimentos, com que se cumpre o dever de zelo, é o caminho da construção de competências" (p.43). Este domínio das competências comuns do enfermeiro especialista, segundo o Regulamento nº 140/2019, diz respeito ao desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade, bem como ao facto de basear a sua *praxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

A formação contínua constitui um dever e uma responsabilidade profissional: é um processo recomendado internacionalmente pelas associações profissionais, um percurso de aprendizagem ao longo da vida. Medeia as lacunas do conhecimento deixadas pela formação académica e naturalmente pela necessidade de obtenção de conhecimento novo, gerado pelo desenvolvimento científico e tecnológico progressivo e constante no contexto e especificidade dos cuidados (Queirós & Fernandes 2021).

Por conseguinte, para uma prestação de cuidados de enfermagem adequados e de excelência, é da responsabilidade do enfermeiro garantir o seu processo de formação contínua, atualizando e enriquecendo os seus conhecimentos, acompanhando, assim, o desenvolvimento da prática de enfermagem. Segundo o REPE (2015), o enfermeiro é um profissional com um saber próprio, integrado numa equipa multidisciplinar e, como tal, assume a responsabilidade pelo seu desempenho no exercício da profissão, em conformidade com a evolução científica e a experiência adquirida. É, pois, de extrema importância que este se mantenha atualizado acerca da evidência científica produzida no âmbito da enfermagem. Posto isto, o enfermeiro especialista deve ser capaz de gerir sentimentos e emoções, atuar eficazmente sob pressão e reconhecer, antecipar e utilizar adequadamente técnicas de resolução de conflitos.

Com base nos conhecimentos adquiridos e na minha experiência profissional, este domínio constitui um desafio constante, uma vez que a competência se adquire tendo como suporte as aprendizagens profissionais que, ao longo do percurso, são diversificadas. O

conhecimento de si próprio é uma condição indispensável para o seu desenvolvimento e das situações que experienciamos.

Foi nesta perspectiva e com esta preocupação que norteiei a minha prática clínica, alicerçando os processos de tomada de decisão e as minhas intervenções em conhecimentos válidos, atuais e pertinentes. Numa perspectiva de continuidade, os saberes que adquiri nesta fase do processo de especialização são agora mais sólidos e precisos, contribuindo para melhor cuidar da pessoa e família a vivenciar a experiência cirúrgica. Certamente, levo as melhores práticas e os melhores cuidados absorvidos em todas as equipas com quem trabalhei, contribuindo para uma melhoria progressiva da minha *práxis* diária de cuidados. Da mesma forma, julgo poder afirmar que coloquei o maior empenho e dedicação a todas as pessoas, em todos os lugares por onde passei e a todos os profissionais, que fizeram parte deste meu percurso e que tive o gosto de conhecer.

Durante o curso, tive ainda oportunidade de realizar o curso de Suporte Básico de Vida e Desfibrilhador Automático Externo, experiência esta que muito enriqueceu todos quantos nele participaram. Conhecimento único que colocou cada participante à prova, dotando-o de ferramentas para socorrer qualquer pessoa que necessite destes cuidados, quer seja num serviço de internamento, num serviço de pré ou pós-operatório imediato, consulta externa ou outro espaço.

Ao encerrar este subcapítulo, deixo este pensamento: a formação contínua constitui não apenas uma forma de desenvolvimento pessoal e profissional, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados, como também um dever para com a profissão. Procurei, então, durante os ensinamentos clínicos, transmitir às equipas novos conhecimentos e normas e alertar para as atualizações dos protocolos e *guidelines*, com o intuito de contribuir para a promoção de cuidados seguros e de qualidade. A título de exemplo: a discussão/reflexão sobre a utilização da linguagem classificada (CIPE), reflexões conjuntas acerca dos fármacos que atuam mais rápido no controlo da dor. Ficou igualmente a partilha da minha experiência acerca da perceção que os clientes têm acerca da oportunidade de usufruir de uma consulta pré-operatória e de *follow up*.

## **2.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica no cuidado à pessoa em situação perioperatória**

De acordo com o Regulamento nº 429/2018, os tratamentos médicos e cirúrgicos remontam à antiguidade. Os desenvolvimentos técnicos e científicos, em resposta às

necessidades em cuidados de saúde, permitiram um desenvolvimento ímpar no diagnóstico e tratamento. Mais do que em qualquer outra época, este avanço no conhecimento oferece oportunidades que elevam a longevidade. Contudo, viver mais, nem sempre significa viver melhor.

Tendo como finalidade a melhoria da qualidade de vida da pessoa, os cuidados especializados em enfermagem Médico-Cirúrgica exigem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção. Tudo isto em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvo dos cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Poder-se-á, desta forma, antecipar complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação.

Os processos médicos e cirúrgicos complexos dizem respeito ao conjunto de ações que implicam a tomada de decisão. Baseiam-se na informação relevante e potenciais consequências de cada alternativa e recurso, que determinam a intervenção especializada do enfermeiro em contexto extra-hospitalar, hospitalar, domiciliário e comunitário. Estes processos terapêuticos constituem-se como respostas estruturadas, educativas e orientadas para a necessidade em cuidados de enfermagem especializados, face a problemas decorrentes de alterações anatomofisiológicas de órgãos e de sistemas de órgãos de natureza aguda ou crónica, Regulamento nº429/2018.

Com o progresso constante nas diferentes vertentes do saber, cabe ao especialista em enfermagem médico-cirúrgica desenvolver uma prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Este é também o profissional apropriado para projetos de formação, de assessoria e de investigação que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização. Pela sua abrangência, a especialidade em enfermagem médico-cirúrgica encontra-se dividida em várias áreas, de acordo com o destinatário dos cuidados e o contexto de atuação. No que concerne à especialização em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação perioperatória, a sua principal competência é cuidar e maximizar a segurança da pessoa em situação perioperatória e, do mesmo modo, à família/pessoa significativa, Regulamento nº429/2018.

Em seguida, evidencia-se o modo como cada competência específica foi adquirida/desenvolvida, fazendo uso da descrição, análise e reflexão das experiências vivenciadas durante os estágios, nos diferentes contextos, recorrendo à evidência científica, para sustentar as minhas práticas de cuidar.



### 2.2.1 Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa

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. Reportam-se ainda à promoção da saúde, à prevenção de eventos adversos e ao tratamento da doença. A intervenção do enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória desenvolve-se em cinco áreas de atuação, complementares entre si: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos. Decorrem as mesmas em várias fases: no pré-operatório, inicia quando o cliente e o cirurgião se decidem pela cirurgia e termina quando o cliente é transferido para a mesa operatória; no intraoperatório, aquando da transferência do cliente para a mesa operatória, findando no momento em que este é transferido para a Unidade de Cuidados Pós Anestésicos - UCPA; por fim, o pós-operatório, principia no instante em que o cliente dá entrada na UCPA e conclui-se na ocasião em que se considera que o cliente está recuperado do processo cirúrgico/anestésico, Regulamento nº429/2018.

Segundo a Association of Operating Room Nurses (AORN, 2013), a enfermagem perioperatória engloba o conjunto de atividades de enfermagem realizadas durante o pré, o intra e o pós-operatório; destaque-se o principal objetivo do enfermeiro EEMC: garantir ao cliente cirúrgico cuidados de enfermagem diferenciados e de qualidade. Por estar mais familiarizada com o cliente cirúrgico (no internamento), encontrei nos diversos ensinamentos clínicos realizados no BO muitas oportunidades de aprofundar conhecimentos, habilidades e intervenções de enfermagem específicas para cuidar da pessoa no intraoperatório. Estas experiências contribuíram para um cuidar integrado, centrado no cliente acompanhando a pessoa a vivenciar uma experiência cirúrgica nas diferentes fases operatórias, conduzindo ao desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à pessoa em situação perioperatória.

Como já mencionado, a cirurgia comporta uma vivência geradora de *stress* e de sentimentos negativos, como a ansiedade e o medo. Neste contexto e perante as situações em que os clientes se encontravam conscientes e orientados, norteei a minha intervenção de acordo com o princípio da autonomia, no intuito de capacitar a pessoa para a gestão da experiência cirúrgica. Neste sentido, identifiquei as suas necessidades, principalmente em

termos de informação, e procedi ao esclarecimento de dúvidas, na garantia do cumprimento do consentimento informado, livre e esclarecido, através da avaliação do grau de compreensão da pessoa acerca do procedimento a ser realizado. Na consulta pré-operatória do HPM, tive oportunidade de vivenciar experiências únicas e, aqui, facilmente se esclarecem dúvidas, medos e receios, numa conversa simples e tranquilizadora. Os clientes são inteirados de todas as rotinas, do passo a passo dos procedimentos, do que deverá trazer consigo, das informações sobre as visitas, entre outros aspetos. São informações pertinentes e que aquietam quem irá ser submetido a uma intervenção cirúrgica. No decorrer destas consultas pré-operatórias foi ainda minha preocupação identificar as necessidades dos clientes em situação perioperatória e da sua família, com o intuito de elaborar um plano de cuidados que fosse ao encontro das necessidades identificadas, desde a consulta pré-operatória. Em relação ao HNM, importa realçar que, devido à falta de espaço físico, não existe uma consulta pré-operatória implementada de forma estruturada, a equipa de enfermagem esclarece apenas algumas dúvidas, no corredor, após a participação do cliente na consulta médica.

Nos diferentes contextos onde desenvolvi os estágios, o cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa, foi realizado numa base científica - Metodologia do Processo de Enfermagem, sendo utilizada mentalmente e também em termos de registos informáticos.

Segundo Garcia & Nóbrega (2008), o Processo de Enfermagem é um instrumental tecnológico ou um modelo metodológico para o cuidado profissional de enfermagem. Indica o mesmo um trabalho profissional específico e pressupõe uma série de ações dinâmicas e inter-relacionadas para sua realização. Ou seja, consiste na adoção de um determinado método ou modo de fazer, fundamentado num sistema de valores e crenças morais e no conhecimento técnico-científico da área. Na perspetiva de Adamy et al. (2020), o processo de enfermagem é uma metodologia científica necessária para a consolidação da profissão e constituição de uma identidade profissional, com base em conhecimentos estruturados que suportam a prática diária e os processos de tomada de decisão.

De acordo com os mesmos autores, a implementação do Processo de Enfermagem demanda: habilidades e capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas (que ajudam a determinar o fenómeno observado e o seu significado); os julgamentos traçados e os critérios para sua realização; e as ações principais e alternativas que o fenómeno requer, para que se alcance um determinado resultado. Estes aspetos dizem respeito aos elementos da prática profissional considerados, por natureza, estreitamente ligados ao Processo de Enfermagem:

tudo o que os Enfermeiros realizam (ações e intervenções de enfermagem), tendo como base o julgamento sobre necessidades humanas específicas (diagnóstico de enfermagem), para alcançar resultados pelos quais se é legalmente responsável (resultados de enfermagem).

O processo de enfermagem tem por base as necessidades humanas básicas, específicas de cada área de vida, correspondendo ao modelo inicial de Nancy Roper. Segundo Fonseca et al (2017), o modelo inicial de Nancy Roper foi então reformulado em 1980, pela autora, conjuntamente com Winifred Logan e Alison Tierney, transformando-o num modelo mais completo e adaptado às necessidades da prática dos cuidados de Enfermagem. Insere-se na Escola de Pensamento das Necessidades Humanas Básicas, fundada por Virgínia Henderson e está contida no Paradigma da Integração, centrando-se na pessoa de modo a assumi-la como um todo. Isto significa que um ser permanece em constante crescimento e evolução desde a sua conceção até à morte e usufrui de um conjunto de necessidades essenciais para a manutenção da sua saúde e bem-estar. Este modelo baseia-se no paradigma de vida que tem como núcleo a pessoa. É definida como um sistema aberto em permanente interação com o meio ambiente, compreendendo doze atividades de vida diárias que estão condicionadas pelos estadios de vida, na medida em que nalguns momentos o indivíduo consegue ou não realizar determinada ação.

Conforme o citado modelo, o enfermeiro deve estar consciente da individualidade capital de cada pessoa e de que existem circunstâncias que influenciam o conhecimento, as atitudes e a conduta do mesmo, tais como: os fatores biológicos, os psicológicos, os socioculturais, os ambientais e os socioeconómicos – estão estes intimamente relacionados com a duração da vida nas várias fases de desenvolvimento. A comparação do estadio dependência/independência das pessoas com o ciclo vital é necessário, já que nem todas as pessoas nasceram com o mesmo potencial para se tornarem independentes em todas as atividades de vida. Um aspeto importante na enfermagem é apreciar o nível de autonomia da pessoa face a cada atividade de vida podendo ajuizar em que direção e com que intensidade deve ser ajudada de modo a passar da dependência para a independência, (Fonseca et al, 2017).

Como alude Fonseca et al (2017), Nancy Roper definiu, segundo o seu modelo, um metaparadigma de enfermagem, compreendendo quatro conceitos: saúde, pessoa, ambiente e enfermagem. A pessoa é descrita como um indivíduo central, que satisfaz doze Atividades de Vida Diárias, de acordo com o *continuum* dependência/independência e com o estadio do ciclo vital, sofrendo várias influências. São os fatores: psicológicos (elementos da pessoa, incluindo aspetos intelectuais e emocionais), biológicos (desempenho anatómico e

fisiológico do corpo humano), socioculturais (todos os aspetos que englobam a cultura, religião, espiritualidade, ética, relacionamentos e status na comunidade), ambientais (fatores externos ao indivíduo que vão influenciar todos os outros fatores) e, por fim, político-económicos (aspetos legais, políticos e/ou económicos que podem ser refletidos na legislação).

O objetivo principal da pessoa é atingir a autossatisfação e independência máxima nas atividades de vida, dentro do possível e de acordo com as circunstâncias em que se encontra. Segundo o modelo de Roper, as doze Atividades de Vida Diárias que descrevem a vida do indivíduo são: promover um ambiente seguro, comunicar, respirar, comer e beber, eliminar, promover a higiene e o arranjo pessoal, controlar a temperatura corporal, mover-se, trabalhar e distrair-se, expressar a sexualidade, dormir e morrer. Deste modo, conceber-se-á o planeamento dos cuidados de enfermagem no sentido de ajudar o indivíduo a evitar, aliviar, resolver ou tolerar os problemas reais ou potenciais relacionados com as Atividades de Vida Diárias. Pretende-se igualmente prevenir o reaparecimento de problemas já solucionados, lidando de forma positiva com qualquer dificuldade, incluindo a morte.

Com o desenvolvimento da disciplina de enfermagem, muitos conhecimentos científicos têm vindo a ser produzidos, entre eles o processo de enfermagem. Este é considerado uma ferramenta metodológica sólida, baseada numa estrutura teórica e científica, para planear, organizar e sistematizar os cuidados, permitindo aos enfermeiros, a organização do trabalho, autonomia para a tomada de decisões e, sobretudo, a qualidade na assistência focada no cuidado integral e individual (Benedet et al., 2016; Costa & Silva, 2018).

Este método envolve cinco fases, interdependentes: a apreciação inicial, o diagnóstico de enfermagem, o planeamento dos cuidados de enfermagem, a sua implementação e, por fim, a avaliação dos mesmos. O processo de enfermagem é um método de raciocínio lógico e tem de ser necessariamente utilizado em conjunto com um modelo de enfermagem explícito. Através da realização da avaliação inicial, são identificados vários focos de atenção do enfermeiro, que traduzem a nova condição do cliente, imposta pela situação clínica. Como tal, permitem a formulação de diagnósticos de enfermagem adequados à individualidade da pessoa e da sua família. Assim, os diagnósticos de enfermagem conferem significado aos dados recolhidos aquando da apreciação inicial. Conforme a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (2016), o termo diagnóstico consiste num título atribuído a um achado, evento, situação ou outro

aspecto de saúde, resultantes de uma colheita de dados, para indicar que são considerados pela equipa de enfermagem e pelo cliente do cuidado como merecedores de atenção.

A CIPE, é uma terminologia que representa o que os enfermeiros observam, diagnosticam, as ações que empreendem para resolver os problemas de saúde das pessoas avaliando os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (OE, 2016; Figueira et al., 2018). Pensamento este que se encontra subjacente à metodologia do processo de enfermagem, assim nos ensinamentos clínicos realizados, o cuidar da pessoa e família a vivenciar uma experiência cirúrgica era organizado segundo a metodologia do processo de enfermagem com recurso à linguagem uniformizada CIPE, promovendo a organização do trabalho, autonomia na decisão, e, sobretudo, a qualidade dos cuidados individualizados e integrados.

Outro aspeto, para o qual o enfermeiro especialista deve estar atento e sensível, relativamente aos clientes cirúrgicos, é a presença de dor, dor aguda estando associada à cirurgia. A dor aguda é, segundo a definição da International Association for the Study of Pain (IASP, 2011), a dor de início recente e de provável duração limitada, havendo, normalmente, uma relação temporal e/ou causal bem definida. Conforme a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED), a dor aguda é aquela que, até certo ponto, tem consequências benéficas para o organismo. Funciona como um sinal de alarme, alerta para a ocorrência de um traumatismo, uma queimadura, um derrame articular, entre outros. É um mecanismo sinalizador e, embora aquela seja útil em muitas circunstâncias, deve ser tida em conta, para não se tornar numa dor crónica. De acordo com Batalha (2016), os indicadores mais frequentes associados à dor podem ser comportamentais ou fisiológicos. Os primeiros podem ser detetados através de expressões vocais (relato de dor, choro, choramingo ou grito), expressões faciais, expressões corporais (agitação, prostração, arqueamento do tronco, localização e proteção da zona dolorosa resistência física) ou com modificações comportamentais (sono agitado com despertar frequente, irritabilidade, inquietude, agitação ao contacto, diminuição da interação, indiferença à estimulação, expressão de emoções, agressividade ou falta de cooperação). Os segundos podem ser sinais físicos (alterações dos sinais vitais, cianose, palidez, hipoxia, hipertensão intracraniana, midríase, sudorese) assim como alterações endócrino-metabólicas (libertação de hormonas que levam à mobilização de substratos e catabolismo, como a libertação do cortisol, adrenalina, noradrenalina, corticoides, aldosterona, hormona do crescimento e supressão de insulina e testosterona).

Em conformidade com a IASP (2011), a dor após a cirurgia é um conjunto de experiências sensoriais, emocionais e mentais desagradáveis, associada a respostas

autónomicas, endócrino-metabólicas, fisiológicas e comportamentais. A DGS (2012) referiu que, nas unidades hospitalares, a dor pós-operatória representa a principal causa de dor aguda. No entanto, quando associada ao trauma, queimaduras, realização de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos não cirúrgicos (cateterismos vasculares, biópsias ou pensos, entre outros) e algumas patologias médicas (pancreatite aguda ou cólica renal) tornam-se, similarmemente, uma causa comum de sofrimento. Segundo a mesma fonte, as Unidades Funcionais da Dor Aguda (UFDA) são também responsáveis pela implementação do uso de escalas de avaliação da intensidade da dor, adaptadas à idade e à condição clínica dos clientes. A informação relevante, nomeadamente, escalas de avaliação da dor, protocolos de atuação clínica na dor aguda, complicações relacionadas com as técnicas analgésicas, e com o processo de referenciação de clientes com dor aguda não controlada, deve ser divulgada e facilmente acessível para consulta.

No decorrer dos ensinamentos clínicos, foi-me oportuno, em diversos momentos, promover conforto e alívio de dor aos clientes, tanto no serviço de internamento, como no BO, e até mesmo na UCPAP. Apesar das medidas de controlo da dor serem maioritariamente farmacológicas, os métodos adjuvantes e alternativos são igualmente benéficos e complementares, caso dos posicionamentos regulares e adequados a cada cliente. As medidas não farmacológicas (comportamentais e ambientais) consistem em intervenções simples, mas construtivas no tratamento da dor, privilegiando uma atitude tranquila, empática e explicativa dos atos diagnósticos e terapêuticos, que possibilitam, assim, reduzir a ansiedade e potencializar o efeito analgésico dos fármacos, Peixoto (2016).

De acordo com Estilita (2015) e Martorella (2019), algumas destas medidas compreendem o controlo da incidência da luz forte sobre o cliente e a minimização do ruído e a racionalização das mobilizações, por forma a salvaguardar os períodos de sono e repouso. Por outro lado, pode adotar-se estratégias como o recurso à musicoterapia, massagem terapêutica, técnicas de relaxamento, aplicação de frio ou calor entre outras.

Tendo em conta estas evidências, durante o ensino clínico, implementei as seguintes medidas: os posicionamentos, a massagem, o controlo ambiental, a aplicação de frio e até a utilização da música, recorrendo aos auscultadores do próprio cliente, que selecionou músicas da sua preferência. Independentemente de não ser portadora de formação específica – musicoterapia – tentei providenciar escolhas musicais a gosto do cliente. Comprovei, deste modo, que a eficácia analgésica é maximizada com a combinação das intervenções farmacológicas e não farmacológicas. Procurei, também, administrar fármacos analgésicos previamente à realização de procedimentos geradores de dor e de desconforto.

Foi-me possível, durante o ensino clínico no serviço de internamento cirúrgico e consulta externa, experienciar a preparação de vários clientes para cirurgias cujo risco de potenciais alterações da autoimagem era uma realidade. A título de exemplo, no contexto da consulta, acompanhei consultas de enfermagem pré-operatórias de estomaterapia, em que a colega especialista em EMC implementou várias estratégias no sentido de preparar o cliente para as possíveis alterações da autoimagem como também adotou um plano de cuidados para treino e ensino promovendo a mentalização do cliente e capacitação para a autogestão da sua situação. Uma das estratégias, que considerei assaz interessante foi a colagem de um saco de ostomia no local onde, futuramente, este seria efetivamente colocado, percecionando o cliente este implante, desde logo. Assim, o mesmo teve a oportunidade de se olhar ao espelho e visualizar a sua imagem, podendo verbalizar alguns dos seus receios. Esta experiência foi enriquecedora, pois permitiu-me refletir que é possível, de facto, encontrar técnicas/estratégias que podem contribuir para a aceitação da autoimagem, conduzindo à própria capacitação e recuperação, em que enfermeiro EEMC, com o seu conhecimento e habilidades pode marcar a diferença. Reforço ainda que esta situação, uma vez mais, demonstra a importância da existência das consultas pré-operatórias.

O Enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória deve assegurar os mecanismos de suporte e acompanhamento da pessoa em situação de vulnerabilidade, de menores e de pessoas com necessidades especiais. Neste sentido relembro uma situação que vivenciei na área da cirurgia pediátrica, que me marcou: realizar o acolhimento de uma mãe, muito ansiosa e preocupada, porque a filha necessitava de uma excisão ao apêndice. Segurei aquela mãe “ao colo”, desenvolvendo mecanismos de suporte e acompanhamento. Com serenidade, tempo e assertividade, coloquei em prática alguns ensinamentos – técnicas de comunicação terapêutica para a tranquilizar e desmistificar medos e receios: a escuta ativa, o toque, a postura, o olhar, o silêncio, a informação e o feedback, que contribuíram para que a mãe ficasse mais tranquila, num momento em que se encontrava num estado de grande vulnerabilidade.

Segundo o Regulamento nº 429/2018, uma das unidades de competência que faz parte da competência “cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa” é “Garante a verificação da lista de procedimentos com vista à segurança da cirurgia”. Seguindo as orientações da OMS, em 2013, a DGS deixou claro através da publicação da Norma nº 02/2013 a obrigatoriedade da implementação do projeto “Cirurgia Segura, Salva Vidas” em todos os blocos operatórios do Serviço Nacional de Saúde e das entidades com ele contratadas. Sendo considerado o padrão mínimo de qualidade clínica,

provindo de orientações da OMS, um dos instrumentos utilizados para a sua operacionalização é a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC), que deve ser preenchida em todas as cirurgias. A sua averiguação deve ser responsabilidade de uma única pessoa, habitualmente, o enfermeiro circulante, que a preenche. Porém, qualquer elemento da equipa cirúrgica poderá fazê-lo ou auxiliá-lo. A LVSC contempla três tempos: antes da indução anestésica, antes da incisão na pele e antes de o cliente sair da sala operatória. Em cada momento, estão integrados diversos aspetos cruciais a serem confirmados pelos diferentes intervenientes no procedimento, isto é, cirurgião, anestesista e enfermeiros (Lopes, 2020). No que concerne ao serviço de internamento, não existe nenhuma lista concreta de preparação pré-operatória. Contudo, existem vários itens importantes que são aprovados: a validação do jejum, o local de punção normalmente à esquerda, ou no lado contrário ao local cirúrgico, os antecedentes, a medicação do domicílio, as alergias, as meias elásticas, entre outros.

A LVSC foi lançada oficialmente a 25 de junho de 2008 e representa um conjunto de normas de segurança que devem ser aplicadas em todos os Estados Membros da OMS. O objetivo desta ferramenta é o de reforçar as práticas de segurança e promover uma melhor comunicação e trabalho em equipa. A LVSC também pressupõe o envolvimento do cliente sempre que a sua situação clínica o permita. Este processo deve ser liderado por um só elemento da equipa que é eleito coordenador, o qual assegura que a equipa completou as tarefas antes de prosseguir para a fase seguinte. Cada verificação de segurança foi incluída na LVSC com base na evidência clínica ou na opinião de peritos, com a garantia de que a sua inclusão irá reduzir a probabilidade de ocorrerem graves danos cirúrgicos evitáveis, sem o aporte de prejuízo ou custo incontornável. As verificações incluídas na LVSC relacionam-se com aspetos chave para a segurança do cliente, nomeadamente, no que se refere à prevenção de eventos sentinela (troca de clientes na cirurgia, intervenção no lado errado ou procedimento incorreto e retenção inadvertida de corpos estranhos no cliente), prevenção de hemorragia e da infeção do local cirúrgico e promoção de práticas anestésicas seguras (Mota, 2014).

Além da LVSC, existem outras *checklists* que, de uma forma global, estão de acordo com as prioridades identificadas no que concerne à segurança da pessoa em situação perioperatória. Segundo Steelman e Graling (2013): as dez prioridades identificadas relativamente à segurança do cliente foram: local errado, procedimento errado, cliente errado; retenção de instrumentos cirúrgicos; erros de medicação; falha no reprocessamento de materiais; úlceras de pressão; identificação de espécimes; risco de incêndio; hipotermia;



queimaduras por dispositivos elétricos; via aérea difícil e intubação difícil/emergências respiratórias. O uso e implementação destas ferramentas permite uma rápida avaliação, e elaboração de plano de intervenção, em consonância com os resultados.

Foram inúmeras as vezes que colaborei, acompanhada pela minha tutora, no preenchimento da LVSC no Bloco Operatório, tendo por base, a validação de aspetos fundamentais. Atendeu-se, principalmente, aos tempos antes da indução anestésica, seja o início da cirurgia ou até o tempo da incisão à pele. Com a utilização da LVSC, é fácil apercebermo-nos do aumento da segurança do cliente, uma vez que há uma dupla validação e verificação de todos estes aspetos chave, constituindo uma ferramenta indispensável no contexto perioperatório.

Tal como mencionado anteriormente, a comunicação é um dos aspetos fundamentais do cuidar. A adequação de estratégias facilitadoras da transmissão de mensagens contribui para o incremento da segurança nos procedimentos cirúrgicos. Batista (2015) afirma que os registos de enfermagem, uma forma de comunicação, concorrem para o planeamento, aplicação e avaliação de cuidados prestados, traduzindo na equipa de enfermagem um sentimento de responsabilidade, autonomia, colaborando na segurança, qualidade e satisfação de todos os envolvidos na prestação de cuidados.

De acordo com Sapatinha (2018), a realização e uniformização de registos de Enfermagem que garantam a segurança dos cuidados devem ser considerados pontos reais de interesse para a prática de enfermagem, pois a qualidade das anotações que os enfermeiros produzem é determinante para o seu processo de tomada de decisão. Já para Batista (2015), os registos são fundamentais para o trabalho na equipa pluridisciplinar, sendo os objetivos: permitir a comunicação entre a equipa, admitir a individualização dos cuidados e facilitar o planeamento e continuidade dos cuidados através da identificação das necessidades do cliente.

A comunicação, integra um elemento essencial de articulação e interação nas equipas cirúrgicas. Segundo Borges et al. (2017), os registos de enfermagem completos, em correspondência com as exigências das normas da instituição de saúde, trazem benefícios aos clientes e à equipa de saúde. Em contrapartida, a sua não conformidade, quer pela ausência quer pela deficiência, contribui para a desestruturação do processo de cuidado em saúde, dificultando a eficaz comunicação entre os profissionais e a continuidade e integralidade do tratamento. O mesmo autor refere ainda que a verificação e comparação dos registos da equipa pluridisciplinar é um método que se afigura com a função de obter

informações fidedignas. Pela sua coerência é possível verificar /avaliar a assistência/cuidados prestados ao cliente e considerar a sua qualidade/pertinência.

De acordo com Limandri (2021), os registos devem ser considerados com a responsabilidade que efetivamente apresenta: importa que estejam disponíveis para todos os envolvidos no processo do cliente, impõe-se que a informação seja clara, completa e precisa, correspondendo à sua finalidade global que é divulgar informação importante a todos os envolvidos no atendimento. Por essa razão, é importante que a nossa forma de comunicar seja eficaz, visando a segurança cirúrgica. Eiras (2017) defende que transmissão de informação entre profissionais de saúde deve ser: oportuna, completa, precisa, sem ambiguidade, atempada e compreendida. De igual forma, Borges et al. (2017) descreve que os registos de enfermagem se configuram como “legitimadores do cuidado” e, como tal, deve expor-se de forma clara, individualizada e completa as atividades desenvolvidas pela equipa junto do cliente durante a sua permanência no serviço de saúde (p.2).

Portanto, os registos são uma parte essencial do cuidado de enfermagem! Registos incompletos, imprecisos e ambíguos não servem o propósito de uma comunicação útil em cuidados de saúde e abre espaço para a ocorrência de erros (Limandri, 2021).

Observa-se que, de igual modo, é possível a interligação entre o contributo dos registos de enfermagem e alguns enunciados descritivos dos padrões de qualidade da prática clínica especializada na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória. Estes documentos estabelecem o padrão de excelência do exercício profissional, orientando a reflexão profissional e a tomada de decisão, servindo também como referência na definição de indicadores de reconhecimento do contributo para os cuidados de enfermagem perioperatórios. Salientam-se os seguintes ganhos: a procura permanente da excelência no exercício profissional; o enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória previne complicações para a saúde dos clientes, através da utilização de estratégias de comunicação que assegurem a informação e documentação precisa e oportuna na equipa interdisciplinar e na continuidade de cuidados perioperatórios à pessoa; contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem com a garantia de registos padronizados (que evidenciem os ganhos em saúde associados aos cuidados de enfermagem perioperatória e que permitam a monitorização da capacidade cirúrgica, do volume e dos resultados); por fim, garante a informação necessária para o prosseguimento dos cuidados (OE, 2017).

Os registos de enfermagem que deixam um grande contributo: documentar de forma sistemática os cuidados de enfermagem – Processo de Cuidados de Enfermagem; demonstrar

responsabilidade pelas ações de enfermagem; proporcionar um meio de comunicação eficaz entre os agentes envolvidos no cuidado, garantindo a sua continuidade; finalmente, registrar ocorrências especiais e inesperadas de modo permanente e para referência futura.

O enfermeiro é o elemento da equipa de saúde que passa mais tempo junto do cliente, logo, é o profissional capaz de garantir a articulação com os membros da equipa interdisciplinar no planeamento e implementação de cuidados baseados nas melhores evidências científicas. A sua recolha de dados provém de diversas fontes: observação direta e indireta, recolha de dados quantificáveis (sinais vitais, escalas de avaliação...) e acompanhamento do seu processo de saúde/doença. É importante que o enfermeiro possua conhecimentos válidos que lhe permitam a capacidade de relacionar e triar esta informação, tornando-a num registo pertinente e objetivo que acrescente conteúdo relevante ao processo do cliente. Isto irá permitir uma melhor priorização e organização do plano de cuidados de toda a equipa interdisciplinar, atuando em consonância com as mais recentes evidências.

A segurança do cliente é continuamente desafiada pela ocorrência de eventos adversos evitáveis, erros e riscos associados aos cuidados de saúde, por conseguinte, a comunicação em equipa de forma responsável e coerente, assenta na evidência e conhecimento (manifestando-se através de comportamentos apropriados na resolução de problemas); é um mecanismo central na gestão da segurança (World Health Organization 2021). A adequada transmissão da informação contribui para a otimização da complementaridade das intervenções dos profissionais da equipa interdisciplinar, em benefício da pessoa: a prossecução do cuidado é um princípio da prática profissional da Enfermagem e, sendo assim, a comunicação acerca das condições e necessidades do cliente entre os profissionais da saúde assume-se como primordial para alcançar essa meta.

Para Olino et al (2019), a comunicação eficaz no trabalho da equipa pluridisciplinar profissional é entendida como determinante na segurança no atendimento/cuidado. Falhas na comunicação entre os profissionais de saúde tem sido um dos principais fatores que contribuem para a ocorrência de eventos adversos e, conseqüentemente, diminuição da qualidade da assistência em saúde. No trabalho realizado por Jesus (2022) foi possível identificar algumas necessidades de formação dos enfermeiros do serviço de medicina intensiva, nomeadamente, na preparação pré-operatória de um cliente crítico para cirurgia urgente/emergente, assim como na comunicação da informação alusiva ao cliente nos momentos de transferência da unidade de cuidados intensivos ao BO. A autora salienta que relativamente às dificuldades de comunicação, os momentos de transição dos cuidados são

os mais suscetíveis da ocorrência das falhas na transmissão da mensagem. É o caso das passagens de turno e as transferências do cliente para outro serviço/unidade.

Nesta linha de pensamento, no que se refere ao processo de cirurgia, Lopes et al (2018) apontam como fator essencial a comunicação efetiva, eficaz, clara e que vise minimizar ou evitar qualquer dano decorrente de falhas. A informação é preponderante na área de enfermagem, dado que é a base de todo o processo de cuidados, no entanto, esta só tem valor se a sua circulação for eficiente e assim transformar-se em conhecimento (Sapatinha, 2018).

Desde 2017 que a DGS preconiza a uniformização da comunicação entre os profissionais do serviço com o recurso a *checklists* e a *mnemónicas* por forma a estruturar o pensamento e o discurso. A transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na deslocação de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do cliente, devendo ser normalizada através da utilização da técnica ISBAR (identificação, situação atual, antecedentes, avaliação e recomendações). ISBAR torna-se assim uma ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do cliente em situações de transição de cuidados. A *mnemónica* ISBAR constitui um auxiliar de memória que permite, através de formas simples, memorizar construções complexas para serem utilizadas na transmissão verbal, em que I: corresponde à Identificação (identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação - emissor e recetor - bem como do cliente a que diz respeito a comunicação), S: à Situação atual (descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde), B: aos Antecedentes (exposição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade), A: à Avaliação (informações acerca do estado do cliente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas) e R: às Recomendações (descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do cliente).

Esta metodologia ISBAR é recomendada por várias organizações de saúde graças à fácil memorização pelos profissionais e à possibilidade de replicação em diferentes contextos da prestação de cuidados, mas também porque é uma estratégia de compreensão de mensagens que recorre a uma metodologia padronizada, simples, flexível, concisa e clara na comunicação de informações destes cuidados (DGS 2017). Esta boa prática, foi por mim utilizada no decorrer de todos os ensinamentos clínicos, no intuito de facilitar e organizar o pensamento e o discurso, principalmente nas passagens de turno. Palavras concisas, sucintas e esclarecedoras para a qualidade da continuidade dos cuidados prestados.

### 2.2.2 Maximiza a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica

Considerando o elevado risco associado aos cuidados perioperatórios, particularmente da ocorrência de eventos adversos decorrente da vulnerabilidade da pessoa, dos procedimentos realizados e da complexidade do ambiente e dos recursos, o enfermeiro especialista na área de Enfermagem à pessoa em situação Perioperatória mobiliza conhecimentos e habilidades que garantam a segurança da pessoa, profissionais e ambiente, agindo de acordo com a ética profissional, Regulamento nº429/2018.

Os ensinamentos clínicos realizados no BO permitiram-me aferir que toda a equipa multidisciplinar (e, de forma particular, os enfermeiros) está sensibilizada para a segurança cirúrgica, demonstrando consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes. Para tal, recorre a estratégias como a *checklist*, que permite validar, numa sequência de atividades, o modo de garantir cuidados seguros perioperatórios, minimizando os riscos de ocorrência de incidentes. Como apontado anteriormente, a DGS emana também um conjunto de normas que visam reforçar a segurança cirúrgica, disponibilizando a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, o Índice de Apgar Cirúrgico, o Manual de Implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica e as Orientações para a Cirurgia Segura.

O crescente volume anual de cirurgias fez emergir a necessidade de se acautelar a segurança cirúrgica. Constatou-se, pela experiência de outros projetos relacionados com a sobrevivência materna e neonatal, que a implementação de estratégias simples de monitorização de indicadores-chave melhorava significativamente os resultados finais de saúde, com a consequente redução de desperdício de recursos (DGS, 2013). O Índice de Apgar Cirúrgico é calculado após o terceiro momento previsto na Lista de Verificação a ser assegurado pela equipa cirúrgica (antes do cliente sair da sala operatória). Este permite dar retorno imediato e objetivo aos prestadores de cuidados acerca da condição do cliente nesse exato momento (risco de complicações pós-operatórias imediatas), podendo conduzir a uma melhor gestão de meios para os fins previstos e permite ainda informação sobre mortalidade esperada até ao 30º dia de pós-operatório.

O Despacho n.º 1440-A/2015 divulga também um objetivo estratégico que visa assegurar a identificação inequívoca dos clientes. Trindade et al. (2019) descrevem que são diversos os agentes que podem afetar a identificação correta de clientes, por exemplo, o seu

nível de consciência e a rotatividade dos mesmos dentro de um serviço. Uma identificação incorreta do cliente pode resultar na troca de tratamentos, potencialmente danosos, nomeadamente: medicação, transfusões de sangue, análises clínicas e intervenções cirúrgicas, Despacho n.º 1400-A/2015.

No decorrer dos meus ensinamentos clínicos, acompanhei cirurgias urgentes/emergentes, em que a condição clínica do cliente não permitia que fosse alertado para os riscos adjacentes e inerentes a todos os procedimentos, havendo, pois, a alteração do nível de consciência. Como tal, atuei sempre de acordo com a consciência cirúrgica, agindo em benefício da pessoa, com a salvaguarda pelos princípios da beneficência, da não maleficência e da justiça.

Noutro prisma, e pela complexidade inerente ao período perioperatório, há uma maior probabilidade de se cometer erros e uma maior ocorrência de eventos adversos. Desta forma, o cuidado pela segurança é um dever de todos os profissionais de saúde e aos enfermeiros cabe um papel primordial na prevenção destes eventos hostis. Desta forma, procurei orientar a minha prática clínica especializada nesta vertente, uma vez que o enfermeiro EEMC deve atuar como um modelo de referência na equipa multidisciplinar, na promoção de uma cultura de segurança (OE, 2018).

Ao longo dos ensinamentos clínicos em que tomei parte, na procura pela segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem, identifiquei (antes de qualquer intervenção), junto das pessoas alvo de cuidados, elementos chave para confirmar a intervenção a que se destinava. Desde a colheita de dados e diagnóstico, até ao tratamento ou execução de intervenções de enfermagem especializadas. Recordo aqui diversos momentos nestes contextos: anterior à realização de exames complementares de diagnóstico, antes da administração de medicamentos, da administração de sangue ou hemoderivados, antes da colheita de sangue e antes do ato cirúrgico. Ainda de modo a garantir o reconhecimento inequívoco de clientes, consultei, antecedendo a qualquer procedimento, as suas pulseiras de identificação e, dependendo do nível de consciência das pessoas, validei as informações aí constantes.

De facto, nos serviços prestadores de cuidados de saúde, a identificação dos clientes deve ser sempre confirmada através de dados fidedignos, como é o caso do nome, da data de nascimento e do número único de processo clínico na instituição, sendo prática segura o recurso a, pelo menos, dois destes dados. O documento referenciado, Despacho n.º 1400-A/2015, ressalva que o número do quarto ou da cama não pode ser considerado um dado credível. Como aludido antes, não existem apenas falhas na identificação do cliente, subsistem também erros associados à cirurgia: a intervenção noutro cliente; intervenção no

lado contrário ao definido; procedimento errado; retenção inadvertida de corpos estranhos no cliente.

Em 2013 Rebelo identificou dez objetivos essenciais para a segurança cirúrgica – a equipa: operará o cliente correto, no local correto; utilizará métodos conhecidos para prevenir danos decorrentes da administração de anestésicos e protegerá o cliente da dor; reconhecerá e preparar-se-á, efetivamente, para o risco de perda da via aérea ou da função respiratória; reconhecerá e preparar-se-á, efetivamente, para o risco de perda elevada de sangue; evitará induzir alergias ou reações adversas a medicamentos conhecidos como sendo um risco significativo para o cliente; usará, consistentemente, métodos conhecidos para diminuir os riscos de infeção no local cirúrgico; impedirá a retenção inadvertida de instrumentos ou compressas em feridas cirúrgicas; garantirá a identificação precisa de todos os espécimes cirúrgicos; comunicará concretamente e trocará informações críticas sobre o cliente, para garantir o decorrer seguro da cirurgia; e, por fim, os hospitais e sistemas de saúde pública estabelecerão uma rotina de vigilância quanto à capacidade, volume e resultados cirúrgicos. Desta forma, a eficiência e a segurança dos cuidados é garantida, através da validação e revalidação de todos os parâmetros inerentes ao cliente.

A nossa prestação de cuidados deve ter por base a segurança e o conforto de modo a prevenir possíveis complicações. Conforme plasmado no Regulamento, há que garantir condições do ambiente de trabalho promotores da saúde e da segurança dos profissionais. Apenas assim estão asseguradas as condições de boa prática e dotações seguras para o início e/ou continuidade dos procedimentos cirúrgicos e anestésicos. Questões práticas e elementares são as que, diariamente, ocorrem numa sala de BO, no caso concreto, o Bloco Operatório do HNM. Nenhum indivíduo entra na Sala Operatória sem que estejam garantidas todas as medidas de segurança. Por exemplo, tendo sido o chão da sala acabado de limpar ou estando molhado (havendo risco de piso escorregadio) é colocada a sinalética a alertar para a eventualidade de perigo; as salas são igualmente desinfetadas e arrumadas, ficando aptas a receber qualquer situação iminente.

Neste sentido, Duarte & Martins (2014) destacam o seguinte: os pavimentos do bloco operatório devem ser contínuos ou isentos de juntas, resistentes às frequentes lavagens e aos produtos de limpeza utilizados, devem ser impermeáveis, resistentes à água e não escorregadios. Devem ainda ser adotadas medidas que minimizem a formação de eletricidade estática, promovendo a instalação de pavimento antiestático condutivo, selecionado de modo a respeitar as regras técnicas das instalações elétricas de baixa tensão. Deve também apresentar continuidade, sem juntas com os rodapés, através de uma superfície

côncava, com o objetivo da não acumulação de sujidades e promovendo a limpeza fácil. A higiene e manutenção dos pavimentos devem respeitar as indicações dos fabricantes dos materiais.

Segundo o mesmo autor, nas paredes é de evitar juntas (caso dos azulejos), arestas, saliências ou outras situações favoráveis à proliferação de sujidade de microrganismos. Todos os equipamentos de parede devem ser embutidos e não salientes e com juntas soldadas (por exemplo, negatoscópicos, quadros elétricos, entre outros). Nas zonas de maior circulação, como por exemplo, os corredores, onde circulam marquesas e outros equipamentos de maior volume, as paredes devem ser protegidas com material que não impeça a circulação ou que seja de difícil manutenção higiénica. Os tetos devem ser laváveis e garantir um comportamento assético eficaz. Todo o equipamento deve ser embutido e selado e de fácil manutenção. As portas de entrada nas salas de operações devem ser automáticas e de correr, com mecanismo superior e nunca embutidas. A evitar: as portas de batente, que promovem maior agitação do ar e dos microrganismos circulantes. As mesmas devem ser resistentes ao choque e incluir visores, se possível com ecrãs protetores de Rx; devem estar claramente identificadas com esclarecedores de condições ou restrições de acesso (por exemplo, Rx, laser, emergência). Todas as janelas devem ser fixas, sem alternativa de abertura e com a possibilidade de obscuridade total, já que algumas cirurgias o exigem (por exemplo, aquando da utilização de microscópio, laser ou outros). Todos os caixilhos devem ser à face, evitando juntas e superfícies horizontais.

Em relação à iluminação, pretende-se um equilíbrio entre a luz natural e artificial, que não prejudique a eficácia e a execução das cirurgias, mas que tenha em conta a permanência da equipa no bloco operatório algumas horas diárias. Nas salas onde se realizam cirurgias com laser não deve utilizar-se revestimentos refletores nem materiais brilhantes. Por fim, deve manter-se uma sala que possa ser flexível e adequar-se às diversas especialidades, Duarte & Martins (2014).

Durante os meus ensinamentos clínicos, não tive oportunidade de colaborar com cirurgias a laser, contudo nas demais cirurgias em que participei, a iluminação era, do meu ponto de vista, adequada e ajustada a cada tipo. Por exemplo, as cirurgias laparoscópicas tinham sempre a iluminação diminuída como é preconizado. Não só a iluminação foi garantida de forma adequada como também todo o equipamento de parede e aparelhos complementares de diagnóstico acautelados de forma segura.

Outro aspeto não menos importante e fundamental é a prevenção e o controlo de infeção associados aos cuidados perioperatórios. De acordo com a DGS (2017), uma Infeção



Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) consiste em “(...) uma infeção adquirida pelos clientes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais durante o exercício da sua atividade” (p.4).

Atualmente, as IACS constituem uma causa significativa de morbimortalidade em Portugal, pois, além de dificultarem o tratamento adequado do cliente, também aumentam os custos de recursos hospitalares e comunitários (Rocha, 2015). Silva (2017) refere que, durante a hospitalização, o cliente encontra-se exposto a uma grande variedade de microrganismos, sendo vários os fatores que influenciam a natureza e a frequência das IACS, já que a infeção consiste num sistema complexo que engloba a fonte do agente infeccioso, o hospedeiro suscetível, o ambiente e a via de transmissão. A redução das IACS assenta essencialmente na estratégia de promoção das boas práticas, com as Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI) e implementação dos Feixes de Intervenção de apoio aos procedimentos e dispositivos invasivos (Machado, 2019).

No decurso da minha prática clínica, nos diversos serviços que fizeram parte das minhas experiências (consulta externa, internamento, BO de exames de gastro, BO e UCPAP), observei que se realizavam várias auditorias para verificação da higienização das mãos, já que é tido como o principal veículo de transmissão de microrganismos: as mãos dos profissionais de saúde, podendo despoletar infeções cruzadas. Constatei, assim, o cumprimento das regras pela equipa multidisciplinar, que respeitou os cinco momentos da higiene das mãos, através da sua lavagem com água e sabão ou através da sua fricção com solução antisséptica de base alcoólica – SABA (antes do contacto com o cliente, antecedente a procedimentos assépticos, após o risco de exposição a fluidos orgânicos, depois do contacto com o cliente e posterior ao contacto com o ambiente envolvente ao cliente). Em todos os serviços onde tive oportunidade de realizar a minha prática clínica, além de ter acesso fácil a água e sabão para lavar as mãos, também é possível fazer usos de vários dispositivos de SABA, dispersos em locais estratégicos nos serviços, sendo esta uma das formas de promover a adesão à desinfeção frequente das mãos.

No que se respeita aos equipamentos de proteção individual, encontravam-se disponíveis para todos os profissionais de saúde, estando acondicionados num local limpo e seco de modo a prevenir a sua contaminação. Atendendo a que ainda realizei ensinamentos clínicos durante o período de pandemia COVID-19 (embora fora do pico da sua ação, mas ainda com números de casos diários elevados), foi minha preocupação redobrar as medidas de proteção, aumentando a frequência de lavagem das mãos com água e sabão e a sua desinfeção. Dado o contexto da pandemia COVID-19, procurei momentos de reflexão com os enfermeiros

tutores e restante equipa, não só acerca das formas de proteção individual, como também acerca das normas emanadas pela PPCIRA, reforçando que estas medidas evitam as IACS, mas, sobretudo, são reflexo da qualidade dos cuidados prestados.

Conforme Silva (2017), a compreensão das características de cada um dos elos da cadeia de transmissão das IACS permite a adoção de medidas de proteção do hospedeiro suscetível, assim como de estratégias de prevenção e controlo da transmissão cruzada e proteção dos profissionais de saúde.

No que concerne aos feixes de intervenção, segundo a DGS (2015) estes consistem num conjunto de intervenções ou boas práticas, alicerçadas na melhor evidência científica disponível que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem um melhor resultado do que a concretização individualizada dessas ingerências. Em Portugal, a implementação dos feixes de intervenção passou a ser obrigatória em 2015, já que possuem a finalidade de assegurar que os clientes recebam tratamentos e cuidados recomendados, com base na evidência, de uma forma consistente. Segundo a norma da DGS (020/2015), deve-se: realizar banho com cloro-hexidina a 2% no dia anterior à cirurgia e no dia da cirurgia, com pelo menos duas horas de antecedência; administrar antibiótico para profilaxia antibiótica cirúrgica dentro dos 60 minutos anteriores à incisão cirúrgica, sempre que indicado, ou em dose única ou durante um máximo de 24 horas; evitar tricotomia e, quando absolutamente necessário, usar máquina de corte imediatamente antes da intervenção cirúrgica; manter normotermia perioperatória e manter a glicemia  $\leq 180$  mg/dl durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes. Alguns destes aspetos, são já abordados na consulta de enfermagem pré-operatória realizada pelos profissionais do HPM. Assim, os clientes são alertados para vários fatores, entre eles, o cumprimento de jejum, a desinfeção com as toalhitas de cloro-hexidina na véspera e no dia da cirurgia e a não realização da tricotomia em casa.

Quanto à profilaxia antibiótica cirúrgica, o enfermeiro coopera no cumprimento dos princípios de gestão e oportuna desta prevenção. Segundo a Norma nº 031/2013 da DGS, a indicação da profilaxia antibiótica cirúrgica deve estar definida e ser registada em consulta pré-anestésica e, como tal, integrada no processo clínico. A mesma aplica-se a determinadas cirurgias limpas, nomeadamente, com prótese vascular ou articular e em que a infeção do local cirúrgico se associe a elevado risco de mortalidade e a cirurgia limpas-contaminadas. Os fármacos mais utilizados, na maioria das situações de profilaxia antibiótica cirúrgica, são a cefazolina e a cefoxitina. A prescrição do antibiótico profilático é da responsabilidade do cirurgião, sendo encargo do anestesiológico assegurar o cumprimento da sua administração

atempada e a inclusão desta no registo anestésico. Nos procedimentos cirúrgicos com duração não superior a duas horas, a profilaxia antibiótica cirúrgica é prescrita em dose única. Na cirurgia mais prolongada ou no caso de procedimento com perda de sangue intraoperatória superior a 1500 ml, há necessidade de repetir a dose inicial cada duas vezes a semivida do antibiótico, em clientes com função renal normal. Se se verificarem alterações, ajustar-se-ão as doses, caso a caso. No decorrer dos meus ensinamentos clínicos pude constatar que esta valência era sempre tida em consideração, cumprindo à risca os tempos da sua administração. No caso de cirurgias major, cumpriu-se a administração e a sua repicagem atendendo a semivida do antibiótico, já numa cirurgia curta, a dose prescrita era única.

No processo de prevenção e controlo de infeção, é da competência do enfermeiro gerir a manutenção da normotermia da pessoa, no período perioperatório. De acordo com a Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (SPA, 2017), a hipotermia perioperatória inadvertida é uma complicação frequente, que pode ser prevenida, estando associada a *outcomes* mais complexos. A hipotermia é definida por uma temperatura central inferior a 36°C. Segundo a literatura, 26% a 90% dos clientes submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos apresentam-se hipotérmicos no final da cirurgia. Esta complicação pode ocorrer em qualquer fase do período perioperatório. Fatores como a inibição das respostas fisiológicas termorreguladoras associada à anestesia, a diminuição do metabolismo basal, os fatores associados ao procedimento cirúrgico e a exposição do cliente às baixas temperaturas do bloco operatório, assumem um papel preponderante no desenvolvimento desta complicação.

A associação entre a hipotermia inadvertida no perioperatório e o aumento da morbimortalidade do cliente cirúrgico é evidente. Os mecanismos fisiopatológicos associados à hipotermia são responsáveis pela ocorrência de várias complicações, nomeadamente: o aumento da incidência de infeção da ferida operatória (pelo efeito direto na resposta imunitária e indireto, pela diminuição da perfusão tecidual); eventos cardíacos adversos (hipertensão arterial, taquicardia, consumo aumentado de oxigénio e propensão para eventos isquémicos); alterações da coagulação; disfunção endócrino-metabólica (supressão da secreção de corticoides, redução da libertação de insulina com maior resistência à sua atividade nos tecidos, produção aumentada de TSH e tiroxina); e *shivering*, (SPA, 2017).

O *shivering* surge como um fenómeno central frequente em clientes com hipotermia, com incidência variável que pode atingir entre 10% a 60% dos clientes, mas possivelmente atribuível a outras causas que não a hipotermia. Num cliente hipotérmico, o tratamento primário do *shivering* consiste no aquecimento corporal ativo, sendo que a

administração de fármacos como petidina ou clonidina não é sustentada pela literatura existente, surgindo como utilizações *off-label*. Clientes com hipotermia perioperatória revelaram ainda que a experiência de *shivering* se pode tornar igualmente desagradável, quando comparada com a dor pós-operatória, (SPA, 2017).

Enquanto aluna do mestrado, presenciei e prestei cuidados a um cliente com *shivering*. Acolhi-o na UCPA, consciente e orientado, comunicativo, com um discurso lógico e coerente, após ter sido submetido a uma herniorrafia inguinal, sob anestesia geral. Apresentava-se normotenso e normotérmico, 36.1°C, contudo, apresentava tremores involuntários pós-anestésicos evidentes, que lhe causavam desconforto. Atendendo a que o cliente ainda estava acompanhado pela equipa multidisciplinar da sala operatória, o anestesista logo deu a indicação verbal para administrar medicação específica (petidina), a qual foi preparada e administrada sem intercorrências. O seu efeito foi quase instantâneo: o quadro de tremores reverteu. Foram prestados cuidados de conforto, com ligeiro aquecimento corporal, com o posicionamento e massagem das proeminências e administrando analgesia, prescrita de modo a ficar confortável, tranquilo e em repouso. Embora não haja literatura que sustente a eficácia deste fármaco, a verdade é que na prática, o seu efeito foi quase instantâneo como referido anteriormente.

À exceção do ensino clínico no contexto da consulta externa, em todos os demais serviços, os clientes possuíam dispositivos que se tornam focos de infeção presentes, desde o simples cateter venoso periférico, a um cateter venoso central, uma linha arterial, uma sonda vesical, entre outros. Sendo estes focos de infeção, logo se procedeu à prestação de cuidados, norteando a prática em conformidade com os feixes de intervenção emanados pela DGS (2017), com todos os profissionais de saúde envolvidos, assegurando o cumprimento dos princípios de assepsia e do controlo da contaminação.

No decorrer do meu ensino clínico, no serviço de internamento, os cuidados a ter no pós-operatório imediato seguiam também as diretrizes da DGS (2017). Sendo estas: proteger a incisão encerrada primariamente com penso estéril e técnica assética, durante as primeiras 48 horas; higienizar as mãos antes e após as mudanças de penso ou de qualquer contacto com o local da incisão; quando necessário fazer tratamento à ferida cirúrgica, substituir o penso com técnica assética; realizar ensinamentos ao cliente e família no que respeita aos cuidados apropriados ao local de incisão, aos sintomas de infeção e à necessidade de comunicar o seu aparecimento (quer ainda no internamento, quer após a alta). Por fim, enviar carta de alta, explicando todo o contexto inerente aos cuidados prestados, solicitando a informação de retorno a uma instituição de saúde, se surgir alguma infeção após a alta. Esta

informação é fundamental para garantir a fiabilidade dos dados da vigilância epidemiológica da infeção do local cirúrgico.

A Promoção da gestão e o controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório é uma responsabilidade e competência que o enfermeiro especialista deve desenvolver. Segundo Vieira (2016), o sector dos dispositivos médicos encontra-se em constante desenvolvimento, existindo no mercado diversos produtos com diferentes complexidades, podendo ir desde simples instrumentos de diagnóstico até dispositivos indispensáveis à sobrevivência, ou que sejam o resultado de grandes avanços tecnológicos. Os dispositivos médicos diferem em termos de risco inerente à sua utilização determinado, de uma maneira geral, pelo grau de invisibilidade e tempo de contacto com o corpo humano. Por esta razão, são classificados em diferentes classes, proporcionais ao risco que apresentam. Funcionam como importantes instrumentos de diagnóstico, monitorização e terapêutica. Os dispositivos médicos deverão seguir um controlo rigoroso em todo o seu ciclo de vida, desde a conceção, avaliação do risco e análise do benefício/risco até à sua utilização após colocação no mercado.

O enfermeiro tem, assim, o papel de contribuir para a elaboração de recomendações e normas internas de aplicação dos princípios de assepsia, estruturas físicas e equipamentos, garantindo a sua implementação, assegurando que os dispositivos médicos estão disponíveis, íntegros e funcionais e são utilizados de acordo com as instruções do fabricante. Em todos os turnos, há enfermeiros responsáveis pela averiguação de alguns dispositivos médicos (o desfibrilhador do carro de urgência), verificar se o carro de urgência está selado; confirmar se o carro de entubação difícil está completo e o vídeo-laringoscópio carregado e conectado a uma ficha elétrica.

Há outros dispositivos médicos associados à cirurgia em si, da responsabilidade do enfermeiro circulante: a verificação da utilização de eletrocirurgia, os garrotes pneumáticos, entre outros. É dever do profissional providenciar a atualização da equipa acerca das normas de segurança na utilização destes dispositivos, gerindo o seu manuseamento de acordo com a legislação, políticas, instruções do fabricante e protocolos e emitindo pareceres técnicos para a aquisição destes dispositivos médicos, Vieira (2016).

No decorrer dos ensinamentos clínicos, pude, em conjunto com o enfermeiro tutor, no ensino clínico do BO, validar um erro que se apresentava no ecrã de um ventilador. Foi necessário, então, validar teste a teste, passo a passo, depois, desmontar o ventilador e substituir todos os materiais que são necessários e descartáveis. Enfim, acabamos por encontrar a falha: o filtro de ar encontrava-se mal colocado. Após este episódio, reunimos

na passagem de turno com todos os elementos da equipa e refletimos acerca do sucedido. São erros passíveis de ocorrer em qualquer contexto; quanto mais alerta estivermos para este género de situações, mais estratégias detemos para os resolver.

Acredito que o caminho percorrido ao longo dos diversos ensinamentos clínicos, contribuiu para a aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica no Cuidado à Pessoa em Situação Perioperatória.

### **2.3. Das Competências do Enfermeiro Especialista às competências de Mestre**

De acordo com o Decreto-Lei nº 65/2018, o grau académico de mestre é atribuído aos que possuem um nível de conhecimento e capacidades de compreensão que possibilitem o desenvolvimento e aprofundamento das competências adquiridas no 1º ciclo de estudos. Representa um alargamento de saberes, exigindo-se a um mestre competências científicas, com a aplicação de conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares.

Subjacente ao grau de Mestre, encontra-se não só o domínio do “saber-saber” e do saber-fazer, mas também o saber-ser e, naturalmente, o saber-estar, pois ao enfermeiro especialista com competências de Mestre cabe também adquirir e colocar em prática os domínios social e afetivo, visíveis nas atitudes, comportamentos e na capacidade de estabelecer relações interpessoais não apenas entre pares, mas também com a pessoa alvo dos nossos cuidados.

Os desafios colocam-se dia a dia e o enfermeiro deve estar preparado para fazer face aos mesmos, procurando atuar de acordo, não apenas com o que apreendeu na sua formação de base, mas desenvolvendo a sua capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas. Segundo o Decreto de Lei nº 65/2018, há ainda que desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.

Também, ao Mestre, é-lhe exigido o desenvolvimento das competências na área da investigação, sendo capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades. A componente de pesquisa e de investigação promove a capacidade de compreensão para posterior resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos multidisciplinares. Possibilita, igualmente, lidar com questões

complexas; e o reconhecimento de capacidades que permitirão uma aprendizagem ao longo da vida.

Ao chegar à etapa final deste percurso, constato que, fazendo uso da descrição, reflexão e análise crítica de algumas experiências vivenciadas, ao longo dos ensinamentos clínicos, foi-me permitido aprofundar e desenvolver conhecimentos relevantes na construção de competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, concretamente na vertente da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.

Além do trabalho de pesquisa autónoma, com este curso de mestrado, as dificuldades encontradas na prática clínica e a reflexão diária sobre os cuidados de enfermagem, conduziram-me à importância da investigação e de uma prática sustentada na evidência científica, indispensável no processo de tomada de decisão no cuidar da pessoa e da sua família e/ou pessoa significativa.

Inserido na unidade curricular, Estágio com Relatório, foi proposta a elaboração de um Projeto de Autoformação (PAF), sendo a minha área de opção a segurança do cuidado especializado à pessoa em situação perioperatória. Assim, acompanhei todo o percurso que é realizado pelo cliente, desde a decisão que necessita de uma intervenção cirúrgica, na consulta até ao internamento, a que se junta: a própria intervenção cirúrgica, no Bloco Operatório; os cuidados após a intervenção, na Unidade de Cuidados Pós Anestésicos Prolongados; a consulta de follow-up. O PAF constitui uma ferramenta que permite trabalhar de forma sistematizada e organizada de modo a alcançar os objetivos propostos, tendo por base o planeamento das ações necessárias para atingir as metas definidas. Apresenta uma metodologia que estimula a nossa forma de pensar, levando-nos a construir o nosso próprio saber e a definir o trajeto a percorrer, Barradas (2021). A elaboração deste PAF permitiu-me projetar metas pessoais, a partir dos objetivos do plano de estudos. Proporcionou, semelhante, sistematizar a minha intervenção. Tudo isto contribuiu para o desenvolvimento das minhas capacidades e competências na área do cuidado seguro à pessoa em situação perioperatória.

De igual modo, o planeamento prévio aos ensinamentos clínicos, o processo de enfermagem fundamentado, as reflexões críticas e os relatórios realizados ao longo dos ensinamentos clínicos, ilustram, por um lado, as minhas necessidades de aprendizagem, por outro, as estratégias para as colmatar e, nesta fase, a avaliação dos resultados dessa aprendizagem. A elaboração destes documentos, constituiu um desafio, na medida em que devem resultar da conjugação e articulação de conhecimentos teóricos sólidos com as competências do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação perioperatória.

No ensino clínico I, cuidar na sala operatória, enfatizo uma das estratégias delineadas, nomeadamente, a realização do processo de enfermagem fundamentado. Este método permitiu-me: avaliar, de forma integral de um cliente; analisar focos de atenção específicos; formular diagnósticos de enfermagem; prescrever e implementar intervenções de enfermagem especializada, sensíveis aos cuidados de enfermagem, e avaliação dos resultados. Na perspetiva de Adamya et al. (2020), o processo de enfermagem é uma metodologia científica necessária para a consolidação da profissão e constituição de uma identidade profissional, com base em conhecimentos estruturados que suportam a prática diária e os processos de tomada de decisão.

Em Portugal, esta *práxis* encontra-se legalmente regulamentada no REPE, Decreto-Lei n.º 161/96, que enfatiza que os cuidados de enfermagem são caracterizados por, entre outros, por utilizarem o processo de enfermagem, estando as suas etapas descritas no Artigo 5.º (p. 2960). A implementação deste sistema exige uma interação entre o enfermeiro e a pessoa, família, grupos ou comunidade; o estabelecimento de uma relação de ajuda e uma avaliação inicial exaustiva da pessoa e de todo o seu contexto; e o conhecimento dos processos de transição, em particular, os de doença.

Contudo, o estabelecimento destas normas não se encerra nesta fase, avaliação inicial, implica uma série de ações, que se enumeram: traduzir os problemas encontrados numa terminologia comum a todos os enfermeiros com recurso à CIPE; formular diagnósticos; delinear e implementar intervenções; avaliar os resultados obtidos; e reformular intervenções, objetivando alcançar os resultados desejados que, por sua vez, procuram integrar os projetos de vida das pessoas de quem cuidamos. Esta metodologia torna-se, assim, uma mais-valia para quem cuida, já que organiza, de forma sistemática, o nosso pensamento crítico e a nossa forma de cuidar.

A realização do processo de enfermagem fundamentado, no ensino clínico I, permitiu-me refletir e analisar a situação, fundamentando as minhas intervenções com base na bibliográfica. Houve ainda ocasião para apresentar e debater o processo de enfermagem fundamentado com os colegas mestrandos e com a professora orientadora do ensino clínico. Nesse âmbito, comuniquei os meus conhecimentos, raciocínios e conclusão subjacente aos meus futuros colegas, especialistas e mestres.

Assim, considero que este percurso de aprendizagem aprimorou a minha habilidade para questionar e avaliar as minhas apreciações e decisões, incluindo, tanto a reflexão, como os aspetos éticos e deontológicos na minha prática clínica diária. Durante o curso, realizámos reflexões, à luz do Ciclo Reflexivo de Gibbs. Trata-se de um ciclo de aprendizagem baseado



na análise e reflexão sobre as diferentes práticas e caracterizado por seis etapas distintas: descrição (do sucedido); sentimentos (que sensações/pensamentos); avaliação (o que correu bem ou mal na experiência); análise (encontrar sentido); conclusão (que mais poderia ter feito); e por fim o planejamento da ação (a repetir-se a situação, como atuar). As competências desenvolvidas no meu percurso profissional e formativo estimularam o meu autoconhecimento e assertividade, utilizando o Processo de Enfermagem nas tomadas de decisão e favorecendo a gestão de situações complexas de modo proativo e eficiente, nos vários contextos clínicos.

O Decreto-Lei nº 65/2018 menciona ainda que o Mestre deve integrar conhecimentos, lidar com situações e contextos complexos, encontrando soluções, comunicando as suas conclusões e o raciocínio a elas intrínseco, aperfeiçoando competências que contribuam para uma aprendizagem permanente ao longo da vida.

No que concerne à competência de autoaprendizagem, considero ser um processo inacabado. Como tal, na minha atividade profissional, bem como no decorrer deste curso de mestrado e respetivos ensinamentos clínicos, procurei aprofundar os conhecimentos e novas oportunidades de aprender, dada a abrangência e complexidade de cuidados que esta área de especialidade na vertente da pessoa em situação perioperatória pressupõe.

Na procura pela excelência dos cuidados, desenvolvi competências que me permitiram uma aprendizagem ao longo da vida. O findar deste relatório assinala um momento importante da minha carreira profissional e a sua defesa pública espelha o alcançar de um sonho. Contudo, o desenvolvimento de competências, o aprofundamento do conhecimento científico e da capacidade para analisar criticamente e avaliar conceitos novos e o alargamento da capacidade de comunicar e de promover a evolução dos conhecimentos não finda por ora, antes, ultrapassa o quotidiano do exercício profissional.

Posto isto, todo o trajeto percorrido ao longo do Curso de mestrado, mais concretamente nos ensinamentos clínicos, proporcionaram a aquisição e o desenvolvimento de competências intrínsecas ao enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no cuidado à pessoa em situação perioperatória e Mestre.



## **CONCLUSÃO**

O desenvolvimento de Competências Especializadas na Enfermagem Perioperatória: A Segurança da Pessoa e Família a Vivenciar a Experiência Cirúrgica corresponde à uma viagem de transformação pessoal e profissional, um percurso de aquisição de competências comuns e específicas, assim como de Mestre. Todo o processo de aprendizagem é dinâmico e exige uma atitude proativa àquele que se predispõe a desenvolver competências. Neste sentido, impus nesta aprendizagem muito esforço, trabalho, determinação que permitiram alcançar com sucesso os objetivos inicialmente propostos.

A realização dos ensinamentos clínicos proporcionou-me um amplo grau de absorção de ensinamentos, de partilha de conhecimentos e experiências, que fomentaram o desenvolvimento de competências especializadas. Os diferentes contextos, onde desenvolvi a minha prática, a consulta externa (consulta pré-operatória e de follow-up), internamento cirúrgico, bloco operatório, unidade de cuidados pós-anestésicos e Bloco de Exames de Gastroenterologia, permitiu-me transpor e integrar conhecimentos que havia adquirido nas aulas teóricas do mestrado. Sempre que emergiram situações novas, sustentei a minha intervenção na evidência científica, de forma a adquirir, aprofundar e aperfeiçoar a minha prestação de cuidados.

Assim, os ensinamentos clínicos, assumiram-se como promotores do desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista nos quatro domínios: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. De igual forma, promove-se o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na vertente da pessoa em situação perioperatória: o cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa e o maximizar a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica.

Mais acrescento que as experiências vivenciadas foram examinadas e refletidas criticamente, evidenciando não só as competências de especialista, mas também as competências do 2º ciclo de estudos – Mestrado – através da aplicação dos conhecimentos científicos nos diferentes contextos da prática, com elevados níveis de julgamento clínico e

tomada de decisão consciente e fundamentada, comunicando de forma clara, objetiva e coerente.

Ao longo destes meses, pautei o meu desempenho por critérios de rigor e qualidade, no respeito pelos princípios e numa total atenção às pessoas, aos seus projetos de vida e às suas famílias. Nesse contexto, alcancei, através do meu desempenho e dedicação, um conjunto de saberes inerentes ao cuidar da pessoa em situação perioperatória, como nunca antes havia experienciado. Estes conhecimentos contribuíram para desenvolver uma progressiva autonomia na prestação de cuidados de excelência e de forma contínua, em articulação com as equipas multidisciplinares à pessoa/família em situação perioperatória. Saliento, igualmente, que o facto de a minha área de opção ter sido direccionada para a segurança da Pessoa e Família a Vivenciar a Experiência Cirúrgica, concorreu para uma evolução enquanto ser humano e enquanto profissional de saúde. Conduziu a uma aprendizagem dia a dia, tão importante e essencial é a segurança em todos os cuidados prestados aos clientes e suas famílias: desde a simples consulta até ao procedimento mais invasivo.

A elaboração deste relatório, tornou-se num momento de consciencialização das atividades e das aprendizagens desenvolvidas e, por conseguinte, das competências adquiridas. Porém, não é possível narrar toda a complexidade inerente aos cuidados e à magnitude do conhecimento patente na conduta diária ao longo dos ensinamentos clínicos. Seguramente, foram inúmeros os momentos de aprendizagem na procura pela excelência do cuidar e em que as palavras nem sempre traduzem as experiências vivenciadas nem descrever a aplicação científica dos saberes, assim como a totalidade das competências interiorizadas. Não posso deixar de salientar o acolhimento e disponibilidade das equipas com quem partilhei os meus estágios, que muito facilitaram o meu processo de aprendizagem e foram cruciais para o desenvolvimento das diversas competências nos variados domínios.

O meu percurso académico caracterizou-se pela superação de obstáculos, a partir dos quais sublinho a gestão de tempo e as dificuldades em conciliar a vida profissional e académica com a vida pessoal. Não obstante, esforcei-me por minimizar essas barreiras.

Termino este relatório, reafirmando que a reflexão não se encerra com a sua defesa pública. Numa perspetiva futura e na procura permanente pela elevação dos cuidados especializados em enfermagem, é minha pretensão continuar a colaborar para o progresso do conhecimento científico através, não apenas de competências e aptidões, como também pela permanente pesquisa. Proponho-me, igualmente, a analisar criticamente e avaliar conceitos novos, a comunicar e a promover a evolução dos conhecimentos e a ciência em

Enfermagem, bem como a afirmar a autonomia da profissão, compatíveis com as minhas atribuições e funções.



## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Adamy, E., Zocche, D. & Almeida, M. (2020). Contribution of the nursing process for the construction of the identity of nursing professionals. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190143>
- Alves, A. I. A. (2011). *Competências interpessoais em saúde: Comunicar para a qualidade, com o utente e em equipa multidisciplinar* (Dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública). Universidade Nova de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10362/9585>
- American Academy of Ambulatory Care Nursing. (2016). *Scope and standards of practice for registered nurses in care coordination and transition management*. Author.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2012). *Enfermagem perioperatória: Da filosofia à prática dos cuidados*. Lusodidacta
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (n.d.). *O que é a dor?*. <https://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/definicoes>.
- Association of Perioperative Registered Nurses. 2013. *Position Statement on Perioperative Advanced Practice Nurse*. [http://www.aorn.org/PracticeResources/AORNPositionStatements/Position\\_AdvancedPracticeNurse/](http://www.aorn.org/PracticeResources/AORNPositionStatements/Position_AdvancedPracticeNurse/).
- Barradas, C. (2021). *Cuidado especializado em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa com falência ou iminência de falência da função respiratória em contexto perioperatório: da urgência aos cuidados intensivos* (Relatório de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny). Funchal. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/39399>
- Barros, L. E. V., Paiva, K. C. M. & Melo, T. S. (2016). Competências Profissionais e sua gestão na saúde: Um estudo de caso com médicos de um hospital de Belo Horizonte. *Revista ESPACIOS*, 38(23), 21. <https://www.revistaespacios.com/a17v38n23/a17v38n23p21.pdf>

- Batalha, L. M. C. (2016). *Avaliação da Dor: Manual de estudo: Versão 1*.  
<https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=120681&code=fd5f4159798001777d637a7194e68c721a1609f9>
- Batista, T. (2015). *Importância dos Registos de Enfermagem: Apresentação da Importância dos Registos de Enfermagem*. <https://knoow.net/ciencmedicas/medicina/registos-de-enfermagem-importancia-dos/>
- Benedet S. A., Gelbcke F. L., Amante L. N., Padilha, M. I., & Pires, D. P. (2016). Processo de enfermagem: instrumento da sistematização da assistência de enfermagem na percepção dos enfermeiros. *Care Online*, 8(3), 4780-4788.  
<http://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4780-4788>
- Borges, F. F. D., Azevedo, C. T., Amorim, T. V., Figueiredo, M. A. G., & Ribeiro, R. G. M. (2017) Importância das anotações de enfermagem segundo a equipe de enfermagem: implicações profissionais e institucionais. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 7. <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.1147>
- Breda, L. F. T. F. (2019). *Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas ao doente* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra) Coimbra.  
<https://repositorio.esenfc.pt/rc/>
- Camargo, F., Iwamoto, H., Pereira, G., Souza, R., Garcia, L., Monteiro, D., Cubas, S. & Rosinha, G. (2018). Strategies for teaching evidence-based practice in nurse education: integrative review. *REFACS*, 6(Suppl.1), 279-410.  
<http://dx.doi.org/10.18554/refacs.v6i0.2288>
- Cardante, S. D. F. (2020). *Consulta de Enfermagem Pré-Operatória e de Follow up em cirurgia de ambulatório: a perspetiva dos enfermeiros* (Dissertação, Escola Superior de Enfermagem do Porto).  
[https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/34037/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_Sandra%20Cardante.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/34037/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Sandra%20Cardante.pdf)



- Costa, A. C. & Silva, J. V. (2018). Representações sociais da sistematização da assistência de enfermagem sob a ótica de enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, (16), 139-146. <http://doi.org/10.12707/RIV17069>
- Costa, M. F. L. (2019). *A importância do checklist para obtenção de uma cirurgia segura: um estudo em hospital público em São Luís* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra). <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28019/1/relatorio%20disserta%C3%A7%C3%A3o%20Francinete.pdf>
- Decreto-Lei n.º 65/2018. **Diário da República** I Série. 157 (16-08-2018) 4147-4182. [Consult. 10 nov. 2022]. Disponível em WWW: <https://data.dre.pt/application/conteudo/116068879>
- Decreto-Lei n.º 161/96. **Diário da República** I Série-A. 205 (04-09-1996) 2959-2962. [Consult. 10 nov. 2022]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/241640>
- Deodato, S. (2008). *Responsabilidade profissional em enfermagem: valoração da sociedade*. Almedina.
- Deodato, S. (2014). *Decisão ética e enfermagem: do problema aos fundamentos para agir*. Almedina.
- Despacho n.º 1400-A/2015. **Diário da República** Série II. 28 (10-02-2015) 3882(2) - 3882 (10). [Consult. 9 nov. 2022]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/66463212>
- Despacho n.º 5613/2015. **Diário da República** Série II. 102 (27-05-2015) 13550-13553. [Consult. 8 nov. 2022]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/67324029>
- Direção-Geral da Saúde – **Norma n.º 031/2013 (atualizada 18/12/2014): “Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto”**. 2014. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2013/12/31/profilaxia-antibiotica-cirurgica-na-crianca-e-no-adulto/>

- Eiras, M. (07 abril 2017). *Comunicação e segurança do doente*. In Jornadas da Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, Lousada. <http://hdl.handle.net/10400.21/7201>
- Estilita, J. (2015). Analgesia, sedação e delirium. In P. Ponce & J. J. Mendes (Coords.). *Manual de medicina intensiva* (pp. 61 – 69). Lidel.
- Figueira, M., Jacob, L. M. S., Spazapaz, M. P., Chiquetto, L., Rolim, A. C., Duran, E., C. & Lopes, M. H. (2018). Reflexões sobre a utilização da CIPE na prática profissional: Revisão integrativa. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 7(2), 134-154. <http://doi.org/10.18554/reas.v7i2.2369>
- Fukada, M. (2018). Nursing competency: definition, structure and development. *Acta Medica*, 61(1), 1-7. <http://doi.org/10.33160/yam.2018.03.001>
- International Association for the Study of Pain. (2011). *Dor aguda e cirurgia*. [https://s3.amazonaws.com/rdcmsiasp/files/production/public/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/AcutePainFactSheets/7-Surgery\\_Portuguese.pdf](https://s3.amazonaws.com/rdcmsiasp/files/production/public/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/AcutePainFactSheets/7-Surgery_Portuguese.pdf)
- Jesus, R. (2022). *Competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica: A prevenção de eventos adversos na pessoa em situação perioperatória* (Relatório de estágio de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny). [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/43645/1/Relato%CC%81rio%20Final\\_Rubina%20D%C3%B3ria.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/43645/1/Relato%CC%81rio%20Final_Rubina%20D%C3%B3ria.pdf)
- Lei nº 156/2015. **Diário da República** I série. 181 (16/09/15) 8059 – 8105. [Consult. 13 mai. 2022]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/application/conteudo/70309896>>
- Lima, M. V. R., Ignácio, F. S., & Nunes, M. B. S. (2018). *Centro Cirúrgico e enfermaria como empoderamento da enfermagem perioperatória*. In 11º Simpósio Internacional da Esterilização e Controlo de Infecção relacionada à Saúde, São Paulo. <https://proceedings.science/sobecc-2018/papers/centro-cirurgico-e-enfermaria-como-empoderamento-da-enfermagem-perioperatoria>

- Limandri, B. J. (2021). Efficient and effective documentation in nursing care. *Oregon State Board of Nursing Sentinel*, 40(3), 4–7.  
[https://www.oregon.gov/osbn/Documents/Sentinel\\_2021\\_August.pdf](https://www.oregon.gov/osbn/Documents/Sentinel_2021_August.pdf)
- Lopes, M. A. (2020). *Padrão de documentação de cuidados de enfermagem no período intraoperatório* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra).  
[https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id\\_ficheiro=116700&codigo=8GIjKZpm](https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=116700&codigo=8GIjKZpm)
- Lopes, M. C. R., Silva, L. F., Barros, T. S., Martins, F. J. G., & Farias, M. S. (2018). Atuação da enfermagem no processo de cirurgia segura. *ReTEP*, 10(4), 34-39.  
<http://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2020/01/Atua%C3%A7%C3%A3o-da-enfermagem-no-processo-de-cirurgia-segura.pdf>
- Luna, A. C. (2014). *Importância da visita pré-operatória de enfermagem: A satisfação do cliente* (Relatório de Estágio de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal).  
<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/6992>
- Machado, A. (2019). *Fatores relacionados com a aplicação de Feixes de Intervenção por Enfermeiros de uma Unidade de Cuidados Intensivos Portuguesa* (Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho). <https://hdl.handle.net/1822/64205>
- Magalhães, M. D. D. C. (2020). *A dimensão processual do raciocínio clínicos dos enfermeiros* (Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa).  
[https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/48506/1/ULSD735309\\_td\\_Maria\\_Magalh%C3%AAs.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/48506/1/ULSD735309_td_Maria_Magalh%C3%AAs.pdf)
- Martins, O. & Duarte, A. (2014). *Enfermagem em bloco operatório*. Lidel
- Martorella, G. (2019). Characteristics of nonpharmacological interventions for painmanagement in the ICU: A scoping review. *AACN Advanced Critical Care*, 30(4). 388-397. <https://doi.org/10.4037/aacnacc.2019281>
- Miguel, G. (2021). Entrevista enfermeiros perioperatórios: AESOP quer aumentar literacia em segurança cirúrgica. *Jornal Enfermeiro*.

<https://www.jornalenfermeiro.pt/entrevistas/item/1976-enfermeiros-perioperatorios-aesop-quer-aumentar-literacia-em-seguranca-cirurgica.html>

Mota, A. (2014). *Cultura de segurança do doente e lista de verificação de segurança cirúrgica: Perceção dos profissionais do bloco operatório* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio.esenfc.pt:5352>

Mucelini, F. C. F. C., Matos, F. G. O. A., Silva, E. B., Alves, D. C. I., Nishiyama, J. A. P. & Oliveira, J. L. C. (2021) *Clima de Segurança do paciente em centro cirúrgico: avaliação pela equipa multidisciplinar*, 26(2), 91-98. [https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/674/pdf\\_1](https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/674/pdf_1)

Olino, L., Gonçalves, A. de C., Strada, J. K. R., Vieira, L. B., Machado, M. L. P., Molina, K. L., & Cogo, A. L. P. (2019). Effective communication for patient safety: Transfer note and modified early warning score. *Revista gaucha de enfermagem*, 40(spe), e20180341. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180341>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Author. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Author. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. Author. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *CIFE® Versão 2015: Classificação Internacional para a prática de Enfermagem Edição Portuguesa*. [https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe\\_2015.pdf](https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica*.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf).

Peixoto, S. D. A. (2016). *Métodos não farmacológicos de controlo da dor* (Mestrado integrado em Medicina, Faculdade de Medicina de Lisboa). <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/29483/1/SaraDPeixoto.pdf>

Pelarigo, A. (2019). *Implementação da consulta de enfermagem pré-operatória: Cuidar no pré-preparando o pós-operatório* (Relatório de projeto/Estágio de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal). <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/29203>

Pereira, A. (2018). *Práticas preventivas e ocorrência de eventos adversos: percepção dos enfermeiros* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). [https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id\\_ficheiro=58508&codigo=542](https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=58508&codigo=542)

Queirós, C. & Fernandes, O. (2021). *Desenvolvimento profissional contínuo no contexto da enfermagem gerontogeriatrica*. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/38026/1/Compet%C3%A2ncia%20em%20Enfermagem%20Gerontoger%C3%A1trica\\_cap.8.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/38026/1/Compet%C3%A2ncia%20em%20Enfermagem%20Gerontoger%C3%A1trica_cap.8.pdf)

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

Regulamento n.º 140/2019. **Diário da República** II Série. 26 (06-02-2019) 4744-4750. [Consult. 16 set. 2022]. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

Regulamento n.º 429/2018. **Diário da República** 2ª Série. 135 (16-07-2018). [Consult. 3 jul. 2022]. Disponível em WWW: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>.

Regulamento n.º 743/2019. **Diário da República** II Série. 184 (25-09-2019) 128-155.  
[Consult. 8 nov. 2022]. Disponível em WWW:  
<https://dre.pt/application/conteudo/124981040>

Regulamento n.º 76/2018. **Diário da República** II Série. 21 (30-01-2018) 3478-3487.  
[Consult. 8 nov. 2022]. Disponível em WWW:  
<https://dre.pt/application/conteudo/114599547>

Regulamento n.º 658/2016. **Diário da República** n.º 133/2016, Série II de 2016-07-13,  
páginas 21549-21553. [Consult. 6 jun. 2022]. Disponível em  
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/658-2016-74931900>

Ribeiro, O., Martins, M. & Trochin, D. (2017). Qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo em hospitais portugueses. *Referência*, (14), 89-100.  
<https://doi.org/10.12707/RIV16086>

Rocha, L. (2015). *Controlo e prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde numa unidade de cuidados intensivos* (Relatório de mestrado, Universidade do Minho).  
<https://hdl.handle.net/1822/40567>

Sampaio, A., Almeida, A. L., Bernardino, A., Campos, A. C., Raimundo, A., Marques, A., Moura, A., Martins, A. A., Silva, C., Noversa, C., Dourado, C., Carreira, C., Pereira, C., Ferreira, C., Loureiro, C., Madeira, D., Caló, D., Chieira, D., Catré, D., ... Segura, E. (2016). *Manual de Cuidados Pós Anestésicos*.  
[http://www.simcoimbra.org/files/cursos/04\\_29\\_16\\_02\\_manual\\_cpa.pdf](http://www.simcoimbra.org/files/cursos/04_29_16_02_manual_cpa.pdf)

Sapatinha, S. C. P. (2018), *A gestão da segurança dos cuidados, através da melhoria dos registos de enfermagem no serviço de urgência*. (Relatório de Estágio de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre da Escola Superior de Saúde de Portalegre).  
<http://hdl.handle.net/10400.26/23525>

Sapeta, P. (2013). *Desenvolvimento de competências: Os saberes teóricos e os saberes práticos* (Relatório de mestrado, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias). Instituto Politécnico de Castelo Branco.  
<https://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/3079>

- Serrano, M. T. P. (2008). *Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho* (Relatório de mestrado, Universidade de Aveiro). <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/1479/1/2010000045.pdf>
- Silva, C. (2017). *Saberes e práticas dos profissionais do bloco operatório na prevenção da infeção por microrganismos multirresistentes* (Tese de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). [http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1916/1/Cidalia\\_Silva.pdf](http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1916/1/Cidalia_Silva.pdf)
- Sociedade Portuguesa de Anestesiologia. (2017). *Recomendações da SAP para manutenção de normotermia no período perioperatório: Elaboradas por grupo Nacional de Consensos*. <http://www.spanestesiologia.pt/ficheiros/Consensos%20normotermia.pdf>
- Sousa, B. J. N. (2014). *O follow-up e as complicações pós-operatórias em cirurgia de ambulatório* (Relatório de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). [https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id\\_ficheiro=33671&codigo=644](https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=33671&codigo=644)
- Sousa, J., Meneses, D., Alves, D., Machado, L., Príncipe, F. & Mota, L. (2019). Teor da informação partilhada entre enfermeiros durante a passagem de turno no serviço de urgência. *Revista de Enfermagem Referência*, (21), 151–158. <https://doi.org/10.12707/RIV19014>
- Trindade, T., Picanço, C., Vieira, S. & Batalha, E. (2019). Segurança do paciente em unidade de terapia invasiva: uso de pulseira de identificação. *Enfermagem Brasil*, 18(2), 225-233. <https://doi.org/10.33233/eb.v18i2.2309>
- Valente, R. F. (2016). *Comunicar em enfermagem* (Relatório de Mestrado, Instituto de Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem, Lisboa). Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/21285/1/203016912.pdf>
- Vieira, B. (2016). *Dispositivos médicos: Controlo e vigilância em farmácia hospitalar*. (Relatório de mestrado, Instituto Superior de Ciência da Saúde Egas Moniz). [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17580/1/Vieira\\_Bernardo\\_Moreira\\_Raposo\\_de\\_Mello.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17580/1/Vieira_Bernardo_Moreira_Raposo_de_Mello.pdf)

Vieira, S. (2018). *Utilização e evolução dos sistemas de informação em enfermagem: influência na tomada de decisão e na qualidade dos cuidados de enfermagem* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho). <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/55867>

Wang, X., He, M. & Feng, Y. (2020). Handover patterns in the PACU: a review of the literature. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 36(2), 136-141. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.05.005>

World Health Organization. (2021). Global patient safety action plan 2021-2030. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>