



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

**MESTRADO EM
EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**Consulta Pré-Operatória de Enfermagem:
Constrangimentos à Operacionalização, na perceção dos Enfermeiros**

Paula Maria Relvas Pedro

Coimbra, 2022



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
MÉDICO-CIRÚRGICA**

**Consulta Pré-Operatória de Enfermagem:
Constrangimentos à Operacionalização, na perceção dos Enfermeiros**

Paula Maria Relvas Pedro

Orientadora: Mestre Maria Nazaré Ribeiro Cerejo, Professora
Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Coorientadora: Professora Doutora Adriana Raquel Neves Coelho, Professora
Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Coimbra, 2022

“Seja a mudança que você quer ver no mundo.”

Mahatma Gandhi

Dedico este trabalho às minhas filhas Bruna e Raquel, os amores da minha vida. Obrigada por me fazerem acreditar que nunca é tarde para o que quer que seja, que o sonho comanda a vida e nos leva até onde nos atrevermos voar.

ADRADECIMENTOS

No decorrer deste percurso académico contei com o suporte de muitas pessoas, particularmente de familiares, amigos e colegas que muito me incentivaram neste processo formativo.

Foi um desafio, um longo caminho, por vezes com obstáculos, mas com o suporte e orientação que obtive, todas as etapas foram superadas e os objetivos alcançados.

De uma forma muito sincera e especial, dirijo o meu agradecimento à Professora Mestre Maria Nazaré Cerejo, por aceitar ser minha orientadora e à Professora Doutora Adriana Neves Coelho, por aceitar ser minha coorientadora. Agradeço o profissionalismo, a disponibilidade e paciência, a partilha de conhecimentos, a atenção demonstrada, a motivação e entusiasmo sempre presentes e a dedicação que sempre apresentaram em todos os momentos partilhados.

Ao Professor Doutor Rui Resende pela disponibilidade, partilha de conhecimentos, pelas palavras de incentivo, preciosos momentos de orientação tutorial durante o curso NVIVO. À Sra. Presidente da ESEnfC, por ter autorizado a instalação do Software NVIVO no meu computador pessoal, o que facilitou sobremaneira a análise de conteúdo.

Aos professores do curso de Mestrado pelos conhecimentos partilhados. À Lina, companheira de luta no trabalho e nesta desafiante aventura do mestrado; ao Tiago, o melhor presidente de turma; aos colegas do XI Curso de Mestrado em EMC; à Professora Doutora Isabel, coordenadora do curso; à sra. Rosa e todos os outros funcionários da ESEnfC pela atenção sempre dispensada.

A todos os enfermeiros participantes deste estudo, pela disponibilidade e colaboração demonstradas. A todos os amigos, pelo apoio e pelas palavras de incentivo que me deram alento em muitos momentos; em especial à Dina, à Paula e à Marta, pelo apoio sempre presente. A todos os outros que não enuncio aqui... finalmente, à minha família, particularmente às minhas filhas, Bruna e Raquel e ao César, pela paciência, compreensão e carinho demonstrados ao longo deste percurso. Sem o apoio deles, esta caminhada não seria possível.

A todos, o meu profundo agradecimento!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Salas de Operações Portugueses

AORN – *Association of Perioperative Registered Nurses*

BO – Bloco Operatório

CPOE – Consulta Pré-Operatória de Enfermagem

EE – Enfermeiro Especialista

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EP – Enfermagem Perioperatória

EORNA – *European Operating Room Nurses Association*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PSP – Pessoa em Situação Perioperatória

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

UNAIBODE – *Union Nationale des Associations d'Infirmiers de Bloc Operatoire
Diplomés d'État*

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

RESUMO

A CPOE (Consulta Pré-Operatória de Enfermagem) não é uma atividade concretizada com regularidade em alguns blocos operatórios. Por esse motivo, torna-se importante realizar investigação sobre a matéria, com vista a identificar as causas da não realização desta prática de enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (PSP). Para o reconhecimento da profissão de enfermagem é imprescindível a opinião dos enfermeiros de perioperatório, particularmente do Bloco Operatório (BO). Nesse sentido, a questão de investigação elaborada e que constituiu o ponto de partida para este estudo foi: quais os constrangimentos à operacionalização da CPOE na percepção dos enfermeiros do Bloco Operatório? Como objetivos preconizou-se: conhecer os constrangimentos à operacionalização da CPOE, por via da percepção dos enfermeiros do BO; identificar as suas sugestões que visem superar os constrangimentos à realização da CPOE; analisar estratégias apontadas pelos enfermeiros que permitam priorizar a CPOE. Trata-se de um estudo exploratório descritivo de natureza qualitativa, com método análise de conteúdo com fundamento em Bardin (2014). A população/amostra foi intencional, constituída por três grupos focais de participantes enfermeiros, de três blocos operatórios de um hospital central da zona centro. A recolha de dados/informação foi obtida mediante entrevista semiestruturada *focus group*, tendo por base um guião de entrevista e um questionário com duas questões abertas. Todos os requisitos ético-legais foram tidos em consideração; foi proporcionada garantia de confidencialidade.

Os resultados obtidos permitiram conhecer os constrangimentos expressos pelos enfermeiros e as estratégias que apontam no sentido de os superar. Apontam para a necessidade das hierarquias valorizarem a CPOE, alocação de mais recursos humanos, mais tempo disponível, formação, agendamento da CPOE e articulação interdisciplinar.

Conclui-se que a CPOE é uma atividade autónoma que os enfermeiros estão motivados para operacionalizar, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados à PSP.

Palavras-chave: consulta pré-operatória de enfermagem; constrangimentos; cirurgia; percepção; sugestões.

ABSTRACT

The CPOE (Preoperative Nursing Consultation) is not a regular activity in some operating rooms. It is important to conduct research on this issue, with a view to identifying the reasons for the lack of this nursing practice to the Perioperative Patient (PSP). The opinion of perioperative nurses, particularly from the Operating Room (OR), is essential for the recognition of the nursing profession. Therefore, the research question that was the starting point for this study was: What are the constraints to the operationalisation of the CPOE in the perception of OR nurses? The following objectives were set out: to identify the constraints to the operationalisation of the CPOE, through the perception of OR nurses; to identify their suggestions to overcome the constraints to the implementation of the CPOE; and to analyse the strategies identified by nurses that allow prioritising the CPOE. This is a descriptive exploratory study of a qualitative nature, with a content analysis method based on Bardin (2014). The population/sample was intentional, consisting of three focus groups of nurse participants from three operating rooms of a central hospital in the central region of Portugal. Data/information was collected through a semi-structured focus group interview, based on an interview script and a questionnaire with two open-ended questions. All ethical and legal requirements were taken into account and confidentiality was ensured.

The results obtained allowed us to identify the constraints expressed by nurses and the strategies aimed at overcoming them. They point to the need for hierarchies to value the CPOE, allocation of more human resources, more time available, training, scheduling of CPOE and interdisciplinary articulation.

It is concluded that CPOE is an autonomous activity that nurses are motivated to operationalise, with a view to improving the quality of care to PSP.

Keywords: preoperative nursing consultation; constraints; surgery; perception; suggestions.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Estrutura conceitual – A pessoa no centro dos cuidados de enfermagem.	59
Figura 2 – Subcategorias da categoria CPOE.....	60
Figura 3 – Subcategorias da categoria “constrangimentos”	65
Figura 4 – Subcategorias da categoria “sugestões”	80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Orientações sobre os elementos integradores da CPOE (AESOP, 2006).	42
Tabela 2 – Dados socioprofissionais dos participantes.....	52
Tabela 3 – Critérios e estratégias de operacionalização associadas aos critérios de rigor	91

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	21
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	25
1 – ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA	29
1.1 - FASES DO PERIOPERATÓRIO.....	32
1.2 - COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE PERIOPERATÓRIO.....	34
2 - CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM	37
2.1 – VANTAGENS E CONTRIBUTOS À IMPLEMENTAÇÃO DA CPOE	37
PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	47
1 – DESENHO DA INVESTIGAÇÃO	49
1.1 – TIPO DE ESTUDO, QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS	49
1.2 - CONTEXTOS DO ESTUDO	50
1.3 – PARTICIPANTES DO ESTUDO	50
1.4 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	53
1.5 – PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	54
1.6 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS.....	55
2 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	57
3 - CRITÉRIOS E ESTRATÉGIAS DE QUALIDADE E RIGOR DA INVESTIGAÇÃO	91
CONSIDERAÇÕES FINAIS / SUGESTÕES	93
BIBLIOGRAFIA	97

ANEXOS

ANEXO I – Parecer do Conselho de Administração da Instituição Hospitalar

APÊNDICES

APÊNDICE I - Artigos selecionados de bases de dados científicos

APÊNDICE II – Mapa da Estrutura Metodológica

APÊNDICE III – Guião de Entrevista aos Enfermeiros

APÊNDICE IV – Instrumento de Colheita de Dados - Questionário Google Forms

APÊNDICE V – Carta de informação ao enfermeiro participante

APÊNDICE VI – Formulário de Consentimento Livre, Esclarecido e Informado

APÊNDICE VII – Tabela de codificação

APÊNDICE VIII – Nuvem de frequência de palavras

INTRODUÇÃO

A Enfermagem encontra-se numa fase de acentuado desenvolvimento e transformação, sendo uma das suas principais marcas, o potencial de mudança que tem na prática clínica, aspeto este que lhe confere uma influência direta nos resultados de saúde da pessoa em situação de doença (Polit & Beckt, 2017).

Nesta linha de pensamento e evocando a prestigiada teórica da Enfermagem Meleis (2000) na sua Teoria das Transições, pode-se considerar que a Enfermagem vive na atualidade um processo de qualificação crescente aliado ao desenvolvimento da tecnologia e da ciência. A arte de Cuidar concebida como a essência da Enfermagem é a linha de pensamento que tem procurado dar sustentabilidade à sua prática, centrando-se num modelo holístico e relacional. A conquista da autonomia e a busca incessante de níveis elevados de desempenho profissional foram enriquecendo estas conceções direcionadas para a pessoa em situação de doença, favorecendo um elevado nível de excelência, advindo da interação entre a humanização e a perfeição técnica e científica, na qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem (adaptado de Afonso, 2012).

Considerando o Código Deontológico do Enfermeiro, artigo 109.º, o enfermeiro deve procurar a excelência do seu exercício profissional e nesse sentido necessita de manter o conhecimento atualizado baseado na metodologia científica, utilizar de forma competente as tecnologias e investir na formação contínua e aprofundada nas ciências humanas. Assim, os enfermeiros podem e devem recorrer a projetos de pesquisa que consistam em delinear planos e procedimentos para a investigação e que incluam decisões sobre suposições amplas e métodos detalhados de colheita e análise de dados (Creswell, 2016). A seleção de um determinado plano de investigação é fundamentada na natureza do problema ou na questão de investigação, nas experiências pessoais dos investigadores, assim como no público-alvo do estudo (ibidem).

Tendo como ponto de partida estes pressupostos, pretende-se desenvolver competências que proporcionem uma prestação de cuidados de qualidade, bem como contribuir para a melhoria dos comportamentos das equipas de cuidados perioperatórios; nesse sentido, passa-se à justificação da escolha da temática e sua pertinência:

A presente dissertação de mestrado emergiu da elaboração de um projeto de investigação da mestranda sobre o tema “Consulta Pré-Operatória de Enfermagem: Constrangimentos à sua operacionalização, na perceção dos enfermeiros do Bloco Operatório”.

Importa discernir a Consulta Pré-Operatória de Enfermagem (CPOE) da Visita Pré-Operatória: assim, segundo UNAIBODE (2001) a Visita Pré-Operatória consiste num momento privilegiado para se proceder à recolha de dados, tanto no âmbito de uma consulta pré-operatória ou através da deslocação do enfermeiro ao Serviço de Internamento onde o doente cirúrgico se encontra. Tendo por base este pensamento, o foco desta dissertação de mestrado é a CPOE e não a Visita Pré-Operatória, já que a evidência corrobora que os internamentos para a realização de cirurgias são cada vez mais céleres, e nesse sentido, consta que a CPOE tem melhor adequação.

O facto da enfermagem perioperatória (EP) ser uma área de particular interesse da investigadora, a pertinência na investigação da realidade portuguesa, mais concretamente num hospital central, imperou na seleção da temática.

A CPOE tem revelado ser uma estratégia de cuidados que promove a humanização dos mesmos, o autocuidado e uma transição saudável da pessoa submetida a cirurgia, no sentido de uma melhor e mais célere recuperação da mesma. No entanto, constata-se que a prática da CPOE não é um procedimento uniformizado no que diz respeito à sua concretização, por motivos até à data pouco evidentes, apesar de existirem estudos recentes constantes nas bases de dados científicas a evidenciarem a importância da sua implementação, evocando ganhos em saúde para a pessoa/família. Foi a constatação desta desarmonia entre a teoria e a prática que causou uma espécie de desassossego, induzindo à necessidade de perceber mais e melhor a aplicabilidade da CPOE e mais especificamente os constrangimentos à sua operacionalização, na ótica dos enfermeiros do bloco operatório (BO). Na posse desse conhecimento poderão surgir achados que propiciem a operacionalização da referida consulta de uma forma assídua e bem assim, mais eficiente e mais eficaz, já que a CPOE se traduz numa das mais importantes atividades autónomas da EP que importa destacar com vista à excelência do cuidar.

Acresce referir que este procedimento só poderá ser implementado se estiver contemplado no plano estratégico desenvolvido pela gestão do BO. Cabe a este órgão, mediante a partilha de informação, determinar ações que possam melhorar o desempenho e acrescentar qualidade aos processos assistenciais (Castro, 2018).

A dar consistência a esta justificação da temática e contextualização acresce referir a experiência profissional da investigadora na concretização da CPOE, em contexto de BO periférico, num centro hospitalar da zona centro.

A atual conjuntura pandémica obrigou à reestruturação das dinâmicas de funcionamento dos Serviços no sentido de se controlar os riscos de contaminação e disseminação pelas estirpes de vírus mutantes causadoras de casos COVID-19, o que poderá justificar a suspensão temporária da prática presencial da CPOE, contudo, o recurso às novas tecnologias como estratégia de trabalho tornou-se um complemento importante na manutenção de determinadas práticas, como as que dizem respeito à comunicação, informação e ensino.

A investigação desenvolvida em Portugal na Especialidade Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), na área da Pessoa em Situação Perioperatória (PSP), no geral e na envolvência dos enfermeiros mais especificamente, é ainda um assunto pouco trabalhado, por conseguinte, pouco estudado. É por isso importante compreender e procurar responder à necessidade de implementação da CPOE, capaz de conferir um melhor e maior contributo para a PSP e família.

Assim, o presente estado da arte nesta matéria abre um conjunto de oportunidades para investigar constrangimentos nesta área. A efetividade da operacionalização da CPOE exige um desenvolvimento de competências dos enfermeiros ao nível técnico, comunicacional, mas também relacional, que poderá ser motivo de exploração através da interrogação dos seus pares.

Como referência concetual evoca-se algumas teorias das teóricas de Enfermagem Marie-Françoise Collière, Afaf Meleis e Patricia Benner, por se considerar pertinentes para a temática em estudo. Neste sentido, propôs-se desenvolver um estudo, no qual analisa a perceção dos enfermeiros relativamente aos constrangimentos da operacionalização da CPOE. Para o concretizar, formulou-se a questão de investigação: **“Quais os constrangimentos à operacionalização da CPOE na perceção dos enfermeiros do bloco operatório?”**. De modo a obter resposta para a questão formulada enunciou-se como objetivos: conhecer os constrangimentos à operacionalização da CPOE, por via da perceção dos enfermeiros do BO; identificar as suas sugestões que visem superar os constrangimentos à realização da CPOE; analisar estratégias apontadas pelos enfermeiros que permitam priorizar a CPOE.

Como metodologia de pesquisa, esta dissertação de mestrado segue uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), sendo esta um método que tem como objetivo sintetizar

resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente (Ercole et al., 2014). Assim, como estratégia metodológica, trata-se de um estudo exploratório descritivo de natureza qualitativa, com método de análise de conteúdo com fundamento em Bardin (1977, 2014). A amostra foi intencional, constituída por três grupos de participantes enfermeiros de três blocos operatórios de um hospital central da zona centro. Os dados foram obtidos mediante entrevista semiestruturada *focus group*, tendo por base um guião de entrevista e um questionário com duas questões abertas. Como instrumento informático de suporte para análise de dados, foi utilizado o software NVivo. Todos os requisitos ético-legais foram tidos em consideração.

Relativamente à estrutura, este trabalho encontra-se dividido em duas partes. A primeira reporta-se ao enquadramento teórico relativamente à problemática em estudo e contempla dois pontos: EP, com as temáticas fases de perioperatório e competências do enfermeiro de perioperatório, e por último, um ponto fulcral dedicado à CPOE onde se abordam as vantagens e contributos à sua implementação e constrangimentos à sua operacionalização, à luz da evidência. Na segunda parte faz-se a descrição do enquadramento metodológico no que confere ao desenho do estudo; apresenta-se os resultados obtidos, a sua conseqüente análise e discussão tendo subjacente o referencial teórico. Por fim, este estudo apresenta as conclusões da investigação, com alusão aos contributos, às limitações e sugestões pertinentes.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O presente capítulo seguiu uma metodologia estruturada do tipo RIL. A revisão integrativa da literatura tem sido referenciada como uma ferramenta importante na síntese das pesquisas disponíveis sobre determinada temática e direciona a prática fundamentada em conhecimento científico, ou seja, para a prática baseada na evidência (Sousa et al., 2017). Neste mesmo capítulo dar-se-á enfoque à síntese das evidências disponíveis sobre a problemática que se pretende estudar: constrangimentos à implementação da CPOE. Para tal, elaborou-se a seguinte questão de investigação: **“Quais os constrangimentos à operacionalização da CPOE, na percepção dos enfermeiros do BO?”**

Para esta pesquisa adequou-se uma revisão de evidências qualitativas, com base no mnemónico PICO; em que P - a População de Interesse, são os enfermeiros do BO; I - o Fenómeno de Interesse: é a sua percepção relativamente aos constrangimentos na operacionalização da CPOE, e, Co – o Contexto: encontra-se omissa, contudo reporta-se ao contexto hospitalar.

Efetou-se uma pesquisa inicial na literatura cinzenta, no Google académico, e na plataforma Research Gate, para se apurar o que existia sobre o tema em questão; constatada a enorme diversidade de estudos disponíveis e com o intuito de se obter uma filtragem, optou-se por uma pesquisa nas bases de dados científicas PubMed, MEDLINE e CINAHL - via EBSCO host pela VPN da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Utilizaram-se descritores / títulos de assuntos, termos livres e suas combinações nas línguas portuguesa e inglesa: consulta pré-operatória de enfermagem; constrangimentos à consulta pré-operatória; enfermeiros do bloco operatório; percepção dos enfermeiros; e bloco operatório; pre-operative nursing consultation; constraints to pre-operative consultation, nurses in the operating room; nurses perception and operating theater.

As pesquisas foram associadas não só às palavras-chave, mas também a sinónimos, conceitos e/ou termos de indexação; todavia, priorizou-se o uso dos descritores Mesh, e pesquisa nos campos Title/Abstract. O recurso aos operadores booleanos AND, OR e NOT e as truncaduras (*) e (“”), também foram indispensáveis, com a pretensão de se obter as pesquisas mais favoráveis. Ainda que as pesquisas tenham evidenciado

resultados semelhantes, optou-se pela obtida pela Medline, via PubMed, por questões práticas e de maior especificidade de resultados.

Na estratégia de pesquisa foram aplicados os critérios de inclusão: todos os estudos que constassem nas bases de dados científicas nos últimos 10 anos, cujos resumo e texto completo estivessem acessíveis nas línguas inglês, português e espanhol e critérios de exclusão: todos os estudos que se reportassem a crianças e adolescentes.

Os resultados foram filtrados por 2 revisores, mediante a leitura dos títulos e resumos, e, numa segunda fase, pelo texto completo e atributo do artigo – associated data -, chegando-se a um total de 9 estudos de conveniência que vieram a alicerçar este PI.

Os aspetos éticos foram também considerados, através da referência de todas as fontes e respetivos autores.

Os resultados desta revisão, após aplicação de critérios de elegibilidade, contemplaram os já referidos nove artigos selecionados das bases de dados, também já anteriormente referidas, e, que se apresentam em tabela, a qual reúne e sintetiza as informações-chave extraídas dos estudos selecionados (Apêndice I).

Collière (1989) refere que:

Cuidar é um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é, igualmente, um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais. (p. 236).

Assim, cuidar do outro é como que, o alicerce da profissão de Enfermagem em permanente crescimento e desenvolvimento.

A dimensão do cuidar tem sofrido mudanças ao longo do tempo, condicionado pela cultura e pelos valores. Está agora numa nova viragem para uma nova vertente de cuidados humanizados. Esta humanização pressupõe uma alteração de valores que passa fundamentalmente por uma valorização das relações entre as pessoas, traduzida numa comunicação mais eficaz e no respeito pelo ser humano.

Nos conceitos expressos pelos vários modelos de cuidar, a ação de enfermagem é orientada de modo diferente, mas sempre virada para as necessidades da pessoa, para os problemas decorrentes do seu desequilíbrio ou instabilidade e para as dificuldades da sua adaptação a situações de stresse.

Benner (2001) na sua obra "*From Novice to Expert*" proporcionou um contributo importante na descrição e explicação da variabilidade da perícia clínica entre os enfermeiros e no efeito que esta tem na conceção dos cuidados e no exercício da autonomia na tomada de decisão. Para esta autora, a presença efetiva de enfermeiros peritos nos contextos da prática é necessária e fundamental, dada a presença de situações de saúde cada vez mais complexas, a exigirem tomadas de decisões clínicas seguras, rápidas e eficazes, que deem respostas efetivas aos problemas das pessoas e promovam a sua satisfação; advoga que um enfermeiro perito que desenvolva a sua atividade profissional em determinado contexto ou domínio é competente e exibe uma performance perita nessa área de atuação, e isso é alcançado pela mobilização de todo um conjunto de saberes que farão a diferença e resultarão em ganhos em saúde (ibidem). Assim, a autora considera a perícia em enfermagem fundamental para uma prática de excelência no cuidar diferenciado.

Meleis (2000) defende que os enfermeiros na sua prática são confrontados com pessoas que estão a vivenciar processos de transição que envolvem alterações de saúde, nas relações, expectativas e capacidades dos papéis. Partindo deste pressuposto, esta transição exige que o ser humano obtenha conhecimentos novos e mude os seus comportamentos. Todavia, este processo depende das capacidades de mestria, do ambiente e do bem-estar físico-emocional.

Para Queirós (2018), esta transição só será eficaz se, no final dos cuidados de enfermagem realizados, a pessoa se sentir bem consigo própria, no contexto de relação com o(s) outro(s) e demonstre conhecimento na gestão de sinais, sintomas, medicação prescrita e nos processos de vida e de trabalho.

1 – ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

O BO normalmente está inserido no ambiente hospitalar, a par de uma política organizacional direcionada pela missão e objetivos organizacionais. É uma unidade percebida como um ponto de convergência de inúmeras atividades, ligadas de forma direta ou indireta a serviços e especialidades cirúrgicas. No BO coexistem valores essenciais ao seu funcionamento, podendo ter várias percepções, conforme a pessoa que o utiliza: um local de trabalho, um local que visa alcançar um estágio de saúde melhor, um local de esperança na vida futura; e ainda, um local de ensino e formação. É uma unidade orgânico-funcional, composta por um conjunto integrado de meios físicos, técnicos e humanos, vocacionados para prestação de cuidados anestésicos cirúrgicos, onde se concretizam intervenções cirúrgicas programadas e de urgência, assim como exames e tratamentos invasivos que requeiram um elevado nível de cuidados de assepsia e/ou anestesia, à PSP adulta e pediátrica (adaptado de Associação dos Enfermeiros de Salas de Operações Portugueses [AESOP], 2012).

Para a *European Operating Room Nurses Association* (EORNA) citada pela AESOP (2006) todas as pessoas submetidas a cirurgia ou procedimentos anestésicos têm o direito de serem cuidadas por uma equipa multiprofissional experiente com competências baseadas na evidência científica, relacionadas com o BO e os cuidados perioperatórios. “O doente, os familiares e as pessoas significativas têm o direito de receber informação necessária, bem como apoio emocional e físico que lhes permita ultrapassar as várias fases dos cuidados perioperatórios.” (AESOP, 2006, p.8). Para a EORNA, os enfermeiros de perioperatório são profissionais experientes e especializados em cuidados perioperatórios (AESOP, 2006).

A grande evolução na EP surgiu nos anos 80, quando os profissionais deixaram de priorizar o modelo biomédico e passaram a implementar na prática dos cuidados, o Processo de Enfermagem. O papel do enfermeiro de sala de operações, inicialmente subordinado ao cirurgião ou ato médico delegado, passa a ter como missão primordial garantir e disponibilizar à PSP cuidados de enfermagem específicos, complexos, de qualidade, promovendo um ambiente seguro e desempenhando funções baseadas nas boas práticas. Esta missão é transversal a todas as associações de enfermeiros de sala de operações do mundo (AESOP, 2006).

A EP engloba todos os cuidados de enfermagem dirigidos ao doente cirúrgico durante o período pré, intra e pós-operatório. Contempla um conjunto vasto de intervenções de enfermagem prestadas em diferentes contextos hospitalares, com o objetivo de dispensar os melhores e mais adequados cuidados à PSP, proporcionando-lhe uma experiência o menos traumática possível. Nesta área de atuação, entende-se que os enfermeiros deverão ter conhecimentos e capacidades específicas e aplicar as normas do processo de enfermagem que visam diminuir o risco cirúrgico e promover o bem-estar da pessoa (AESOP, 2006).

A EP abrange todo o ciclo de vida desde a cirurgia intrauterina até à colheita de órgãos *post mortem* e representa o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro de sala de operações, mediante um processo programado (ou de várias etapas intercaladas entre si), pelo qual o enfermeiro reconhece as necessidades da PSP a quem presta ou vai prestar cuidados, planeia esses cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os analisando os resultados obtidos no trabalho realizado (EORNA, 2021).

Ao considerar a panóplia de conhecimentos, habilidades e atitudes que o enfermeiro de perioperatório utiliza para prestar cuidados, é crucial dar visibilidade aos instrumentos do cuidar, os quais correspondem ao saber, ao saber fazer e ao saber ser ou estar da especificidade perioperatória e por isso mesmo proporcionam uma outra dimensão ao cuidar, a qual atravessa transversalmente a fase pré, intra e pós-operatória da experiência anestésica e cirúrgica da PSP (EORNA, 2021).

Os cuidados de enfermagem perioperatórios são realizados num espaço de tempo que geralmente é curto, dado que a permanência da pessoa em situação cirúrgica no BO é limitada e intensa. Assim, os cuidados prestados no intraoperatório podem ser definidos como um conjunto de atividades desenvolvidas pelos enfermeiros de perioperatório, no sentido de dar resposta às necessidades da PSP (EORNA, 2021).

A EP tem acompanhado a evolução constante da sociedade bem como o desenvolvimento científico, técnico e relacional. Os enfermeiros têm acompanhado esta evolução mediante atualização e aquisição de novos conhecimentos, por forma a adequar e melhorar a qualidade dos cuidados.

Os Guias de Boa Prática constituem ferramentas fundamentais para assegurar a excelência do exercício profissional e simultaneamente, implicar a equipa multidisciplinar na mudança da realidade, com o objetivo da melhoria contínua dos cuidados. Os Guias de Boa Prática advêm da aplicação de linhas orientadoras baseadas em estudos sistematizados, fontes científicas e a opinião de peritos reconhecidos por

mérito, com o intuito de obter respostas adequadas na resolução de problemas específicos. São considerados enunciados sistemáticos que têm em conta diversos parâmetros, como sejam legais, psicossociais e técnicos. Baseiam-se em avaliações e intervenções necessárias aos processos de cuidados e aos seus resultados (OE, 2007). Quando rigorosamente elaborados e utilizados compõem a base para sistematizar as intervenções de enfermagem, adequando a eficiência e a segurança da prática, à eficácia do resultado.

As *guidelines* da *Association of periOperative Registered Nurses* (AORN) publicadas em 2021 sustentam um modelo de cuidados perioperatórios centrados na pessoa; este modelo é constituído por três dimensões: a segurança da pessoa; a resposta fisiológica da pessoa à cirurgia e a resposta comportamental da pessoa/família à cirurgia. Este modelo é focado nos resultados cirúrgicos e defende que os enfermeiros são os profissionais detentores de conhecimento e de competências únicas para colocar em prática um modelo de cuidados efetivamente centrados na PSP. Cite-se o objetivo major da prática de cuidados de enfermagem perioperatórios *“The goal of perioperative nursing practice is to assist patient and their designated support person(s) with achieving a level of wellness equal to or greater than that which they had before their operative or other invasive procedures.”* (AORN, 2015, p. 694) & (AORN, 2021, p. ix).

Através de uma colaboração interdisciplinar, a EP utiliza o processo de enfermagem por forma a desenvolver planos de cuidados individualizados com intervenções e atividades dirigidas a resultados em saúde da PSP.

A AORN (2021) estipulou como *standards* para a EP quinze pressupostos; esse conjunto de pressupostos guia globalmente a atuação dos enfermeiros da área de EP, visto abranger recomendações alusivas às várias intervenções de enfermagem elencadas em objetivos específicos que visam uma prática que coloca a pessoa no centro do processo cirúrgico.

O desenvolvimento do pensamento crítico e a utilização da prática baseada em evidência, permitirá uma melhoria contínua dos cuidados sustentados economicamente. Alguns resultados relacionados com esta prática abrangem a redução do tempo perdido antes da cirurgia, poupanças de custos pelos atrasos e cancelamentos e a melhoria da satisfação das pessoas intervencionadas (adaptado de Barnett, 2005).

1.1 - FASES DO PERIOPERATÓRIO

A missão do enfermeiro de sala de operações é garantir e disponibilizar à PSP, uma prática de cuidados de enfermagem de qualidade, veiculada por um conjunto de ações que avaliem e identifiquem as suas necessidades e promovam a sua satisfação e resolução, ao nível das três dimensões da EP, nomeadamente: o pré-operatório, o intraoperatório e o pós-operatório.

Em cada fase do período perioperatório o enfermeiro desempenha diversas funções com o objetivo final de satisfazer as necessidades da PSP e ajudá-la a ultrapassar esta fase transitória geradora de conflitos psicológicos/emocionais, entre outros. Os enfermeiros preparam "(...) os clientes para a vivência das transições e são quem facilita o processo de desenvolvimento de competências e aprendizagem nas experiências de saúde/doença" (Meleis et al., 2000, p.13).

O período pré-operatório tem início quando a pessoa e o cirurgião decidem pela cirurgia e termina quando a pessoa é transferida para a mesa operatória, nesta fase é importante que o enfermeiro objetive as suas intervenções na preparação física e psicológica, dando enfoque na comunicação e no ensino, esclarecendo dúvidas e preparando a recuperação pós-operatória, apelando para a importância da adesão à terapêutica (adaptado de Duarte & Martins, 2014; Regulamento n.º 429/2018). Planear o acolhimento personalizado da PSP no BO com a elaboração de um plano de cuidados individualizado, assegurando a sua integridade física e psicológica, posicionando-a considerando os critérios de segurança, são objetivos da prática dos cuidados pré-operatórios. A verificação pré-operatória implica a colheita de informação com acesso ao processo clínico da PSP e a verificação do documento do consentimento informado devidamente assinado. Este documento deve constar no processo clínico; é de crucial importância pois protege o direito da PSP à autodeterminação e autonomia relativamente à intervenção cirúrgica, sendo da responsabilidade legal do médico-cirurgião a sua obtenção. A informação prestada pelo cirurgião deve ser suficiente para que a PSP compreenda e faça a avaliação do risco /benefício da cirurgia proposta. Nesta fase, o enfermeiro de perioperatório deve avaliar a capacidade de tomada de decisão da pessoa, confirmando toda a informação prestada e esclarecendo eventuais dúvidas ou ideias erróneas. Um consentimento assinado deve ser um consentimento livre, informado e esclarecido. Significa que, um consentimento não é tão somente uma imposição legal, é uma medida de planeamento que prepara a pessoa para a intervenção cirúrgica, acautelando uma compreensão clara do procedimento (AESOP, 2006, como referido por Afonso (2017).

O intraoperatório inicia aquando da transferência da pessoa para a mesa operatória e termina quando esta é transferida para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA). Nesta fase o enfermeiro tem a responsabilidade de manter a comunicação com a pessoa de modo a tranquilizá-la, reduzindo o nível de ansiedade, enquanto realiza os procedimentos preparatórios da anestesia. A segurança é igualmente um foco de intervenção para o enfermeiro do intraoperatório, por isso promove-a responsabilizando-se pelos cuidados individualizados e pelas funções relacionadas com o procedimento cirúrgico que devem sustentar-se no princípio da técnica asséptica cirúrgica. O intraoperatório compreende a monitorização adequada dos parâmetros vitais, as decisões anestésicas e cirúrgicas responsáveis, a medicação prescrita, a profilaxia antibiótica, quando indicado, o posicionamento em condições de segurança, a disponibilidade de exames auxiliares de diagnóstico, o trabalho em equipa, a comunicação entre a equipa pluridisciplinar. Daí que uma equipa de EP funcional associa as competências técnicas, científicas e humanas ao talento, profissionalismo, motivação e transparência dos procedimentos que envolvem a prestação de cuidados intraoperatórios. Avaliar se os objetivos dos cuidados foram atingidos e a segurança e o bem-estar respeitados, fazem parte da prática dos cuidados no pós-operatório (Duarte & Martins, 2014; Regulamento n.º 429/2018; AESOP, 2006, como referido por Afonso, 2017). Acresce referir que, nesta fase, o enfermeiro de apoio à anestesia, o enfermeiro circulante e o enfermeiro instrumentista desenvolvem em parceria com a equipa multidisciplinar, uma metodologia de trabalho que maximiza a segurança, congruente com a consciência cirúrgica (adaptado de Regulamento n.º 429/2018).

Por último, o pós-operatório inicia quando a pessoa dá entrada na UCPA e finaliza quando se encontra totalmente recuperada da intervenção cirúrgica/anestésica (Duarte & Martins, 2014; Regulamento n.º 429/2018). Compete ao enfermeiro uma avaliação detalhada e contínua da pessoa intervencionada para conseguir implementar intervenções que visem a diminuição de complicações pós-operatórias e que promovam a sua colaboração no planeamento e implementação da recuperação (Marek & Boehnlein, 2010).

O enfermeiro assume um desafio importante para prestar cuidados ao doente cirúrgico, uma vez que desenvolve uma relação de ajuda promotora de conforto, confiança e segurança. A individualização dos cuidados permite humanizar e personalizar o atendimento de enfermagem. Assim, o enfermeiro não pode alhear-se de que o seu objetivo está focado na recuperação da pessoa/família em situação perioperatória e desse modo deve contornar constrangimentos que inviabilizem uma intervenção de suporte terapêutico.

1.2 - COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE PERIOPERATÓRIO

No desempenho das suas competências o enfermeiro de perioperatório focaliza a sua atenção nas necessidades da PSP e baseia a sua tomada de decisão nos conhecimentos técnicos e científicos que lhe permitem conhecer e compreender a complexidade do ambiente cirúrgico (Afonso, 2017). Pode entender-se como a atuação do enfermeiro, o conjunto de intervenções durante o percurso da pessoa que vai ser submetida a cirurgia; esta atuação inicia-se no pré-operatório, com a avaliação inicial da pessoa através da CPOE (adaptado de AESOP, 2006).

Tendo em conta o referido, o enfermeiro de perioperatório é o profissional que pelas características intrínsecas ao seu desempenho se encontra mais próximo da PSP no momento de maior fragilidade, pela angústia, instabilidade, ameaça à segurança, à integridade física, à imagem corporal e anseio que os atos cirúrgicos e anestésicos provocam, acompanhando consigo sofrimento físico e emocional (Cerejo, 2000, como referido por Afonso, 2017). Daí que o cuidar em BO é muito mais do que a prática de atos e técnicas complexas. O enfermeiro de perioperatório é o elo entre a enfermaria e o BO, ou seja, entre a PSP, a família e a equipa multidisciplinar, favorecendo o relacionamento, a comunicação, clarificando dúvidas e receios e desmistificando o BO, local de prestação de cuidados tão reservado quanto assustador (adaptado de Afonso, 2017).

O Regulamento n.º 429/2018 sobre as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista (EE) em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) preconiza no Anexo IV, relativamente à Enfermagem, na área da PSP, que o enfermeiro de perioperatório tem como alvo de intervenção a pessoa e família/pessoa significativa, que vivencie uma experiência anestésica/cirúrgica. As intervenções que desenvolve têm por base cinco áreas de atuação complementares entre si e integram as três fases (pré, intra e pós-operatório) sendo estas: a CPOE, apoio à anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós-anestésicos. O enfermeiro de perioperatório, especialista em EMC, tem de demonstrar competências especializadas para cuidar da PSP e garantir a sua segurança, congruente com a consciência cirúrgica. O mesmo Regulamento preconiza que, tendo por base a especificidade destes doentes, o EE aciona conhecimentos e habilidades que promovam a compreensão do processo vivenciado e a vivenciar, com o objetivo de capacitá-los para o autocuidado, reintegração familiar e social. Cabe ao enfermeiro identificar as várias necessidades, elaborar um plano de intervenção e estabelecer uma relação de ajuda, por via de estratégias facilitadoras da comunicação e promotoras de esperança realista e atenuantes dos medos/receios. Para além das

competências específicas anteriormente referidas, o EE partilha um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados e que estão discriminadas no Regulamento n.º 140/2019, acerca das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

É responsabilidade do EE assumir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais, na área da gestão da qualidade clínica e que promovam um ambiente terapêutico. Adicionalmente às suas competências, acresce responsabilizar-se por ser elemento facilitador da aprendizagem e alicerçar os processos de tomada de decisão e as intervenções, em conhecimentos atuais e pertinentes, considerando as mais recentes evidências científicas.

2 - CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM

Segundo a Portaria n.º 306-A/2011 do Ministério da Saúde e das Finanças, artigo 2.º, alínea g), a consulta de enfermagem é definida como uma intervenção que visa a concretização de uma avaliação, seguida de planeamento de cuidados de enfermagem, permitindo auxiliar a pessoa a atingir a máxima capacidade de autocuidado.

Em 2001 a OE concetualizou a CPOE como uma ferramenta importante na organização dos cuidados, visto que proporciona registos de enfermagem de acordo com as necessidades dos doentes cirúrgicos, as intervenções, os resultados obtidos, bem como o uso de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras de qualidade. Tal como anteriormente referido, o Regulamento n.º 429/2018 sobre as Competências Específicas do EE em EMC preconiza como uma das cinco áreas de atuação, a consulta perioperatória, que inclui a pré e a pós-operatória. A AESOP (2006) também estipula diversos objetivos da CPOE, tais como: minimizar a angústia e a ansiedade da pessoa relacionadas com a intervenção cirúrgica, com o fim de obter um maior bem-estar e colaboração da mesma ao longo do perioperatório; avaliar as suas expectativas e conhecimentos face à intervenção cirúrgica; permitir ao enfermeiro conhecer a sua história clínica e as necessidades afetadas, de forma a estabelecer diagnósticos e planear cuidados individualizados; relembrar e esclarecer informações recebidas relacionadas com a preparação pré-operatória e permitir a continuidade dos cuidados. Pelo exposto pode-se afirmar que a avaliação pré-operatória serve de base de sustentação à implementação da CPOE, contribuindo para esclarecer dúvidas referentes ao ato cirúrgico e também de modo particular e inequívoco tranquiliza a PSP.

2.1 – VANTAGENS E CONTRIBUTOS À IMPLEMENTAÇÃO DA CPOE

A pessoa que vai ser submetida a cirurgia reage de maneira singular ao BO, dependendo de fatores psicossociais. O stresse de intensidade variável que se revela nos comportamentos e nas expectativas fruto da imprevisibilidade, do desconhecido, paralelamente à ideia de que o BO é um local de esperança onde vai ser recuperada a saúde, são fatores geradores de medo e insegurança. Fundamentalmente através da comunicação verbal e não-verbal, a PSP exprime as suas expectativas, necessidades, limitações e dúvidas que o enfermeiro de perioperatório, com subtileza nas atividades

de escuta ativa e saber ouvir, procura dar resposta, mas também concretizar a primeira etapa do Processo de Enfermagem, a avaliação dos problemas e necessidades da pessoa para o momento cirúrgico (Breda & Cerejo, 2021).

Os autores Gonçalves et al. (2017) no seu estudo sobre a influência da informação transmitida pelos enfermeiros no nível de ansiedade pré-operatória, sugerem: o incremento de programas de formação em serviço dirigidos aos enfermeiros, por forma a focalizarem parte da sua atenção na ansiedade pré-operatória do doente cirúrgico; o investimento na preparação pré-operatória, inclusive no que concerne às necessidades psicológicas e informativas do doente, dando enfoque às intervenções autónomas dos enfermeiros; a criação de uma consulta de enfermagem no período pré-operatório mediato, coincidindo com o dia da consulta de anestesia, onde a PSP possa colocar as suas dúvidas e medos, e obter informação que melhor lhe permitirá gerir o nível de ansiedade presente no pré-operatório imediato. Apontam ainda para uma intervenção estruturada, exequível, objetiva e individualizada, que valorize as diferenças individuais e as circunstâncias clínicas de cada pessoa.

A autora Pelarigo (2019) no seu estudo, referencia que os enfermeiros dos internamentos cirúrgicos apontaram algumas dúvidas por parte dos doentes, nomeadamente: a dimensão da incisão cirúrgica; o número de dias de internamento e de recuperação; se seriam aquecidos no BO; e se iriam ver e ouvir o que se iria passar na sala de operações durante a cirurgia (nas situações com recurso às técnicas de anestesia loco regional). Desse modo, defende que a CPOE permite estabelecer uma relação privilegiada entre enfermeiro-PSP-família, pois possibilita o esclarecimento dessas dúvidas e receios. Para os enfermeiros de perioperatório, a CPOE potencializa a autonomia, o reconhecimento e a satisfação profissional. Este momento também é caracterizado por facultar o planeamento de cuidados personalizados baseados numa metodologia científica, promoção do relacionamento e da comunicação entre os diferentes enfermeiros do perioperatório (ibidem).

Já segundo Clifford (2016), a CPOE pode ser entendida como um momento privilegiado para a preparação da pessoa para a cirurgia e para a alta, sendo que, aspetos como a identificação de comorbilidades e a otimização pré-operatória, são habitualmente contemplados. Este momento privilegiado para o ensino à PSP, aborda assuntos que vão desde a admissão até à recuperação, contribuem para a redução da sua ansiedade, promovendo uma gestão adequada das expectativas. A CPOE é assim uma atividade do enfermeiro de perioperatório, desenvolvida com o objetivo de conhecer e manter uma interação efetiva enfermeiro/PSP.

A observação e avaliação da PSP, por parte do enfermeiro do intraoperatório é de extrema relevância, pois promove a informação preponderante para a pessoa, assim como possibilita a gestão das suas expectativas ao longo de todo o percurso cirúrgico. A avaliação pré-operatória de enfermagem é entendida como uma poderosa ferramenta para identificar e documentar os fatores de risco da pessoa, sendo uma intervenção crucial na antecipação do risco cirúrgico (adaptado de Malley, Kenner, Kim & Blakeney, 2015).

O ensino pré-operatório à PSP consiste num processo de transmissão de informação para promover o conhecimento do que a espera antes, durante e depois da cirurgia. Tem o intuito de capacitar a pessoa para o autocuidado e promover uma melhor experiência cirúrgica (Heering & Engelke, 2017). Estudos apontam que os enfermeiros devem focalizar-se num plano de intervenção que englobe as informações sobre o procedimento anestésico-cirúrgico, juntamente com questões que dizem respeito à preparação pré-operatória, à recuperação pós-operatória, ao controlo da dor e da ansiedade e ao suporte do cuidador no domicílio.

Mendes (2021) efetuou uma Revisão Sistemática da Literatura do tipo *Scoping Review*, no sentido de dar resposta à questão “Qual a eficácia já descrita do ensino pré-operatório a clientes submetidos a intervenção cirúrgica?” (p. 33), obteve como principais resultados que os estudos selecionados evidenciaram aspetos relativos ao ensino pré-operatório que permitem inferir a sua importância para a obtenção de melhores resultados cirúrgicos e para que a experiência das pessoas possa ser menos traumática e mais adequada às suas necessidades e características pessoais. Saliou também que “com o aumento do acesso à informação os clientes em saúde estarão cada vez mais informados e cada vez com expectativas mais elevadas no que respeita aos cuidados (Guo, 2015, como referido por Mendes, 2021). Nesta ótica, torna-se decisivo que sejam os enfermeiros a transmitir a informação da forma mais estruturada e adaptada possível, sendo crucial a abordagem multidisciplinar no ensino da pessoa, aspeto que tem impacto na confiança que esta vai ter na equipa de saúde (Mendes, 2021).

O ensino pré-operatório à PSP tem sido evidenciado como um pilar fundamental para a recuperação cirúrgica visto que o controlo da dor ou a participação nos cuidados pós-operatórios são influenciados pela expectativa e participação da pessoa (adaptado de Kim & Aloia, 2018). De acordo com estes autores, o ensino ao utente pode mesmo ser entendido como a base para melhorar a recuperação pós-operatória; nesse sentido evocam a título de exemplo, os princípios norteadores dos programas cirúrgicos de recuperação pós-operatória acelerada, que enfatizam que o ensino da pessoa e a sua

participação nos cuidados podem ser a base destes programas que têm como principais pilares: a introdução precoce de alimentação, a fluidoterapia dirigida, a utilização de analgésicos não-opioides e a deambulação precoce após a cirurgia.

Mendes (2021) sustenta os cuidados de saúde na área cirúrgica em dois importantes temas: o ensino à PSP (pilar essencial da CPOE) e a promoção da recuperação ou recuperação acelerada presente através do conceito ERAS¹, que estabelece como focos de atenção a informação transmitida, a experiência da PSP no processo cirúrgico, a responsabilidade e participação da mesma no processo cirúrgico, a satisfação da PSP, as implicações da consulta na recuperação da autonomia na mobilização e as implicações da consulta no tempo médio de internamento. Na avaliação da implementação da consulta, relata a obtenção de resultados muito positivos, na perspectiva dos doentes cirúrgicos ao nível de aquisição de conhecimento, de participação nos cuidados, da experiência de internamento e de satisfação, o que considerou contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde. Refere que foi ainda possível inferir a influência positiva da consulta no retorno à autonomia da PSP na mobilização e na tendência decrescente do tempo médio de internamento, aparentemente relacionada com a mudança de atitude do doente cirúrgico, com a aplicação das *guidelines* cirúrgicas recentes e baseadas na evidência, no plano de cuidados perioperatórios. Como recomendações para a prática salienta que o seu estudo foi desenvolvido apenas numa área cirúrgica – colorretal – todavia considera que o benefício do ensino pré-operatório para a PSP é transponível para várias outras áreas da cirurgia, já que foi notório o interesse revelado por profissionais de outras especialidades, que reconheceram a importância da intervenção de enfermagem no processo cirúrgico e deste modo manifestaram interesse em que o programa ERAS[®] pudesse alargar-se “às suas” especialidades, nomeadamente, à cirurgia torácica e cirurgia urológica. “Deste modo, seria aliciante alargar a consulta a outras áreas e, eventualmente, avaliar as suas implicações, bem como perceber quais os principais temas de ensino a desenvolver com os clientes de cada área específica “(p. 152). A enfatizar a sua perspectiva, Mendes (2021) acrescenta:

Julga-se que este interesse na expansão do ERAS[®] também pode estar associado ao reconhecimento (por parte da equipa médica) de que com esta abordagem integrada do programa, com a existência de uma consulta de enfermagem pré-operatória, de um acompanhamento de enfermagem

¹ Eras[®] (*Enhanced Recovery After Surgery*) é um programa multidisciplinar baseado na evidência e centrado na PSP, com o objetivo final de diminuir as complicações e melhorar a recuperação cirúrgica, podendo ser percebido como uma nova forma de gestão da doença e dos doentes.

personalizado e do facto da equipa de enfermagem ter formação específica, as vantagens para os clientes excedem a possibilidade de melhores resultados de saúde alcançando níveis mais elevados de satisfação e bem-estar (p. 150).

A CPOE permite ao enfermeiro identificar e planear cuidados intraoperatórios de enfermagem de forma personalizada, estabelecendo uma relação enfermeiro/PSP/família/pessoa significativa, de forma a que possam esclarecer dúvidas e receios, desmistificando o BO e ainda, “abordar aspetos relativos à preparação pré-operatória e ao circuito no dia da cirurgia, as pessoas que constituem a equipa cirúrgica e todos os outros aspetos que considere importantes para familiarizar a pessoa com o seu percurso no dia da cirurgia.” (AESOP, 2006). É fundamental não só assegurar critérios de segurança clínica, mas também pacificar a pessoa e criar laços de confiança entre esta e os profissionais da unidade, para que os medos sejam apaziguados na admissão e a alta do serviço decorra com tranquilidade. É também importante que se estabeleça uma relação empática com a pessoa e família/acompanhante, aspeto que é determinante para os resultados da intervenção, para além da componente educativa (adaptado de AESOP, 2006).

Segundo Dantas (2014) é suposto haver um enfermeiro de referência do BO que acompanhe a PSP nos três períodos do perioperatório, mais significativamente no pré e intraoperatório. Defende que esse enfermeiro de referência deve ter especificidades desenvolvidas naquele tipo de cirurgia, ou então, o enfermeiro de apoio à anestesia, por terem, respetivamente, mais competências e um maior contacto com a PSP, no BO. Argumenta ainda que, para que a CPOE seja uma intervenção de excelência, há que seguir um guião, tipo *chek-list* que contenha os elementos integradores essenciais. A AESOP (2006) tem definidas as orientações sobre os elementos a integrar em guião para realizar a CPOE (Tabela 1).

Tabela 1 – Orientações sobre os elementos integradores da CPOE (AESOP, 2006).

Elementos Integradores para o Guião
<ul style="list-style-type: none">▶ Apresentar-se à Pessoa em situação Perioperatória (PSP) e explicar os objetivos da CPOE;▶ Informar a PSP quem será a pessoa que o vai receber no BO;▶ Entregar o Manual de Acolhimento ou visualização de vídeo do BO ou até mesmo propor uma visita ao BO;▶ Observar e interpretar através da comunicação verbal e não verbal, o comportamento do doente e avaliar a sua ansiedade; explicar de forma clara e objetiva, de forma a não deixar duvidas;▶ Responder às questões/dúvidas da PSP; caso existam e se forem de carácter médico, encaminhá-las para este último;▶ Reforçar informações fornecidas pelo enfermeiro do internamento sobre preparação pré-operatória;▶ Informar sobre a hora prevista da Intervenção Cirúrgica, tipo de transporte, tempo de permanência no BO, locais por onde passará, estrutura da sala, apresentação da equipa, descrição dos equipamentos;▶ Referir que após a cirurgia irá para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, explicando os seus objetivos;▶ Abordar a dor e analgesia;▶ Prevenir sobre o desconforto após o acordar por presença de sondas, drenos, entre outros;▶ Assegurar-se que a PSP compreendeu e valorizou as informações que lhe foram fornecidas.

Princípios da realização da CPOE

Segundo Pires et al. (2017), idealmente a CPOE deveria ser realizada pelo enfermeiro que irá estar de apoio à anestesia e nas 24 horas que antecedem a cirurgia, devendo ser programada com o enfermeiro do internamento e com a PSP. A colheita de dados deve ser feita preferencialmente junto da equipa (médica e de enfermagem) e através da consulta do processo clínico, pois só assim é possível colher toda a informação necessária para elaborar o respetivo plano de cuidados. O Consentimento Informado, livre e esclarecido deve constar no processo clínico e deve estar assinado, sem o que

não será possível concretizar a cirurgia - compete ao cirurgião assegurar que este documento esteja em conformidade no referido processo. O primeiro passo ao chegar ao internamento é verificar se estão reunidas as condições para concretizar a CPOE, nomeadamente espaço físico, privacidade, disponibilidade, entre outros. De seguida, apresentar-se à PSP/família, solicitar autorização para colaborar na consulta, disponibilizando 10-15 min; explicar os objetivos da CPOE. Pode ser entregue um Guia de Acolhimento no BO e propor a visualização de um vídeo. A PSP deve receber informações sobre a hora prevista da intervenção cirúrgica, o tipo de transporte, a duração prevista, o tempo estimado de permanência no BO, a sequência de eventos expectáveis a que será submetida, possíveis de informar, o tipo/local de incisão prevista, a escolha do tipo de anestesia que poderá validar com o anestesiológico, a medicação pré-anestésica e os diferentes locais por onde irá passar. Deverá ainda ser feita referência aos elementos que compõem a equipa e as funções de cada um (cirurgiões, anestesista, enfermeiros). Relativamente à recuperação, deverá ser explicado que, após sair da sala de operações, irá para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) onde ficará sob supervisão permanente de enfermagem, com monitorização frequente dos sinais vitais e que regressará ao internamento quando a sua situação clínica for considerada estável. Deverá ser abordado o constrangimento da dor, devendo ser executado o ensino da autoavaliação da dor, enfatizando a existência de analgésicos que poderão ser administrados para suprimir/minimizar a dor e a referência a estratégias não farmacológicas com o mesmo fim. É ainda importante informar a pessoa sobre a possibilidade do desconforto que poderá sentir ao acordar, motivado pela existência de sondas, cateteres, drenagens, frascos e sistemas de soros, sondas ou máscaras de O₂. Se a PSP tiver prevista a realização de uma cirurgia de alto risco, deve ser informada sobre a possibilidade de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), onde poderá estar rodeada de ventiladores e de aparelhos de monitorização, podendo a sua comunicação estar limitada pela presença de tubo endotraqueal. Relativamente às sensações verificadas no pós-operatório imediato, é pertinente comunicar-lhe que poderá apresentar dores/desconforto na garganta e/ ou rouquidão, eventuais traumatismos dentários, sensação de queimadura no globo ocular, náuseas e/ou vômitos, cefaleias, arrepios e fraqueza muscular. A pessoa deve ainda ser informada sobre os tratamentos previstos, a necessidade de mobilidade o mais precocemente possível, a necessidade de exercícios respiratórios, as rotinas de medicação para a dor, bem como, quando iniciará a alimentação. Antes de terminar a CPOE o enfermeiro deve certificar-se que o doente percebeu toda a informação transmitida; só depois é que regressa ao BO, e se possível, transmite aos colegas da sala operatória onde irá decorrer a cirurgia, todas as informações obtidas acerca da

PSP. Estes registos devem ainda ser efetuados no sistema de informação em uso, quer seja em suporte de papel ou digital, para que toda a equipa cirúrgica tenha acesso a eles, facilitando a elaboração do plano de cuidados e operacionalizando os recursos necessários. No dia da cirurgia, preferencialmente, o doente deverá ser recebido no BO pelo enfermeiro que realizou a CPOE, pois sentir-se-á mais calmo ao ser recebido por uma pessoa conhecida (adaptado de Pires et al., 2017).

A importância e os benefícios da CPOE são inquestionáveis. Estudos elucidam que a fragmentação do processo de trabalho, a falta de investimentos e de recursos, bem como de uma deficitária prática baseada em evidência, ainda são uma realidade. Neste sentido, a articulação multiprofissional na vertente da operacionalização da CPOE, continua a ser um grande desafio. Aperfeiçoar o desempenho no BO e melhorar os cuidados à PSP, envolve um meio totalmente interligado com outros serviços, independentemente do seu contexto exclusivo e da organização onde está inserido. Tendo em conta que o BO é um contexto de permanente mudança e complexidade, os gestores devem adotar uma perspetiva abrangente, flexível e simultaneamente, integradora (AESOP, 2012).

Para Abrahão & Amaral (2017), os enfermeiros necessitam compreender que o cuidado e a tecnologia (saber fazer) estão interligados, dado que a enfermagem está comprometida com princípios, leis e teorias. Por isso, a CPOE deve ser sistematizada, estruturada cientificamente e deve basear-se numa linguagem uniformizada de enfermagem. É importante também privilegiar a comunicação, de forma a garantir a promoção, proteção e manutenção da vida da PSP, inclusive a melhoria na qualidade da atenção dada a esta última, família e comunidade.

Pelarigo (2019) no seu estudo refere que a operacionalização da CPOE permite aos enfermeiros a elaboração de um plano de cuidados personalizado, antever necessidades e organizar cuidados anestésico-cirúrgicos e dar visibilidade e evidência ao seu trabalho. Para a instituição de saúde traz vantagens, nomeadamente na diminuição do tempo de consulta de anestesia, permitindo aumentar a quantidade de consultas efetivas, na rentabilização dos tempos operatórios, tempo de admissão no serviço de internamento, e na promoção da diminuição de complicações pós-operatórias, diminuindo o tempo de internamento. A PSP será o beneficiário major dos ensinamentos e informações transmitidos na CPOE, o que permite, não só, uma diminuição da ansiedade face ao processo cirúrgico, como uma melhor preparação para o pós-operatório. A CPOE permite cuidar no pré, preparando o pós-operatório (ibidem).

Santo et al. (2019), concluíram que a realização sistemática da CPOE que designam por Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), um recurso da profissão aplicado ao doente cirúrgico que possibilita a operacionalização da assistência prestada em todo o período perioperatório (Barbosa, 2014 como referido por Santo et al., 2019), fornece subsídios ao enfermeiro para que haja a correta e integral preparação da pessoa para o procedimento anestésico-cirúrgico, capacitando-a para vivenciar o pré-operatório da forma mais tranquila possível e o pós-operatório isento de complicações e danos, tornando esse processo stressante menos traumático. A SAEP fundamenta-se em cinco etapas inter-relacionadas, a saber: CPOE com histórico e exame físico, planeamento da assistência pré-operatória, implementação das intervenções; CPOE e reformulação da assistência, esta última para os casos em que os resultados obtidos diferirem dos esperados (Malagutti & Bonfim, 2011 como referido por Santo et al., 2019); educação para a saúde; preparação física e emocional; prevenção de complicações no pós-operatório e diversas competências presentes no pré-operatório mediato e imediato, foram alguns dos aspetos relevantes que identificaram.

PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

O que abrange uma correta pesquisa científica é a adoção de uma metodologia de trabalho, que segundo Fortin (1999, p. 372), “é um conjunto de métodos e de técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica”. É essencial, no contexto da investigação em enfermagem contextualizar com precisão a metodologia, considerando o que se pretende analisar e qual a melhor estratégia de o principiar, desenvolvendo o estudo integrado com foco na natureza da problemática (Fortin, 2009).

A metodologia, em todo trabalho de investigação, é fundamental para que o investigador atinga os objetivos propostos, sendo percebida como uma estratégia que viabiliza estudar as diferentes opções de estudo, reconhecendo implicações e limitações na sua utilização (Cardante, 2020).

Nesta parte descrever-se-ão as etapas, método e instrumentos utilizados no desenvolvimento da investigação realizada. Este planeamento envolveu várias decisões metodológicas, que necessitaram de ser tomadas para se agilizar o caminho a seguir ao objeto de estudo, seguindo uma sequência definida de etapas (Creswell & Creswell, 2018).

1 – DESENHO DA INVESTIGAÇÃO

A etapa metodológica consiste na escolha de um desenho de investigação, sendo este definido como “... um plano que permite responder às questões ou verificar hipóteses e que define mecanismos de controlo, tendo por objeto minimizar os riscos de erro” (Fortin, 2009, p. 214). Por outro lado, Polit & Beck (2019) referem que a etapa metodológica consiste em investigações controladas sobre a forma de obter, organizar e analisar dados. Acresce referir que esta etapa abrange a previsão do desenrolar do estudo, a sua validação e evolução dos instrumentos de técnicas e investigação.

Seguidamente são definidos os principais elementos que confluem para o estabelecimento deste desenho, que são: o tipo de estudo, a questão de investigação e objetivos, a caracterização do contexto de estudo, a seleção dos participantes, o instrumento de recolha de dados, a análise dos dados, os resultados obtidos e a discussão dos mesmos (*vide* Mapa da estrutura metodológica, *in* Apêndice II). Apresentam-se ainda os procedimentos éticos tidos em consideração em toda a investigação.

1.1 – TIPO DE ESTUDO, QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS

Para esta investigação optou-se por um estudo exploratório descritivo de natureza qualitativa. Neste, onde se insere a pesquisa qualitativa, pressupõe-se que a realidade não é uma entidade fixa, mas sim uma construção da mente humana – portanto a “verdade” é um conjunto de múltiplas construções da realidade (Polit & Beck, 2019).

A questão de investigação é um elemento importante no estudo porque permite coordenar e especificar os aspetos a estudar, determinando o método que deve ser utilizado para obter novas respostas, sendo uma interrogação referente a um domínio para explorar (Fortin, 2009). Nesse sentido, a questão de investigação elaborada e que constituiu o ponto de partida para este estudo foi a seguinte: ***Quais os constrangimentos à operacionalização da CPOE na perceção dos enfermeiros do Bloco Operatório?***

A pertinência de desenvolver estudos de investigação reside na produção de uma base científica para guiar a prática, alargar o campo de conhecimentos e assegurar a credibilidade da profissão (Fortin, 2009). Assim, com a finalidade de contribuir para a

melhoria dos cuidados de enfermagem perioperatórios, estipulou-se como objetivo principal desta investigação: conhecer os constrangimentos à operacionalização da CPOE, por via da perceção dos enfermeiros do BO. Como objetivos específicos de investigação preconizou-se: identificar as sugestões dos enfermeiros que visem superar os constrangimentos à realização da CPOE e analisar as estratégias apontadas pelos enfermeiros que permitam priorizar a CPOE.

1.2 - CONTEXTOS DO ESTUDO

Para que o investigador possa ter acesso a informação suficiente e pertinente, ao proceder à seleção do contexto do estudo, bem como da população a fim de compreender o seu significado e a sua atuação no contexto de trabalho, importa ter em consideração que estes obedeçam a determinadas condições (Carpenter & Streubert, 2013). Para o efeito, a investigadora considerou como opção uma instituição hospitalar do centro de Portugal, considerando que a mesma exerce a sua atividade profissional em contexto de BO, o que constitui um fator facilitador quanto à realização do estudo e à possibilidade de oferecer contributos para aperfeiçoar as práticas no seu próprio contexto de trabalho.

Pelo exposto, a investigação foi implementada em três blocos operatórios da mesma instituição hospitalar. Influenciaram na seleção destes os seguintes critérios: o conhecimento da realidade operante dos três Blocos Operatórios relativamente à concretização da CPOE; em um dos blocos operatórios intervenientes no estudo desenvolver-se a prática habitual/recorrente da CPOE; o BO onde a investigadora exerce funções atualmente, integrar os grupos do estudo.

No sentido de proteger a identidade dos blocos operatórios envolvidos, ao abrigo da Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto que assegura a execução do Regulamento Geral da Proteção de Dados (RGPD), optou-se por caracterizar os blocos operatórios de forma sucinta e sintética, mediante os seguintes itens descritivos: no BO1, de maiores dimensões, não é prática habitual a CPOE; no BO2, de menores dimensões, é prática habitual a Visita Pré-Operatória de Enfermagem, e no BO3 igualmente de pequena dimensão, não está implementada atualmente a CPOE.

1.3 – PARTICIPANTES DO ESTUDO

Na realização de um estudo qualitativo é fundamental definir quem são os participantes. Estes “são selecionados para participarem na investigação qualitativa de acordo com a

sua experiência em primeira-mão com a cultura, processo social ou fenômeno de interesse” (Streubert & Carpenter, 2011, p. 29).

Numa investigação qualitativa pretende-se responder a características precisas, pelo que se recorre a uma amostra não probabilística ou intencional. Nesse pressuposto, sendo a concretização do objetivo do estudo fator primordial, geralmente o número de participantes é pequeno (Fortin, 2009). O método de amostragem escolhido foi o intencional porque permite selecionar informantes para participar com base no conhecimento específico de um determinado fenômeno (Streubert & Carpenter, 2011). O objetivo é “observar e entrevistar pessoas que tenham experimentado ou fazem parte da cultura ou do fenômeno de interesse (...) desenvolver uma descrição rica e densa da cultura ou do fenômeno (...)” (Streubert & Carpenter, 2011, p.30). Contudo, a amostragem intencional possui vários tipos de amostras; neste estudo incidu-se nas amostras de informantes com grupo focal (a abordar no subcapítulo seguinte).

No que diz respeito à seleção dos participantes, foram considerados os enfermeiros em exercício de funções nos blocos operatórios selecionados, organizados em três grupos focais, de 4 a 11 elementos, segundo os seguintes critérios de inclusão: tempo de serviço no atual BO superior a dois anos; maior experiência profissional em BO; formação académica pré-graduada, pós-graduada, de especialização ou mestrado. Como critérios de exclusão estipulou-se: os enfermeiros que se encontrassem em baixa prolongada e os enfermeiros com menos de dois anos de experiência em BO.

Visto ser o objetivo do estudo descrever e explorar fenômenos (constrangimentos) e sendo um estudo qualitativo, a escolha limitada de participantes foi tida em consideração para ter “... um efeito sobre a credibilidade e a qualidade da análise dos testemunhos” (Norwood, 2000, citado por Fortin, 2009, p. 327). Segundo Streubert & Carpenter (2011), a dimensão do grupo, no focus grupo, deve ser de 6 a 10 elementos, o que justificam argumentando que, grupos maiores podem fazer com que nem todos tenham oportunidade de falar, e, “grupos menores podem fazer com que os membros se sintam inibidos de falar livremente ou tenham de o fazer quando não têm nada a dizer” (p. 41). Considerando o exposto, a amostra do estudo foi constituída da seguinte forma: BO1, com 11 participantes, codificados do BO1 P1 ao BO1 P11; BO2, com 8 participantes, codificados do BO2 P1 ao BO2 P8 e BO3 com 4 participantes, codificados do BO3 P1 ao BO3 P4. Desta forma, os enfermeiros que integraram a amostra deste estudo corresponderam a todos os enfermeiros que exerciam funções nos blocos operatórios mencionados da instituição hospitalar, no período de colheita de dados e que respeitaram os critérios de inclusão, perfazendo um total de vinte e três enfermeiros cujas características socioprofissionais se encontram assinaladas (Tabela 2).

Este processo de seleção da amostra teve inerente a consciência de que poderia prorrogar-se, porque poderiam surgir testemunhos com dados pouco relevantes e nesse sentido, poderiam ter de ser agilizadas mais entrevistas *focus group* até à saturação dos dados, conforme preconiza Streubert & Carpenter (2011): “(...) A natureza repetitiva dos dados é o ponto no qual o investigador determina que a saturação foi alcançada” (p. 31).

Acresce referir que a concretização das entrevistas esteve condicionada à disponibilidade dos enfermeiros dos três blocos operatórios selecionados. Para o apuramento dos potenciais participantes, foi solicitada a colaboração do Enfermeiro Gestor de cada BO.

Tabela 2 – Dados socioprofissionais dos participantes

Participante	Sexo	Idade- anos	Tempo de serviço	Tempo de serviço no atual BO	Horário que pratica	F. Académica
BO1 P1	F	> 50	26 - 35	26 - 35	Turnos	Especialista
BO1 P2	F	> 50	> 36	26 - 35	Horário Fixo+Prolongam.	Mestre
BO1 P3	F	Entre 40 e 49	16 - 25	16 - 25	Turnos	Licenciado
BO1 P4	F	> 50	26 - 35	16 - 25	Turnos	Especialista
BO1 P5	F	Entre 40 e 49	16 - 25	16 - 25	Turnos	Licenciado
BO1 P6	F	Entre 30 e 39	6 - 15 anos	6 - 15 anos	Turnos	Especialista
BO1 P7	F	Entre 40 e 49	26 - 35	16 - 25	Turnos	Especialista
BO1 P8	F	Entre 40 e 49	16 - 25	16 - 25	Horário Fixo+Prolongam.	Licenciado
BO1 P9	F	Entre 40 e 49	16 - 25	6 - 15 anos	Outro	Mestre
BO1 P10	F	Entre 30 e 39	6 - 15 anos	6 - 15 anos	Turnos	Mestre
BO1 P11	M	> 50	26 - 35	26 - 35	Turnos	Licenciado
BO2 P1	F	> 50	26 - 35	26 - 35	Horário fixo (Manhã)	Especialista
BO2 P2	F	> 50	> 36	16 - 25	Horário fixo (Manhã)	Especialista
BO2 P3	F	Entre 40 e 49	26 - 35	6 - 15 anos	Horário fixo (Manhã)	Licenciado
BO2 P4	F	> 50	26 - 35	16 - 25	Horário fixo (Manhã)	Licenciado
BO2 P5	F	> 50 anos	> 36	26 - 35	Horário fixo (Manhã)	Especialista

BO2 P6	F	Entre 40 e 49	16 - 25	2 - 5 anos	Horário fixo (Manhã)	Licenciado
BO2 P7	F	Entre 40 e 49	16 - 25	6 - 15 anos	Horário fixo (Manhã)	Licenciado
BO2 P8	F	Entre 40 e 49	16 - 25	16 - 25	Horário fixo (Manhã)	Licenciado
BO3 P1	F	Entre 30 e 39	16 - 25	2 - 5 anos	Horário fixo (Manhã)	Especialista
BO3 P2	F	Entre 40 e 49	26 - 35	26 - 35	Horário fixo (Manhã)	Licenciado
BO3 P3	F	> 50	> 36	> 36	Horário fixo (Manhã)	Especialista
BO3 P4	F	Entre 40 e 49	16 - 25	16 - 25	Horário fixo (Manhã)	Licenciado

1.4 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

No sentido de se poder operacionalizar o estudo, contribuindo para a recolha e análise de dados, é premente construir/aplicar um instrumento que se adeque a esse efeito e posteriormente à análise dos dados, sem que elementos importantes fiquem a faltar para uma mais fidedigna e cuidada interpretação.

O instrumento de colheita de dados a utilizar nesta fase do estudo foi a entrevista semiestruturada com grupo focal, vídeo e áudio gravada em plataforma informática. Um *focus group* “é uma forma específica de entrevista de grupo com a intenção de explorar a dinâmica do mesmo” (Freeman, 2006, p. 491, como referido por Streubert & Carpenter, 2011). Tem o objetivo de “promover a autorrevelação entre os participantes, por explicitamente potenciar as discussões na dinâmica do grupo” (Ibidem, p. 492). Os *focus group* têm sido uma forma de colheita de informação sobre várias temáticas. Pensa-se que são mais úteis quando o assunto da pesquisa é sensível (Polit & Beck, 2019). “O entrevistador orienta a discussão utilizando um guia de tópicos” (...) para garantir que todas as áreas da questão sejam abordadas” (ibidem, p. 201). Por outro lado, Streubert & Carpenter (2011) defendem que se o recurso a plataformas digitais for o meio adotado para o *focus group*, o investigador “deve ter cuidado e ponderar assuntos complexos que surgem quando se trabalha no ciberespaço” (p. 40), porque a confidencialidade e o anonimato podem ser comprometidos. Defendem ainda que “a videogravação tem a vantagem de proporcionar um registo completo da declaração de um participante, da interação no grupo e do comportamento individual; porém pode ser visto como intrusivo e violador da privacidade” (p. 41).

A entrevista *focus group* foi complementada com outro instrumento de colheita de dados: o Questionário Google Forms, o qual foi disponibilizado aos constituintes dos

grupos focais no final de cada entrevista, tendo sido elaborado com o intuito de recolher dados socioprofissionais e as respostas a duas questões de resposta aberta; acresce enfatizar o seu propósito de complementar a entrevista, estimulando o relato de percepções e de experiências relativamente aos constrangimentos na operacionalização da CPOE que, por qualquer motivo, não tivessem sido partilhados na entrevista.

1.5 – PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Para a operacionalização das entrevistas *focus group* foi necessário obter o parecer favorável das Enfermeiras Gestoras de cada BO; agilizar com as mesmas o processo de comunicação com os enfermeiros convidados. Para o efeito, foi solicitada a sua colaboração, no sentido de serem o elo entre a investigadora e os enfermeiros; assim, a investigadora solicitou a partilha, via *e-mail*, de toda a informação e documentação necessária para a consecução das entrevistas.

A investigadora moderou cada grupo entrevistado. A entrevista com moderador do *focus group* é uma forma de atribuir “uma nova e valiosa dimensão à entrevista do grupo, visando: oferecer informação sobre a interação e comportamento do grupo; proporcionar *feedback* eficaz sobre a investigação; servir como ponto adicional de dados para a análise final; enriquecer os dados concretamente quanto à atividade/conversaçoão que ocorre quando o gravador de áudio ou de vídeo não está a gravar ...” (Streubert & Carpenter, 2011, p. 40).

O Guião de Entrevista (Apêndice III) foi elaborado para o propósito pela investigadora; nele constam as linhas norteadoras sequenciais que foram tidas em consideração durante cada entrevista aos três grupos focais. As entrevistas iniciavam-se com apresentação da investigadora, em que esta esclarecia o propósito do estudo. Considerando os princípios éticos subjacentes, foram gravadas em suporte áudio, para maior fidedignidade e facilidade na sua transcrição. Para que não se desperdicem informações essenciais para o estudo e segundo Bogdan & Biklen (2013), a utilização de um equipamento para gravação de voz é aconselhada quando a entrevista é a técnica primordial de colheita de dados. Realizaram-se entre 11 de fevereiro a 4 de março de 2022, com uma duração que variou entre 45 minutos a 70 minutos. Posteriormente foram transcritas na íntegra, incluindo hesitações, silêncios e estímulos do investigador (Bardin, 1977, 2014). No final de cada entrevista *focus group* o Questionário Google Forms (Apêndice IV) foi disponibilizado aos constituintes dos grupos focais para preenchimento, após o que, foram devolvidos à investigadora.

1.6 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

É imprescindível por parte do investigador reger-se por princípios éticos e legais aquando da realização de um trabalho de investigação, independentemente da natureza da pesquisa. As questões éticas são transversais a todas as atividades dos enfermeiros assim como a toda a investigação, mas o facto de ter o ser humano como objeto e objetivo de estudo, ainda mais eleva a preocupação ética (Fortin, 2009).

Neste estudo teve-se em consideração, o direito à autodeterminação, o direito à privacidade, o direito a um tratamento justo e equitativo, garantindo a confidencialidade dos dados, como preconiza Fortin (2009). A mesma autora acrescenta que os participantes devem ser informados sobre os seus direitos, os objetivos, natureza e métodos da investigação e esclarecidos quanto ao uso exclusivo dos dados obtidos para o estudo em causa.

No cumprimento dos pressupostos legais e éticos foi solicitada autorização à Comissão de Ética e ao Conselho de Administração da Instituição Hospitalar onde decorreu o estudo (Anexo I). Aos participantes de cada BO, foi explicado o estudo a desenvolver e concedida informação, por via de uma Carta ao enfermeiro participante (Apêndice V), e também os princípios éticos a respeitar, por via do Formulário de consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice VI), documento que cada participante assinou de livre e espontânea vontade. Respeitou-se o princípio da confidencialidade das declarações, pelo que as entrevistas foram codificadas e foi garantida a possibilidade de os participantes se recusarem a responder a qualquer pergunta ou abandonar o estudo em qualquer momento, se assim o viessem a desejar.

A transcrição das entrevistas foi elaborada manualmente pela investigadora, sendo que a identificação dos participantes surge com a sigla “BOX PY”, em que “X” alude ao BO 1, 2 ou 3, e “Y” reporta-se ao número do participante do BO adstrito.

2 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Segundo Fortin (2009), na investigação qualitativa a análise de dados define-se como sendo uma fase que se encontra integrada no processo de investigação, estando presente sempre que se remete a um período de recolha de dados, devendo ser situado em relação aos resultados da mesma. Ainda para a mesma autora, o método de análise deve estar em conformidade com os objetivos e o desenho do estudo.

Na perceção de Streubert & Carpenter, (2011), "... a análise de dados na investigação qualitativa começa, de facto, quando a colheita de dados se inicia" (p. 47). Durante a aplicação das entrevistas ou observações, o investigador deve manter e rever continuamente os registos com o intuito de perceber a necessidade de formulação de novas perguntas para questionar os entrevistados (ibidem). Os mesmos autores aludem que o processo real de análise de dados geralmente assume a forma de agrupamentos de dados similares. Preconizam ainda que "em muitas abordagens qualitativas, estes agrupamentos são designados por temas, isto é, unidades estruturais de significado ..." (p. 47).

Tendo em conta a pergunta de partida do presente estudo, o qual integra duas questões abertas no questionário que implicaram uma organização dos dados, recorreu-se à metodologia da análise de conteúdo, examinando rigorosamente os termos e as frases que compõem as entrevistas realizadas aos entrevistados acerca da sua experiência. Assim, utilizou-se a análise de conteúdo segundo a metodologia de Bardin (1977, 2014), que a define como:

"... um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos simétricos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimento relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens" (1977, p. 42).

A metodologia de análise de conteúdo segundo Bardin (1977, 2014) subdivide-se em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento de resultados. Na pré-análise é organizado o esquema de trabalho a ser seguido, é estabelecido o procedimento, embora seja flexível. Na fase seguinte, designada de descrição analítica, o material recolhido é examinado através de uma leitura "flutuante", a fim de possibilitar a elaboração de unidades de significado. E, na última fase, intitulada interpretação

referencial ou referenciação de índices e elaboração de indicadores, as respostas são categorizadas, para finalmente tornar os dados brutos significativos e válidos (Bardin, 1977, 2014). Sintetizando com aplicabilidade ao estudo, a análise de conteúdo compreendeu as seguintes fases: a investigadora procedeu à transcrição manual das entrevistas vídeo-áudio-gravadas, acautelando as codificações dos blocos operatórios e dos participantes envolvidos no estudo, por forma a garantir os princípios da confidencialidade e do anonimato. Nesta fase foi fulcral efetuar uma leitura superficial, no sentido de obter uma perceção do todo. De seguida, por via do software informático NVivo², procedeu-se à importação do material – entrevistas transcritas e tabelas em Excel dos questionários. Posteriormente e com uma leitura mais atenta, procedeu-se à identificação das expressões significativas, destacando algumas palavras que surgiam repetidas e que estavam diretamente relacionadas com a problemática em estudo. Essas palavras ou expressões semelhantes que se destacaram, constituíram as unidades de registo ou unidades de significação³ e foram agrupadas e classificadas. Esta operação de classificação segundo Bardin (2014), designa-se de categorização tendo como finalidade proporcionar uma representação simplificada e organizada dos dados. As categorias de codificação⁴ que classificam os dados descritivos recolhidos, foram organizadas, conforme preconizam Bardin (2014), Bogdan & Biklen (2013), num processo sistemático de transcrição e sintetizadas de modo a encontrar padrões de classificação – Inferência e Interpretação. A análise comparativa foi realizada através da justaposição das diversas categorias⁵ existentes em cada análise, ressaltando os aspetos considerados semelhantes e os que foram concebidos como diferentes.

Nesta secção procede-se ao tratamento e análise dos dados com o suporte do software NVivo, o qual facilitou a codificação das entrevistas *focus group* e a codificação automática dos questionários dos participantes dos três blocos operatórios. Com o intuito de facilitar a apresentação dos dados e a sua compreensão, optou-se pela seguinte metodologia: foram identificadas unidades de significado coexistentes nos três grupos focais, o que permitiu orientar a codificação em subcategorias que foram agregadas em categorias, as quais emergiram dos discursos dos participantes, após a análise de conteúdo realizada. Na análise resultaram dezassete subcategorias

² O software Nvivo foi utilizado nesta investigação com o intuito de mais facilmente criar categorias de análise, codificar, filtrar, interpretar os dados e colocar em relevo as conclusões da análise.

³ “Uma unidade de significado, basicamente, é o menor segmento de um texto que contém uma parte reconhecível de informação” (Polit & Beck, 2019, p.279).

⁴ Bardin (2014) define codificação como a transformação, por meio de recorte, agregação e enumeração, com base em regras precisas sobre as informações textuais, representativas das características do conteúdo.

⁵ A formulação dessas categorias seguiu os princípios da exclusão mútua (entre categorias), da homogeneidade (dentro das categorias), da pertinência na mensagem transmitida (não distorção), da fertilidade (para as inferências) e da objetividade (compreensão e clareza) (adaptado de Bardin, 1977).

(Apêndice VII – Tabela de Codificação), que quando agrupadas geraram três categorias: caracterização da CPOE, constrangimentos e sugestões que se encontram esquematizadas numa estrutura concetual que se elaborou, em que a pessoa surge no centro dos cuidados de enfermagem (figura 1).

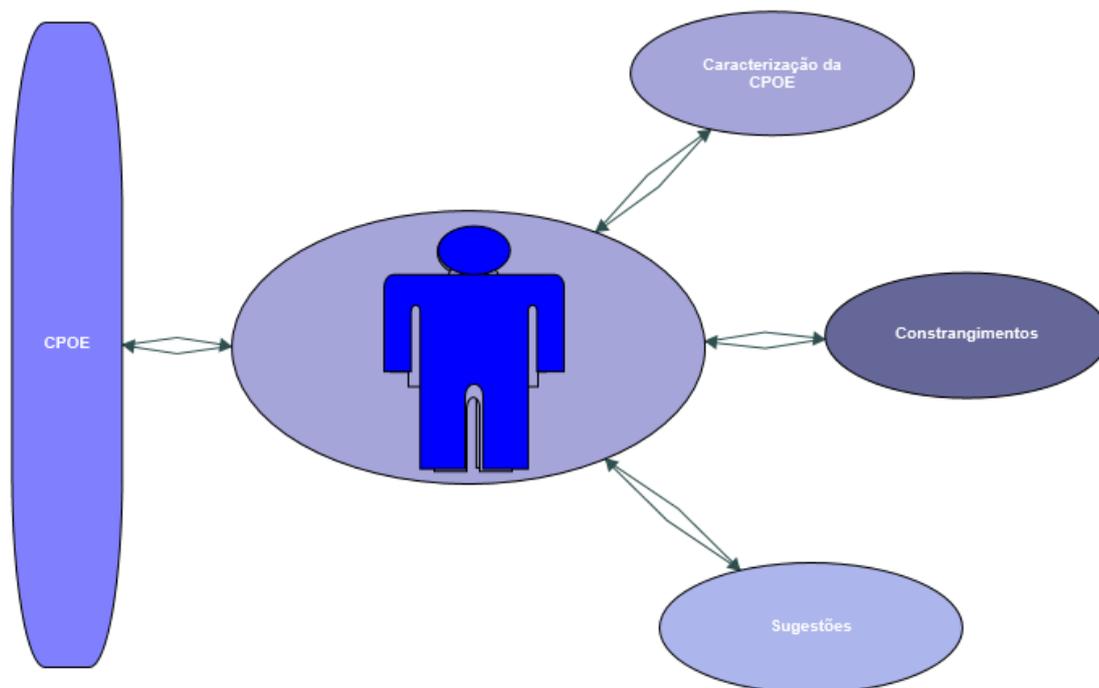


Figura 1 – Estrutura concetual – A pessoa no centro dos cuidados de enfermagem. Fonte: NVivo

No sentido de agilizar a leitura desta dissertação, sem colocar em causa o rigor da análise, optou-se por trabalhar o corpus de análise relativo à CPOE conjuntamente. Esta opção prende-se com a partilha de questões, de conteúdos e de categorias/subcategorias, nos três blocos operatórios sobre os quais os enfermeiros foram abordados.

Categoria “caracterização da CPOE”

Da análise das perceções dos participantes emergiu a categoria “caracterização da CPOE” composta por três subcategorias (figura 2).

Independentemente das experiências pessoais, todos os participantes caracterizaram a CPOE como um procedimento autónomo importante para a prestação de cuidados personalizados, propiciando ganhos em saúde para a PSP, família e também contributos importantes para os enfermeiros e para a enfermagem.

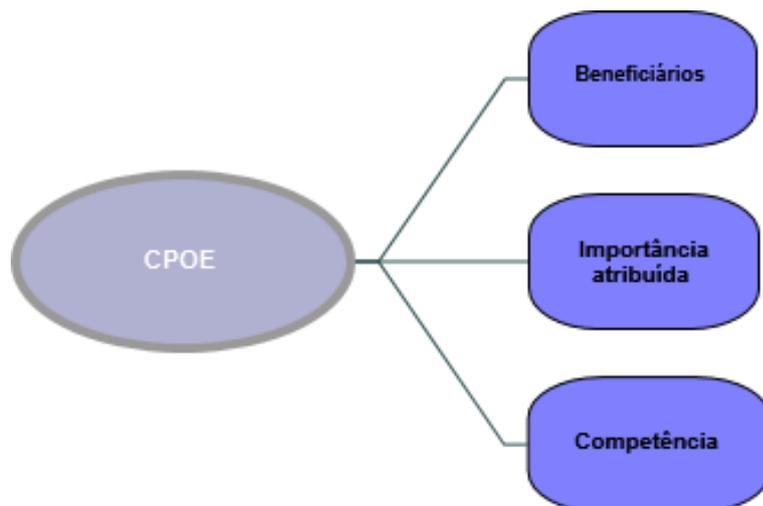


Figura 2 – Subcategorias da categoria CPOE. Fonte: NVIVO

Beneficiários

BO1 P1: “... é de trazer maior segurança (...) trazer essa informação, esclarecer dúvidas e melhorar todo o conjunto de cuidados à pessoa e à família.”

BO1 P4: “... os doentes cirúrgicos têm muitos medos, pelo que, falarem com alguém do Bloco Operatório tranquiliza-os imenso.”

BO2 P3: “... À medida que falamos com eles, incentivamos a que se expressem, porque alguns são mais fechados; então puxamos por eles e, nesse sentido, com uma conversa, mais ou menos informal, conseguimos que se soltem mais e que os conheçamos melhor.”

BO3 P4: “... Porque nós percebemos que é importante, que é uma mais-valia tanto para o doente, como para o profissional, como para toda a segurança da manutenção do processo cirúrgico.”

Do discurso dos participantes apurou-se que a prática da CPOE tem subjacente uma bilateralidade de benefícios, quer para a PSP e família, quer para o enfermeiro, na medida em que, para os primeiros consideram que propicia a minimização da ansiedade e dos medos, o esclarecimento de dúvidas, a satisfação das necessidades informativas, a prevenção de eventos adversos, uma recuperação mais célere promotora do autocuidado, entre outros benefícios; já para o enfermeiro, aludem que permite o planeamento dos cuidados de enfermagem e a sua continuidade, otimizar o desempenho profissional contribuindo para a melhoria da qualidade, e que também contribui para a satisfação/motivação profissionais, principalmente quando denotam reconhecimento por parte da PSP, o que classificam como “gratificante” (*sic*).

Auscultando a evidência verifica-se que a mesma corrobora as alegações dos participantes, ou seja, os benefícios pela prática da CPOE são mútuos para os beneficiários. A título de exemplo, Mendes (2020) no seu estudo concluiu que com a consulta “os clientes não só percebiam a utilidade e pertinência de terem uma consulta com o enfermeiro, como a consideravam uma verdadeira mais-valia” (p. 131). Por outro lado, Filho et al. (2020) no seu estudo apuraram do discurso dos enfermeiros que a importância e os benefícios da CPOE são inquestionáveis, uma vez que favorece a relação enfermeiro-utente, promove o conforto da pessoa cirúrgica e capacitam-na para “passar pelo ato anestésico-cirúrgico de forma segura, humanizada e com minimização de riscos” (p. 5).

Importância atribuída

BO1 P2: “... para além de nos dar realmente essa visibilidade, dá-nos ainda mais capacidade de prestarmos cada vez mais melhores cuidados.”

BO2 P2: “Eu acho que a Visita Pré-Operatória é importante na medida em que, primeiro o doente quando chega ao Bloco Operatório já conhece a enfermeira que vai estar com ele. Já nos conhecemos previamente e eu acho que isso faz com que diminua os níveis de ansiedade, o medo, não só do Bloco Operatório; mas também por ter uma cara conhecida quando chega ao Bloco. (...) e é isso que os doentes me dizem: que foi importante chegar ao Bloco Operatório e terem uma cara conhecida; as preciosas informações que damos.”

BO2 P4: “... e é na Visita que nós conseguimos perceber o que cada pessoa pretende de nós. Para nós enfermeiros, a nossa presença, a nossa atitude, a nossa postura, pode fazer toda a diferença ...”

BO3 P1: “... De facto, ela transmite-nos uma relevância brutal, não é? Não é só o facto de nós conhecermos o doente num bocadinho no seu todo, mas também a segurança que nós lhe damos, a diminuição da ansiedade que acarreta, pela própria cirurgia em si. (...) e são momentos como este que permitem dar visibilidade às nossas atividades autónomas ...”

Nesta subcategoria os enfermeiros manifestam não só a importância que atribuem à CPOE, como também a importância do enfermeiro de perioperatório, como um elemento fundamental na prestação de cuidados de enfermagem que, segundo referem, nem sempre é devidamente valorizado e reconhecido. Manifestam a importância da CPOE

pelos benefícios advindos quer para a PSP e família, quer para o enfermeiro, pela interação estabelecida num clima de humanização dos cuidados centrados na pessoa. Entre os ganhos enfatizam, para além dos já referidos na subcategoria anterior, o favorecimento da relação empática, da tranquilidade e confiança da pessoa, da sua segurança em ambiente cirúrgico, do seu grau de colaboração nos cuidados, pela descrição dos procedimentos, entre outros. Referem que, no geral, os utentes fazem questão de obter uma descrição detalhada dos cuidados desde que são acolhidas no BO até à sua transferência para o recobro anestésico, pelo que a informação transmitida é, nas suas perceções, “absolutamente crucial” (sic). A evidência disponível corrobora esta importância; a título de exemplo: os resultados do estudo de Mendes e al. (2020) indicaram que na visão da PSP, a informação transmitida na CPOE afetou a sua participação nos cuidados pós-operatórios na medida em que, um maior nível de informação contribuiu para uma postura mais ativa por parte da PSP na sua recuperação.

Competência

BO1 P1: *“... o Regulamento das atribuições específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização à Pessoa em Situação Perioperatória, uma das atribuições é precisamente essa (...) a consulta de enfermagem à pessoa traz-nos visibilidade, traz visibilidade ao nosso trabalho, traz esclarecimento sobre o nosso trabalho e, além disso, enriquece-o porque diminui de alguma forma o aspeto tecnicista da nossa área de cuidados e enfim, aumenta-lhe a componente humanista que me parece absolutamente crucial.”*

BO1 P5: *“... Também sabemos que a consulta pré-operatória é uma das áreas de atuação do enfermeiro especialista na área de Enfermagem Perioperatória como preconiza a Ordem dos Enfermeiros e por isso, há que insistir, e também sabemos que nalguns contextos, ela foi muito benéfica. (...) eu acho que não necessariamente tem de ser o enfermeiro de anestesia a fazer a Consulta (...) agora, um enfermeiro da área, sim, porque nós temos de saber responder a todas as perguntas que o doente nos fizer; nós temos de dominar – dominar o posicionamento; dominar qual é o momento que nós vamos fazer uma ou várias punções; até mais ou menos para saber o teor da cirurgia, se vai ser necessário duas punções, se não vai ser necessário (...); acho que devemos estar a dominar aquele tipo de especialidade onde nós vamos fazer a Consulta ...”.*

BO2 P4: *“Olha, sem dúvida a Visita Pré-Operatória - por que nós não fazemos a Consulta, mas sim a Visita Pré-Operatória, juntamente com a Pós-Operatória - é sem*

dúvida uma mais-valia para nós, enfermeiros do Bloco. É uma competência só nossa, das mais importantes que nos traz visibilidade ...”.

BO3 P1: *“Não obstante, não posso concordar, não é? Não posso concordar porque sou uma enfermeira de Bloco Operatório e porque eu considero que esta Consulta Pré-Operatória, o que é que nos vais permitir? Vai-nos permitir uma construção da relação entre o enfermeiro e o doente, não é? Se for um enfermeiro fora do Bloco Operatório, isto não vai permitir, nem que eu conheça o doente, nem que o doente esteja à-vontade para esclarecer alguma dúvida que tenha. Depois, também há outro aspeto muito importante para mim, que é o seguinte: quando eu estou perante um doente, criam-se laços, não é? E quando estou a esclarecer-lhe dúvidas, o que é que eu consigo retirar desse procedimento? Estou a exercer uma atividade autónoma, certo?”*

Esta subcategoria emergiu do discurso dos participantes por considerarem a CPOE como uma atividade autónoma exclusiva da enfermagem que fomenta a visibilidade dos cuidados de enfermagem e que condiciona a perceção da PSP e família acerca do enfermeiro do BO, ofuscando uma visão mais tecnicista, em prol de uma visão mais humana. Alguns participantes evocaram os Regulamento n.º 140/2019 e 429/2018 que contêm respetivamente as competências comuns e específicas do EE em EMC, entre as quais se inclui a prática da CPOE, contudo referem que a sua operacionalização depende de uma multiplicidade de fatores que ultrapassam a boa vontade dos enfermeiros.

Alguns participantes do intraoperatório não concordam que a CPOE seja realizada por um enfermeiro externo ao BO, porque segundo referem: cria distanciamento, compromete a possibilidade de se fomentar uma relação empática, de “criar laços” (*sic*) e de fomentar uma relação terapêutica eficaz. Por outro lado, outros participantes, são de opinião que a CPOE partilhada com o enfermeiro do perioperatório do internamento faz todo o sentido porque alegam, ser intervenções diferentes que se podem complementar para um objetivo comum: “cuidar da PSP, com qualidade e em todas as fases do período perioperatório” (*sic*).

No que concerne à realização da CPOE, alguns enfermeiros nos seus manifestos referiram que não tem de ser forçosamente o enfermeiro que irá estar de apoio à anestesia a realizar a consulta, alegando que poderá não ser exequível esse elemento estar presente na sala operatória por quaisquer motivos de força maior; contudo consideram imprescindível que a CPOE seja concretizada por um enfermeiro com

funções adstritas à área cirúrgica da PSP. Outros enfermeiros consideram que realizará a CPOE o enfermeiro que estiver mais disponível ou com essa função programada.

Encontra-se na evidência a sugestão de ser o enfermeiro de apoio à anestesia, o elemento mais adequado para realizar a CPOE, por ser aquele que mais interage com a PSP no período intraoperatório, contudo, essa questão, segundo o discurso dos enfermeiros não é tão linear quanto possa parecer, pelas próprias dinâmicas funcionais dos blocos operatórios. Perscrutando os enfermeiros, apurou-se que eles valorizam o reconhecimento facial como um importante contributo na amenização da ansiedade e dos medos da PSP, pelo *feedback* positivo que recebem, sustentado pela relação de proximidade estabelecida.

Categoria “constrangimentos”

Apesar das vantagens já enunciadas, a CPOE ainda não é uma realidade na generalidade dos nossos hospitais, justificada por razões de ordem económica, de gestão dos elementos de enfermagem e exacerbada por razões de saúde pública, pela conjuntura pandémica vigente à escala mundial. Neste sentido, a CPOE deixou de ser priorizada nos blocos operatórios onde estava implementada, em parte pela necessidade da restrição de contactos, comprometendo assim a comunicação enfermeiro perioperatório-PSP-família. Corroborar esta visão a perspectiva de Filho et al. (2020) que no seu estudo concluíram que “a fragmentação do processo de trabalho, a falta de investimento e de recursos, bem como de uma prática baseada em evidência são ainda uma realidade” (p. 7).

Perscrutando os participantes do estudo foi possível apurar, pela análise, dez subcategorias alusivas à categoria “constrangimentos” (Figura 3).

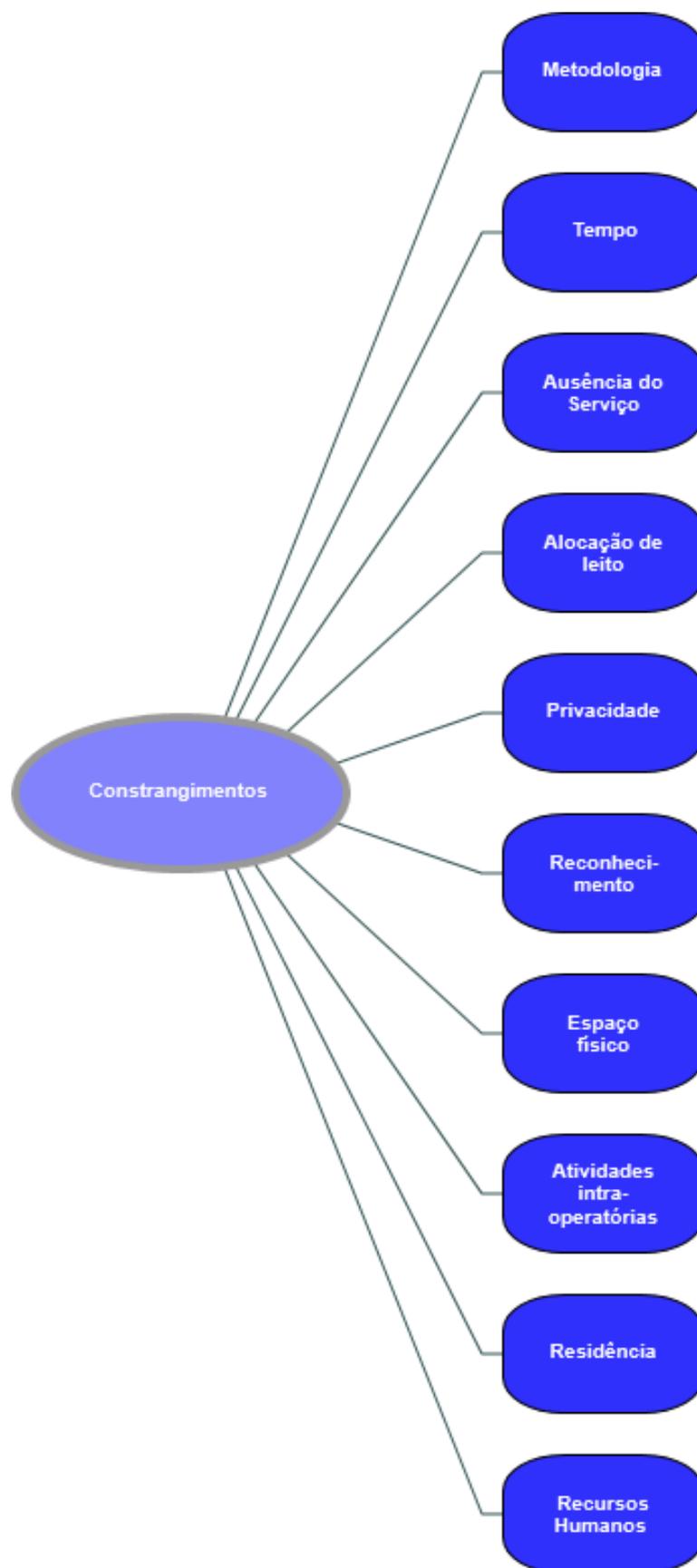


Figura 3 – Subcategorias da categoria “constrangimentos”

Metodologia

BO1 P3: *“Apesar de eu nunca ter realizado, já participei num projeto, num Serviço, em 2002, para realizar na altura o que chamámos a Visita Pré-Operatória. (...) Não conseguimos. (...) Vários entraves (...), mas continuo a achar que é uma mais-valia; já na altura o achava ...”.*

BO1 P4: *“... Eu já realizei a Consulta Pré-Operatória de enfermagem; no hospital onde trabalhei anteriormente implementava-se ...”.*

BO1 P5: *“... Nós já fizemos esta caminhada com a Visita Pré-Operatória há muitos anos, e não conseguimos parecer favorável com as Direções, nem da parte da Direção de Enfermagem, nem da Administração do Hospital. Já lá vão muitos anos; o argumento é que “roubava tempo aos cuidados” e por esse motivo nunca nos permitiram fazer a visita pré-operatória. (...) E nós vamos ter esse problema sempre, certamente que demora algum tempo, que deve ser incluído no tempo de serviço preparar a consulta de forma estruturada ...”.*

BO2 P5: *“... Neste contexto, nós estamos a trabalhar em Visita, ou seja, quando nós temos disponibilidade e temos o nosso trabalho organizado, com o Plano Operatório cumprido, não é(?), é que vamos procurar o doente, e ele pode ter, ou não, disponibilidade, por conta de outras funções que ele tem de fazer aqui no Serviço, e, no Hospital, nomeadamente exames ...”.*

BO3 P1: *“Contextualizando o Serviço em que desempenhamos funções, posso dizer-te que já tivemos, não uma Consulta Pré-Operatória, mas sim, uma Visita Pré-Operatória (...) Porque não procedemos atualmente, nem à Visita, nem à Consulta? Porque não nos dão tempo ...”.*

A subcategoria “metodologia” reporta-se às vivências expressas pelos enfermeiros relativamente à CPOE. Verifica-se que a experiência da CPOE não é transversal a todos os participantes, na medida em que alguns já a praticaram, mas atualmente não praticam; outros nunca a praticaram de todo, contudo consideram ser importante, e outros, muito embora conste da sua prática diária, manifestam que gostariam de otimizar as condições em que a desenvolvem. Na análise dos seus testemunhos verifica-se que os enfermeiros têm enfrentado barreiras nas suas tentativas de operacionalização da CPOE que, segundo referem, acabaram por ser declinadas pelos vários Conselhos de Administrações, com o argumento de que requeriam recursos indisponíveis no momento, nomeadamente “mais tempo e mais recursos humanos” (sic) A prática da visita operatória de enfermagem, ainda que com todas as limitações que descrevem em

termos de espaço, de tempo e de articulação deficitária com a equipa multidisciplinar é, no discurso de alguns enfermeiros, a melhor alternativa possível, à falta de uma CPOE com agendamento, o que nas suas perspetivas, seria o ideal, porque permitiria elaborar um plano e estruturar uma consulta com maior qualidade. Destarte, perscrutada a evidência, não se encontraram achados capazes de conferir sustentabilidade a estas considerações percecionadas pelos participantes.

Tempo

BO1 P6: “... uma das condicionantes que a Administração refere e se opõe é o tempo ...”.

BO1 P5: “... necessitávamos também de um agendamento, de uma programação antecipada, não como aquela que nós agora temos; é impensável ser de véspera, tarde, e, muitas vezes no dia, não é? Porque para fazermos uma coisa com pés e cabeça tem de ser com antecedência. Claro que uma Consulta Pré-Operatória requer provavelmente que nós saibamos logo que se faz o agendamento da cirurgia para aquele doente ...”.

BO2 P5: “... e nós não conseguimos fazer uma Consulta; nós fazemos efetivamente uma Visita, que concretizamos quando temos oportunidade e quando o doente também tem oportunidade ...”.

BO2 P6: “... eu corroboro com aquilo que já foi dito até aqui, pelos colegas; nomeadamente, estas dificuldades que nós sentimos, que não temos um agendamento para a realização da Visita (...). Muitas vezes esta Visita só é possível efetuar já na parte da tarde, por volta das 14-15 horas, ...”.

BO3 P1: “... Porque não nos dão tempo, ponto (...). É, efetivamente o tempo é o maior condicionante.”

BO3 P2: “... Existem pessoas ainda em integração, e a integração no Bloco Operatório requer muito tempo e muita disponibilidade (...). Nós fazemos muitas outras funções neste momento que nos roubam todo o tempo que nós temos ...”.

BO3 P4: “... Eu mal consigo ver o Plano do dia seguinte, quanto mais conhecer, apresentar-me devidamente a um doente, com calma, com serenidade, com tranquilidade ...”.

A escassez de tempo para a realização da CPOE é, no discurso dos enfermeiros, o maior dos constrangimentos a apontar. A maioria dos participantes alude à sobrecarga de trabalho para o horário instituído, havendo necessidade de priorizar intervenções

face aos recursos disponíveis; o cumprimento dos planos operatórios que acabam tardiamente, também é referenciado como um constrangimento relevante; alguns participantes alegam dificuldades em conseguir compatibilizar o horário da visita pré-operatória com a disponibilidade presencial da PSP e outros referem ter que cumprir procedimentos que poderiam ser cumpridos por outros profissionais, nomeadamente, todo o processamento da esterilização, o que lhes “rouba muito tempo” (*sic*), ou inclusivamente, procederem à gestão dos materiais e à gestão da farmácia.

A realização de uma consulta presencial pressupõe uma assistência individualizada e a participação da pessoa (Menezes, Priel & Pereira, 2011 como referido por Lopes, 2020), daí se percebe a importância do enfermeiro se encontrar disponível para a sua realização. Segundo Crozeta et al. (2009) como referido por Lopes (2020), uma forma do enfermeiro conseguir ultrapassar as dificuldades para a concretização da consulta de enfermagem, é participar de forma ativa na sua instituição de saúde, colaborando na construção de normas e objetivos que conquistem espaço nas suas áreas de atuação.

Ausência do Serviço

BO2 P2 – “... quando temos tempo para ir realizar a Visita, muitas vezes os doentes estão ausentes, a fazer exames: eletrocardiograma, cintigrafia, etc. No caso dos doentes da (X - dados confidenciais...) que têm de ir à Medicina Nuclear, ausentam-se do internamento, creio que a partir, das 13:30 ou 14:00. Quando vamos à Visita, normalmente é por volta das 15:00, e, a essa hora, muitas vezes não encontramos os doentes (...). Outro constrangimento que temos é devido à rotatividade de doentes nas enfermarias; ou seja, é o nós irmos para realizar a Visita e o doente estar ausente, na medida em que só virá no dia da intervenção cirúrgica (...) muitas vezes, como não existem camas em número suficiente para internar os doentes, eles só vêm no dia da cirurgia de manhã; isso normalmente acontece com os doentes que residem na zona, ou arredores do hospital e que têm facilidade em deslocar-se. Portanto, acabamos por não falar com esses doentes previamente à cirurgia”.

BO2 P6: “... e depois existe esta dificuldade em que muitos dos doentes têm de ir realizar os seus exames complementares de diagnóstico, no âmbito das rotinas pré-operatórias, e, portanto, muitas vezes quando chegamos ao internamento, os doentes estão ausentes por isso mesmo ...”.

BO3 P4: “... depois, temos esta função acrescida de dar apoio ao Recobro Anestésico (...) algumas vezes acontece termos de transportar doentes para o Recobro Anestésico

Central (entenda-se UCPA do BOC), porque o doente não pode ficar aqui, não é? O que também nos consome muito tempo ...”.

A ausência da PSP do internamento a que está alocado é referido pelos participantes como um constrangimento que pode inviabilizar a realização da visita pré-operatória, na medida em que o horário que alegam ter como disponível para realizar o procedimento, que é entre as 14:30 e as 15:00, é concomitantemente sobreponível ao horário em que a pessoa ainda está ausente do Serviço a realizar exames auxiliares de diagnóstico, no âmbito das rotinas pré-operatórias. A interrupção forçada da visita, por conta da necessidade de realização dessas rotinas fora do internamento, também é referida como um constrangimento. A elevada rotatividade/limitação de leitos disponíveis é outro constrangimento que verbalizam, na medida em que frequentemente quando vão realizar a visita, o leito atribuído à PSP ainda se encontra ocupado, pelo que nessas circunstâncias tentam localizar a pessoa, que algumas vezes encontram, fruto do acaso, na sala de espera do internamento, ou nas imediações. Também referem o constrangimento da PSP se encontrar ausente da instituição hospitalar, independentemente de ter o internamento oficializado, porque poderá só vir no dia da cirurgia, por conveniência do serviço, dada limitação de leitos disponíveis. Por último, alguns participantes referem o constrangimento de terem de se ausentar do BO para acompanharem a pessoa na transferência do recobro anestésico onde se encontra, para o recobro anestésico central, algumas vezes, para além do horário de trabalho normal, o que, segundo alegam lhes “rouba tempo e disponibilidade” (*sic*) para assumir outras funções, entre as quais, a realização da CPOE.

Cardante (2020) no seu estudo apurou que é premente a necessidade de articulação com a equipa multidisciplinar para a consecução da CPOE. Lopes (2020) também corrobora da mesma opinião, alegando que se o acesso à consulta “não se efetuar de uma forma organizada, com um agendamento efetivo e de acordo com as normas da instituição, o enfermeiro perde a noção das suas atividades e incorre na probabilidade de prestação de cuidados inadequados às reais necessidades da pessoa” (p. 124).

Alocação de leito

BO2 P2 – *“... muitas vezes acontece chegarmos à enfermaria e os doentes ainda não terem cama atribuída, porque ainda estão à espera que os doentes que ainda lá estão, saiam, para que eles possam ser internados; isso gera o constrangimento de andarmos ali durante um pouco a tentar descobrir quem são as pessoas que constam no Programa*

Operatório; muitas vezes chamamos pelo nome e vimos a constatar que afinal, estão fora da enfermaria, sentados nas cadeiras situadas à frente dos elevadores, à espera de serem chamados para serem internados ...”.

BO2 P6 - *“... muitas vezes, como não existem camas em número suficiente para internar os doentes, eles só vêm no dia da cirurgia de manhã ...”.*

BO2 P5 – *“O doente não ter cama atribuída e nós andarmos ali, assim meio perdidos à procura dele, é de facto um constrangimento ...”.*

BO2 P3 – *“.... Eu corroboro o que foi dito; o doente não ter ainda cama atribuída àquela hora complica muito as condições em que se faz a visita.”*

A alocação de leito, mais concretamente, a possibilidade da PSP ainda não ter leito atribuído no período em que é expectável os enfermeiros procederem à visita operatória, é, na perspetiva de alguns participantes um constrangimento que pode inviabilizar a sua concretização, na medida em que poderão não conseguir localizar a pessoa; segundo os enfermeiros esta situação acontece devido à limitação de leitos disponíveis no internamento da sua área de especialidade, ou devido a constrangimentos na gestão das altas. Quando conseguem localizar a PSP deparam-se com o constrangimento do espaço privado indisponível, que segundo aludem, tentam contornar da melhor maneira possível, nem sempre conseguindo.

A evidência preconiza que a gestão de camas hospitalares disponíveis para internamento constitui um ponto fulcral na melhoria da resposta que o hospital pode proporcionar à sua população, racionalizando recursos e evitando complicações relacionadas com a acomodação deficitária dos utentes. Por outro lado, preconiza que é fundamental o planeamento da alta precoce, com envolvimento de todos os profissionais, utente e família, de modo a mitigar as situações extremas, como as reportadas pelos enfermeiros. Ponderando os modelos de financiamento hospitalar e os critérios de eficiência em saúde, Matos (2019) no seu estudo, pretendendo sensibilizar para a necessidade de uma gestão de camas sistematizada e apoiada de ferramentas científicas que diminuam a variabilidade nesta operação para que os recursos sejam aplicados na medida das reais necessidades, propôs um modelo de Gestão de Camas para melhoria da eficiência de um departamento de cirurgia num hospital central. Perspetivou com a sua implementação, com os mesmos recursos possam obter-se mais internamentos e mais cirurgias, mantendo (ou mesmo melhorando) a qualidade dos cuidados em saúde prestados.

Privacidade

BO2 P2: “.... Depois há questão da privacidade do doente que nem sempre se consegue assegurar no quarto, porque podem estar presentes outros familiares, quando há visitas; ou porque há outros doentes que estão a ouvir o que estamos a conversar com o doente ao qual estamos a fazer a Visita. Também não considero que seja correto estar a fazer a Visita, quando o doente ainda nem sequer tem cama atribuída e está ali sentado nas cadeiras, em frente aos elevadores, não é? Quer dizer, é algo impessoal, sem condições dignas (...); embora já o tenha feito (...) nunca abordamos na plenitude, digamos assim, aquilo que deveríamos abordar, não é? ...”.

BO2 P6: “... havendo outras pessoas no espaço que não tenham a ver com a Visita, não é? Vai causar constrangimentos e dificuldades dos doentes em se exprimirem. Pronto! (...) Portanto, não sabemos ainda como é que seria possível proporcionar um local privado que pudesse proporcionar privacidade ao doente; mas enfim, vamos vendo ...”.

BO2 P5: “.... Teria mais dignidade e seria mais fácil nós fazermos a Visita Pré-Operatória, se efetivamente houvesse agendamento (...), um momento oportuno para isso.”

Os participantes do estudo alegam que não havendo um espaço próprio para um procedimento confidencial como é a CPOE, a privacidade da PSP fica comprometida. Ainda assim, os enfermeiros tentam agilizar a melhor forma, no sentido de assegurar os princípios éticos comprometidos. “Um agendamento e um espaço adequado, colmataria esta inconformidade!” – Referem alguns participantes. Outros, reportam-se à questão da privacidade, não como um constrangimento, mas como algo a ter em consideração numa prática futura quando conseguirem [re]implementar a consulta. Relativamente à informação a transmitir que diz respeito aos cuidados de enfermagem inerentes ao intraoperatório, alguns participantes referem ficar comprometida, perante a ausência de privacidade. O mesmo referem acontecer com a minimização da ansiedade, na medida em que estando comprometida a privacidade, dificilmente conseguem contornar os níveis de ansiedade da PSP e família.

Segundo Alves (2011), como referido por Lopes (2020), a satisfação dos utentes está diretamente relacionada com a forma como é transmitida a informação. Para além de que a utilização de uma linguagem clara e objetiva, o saber ouvir e dar espaço para a PSP se expressar, são intervenções elementares que têm influência na condição clínica das pessoas e na adesão terapêutica (ibidem).

A Carta dos Direitos do Doente Internado traduz-se como uma especificação da Carta dos Direitos e Deveres dos doentes, publicado pelo Ministério da Saúde e *a posteriori*, pela Direção-Geral da Saúde e pela Comissão de Humanização, em duas edições. Preconiza no seu ponto onze que “o doente internado tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer acto clínico” (MS, DGS, s.d., p.10). No que diz respeito à manutenção da privacidade aquando da realização da CPOE, os estudos orientam na vertente do cumprimento do dever de sigilo profissional. Existem questões ético-legais que têm de ser atendidas para garantir a confidencialidade e segurança da informação transmitida/recebida, devendo estas ficar disponíveis unicamente no processo clínico da PSP (Cardante, 2020).

Motivação / Reconhecimento

BO1 P5: “... Mas a voz do doente não é suficiente para dar credibilidade a esta atividade de enfermagem ao nível das Administrações, não é? (...) teríamos que: primeiro, convencer os nossos chefes, diretores e administradores, que é o ponto, acho que mais difícil.”

BO1 P6: “... até que ponto, o nosso grupo, enquanto enfermeiros do Bloco Operatório estão empenhados ou motivados para fazer a Visita ou a Consulta Pré-Operatória? É indiscutível a sua importância, mas será que as pessoas estão assim tão motivadas para fazê-la? (...) vamos ter constrangimentos, vamos ter várias oposições, vai haver resistência à mudança. Agora, até que ponto as pessoas estão motivadas para ultrapassar isso?”.

BO1 P2: “... eu resumo tudo, para além do que foi dito, em três pontos estratégicos: a motivação dos enfermeiros, dos gestores e da organização ...”.

BO2 P4: “Em relação a constrangimentos, é assim: temos de dificuldades; sem dúvida, temos dificuldades, e, nós sabemos que até institucionalmente ...”.

BO3 P1: “... Esse sentimento da necessidade dessa consulta não é transversal a todos os elementos do Bloco, inclusivamente, penso que, aos nossos superiores hierárquicos (...) a ausência de transversalidade da importância que esse procedimento tem para todos os colegas ...”.

Da análise do discurso dos participantes verifica-se que o grau de motivação relativamente à CPOE é variável; pelas experiências passadas referem reexaminar as mesmas barreiras de outrora, considerando que no geral será difícil conseguir obter o

parecer favorável dos superiores hierárquicos; referem que em tempos já fizeram “esta caminhada com vários entraves” (*sic*), acabando por ser “declinada pelas administrações” (*sic*); Relativamente ao reconhecimento, também apontam dúvidas quanto à valorização do procedimento por parte dos superiores hierárquicos, pelo que, consideram que “estar a investir em algo que depois poderá não ter o reconhecimento devido, é desmotivador” (*sic*). Contudo referem estar recetivos à criação de novos projetos, “um grupo de peritos motivados” (*sic*), porque a “caminhada faz-se caminhando” (*sic*). Outros participantes não reportam a falta de reconhecimento /motivação, contudo expressam que preferiam uma CPOE com agendamento, no sentido de evitar os constrangimentos já referidos. Por ora, referem estar motivados para fomentar uma articulação interdisciplinar com o internamento, no sentido de contornar os constrangimentos mais prementes.

O estudo de Aragão & Maranhão (2020) comprovou que o reconhecimento profissional tem grande influência na motivação dos profissionais, impactando de forma direta na produtividade e qualidade do serviço prestado. Os mesmos autores reiteram que é possível que uma visão mais voltada para o capital humano da organização através de recompensas positivas, valorização do trabalho, *feedbacks* positivos, participação nas tomadas de decisão, possibilidades de crescimento dentro da organização, entre outros aspetos, desencadeiem uma nova postura nos profissionais, com contributos para um clima organizacional harmonioso, o que certamente contribuirá para o crescimento profissional do profissional, como também da organização (*ibidem*).

Espaço físico

BO1 P5: “... Temos de ter um local para a fazer, um local digno que, não me parece que no nosso Serviço tenhamos neste momento condições físicas para receber, mas o caminho somos nós mesmos que o devemos traçar ...”.

BO1 P6: “... E depois, a dimensão do Serviço, não é comparável a um Bloco Operatório com [dados confidenciais]. Portanto o nosso Serviço tem uma dimensão [dados confidenciais] a dimensão do Serviço também não é facilitadora ...”.

BO2 P2: “... Acho que o maior constrangimento neste momento é a falta de um espaço - é isso! Nós antes conseguíamos agilizar um espacinho: ou trazíamos o doente para o gabinete médico aqui do Serviço, ou para a sala de convívio, quando não estava ocupada (...). Neste momento, com as limitações do Covid, é um pouco mais difícil; acaba por se resumir mais ao conhecimento, e no fundo, o doente saber que está ali a enfermeira que o foi visitar e que estará lá, no Bloco Operatório, no dia da cirurgia ...”.

BO3 P4: “... eu não consigo encontrar espaço: espaço-tempo. Percebes? (...) depois, temos este constrangimento de estarmos onde estamos, ou seja, [dados confidenciais] ...”.

Na análise das opiniões dos participantes a existência de um espaço para a realização da CPOE é referido como algo imprescindível, um constrangimento a contornar, por forma a garantir as condições de privacidade e dignidade da PSP. Alguns participantes apontam as dimensões do Serviço como uma condicionante importante à operacionalização da CPOE, na medida em que esse espaço teria de ter características especiais, como por exemplo, para além de ser externo ao Serviço, teria de permitir aos enfermeiros a sua utilização durante um determinado período até ao término de todas as consultas. Outros participantes consideram que o constrangimento do espaço poderá ser contornável logo que as restrições impostas pela pandemia Covid comecem a ser levantadas. E ainda, outros participantes não se referiram ao espaço como um constrangimento, partindo do pressuposto que se realizaria no internamento, “num qualquer espaço disponível naquele momento” (*sic*).

Há estudos que reconhecem como fatores dificultadores da CPOE, o espaço físico desajustado (particularmente, portas abertas, salas com mais de uma atividade e disposição do mobiliário), a solicitação elevada dos profissionais, as interlocuções interrompidas, as orientações incompletas e os atendimentos em paralelo (Martins 2016, como referido por Cardante, 2020). Segundo a mesma autora, tais aspetos foram considerados negativos por comprometerem a comunicação, considerando que, em algumas situações, não se ouviam as informações, restringiram as respostas e houve afastamento entre os intervenientes.

O espaço físico é considerado um fator condicionante que interfere na realização e na qualidade da consulta de enfermagem, em que as interferências na comunicação, a falta de privacidade e interrupções comprometem a efetivação da consulta e a sua continuidade (Oliveira, 2012, como referido por Lopes, 2020), dificultando a identificação das necessidades da pessoa e aplicação de cuidados e ensinamentos adequados. No estudo de Lopes (2020) a criação de um espaço confortável também está presente nas expectativas dos enfermeiros, relativamente à implementação de uma consulta de enfermagem. Refere ainda que o espaço destinado à consulta de enfermagem deve propiciar a “interação enfermeiro/paciente” em que o “mobiliário e equipamento, para esse atendimento, também devem ser adequados” (Margarida e Castilho, 2006, p. 429 como referido por Lopes et al., 2020), por forma a promover a privacidade e o conforto.

Atividades Intraoperatórias

BO1 P6: “.... Depois, em termos de preparação de cirurgias, as cirurgias cada vez são mais complexas e precisam de uma panóplia de materiais que precisam de ser muitas vezes selecionados e atempadamente serem preparados, não é? São questões prioritárias que nos compete agilizar, percebes?”

BO2 P2: “.... Temos programas operatórios que terminam muito tarde ...”.

BO2 P6: “... a nossa Visita Pré-Operatória é realizada de acordo com as nossas atividades intraoperatórias, com o Plano Operatório, com o seu término e com outras atividades inerentes às cirurgias (...). Assim, a nossa Visita só é realizada de acordo com as disponibilidades e com as atividades que, entretanto, já foram sendo desenvolvidas ao longo da manhã ...”.

BO3 P1: “... a falta de tempo, muitas vezes, devido ao prolongamento das cirurgias, entre outros. (...) efetivamente, temos pessoas ainda sujeitas a integração; isso também nos retira algum tempo, não é? (...) As nossas funções na Esterilização não é só a elaboração das caixas, nem é só olhar para o material e verificar se está, ou não, em condições; é também embrulhar as caixas e carregar o autoclave. Significa, pois, que nós estamos a assumir funções que nem sequer nos dizem respeito ...”.

BO3 P2: “... Nós, além das nossas funções, temos que fazer, no fundo – mesmo quem não tenha a especialidade - temos que colaborar na gestão, quer nós queiramos, quer não; temos que preparar materiais para estarem constantemente a sair do bloco; temos que colaborar no recobro, temos que colaborar na esterilização ...”.

BO3 P4: “... temos de dar apoio ao Recobro Anestésico; temos de muitas vezes, transportar doentes para o Recobro Anestésico Central [dados confidenciais], o que também nos consome muito tempo. E, também, temos o processamento da farmácia, na medida em que, temos de ter um enfermeiro alocado, para que, semanalmente faça face aos pedidos e depois proceda ao acondicionamento dos fármacos ...”.

Da análise do discurso dos participantes consta o relato de uma excessiva carga de trabalho devido a recursos humanos escassos que não cumprem as dotações seguras e a necessidade desses mesmos recursos terem de dar resposta a variadas atividades que poderiam ser executadas por outros profissionais, com outro tipo de competências funcionais. A necessidade de priorizarem o cumprimento dessa tipologia de atividades é reportada pelos enfermeiros como um constrangimento que lhes “retira muito tempo” (sic), conforme já referido anteriormente; os extensos planos operatórios, algumas

vezes, para além do horário normal de trabalho, também são reportados como um constrangimento significativo, não sobrando tempo para a realização da CPOE.

Não se encontrou na evidência estudos que atribuam à carga de trabalho dos enfermeiros do intraoperatório um fator potencial de gerar constrangimentos à implementação da CPOE. O excesso de carga de trabalho é reportado pelos próprios enfermeiros que argumentam concomitantemente terem de prolongar a jornada de trabalho, no sentido dos planos operatórios serem cumpridos, e também pela necessidade de terem de dar resposta a situações imprevisíveis, inadiáveis e insubstituíveis, pelo que, alguns enfermeiros têm mesmo que ficar retidos no BO até ao término das cirurgias; outros, têm a possibilidade de serem substituídos no exercício das funções.

O NAS - *Nursing Activities Score* surge descrito na evidência como um instrumento de mensuração da carga de trabalho de enfermagem em contexto de Unidades de Cuidados Intensivos. Contudo, existem estudos em que se percebe a aplicabilidade deste instrumento em cenários diversos como uma ferramenta importante para medir a carga de trabalho (Galvan, 2015 & Leger, 2021). Estudos revelam que apesar do indicador NAS ser o mais propício para os enfermeiros intensivistas, por fornecer dados relacionados à gravidade das pessoas internadas, ao desempenho das atividades na UCI e à adequação dos recursos humanos, subsidiando práticas assistenciais mais seguras e de qualidade, os profissionais ainda não estão familiarizados com esta ferramenta (adaptado de Leger, 2021).

Residência

BO1 P5: *“... Não direi que seja logo na véspera, sei lá (pausa); poderia ser na antevéspera ou noutra dia qualquer que o doente viesse à consulta; se ele já estiver no Hospital facilita-nos a vida; se não estiver, é preciso agendar algo mais criterioso, porque nós não sabemos; nomeadamente há doentes de longe que não podem vir cá ...”.*

BO2 P2: *“... muitas vezes eles só vêm no dia da cirurgia de manhã; isso normalmente acontece com os doentes que residem na zona, ou arredores do hospital, e que têm facilidade em deslocar-se. Portanto, acabamos por não falar com esses doentes previamente à cirurgia ...”.*

BO2 P4: *“... É assim: utilizas o termo “Consulta”, e isso é, sem dúvida, importante; agora, temos de ter em consideração que os utentes podem ser de muito longe, e como certamente sabes, nós temos utentes de toda a parte do país. Portanto, não lhes podemos estar a impor um dia, uma data, porque muitas vezes eles só sabem da cirurgia*

48 horas antes. Percebes? E, às vezes, só vêm mesmo no próprio dia da cirurgia. Pronto! Tudo isto nos dificulta (...) por muito pouco que possamos fazer e que as condições não sejam as melhores para realizarmos a Visita Pré-Operatória, a realidade é que conseguimos abranger o maior número possível de utentes, enquanto com a Consulta, poderíamos ter o constrangimento de alguns doentes não se poderem deslocar.”.

A questão da residência da PSP surge como um fator importante nas percepções dos participantes, na medida em que há a noção de que, quanto mais longe for a residência da PSP, maior dificuldade haverá em se conseguir agilizar uma data para se deslocar ao hospital para comparecer à CPOE; Pensar esta operacionalização denota-se que é uma preocupação premente para os participantes que carece de articulação interdisciplinar na tomada de decisão e de um agendamento, no sentido de conciliar as consultas pré-operatórias de enfermagem e anestésica para o mesmo dia – “seria o ideal, o mais funcional” (*sic*). Todavia, a prática clínica incita-os a eleger a implementação da CPOE na véspera, atendendo a que recebem concomitantemente doentes de todo o continente e ilhas, pelo que, segundo referem, esses doentes cirúrgicos com residência longínqua da instituição hospitalar provavelmente ficariam sem CPOE, por incumprimento presencial na consulta. Para outros participantes este constrangimento não é referenciado no seu discurso.

No estudo de Lopes (2020), a área geográfica abrangida pela instituição hospitalar da sua investigação era ampla e com uma abrangência rural expressiva, o que implicava que um vasto número de pessoas tivesse de percorrer um número significativo de quilómetros para chegar à instituição hospitalar, deparando-se com dificuldades de acesso à mesma. Essa deslocação pode apresentar-se como desvantajosa para quem a efetua por implicar a satisfação de algumas necessidades, como disponibilidade de tempo, de meios ou até de acompanhamento de um familiar. O acompanhamento a uma consulta pré ou pós-cirurgia, da PSP, ou seja, a deslocação de uma pessoa da família por motivos clínicos aliada à longa distância hospitalar, pode provocar desequilíbrios de natureza económica, afetando muitas vezes, a estrutura familiar e afetiva (Alves et al., 2018, como referido por Lopes, 2020). Em contexto de cirurgia de ambulatório, este tipo de constrangimentos deve ser acautelado, na opinião de Lopes (2020), pelo enfermeiro especialista, o qual deve providenciar mecanismos de suporte e acompanhamento da pessoa em situação de vulnerabilidade, segundo a legislação vigente e política institucional, articulando-se com outros elementos da equipa multidisciplinar no intuito de colmatar as necessidades verificadas, como seja, a necessidade de transporte à

unidade hospitalar para a concretização da consulta de enfermagem. Tomando em linha de conta a opinião de Lopes (2020), não se encontra na evidência considerações análogas com aplicabilidade à PSP, em contexto de cirurgia eletiva com internamento.

Recursos humanos

BO1 P6: “... Porque uma das condicionantes que a Administração refere e se opõe é o tempo, a escassez de recursos humanos no fundo; e acredito bem que esta última seja uma das faltas que haja no Serviço; (...) Depois, o grupo é muito [dados confidenciais] (...) a incerteza de quem vai estar ...”.

BO1 P1: “... eu sei até de Hospitais onde a Consulta de Enfermagem existia, e neste momento foi suspensa sine die [sic] precisamente com o argumento Covid, que foi aquele que foi utilizado nas situações que eu conheço, e portanto isso significa tempo e recursos humanos – são dos grandes argumentos que as Administrações usam (...) porque são necessários ambos – o tempo e as pessoas, para se fazer verdadeiramente uma consulta, naturalmente que o argumento tempo e recursos humanos vai prevalecer, infelizmente”.

BO2 P2: “... Também não sei até que ponto essa ideia seria viável, a nível de recursos humanos disponíveis. Lá está! Para além da calendarização, teria de haver um planeamento, por forma a que a enfermeira que fez a Consulta, viesse a estar presente no dia da cirurgia”.

BO3 P1: “... Não temos elementos suficientes, nem sequer, muitas vezes para desempenhar as nossas funções até à hora estipulada; aquele período em que nós trabalhamos, não é?”

BO3 P2: “... Isto [Visita Pré-Operatória] foi feito num período em que a equipa tinha mais elementos do que agora. A equipa neste momento está a passar por uma fase um pouco, digamos que, para mim, complicada, porque somos poucos para muito trabalho”.

BO3 P3: “... E por que se deixou de fazer e por que não se consegue fazer de uma forma consistente? Eu penso que é sempre a mesma velha questão: é a falta de recursos humanos para fazer esse papel. (...) Eu penso que o grande constrangimento é mesmo a questão dos recursos humanos; é o estarmos assoberbados com trabalho e não há tempo para isso”.

A carência de recursos humanos é transversal no discurso de todos os participantes. No testemunho de alguns enfermeiros é francamente problemática dado o número de

elementos de enfermagem que constitui a equipa se encontrar, à data da realização do estudo, com níveis mínimos de dotações seguras, relacionados com aposentação e integração de novos elementos no seio da equipa do BO. A qualidade e a segurança dos cuidados estavam “comprometidas” [sic]. Estes enfermeiros expressaram sentir-se motivados para virem a implementar a CPOE num futuro próximo, contudo essa visão ainda lhes parecia “uma miragem, face ao défice de recursos humanos, a obrigatoriedade de realizar atividades que não são de enfermagem e consequentemente, a carga de trabalho extrema” [sic]. Uma parte significativa dos participantes referiu como necessidade alocar mais recursos humanos. Defendem que para atingir a qualidade desejada é imprescindível que existam enfermeiros suficientes para implementar e desenvolver os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem que alicerçam a excelência do exercício profissional. Essa implementação nas organizações de saúde é sempre um objetivo ambicioso, exigindo o compromisso de todos os enfermeiros e das organizações, pois só com a união de esforços se poderá proporcionar às pessoas, cuidados de enfermagem de excelência (OE, 2005, como referido por Lopes, 2020). Beck (2010) como referido por Lopes (2020), corrobora a ideia de que a falta de recursos humanos dificulta o trabalho do enfermeiro sobrecarregando-o física e mentalmente, podendo suscitar sentimentos de sofrimento, o que trará repercussões na satisfação da pessoa que recebe os cuidados.

Gonçalves et al. (2017) no seu estudo consideraram pertinente que se faça o esforço de disponibilizar recursos materiais, logísticos e sobretudo humanos que possibilitem a concretização de um acolhimento no serviço de internamento que vá ao encontro das expectativas individuais da PSP. O mesmo se aplica ao acolhimento da PSP no BO. Nesse sentido, avaliar qualidade/recursos humanos mediante a gestão, no que ao bloco operatório diz respeito, exige um trabalho fundamental e bem organizado da parte de todos os órgãos competentes envolvidos nessa dinâmica (Castro, 2018).

Categoria “sugestões”

Da análise das perceções dos participantes emergiu a categoria “sugestões”, oriunda de quatro subcategorias, do processo de categorização (figura 4).

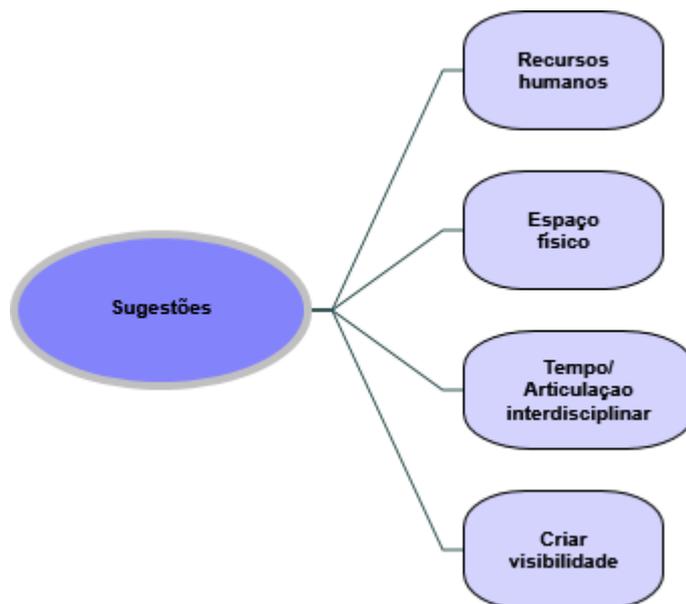


Figura 4 – Subcategorias da categoria “sugestões”

Recursos humanos

BO1 P5: “... se nós não temos de estar naquela sala hoje, certamente não será um constrangimento, mas temos de dominar o que é a cirurgia, porque o doente pode-nos fazer perguntas que nós não sabemos responder; portanto, o enfermeiro tem que ser da área cirúrgica adstrita; isso, acho que é fundamental (...) eu acho que não necessariamente tem de ser o enfermeiro de anestesia a fazer a Consulta...”.

BO1 P1: “.... Um grupo que desenvolvesse e que se dedicasse, onde as pessoas que o integrassem fossem peritos nas diversas áreas da prestação de cuidados das especialidades clínicas que nós desenvolvemos; (...) não tem de ser o enfermeiro de anestesia a fazer a consulta, mas tem de ser um enfermeiro que domine a área, e, portanto, teria de ser esse grupo constituído por enfermeiros peritos de cada uma das áreas.”

BO2 P5: “.... Na minha opinião, é assim: uma consulta à partida, implica uma calendarização, e será mais fácil de cumprir. Se existisse eventualmente uma Consulta Pré-Operatória de Enfermagem com calendarização e com disponibilidade de um elemento para fazer a formação e colher a informação do doente, seria o ideal. (...) imaginemos que a nossa Visita é das três às três e meia; então nós organizávamo-nos no sentido de nos deslocarmos ao internamento, mas com a certeza de que no internamento teriam o cuidado de manter os utentes disponíveis nesse horário, para nós ...”.

BO3 P3: “... precisávamos de um elemento a mais para realizar a Consulta Pré-Operatória; um elemento a mais que ficasse responsável, ou ficasse distribuído para essa função (...). Também não sei até que ponto essa sugestão seria viável, a nível de recursos humanos disponíveis ...”.

BO3 P1: “... Se a Gestão tomar esta atividade tão necessária, como importante, terá que aumentar o número de enfermeiros do Bloco Operatório.”

BO3 P4: “... Eu acho que era importante ter algum assistente operacional que nos pudesse ir dando resposta às necessidades de processamento de material ao longo do dia. Que depois nos libertasse quando acabássemos uma sala, um ou dois elementos, que o pudessem fazer, ou que pudessem agendar, ou tratar disso”.

Na análise do discurso dos participantes verificou-se existirem algumas divergências, acredita-se que fruto dos diferentes contextos de trabalho em que os mesmos se encontram inseridos. Assim, alguns participantes consideram importante a criação de um grupo de trabalho constituído fundamentalmente por peritos das diversas áreas cirúrgicas no sentido de se delinear as estratégias de intervenção a propor aos órgãos superiores para se operacionalizar a CPOE, ou seja, quem faz, quando faz e onde faz; sinalizam a importância da criação de um plano formativo atualizado para os intervenientes no procedimento, assim como a atribuição da função, por especificidades cirúrgicas, ou seja, a(s) competência(s) cirúrgica(s) adstrita(s) ao enfermeiro é uma condição *sine qua non* para poderem realizar a CPOE, que enfatizam com o argumento de que não faz sentido o enfermeiro efetuar uma consulta à PSP adstrita a uma especialidade cirúrgica que não domina. Todavia, não consideram imperioso ser o enfermeiro de apoio à anestesia a realizar essa consulta. Para outros participantes, a sugestão dos recursos humanos tem a sua pertinência na articulação dos elementos da equipa do BO com os do Internamento, no sentido de operacionalizarem a visita sem interrupções. Manifestam que o ideal seria terem efetivamente uma CPOE, mas para isso precisariam de “mais um elemento que pudesse cumprir a necessária calendarização” [*sic*]. Outros participantes ainda, consideram fulcral a alocação de mais elementos no BO, no sentido de ficarem mais aliviados da carga de trabalho a que se encontram sujeitos, para tal, consideram fundamental que os superiores hierárquicos reconheçam essa necessidade e priorizem a CPOE como uma importante ferramenta geradora de ganhos em saúde.

Consta na evidência que as práticas de gestão de recursos humanos desempenham um papel primordial para o sucesso das organizações bem como das organizações de

saúde. Os estudos atuais enfatizam o papel dos recursos humanos como o capital mais importante nas organizações de saúde, sendo os enfermeiros considerados como o recurso humano mais importante nestas organizações (Antunes et al., 2018). Partindo deste pressuposto, a alta qualidade do desempenho em saúde está condicionada pelo desempenho dos profissionais, apoiados na estrutura da organização, na estratégia, na gestão e na utilização dos recursos (ibidem).

Lopes (2020) no seu estudo evoca a importância de existir um enfermeiro que esteja apenas dedicado à consulta de enfermagem, sem ter de se desdobrar em múltiplas tarefas, no intuito de conseguir a concentração e dedicação necessárias para a construção de um vínculo com a pessoa facilitando uma comunicação terapêutica, tão necessária para a determinação das necessidades da pessoa/família e concepção de um plano de cuidados ajustado.

Espaço físico

BO1 P1: “... precisamos de um espaço, e não é fácil obtê-lo, mas também não tinha de ser necessariamente aqui, dentro do Bloco Operatório. Do domínio do Bloco Operatório, teria de ser um espaço que nós pudéssemos ocupar ...”.

BO1 P5: “... E depois se for presencial, precisamos de agilizar o local onde a vamos fazer.”

BO2 P2: “Olha a sugestão, se calhar, seria essa: seria ter um espaço físico ...”.

BO2 P6: “... depois também há a questão da estrutura física, não é? Portanto, não sabemos ainda como é que seria possível proporcionar um local privado ...”.

BO3 P4: “... Nós fazíamos isso, depois do quê? Depois dos doentes estarem acolhidos, na enfermaria, e assim, ao fim da nossa jornada de trabalho, um colega ia apresentar-se, e fazia a colheita de dados que, supostamente, seria o enfermeiro que estaria nessa sala, no dia seguinte ...”.

A existência de um espaço físico apropriado surge nos testemunhos de alguns participantes como uma condição indispensável no sentido de acautelar a privacidade da PSP. Significa que a inexistência de um espaço físico privado, ou dificuldade de acesso ao mesmo surge como um grande constrangimento, pois por vezes, “a visita é realizada em condições indignas” [sic] quer para a PSP e família, quer para o enfermeiro e naturalmente, restrita ao estritamente essencial, ou seja, “abrange pouco mais do que a apresentação pessoal” [sic]. Nesse sentido, os participantes referem que é imperioso

um espaço que possam ocupar durante um determinado período, sem interrupções. Alguns participantes consideram importante a existência desse espaço, mas teria de ser externo às instalações do Serviço. Outros, manifestam que esse espaço poderia ser na enfermaria desde que garantisse as condições de privacidade e de conforto, como um “gabinete disponível, por exemplo” [sic]. A atribuição deste espaço físico é fundamental segundo alguns participantes, porque propicia a satisfação das necessidades informativas da PSP e família, assim como favorece as condições para a minimização dos níveis de ansiedade daqueles.

No estudo de Breda (2021), os resultados encontrados elucidam que a atuação autónoma do enfermeiro no período pré-operatório é essencial no controlo e na diminuição dos níveis de ansiedade pré-operatória, nomeadamente mediante o fornecimento adequado de informações, traduzindo-se assim numa melhor aceitação da nova condição de vida e promoção da saúde por parte da PSP. Já Cerejo (2000), como referido por Breda (2021), constatou que a diminuição do nível de ansiedade pré-operatória foi conseguida pela intervenção do enfermeiro através da aplicação de um programa de informação estruturada, o que por sua vez possibilitou uma melhor condição da recuperação das pessoas no pós-operatório.

A consulta de enfermagem deve acontecer num espaço físico sem interrupções de terceiros que possam quebrar o elo de comunicação que se tenta estabelecer (Margarido e Castilho, 2006, como referido por Lopes, 2020). Também Oliveira (2012), como referido por Lopes (2020) corrobora da mesma opinião, referindo que as interrupções, uma comunicação ruidosa ou a falta de privacidade comprometem a consulta e a sua continuidade, colocando em causa consequentemente os objetivos da mesma, como as ações educativas pretendidas.

Tempo / Articulação Interdisciplinar

BO1 P5: “... Quando ele vai à Consulta e lhe dizem que tem de ser operado, e vai para a Lista de Espera, não é? Ou já tem mais ou menos uma indicação que daqui a quinze dias ou três semanas vai ser operado, logo aí devia ser feita a Consulta Pré-Operatória (pausa). Ou marcá-la, pelo menos, em tempo útil; não ser logo em cima (...). Mas isso é uma coisa que nós podemos depois, com o tempo, operacionalizar; essa será a segunda etapa ...”.

BO2 P5: “... Se existisse eventualmente uma Consulta Pré-Operatória de Enfermagem com calendarização e com disponibilidade de um elemento para fazer a formação e colher a informação do doente, seria o ideal (...) seria, por exemplo: em vez do doente

ir fazer o RX ou o ECG à tarde, ou faria esses exames de manhã, ou então só os faria depois da nossa Visita agilizada para aquele horário (...). E assim, dentro do possível, tentava-se que os doentes estivessem disponíveis para nós, para fazermos a entrevista ...”.

BO3 P4: *“... aquela consulta a longo prazo, poderia ser feita, se tivéssemos acesso ao Plano Operatório de forma atempada. Ou, por exemplo, no caso dos doentes que tivessem de ser operados no prazo de 15 dias a um mês, se houvesse essa articulação entre a equipa médica e a equipa de enfermagem, poderíamos articular a realização dessa consulta, até uma semana ou 15 dias antes. Seria possível; não tinha de ser na véspera, não é? (...) Dilatação do horário, por exemplo; sugerir a um elemento - não sei se é fácil conseguir-se - que prolongue horário até às 17 h – que fique fixo. Há várias maneiras de fazer isso ...”.*

BO1 P5: *“... Em suma: é o agendamento; é a programação de véspera; que saibamos que é aquele doente que vai ser operado; depois, é o consentimento para a Administração; o termos tempo para fazer isso. (...) O primeiro passo, se calhar, é podermos apresentar no nosso serviço (...) Podemos primeiro iniciar com a nossa gestora, depois com a Comissão de Gestão e fazer esse percurso todo até chegar à Administração, que eu acho que esse é o primeiro entrave. Depois disso, conseguirmos operacionalizar como é que vamos fazer ...”.*

BO1 P4: *“... A minha perceção de outros locais, é o do doente vir ao Hospital para uma consulta de anestesia, por exemplo e de seguida, ter a de enfermagem, ou vice-versa; conheço inclusivamente espaços partilhados pelos dois profissionais - médico e enfermeiro; até já assisti à modalidade de consulta com os dois profissionais em simultâneo, mas também já assisti em separado. Portanto, é uma sugestão para agilizar todo o processo; para o doente não ter de vir ao hospital duas vezes ...”.*

BO2 P2: *“... Portanto, internamento de todos os doentes na véspera e realização dos exames auxiliares de diagnóstico sem ser na véspera, seria uma sugestão a propor à equipa médica. Todavia, não sei até que ponto seria viável.”*

BO2 P5: *“... na impossibilidade de haver assim uma coisa concreta, como o agendamento de uma consulta, poderemos eventualmente coordenar esforços entre nós e a parte do internamento, e, estipular-se um horário, que seria um horário atribuído à nossa Visita; (...) Sim, seria mais fácil, para nos organizarmos entre nós; já sabíamos quem de nós iria lá estar, naquele momento; quem estivesse a exercer funções no Bloco*

Operatório, coordenar-se-ia, e, o mesmo aconteceria na enfermaria, na medida em que já sabiam que estaríamos lá, com o doente, naquele horário, não é? ...”.

BO3 P4: *“... Agora, é essencial a articulação com a equipa médica. São necessárias, uma articulação e uma programação a um prazo suficiente; ou então, estaríamos sempre condenados à véspera, o que é possível se tivermos recursos. (...) obviamente que, tem de partir de cima a necessidade da Consulta Pré-Operatória, e depois, a parte que diz respeito à implementação e operacionalização, cabe-nos a nós e pronto! Mas, efetivamente, tem de partir de cima também achar que é necessária e que é vantajosa ...”.*

A necessidade de se propiciar um tempo oportuno para a realização da CPOE surge no discurso dos participantes de forma consensual. Verifica-se que esta categoria surge da dependência da existência de um agendamento e a disponibilização dos programas operatórios em tempo útil, na medida em que, segundo os enfermeiros, facilitariam a operacionalização da CPOE. Também surge articulada à subcategoria “articulação interdisciplinar”, pois só com a articulação entre equipas e o parecer favorável dos órgãos superiores hierárquicos poder-se-á “criar condições para a existência de um tempo oportuno” [sic] legitimado aos enfermeiros, para a realização da CPOE.

A consulta de enfermagem é uma atividade que requer tempo e disponibilidade por parte do enfermeiro para a sua concretização. O enfermeiro que determine o tempo despendido na realização da consulta de enfermagem, obterá mais sucesso no agendamento para “melhor atender o paciente” (Margarida & Castilho, 2006, p. 433 como referido por Lopes, 2020). Assim, a operacionalização da consulta de enfermagem deve obedecer a um cálculo de tempo necessário mediante orientações dos respetivos organismos competentes no sentido de se estabelecerem padrões, adquirir dados e perspetivar a produção e custos (Oliveira, 2012 como referido por Lopes, 2020). Com esta organização os serviços são capazes de perspetivar e agendar o atendimento de pessoas cumprindo padrões que favoreçam a qualidade dos cuidados em que a pessoa e família se sintam acolhidos, ouvidos, desfazendo as suas dúvidas e resolvendo os seus problemas de forma a prevenir complicações futuras. Lima (2010) como referido por Lopes (2020) refere que a abordagem individualizada requer tempo por parte do enfermeiro, para que no final do processo ambas as partes atinjam os objetivos esperados da realização da consulta que, mediante a utilização de métodos científicos, possibilita a identificação de situações de saúde/doença e potencialidades da pessoa,

desenhando intervenções face às necessidades diagnosticadas (Coura, 2013) como referido por Lopes (2020).

Por outro lado, da análise desta subcategoria percebe-se que alguns participantes pensam e planeiam estratégias resolutivas, por via da articulação interdisciplinar para ultrapassar constrangimentos que integram a sua realidade prática. Alguns enfermeiros manifestam mais preocupação em canalizar esforços no sentido de obterem parecer favorável das hierarquias para poderem operacionalizar a CPOE. Outros, consideram fundamental a articulação no sentido de obterem um horário específico ou um agendamento para operacionalizarem a CPOE sem constrangimentos. Propõem que aquela fosse executada em data agendada, para a pessoa deslocar-se ao hospital para a realização de rotinas pré-operatórias, e/ou inclusivamente, que já viesse com os exames de rotina realizados a uma consulta pré-anestésica, altura em que também faria a CPOE.

Segundo Antunes (2018) a coordenação é reflexo da frequência, oportunidade, precisão e resolução de problemas de precisão entre os profissionais, do grau das suas relações, conhecimentos partilhados e respeito mútuo. O mesmo autor preconiza que a adoção de práticas de trabalho de alta performance representa um caminho viável para aprimorar o desempenho organizacional e os relacionamentos decorrentes da coordenação relacional fundamenta-se em vínculos funcionais. Esta relação é o principal mecanismo que estabelece o elo entre alta performance e resultados.

No estudo de Lopes (2020) uma consulta estruturada é na perspetiva dos enfermeiros crucial, para que a informação seja registada de acordo com as normas emanadas, estando devidamente informatizada e disponível a quem dela necessite. Desta forma os dados estarão organizados e, como refere Silvestre (2012, p. 43), como referido por Lopes (2020), mediante uma “utilização estruturada de dados” com linguagem adequada é possível “planear as intervenções de forma eficaz o que levará a resultados mais completos”.

No estudo de Cardante (2020), a CPOE não deveria ser independente da consulta médica, pois sabemos que o trabalho do enfermeiro não é totalmente independente do médico e vice-versa (Baleizão, 2019 como referido por Cardante, 2020). A finalidade desta consulta consiste adicionalmente na avaliação do risco, e esta avaliação é sempre efetuada pelo enfermeiro e pelo anestesista, tendo em conta a avaliação dos critérios sociais e clínicos, respetivamente (ibidem). No seu estudo o discurso dos participantes apontou a sugestão da realização da CPOE centralizada apenas num dia, incluindo nesse dia a consulta do médico de especialidade cirúrgica (habitualmente realizada

anteriormente), a consulta de anestesia e a consulta de enfermagem. Esta sugestão vai ao encontro da sugestão de Possari (2009), o qual considera que a CPOE e de anestesia podem ocorrer no mesmo dia, atendendo que é fundamental que a distância (tempo) desta consulta até ao dia da intervenção cirúrgica seja considerada segura para a PSP (adaptado de Cardante, 2020). Também Breda & Cerejo (2021) corroboram a ideia da CPOE ser realizada no mesmo dia da consulta de anestesia.

Criar visibilidade

BO1 P4: *“... a motivação e a dedicação vão ser fundamentais se quisermos andar para a frente; são processos trabalhosos, mas muito gratificantes também”.*

BO1 P3: *“... Ficámos sempre travados nos outros projetos anteriores, numa das fases das hierarquias, em que as pessoas, na altura, não entendiam os benefícios de realizar a Visita, e neste caso da Consulta, não é? E é por aí que a gente tem de ir; é tentar fazer perceber as vantagens que tem e que é possível realizar.”*

BO2 P2: *“Penso que, a sugestão implica mudança de procedimentos que estão fora da nossa linha de ação. Mas, efetivamente, se os exames complementares de rotina, do tipo RX e ECG fossem realizados no pré-operatório, mas não com muitos dias de antecedência, e não, na véspera da cirurgia, facilitaria em muito o nosso trabalho. Assim, eventualmente, a Consulta, poderia ser realizada na véspera da cirurgia, aquando do internamento, abrangendo assim, um maior número de doentes (...) seria uma sugestão a propor à equipa médica)”.*

BO3 P4: *“... é preciso as nossas chefias também perceberem a importância de estarem envolvidos nisso (...) já é mais acima, a nível mais do Enfermeiro Gestor com funções de Direção, da Enfermeira Diretora, do próprio Conselho de Administração; mostrar-lhes a necessidade e a vantagem, e depois, também mostrar à equipa multiprofissional que é vantajoso, que é importante se articularem connosco, facilitando-nos os dados e os planos operatórios atempadamente (...) é também criar estudos e obter indicadores”.*

Da análise dos dados dos participantes percebe-se que os enfermeiros têm ideias, sugestões, estratégias pró-ativas pensadas, sustentadas pela evidência, para atingir os seus propósitos. Todavia, argumentam ser preciso criar um espírito de coresponsabilização e de colaboração envolvendo as hierarquias que estão no topo da pirâmide organizacional e na linha intermédia. Assim, alguns enfermeiros propõem: desenvolver formação sobre CPOE baseada nas mais recentes evidências; criar

indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem no âmbito da temática CPOE; desenvolver estudos e partilhar os resultados, no sentido de convencer as hierarquias, e no topo, o Conselho de Administração, do impacto dos ganhos que a CPOE pode proporcionar.

A evidência preconiza que a enfermagem precisa diariamente de demonstrar o seu valor e competência à PSP, família, comunidade, sociedade e ao sistema de saúde como um todo, através dos resultados do seu trabalho; assim, para criar valorização e visibilidade, a enfermagem precisa de se apropriar das suas competências para o cuidar, ou seja, é preciso propiciar o empoderamento dos enfermeiros (adaptado de Ferreira et al. 2016). O empoderamento está vinculado à autonomia profissional e é percebido como a capacidade de assumir iniciativas, forma de desenvolver a base de um poder que se edifica na tomada de decisão autónoma do enfermeiro (ibidem).

A consulta de enfermagem será mais bem-sucedida quanto mais visível e reconhecida se encontrar na estrutura organizacional e institucional onde está inserida. Para potenciar a implementação desta consulta é fundamental ter em conta vários fatores como o potencial número de pessoas a atender, os procedimentos a realizar, os recursos humanos e materiais disponibilizados para a sua realização e o tempo estimado/necessário para a CPOE alcançar os seus objetivos. Estes aspetos são corroborados por Oliveira (2012) como referido por Lopes (2020), ao mencionarem que estudando estes aspetos é possível conhecer os custos de produção, obter e fornecer dados para a instituição e “avaliar o crescimento qualitativo (...) conhecer custos de tratamentos e procedimentos utilizados (...) alocar os recursos de modo eficiente” (ibidem, p. 127). Estes autores acrescentam ainda, que “competem aos enfermeiros desenvolver estudos que demonstrem o custo-benefício e a eficácia da consulta de enfermagem” (ibidem, p. 127). Dalbosco (2019) como referido por Lopes (2020) é da opinião que, apesar das barreiras que a implementação da consulta de enfermagem possa enfrentar, a sua importância justifica essa implementação e os enfermeiros devem assumir o compromisso de trabalhar nesse sentido.

Pelas referências obtidas da evidência, a par com a análise do discurso dos participantes do estudo, percebe-se que a CPOE é uma atividade autónoma que os enfermeiros desejam ver priorizada. Como complemento da análise construiu-se uma nuvem de frequência de palavras tendo por base a codificação das unidades de significado efetuada, destacando-se do discurso dos participantes, os seguintes termos mais utilizados pelos mesmos: “doente”, “consulta”, “visitas”, “enfermeiro” e “operatória”, entre outros (Apêndice VIII).

Auscultando a evidência encontra-se mais alguns achados que corroboram os resultados da análise, senão repare-se:

De acordo com UNAIBODE (2001), os obstáculos e limitações reais e mais habituais à implementação da CPOE são a falta de recursos humanos, falta de tempo, inexistência de local adequado, entre outros. Desta forma, torna-se importante identificar as resistências e ultrapassá-las com a existência de um grupo motivado para implementar a CPOE, pois todos tendo a mesma vontade de a organizar, as soluções emergirão pouco a pouco. Ultrapassar estes limites é, como que um trampolim para ir mais além na qualidade dos cuidados, beneficiando as pessoas de cuidados de Enfermagem perioperatórios com qualidade, refletindo-se na sua satisfação e recuperação mais célere (adaptado de UNAIBODE, 2001).

O estudo qualitativo de Dantas (2014) sobre a CPOE elucida alguns constrangimentos na sua implementação, quer no ponto de vista dos enfermeiros, quer na perspectiva das pessoas em situação perioperatória; a título de exemplo salienta-se o fator tempo / disponibilidade; o enfermeiro de referência do BO que realizou a CPOE não estar presente no intraoperatório; a CPOE não ser realizada pelo enfermeiro que vai estar de apoio à anestesia; o *timing* ideal para a concretização da CPOE ser discutível, entre outros.

No estudo realizado pelos autores Sousa et al. (2020) constatou-se que a orientação transmitida pelo enfermeiro durante a CPOE é de fundamental importância para a PSP, pois esta quando é informada sobre o que vai lhe acontecer, colabora de maneira significativa para o processo cirúrgico, além de diminuir o stress e a ansiedade causada pelo internamento. No entanto, a maior fragilidade enfrentada pelos enfermeiros para a realização da consulta foi a linguagem técnica, a qual se revelou “um empecilho para a compreensão da orientação que foi dada” (p. 265). O diagnóstico de enfermagem mais encontrado foi o medo, sendo este o sentimento mais desenvolvido nos doentes cirúrgicos que se encontravam no pré-operatório. Perante o seu estudo, os autores concluíram que o enfermeiro deve estar atento à forma como comunica com a PSP no pré-operatório, certificando-se que sejam suprimidas barreiras na comunicação, minimizando os fatores geradores de stress da pessoa, para que assim seja concretizada uma CPOE de qualidade, e conseqüentemente o conhecimento e a boa adesão da PSP ao seu processo cirúrgico.

Mendes et al. (2020) no seu estudo descrevem que a transmissão de informação nos momentos que antecedem a cirurgia enfrenta algumas barreiras descritas na literatura, como a falta de concentração dos doentes cirúrgicos ou as suas expectativas/fantasias

em relação ao que se vai passar (Kruse, et al., 2009 como referido por Mendes et al., 2020). Deste modo, os doentes cirúrgicos podem manifestar dificuldade em reter a maior parte da informação que lhes é fornecida. Ainda assim, a maioria das pessoas em situação perioperatória da amostra do estudo considerou que as informações transmitidas na CPOE foram muito importantes e concordou que esta informação as ajudou a perceber a sua responsabilidade no processo de recuperação. Também o envolvimento da família em todo o processo cirúrgico tem sido relatado como um aspeto positivo para que a PSP se sinta mais segura e mais participativa nos cuidados (Crosson, 2018 como referido por Mendes et al., 2020). Os resultados do estudo indicaram que, na visão da PSP, a informação transmitida na CPOE afetou a sua participação nos cuidados pós-operatórios. Desta forma, os resultados sugeriram que um maior nível de informação contribuiu para uma postura mais ativa por parte da PSP na sua recuperação. Outros estudos revelaram que alguns doentes cirúrgicos, depois da cirurgia, apresentaram dificuldade em recordar-se da informação que lhes foi transmitida durante a CPOE, por já ter passado algum tempo (Aasa et al. (2013) como referido por Mendes et al., 2020), o que alerta para a necessidade de manter a intervenção de ensino durante o internamento cirúrgico.

Outros estudos, não de cariz qualitativo reportam as principais dificuldades citadas pelos enfermeiros na concretização da CPOE, nomeadamente: o horário disponível para o efeito, a escassez de recursos humanos, as rotinas nas unidades de internamento, a falta de planeamento, a falta de um protocolo na instituição para realização da CPOE, a rotina do BO que inviabiliza a possibilidade de deslocação ao internamento dentro do horário de serviço, as alterações no plano operatório por necessidades de ajuste dos tempos operatórios, a falta de prioridade atribuída à CPOE, são alguns exemplos.

3 - CRITÉRIOS E ESTRATÉGIAS DE QUALIDADE E RIGOR DA INVESTIGAÇÃO

Nas últimas décadas observou-se o empenho de diversos investigadores no sentido de se propor orientações para o julgamento do rigor na pesquisa naturalista. Dentre esses esforços, na década de 1980, Guba (1981), Lincoln e Guba (1985) e Guba e Lincoln (1989) como referidos por Velloso & Tizzoni (2020), estabelecendo uma certa analogia aos critérios de validade interna e externa, confiabilidade e objetividade, utilizados na pesquisa quantitativa, propuseram os critérios de credibilidade, transferibilidade, dependibilidade e confirmabilidade como critérios para a pesquisa naturalista. Para que se garanta a aplicação dos critérios de rigor numa investigação qualitativa, é possível associar a eles determinadas estratégias que viabilizam a sua operacionalização (ibidem), (Tabela 3).

Tabela 3 – Critérios e estratégias de operacionalização associadas aos critérios de rigor

Critério	Estratégias propostas
Credibilidade	Envolvimento prolongado no campo
	Observação persistente
	Triangulação
	Análise por pares
	Análise de caso negativo
	Verificação dos membros
Transferibilidade	Descrição densa
Dependibilidade	Sobreposição de métodos
	Replicação gradativa
	Auditoria de trilha
Confirmabilidade	Triangulação
	Auditoria da trilha

Fonte: Velloso & Tizzoni (2020)

O uso dessas estratégias é recomendado com o intuito de orientar o processo de investigação qualitativa desde sua concepção até à interpretação dos dados. No critério de rigor da **credibilidade** teve-se em conta a triangulação de métodos, mediante diferentes estratégias de colheitas de dados – questionários, grupos focais. A revisão

por pares foi ancorada por professores orientadores que proporcionaram suporte acadêmico e *feedback* no sentido de melhorar a qualidade da investigação. A verificação pelos membros também foi acautelada, na medida em que as entrevistas foram validadas individualmente pelos participantes depois de transcritas, para confirmação dos dados. Relativamente ao critério de rigor da **transferibilidade** é pertinente considerar que na perspectiva naturalista não se tem a intenção de criar generalizações que se sustentem em todos os tempos e lugares, mas sim de gerar hipóteses de trabalho que possam ser transferidas de um contexto para outro, dependendo do grau de adequação, ou seja, de similaridade entre esses contextos (Lincon e Guba, 1985 como referidos por Vellozo & Tizzoni, 2020). Assim, é importante considerar que diante do conhecimento ideográfico produzido a partir das pesquisas qualitativas, a generalização ocorre muito mais no nível do caso do que de populações, de modo que, a não generalização dos achados de uma investigação para outros grupos não deve ser considerada como uma limitação do estudo (*ibidem*). Pelo exposto, pode afirmar-se que poderão existir outros contextos com similaridade aos contextos estudados, aos quais sejam aplicáveis as percepções dos participantes do presente estudo e nesse sentido, a sua não generalização a todos os contextos não pode ser considerada uma limitação do estudo. Considera-se que se cumpriu este critério pela utilização de uma amostragem intencional, no sentido de aumentar a possibilidade de obter dados precisos sobre o tema em estudo; com o intuito de facilitar a compreensão, os resultados foram apresentados de forma esquemática (fig.1); foi fornecida informação da existência de um plano sobre o contexto e os participantes. Sobre o critério de rigor da **dependibilidade**, que também é conhecido como auditabilidade, importa referir que abrange a auditoria da trilha, uma estratégia que visa aumentar o rigor e a transparência na pesquisa qualitativa, mediante a descrição de uma trilha na qual se documenta, cronológica e sistematicamente todos os passos percorridos no decurso da pesquisa, abrangendo notas de entrevistas e observações, notas de campo, memos e documentos a incluir ao longo do relatório ou nos apêndices (adaptado de Velloso & Tizzoni, 2020), pelo que, importa referir que esse critério de rigor foi tido em consideração. Por fim, o critério de rigor da **confirmabilidade**, que tradicionalmente se relaciona com a ausência de viés ou de suposições do investigador, também foi tido em consideração, na medida em que em toda a fase metodológica, a investigadora assumiu sempre uma perspectiva indutiva, neutra, não emitido pareceres, comparações e conclusões pessoais (*ibidem*).

Pelo exposto, a importância da aplicação de critérios e estratégias de rigor claros no desenvolvimento da pesquisa qualitativa é indiscutível, no sentido de se acautelar o rigor metodológico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS / SUGESTÕES

Numa análise geral sobre o estudo desenvolvido, pode-se apontar a CPOE como um processo complexo que é condicionado por uma multiplicidade de fatores e tem na prestação de cuidados de enfermagem a estrutura basilar. Consciente de que cada passo investigativo será sempre um trajeto inacabado, ainda assim, os resultados obtidos permitem uma reflexão sobre a intervenção profissional dos enfermeiros e identificar eventuais necessidades de mudança para fomentar a melhoria da prática clínica de enfermagem, e bem assim, a melhoria da qualidade em saúde. No âmbito da cirurgia eletiva torna-se essencial sublinhar o papel do enfermeiro na CPOE. A este profissional são solicitadas competências da área da PSP, numa dimensão que permita prestar cuidados de excelência, sustentados numa prática fundamentada na evidência. Nesta dinâmica entre exercício profissional e investigação, pode-se encontrar contributos que favoreçam a melhoria da qualidade dos cuidados e otimização dos resultados em saúde.

Santo et al. (2019) no seu estudo observaram, por meio da pesquisa de artigos, um reduzido número de publicações sobre a temática da realização sistemática da CPOE, “o que demonstra a necessidade de mais estudos” (p. 5), a fim de que se construa uma prática baseada em evidência, alicerçando de maneira consistente o cuidar na área da PSP. A evidência aponta para que a CPOE seja considerada nos hospitais do nosso país e que seja alvo de mais estudos científicos no sentido de se esclarecer algumas indefinições na sua consecução e implementação, e, bem assim, delinear a melhor *performance*. Nesse sentido, considerou-se pertinente a elaboração deste estudo que teve como objetivos primordiais conhecer as percepções dos enfermeiros sobre os constrangimentos à operacionalização da CPOE e as sugestões que apontam no sentido de a priorizar. Assim, de seguida apresenta-se as seguintes conclusões:

Para os participantes deste estudo, a CPOE é um elemento essencial para a prestação de cuidados multidimensionais à PSP e permite avaliar, informar, identificar, responder a expectativas e necessidades, por forma a que, pessoa e família possam usufruir de uma recuperação mais célere, menos complicações, entre outros ganhos em saúde, promotores de uma maior qualidade de vida e bem-estar. Não obstante a CPOE não ser implementada nos blocos operatórios onde ocorreu o estudo e desses, em apenas um, ser realizada a visita pré e pós-operatória de enfermagem sob condições imprevisíveis, os testemunhos dos participantes apontam para a importância de se

valorizar e reconhecer a CPOE como um procedimento a priorizar. No que concerne aos constrangimentos os participantes desta investigação apontam uma diversidade de fatores, entre os quais se destacam a limitação de tempo disponível, recursos humanos deficitários e inexistência de espaço apropriado. No que diz respeito a sugestões apontadas pelos participantes para contornar os constrangimentos que assinalam, destaca-se a já referida e necessária articulação interdisciplinar quer com a equipa médica, quer com as hierarquias da pirâmide organizacional. A alocação de mais recursos humanos no BO para fazer face às necessidades que carecem de respostas imediatas, também surge como uma sugestão relevante.

Em matéria de sugestões apontadas pela investigadora salienta-se a elaboração de planos estratégicos adequados aos contextos da prática, inspirados nas teorias da gestão de mudança como a de Kotter (s.d.) como referido por Navarro (2020), capazes de operacionalizar uma mudança inovadora geradora de ganhos em saúde. Para tal, sugestionam-se que peritos dos contextos da prática clínica com capacidades de liderança transformacional criem conhecimento novo sustentado pela evidência, no sentido de se comprovar que a CPOE é importante e bem assim, acionem processos de mudança: devem criar um sentido de urgência para a problemática; devem criar uma coesão organizacional com as pessoas certas a envolver no(s) projeto(s); estas devem possuir grande aptidão e credibilidade; devem desenvolver uma visão estratégica, criando um plano de detalhe de intervenção; devem comunicar a visão mediante um *slogan* apelativo e outras estratégias apelativas de *engagement*; devem criar empoderamento e remover obstáculos, discutir com os envolvidos, encontrar as melhores soluções alternativas; devem criar vitórias a curto prazo, celebrar as conquistas; devem consolidar e continuar as melhorias, envolver a(s) equipa(s) responsável(eis) pelo(s) projeto(s) na monitorização das melhorias, e por fim, os líderes devem continuar as mudanças e envolver novos elementos no enraizamento da nova cultura. Esta é uma excelente estratégia para se operacionalizar uma mudança tão urgente, quanto necessária, e por isso mesmo, é por aqui que os enfermeiros do BO devem começar para implementar a CPOE, e bem assim, incrementar valor aos cuidados de enfermagem.

Mesmo com as limitações inerentes a todo o trabalho investigativo, nomeadamente a necessidade de acautelar a privacidade e o anonimato dos blocos operatórios e participantes envolvidos, este estudo pode contribuir como fio motivacional para um maior investimento das equipas e da gestão dos serviços, potenciando a melhoria contínua do desempenho das equipas de enfermagem, elevando assim, a qualidade dos cuidados. Acredita-se que os resultados obtidos podem representar um contributo

para ajudar os enfermeiros a refletirem sobre as suas práticas e encontrarem subsídios para implementar mudanças, nomeadamente, alertar os profissionais para a necessidade de se envolverem mais na dinâmica institucional e assumirem uma atitude mais proativa.

Considera-se que este estudo tem implicações para a prática de cuidados em contexto de cirurgia eletiva com internamento e para a investigação, na medida em que, no que diz respeito à importância de existir uma CPOE, os profissionais de saúde, gestores, sociedade em geral, devem compreender que o modelo humanista deve nortear a prática de cuidados. Ao terminar este trabalho a investigadora reconhece ter a sensação de dever cumprido, na medida em que procurou [e vai continuar a procurar] demonstrar a necessidade premente da implementação da CPOE nas instituições de saúde. É necessário continuar a desenvolver estudos nesta área de forma que o desenvolvimento da CPOE seja uma realidade em todos os blocos operatórios. Os resultados podem ainda ser de considerável utilidade para os gestores reequacionarem o modelo organizacional vigente e agilizarem melhor os recursos humanos, materiais e de formação, ao serviço da melhoria contínua e da qualidade dos cuidados ao doente de cirurgia eletiva.

Durante todo o processo de investigação existiu a preocupação constante em assegurar o rigor científico e metodológico, contudo, surgiram algumas limitações, nomeadamente a morosidade em se conseguir obter o parecer favorável do Conselho de Administração da unidade hospitalar em questão, pela excessiva mas necessária burocratização de todo o processo, à luz dos princípios éticos-legais; a inexperiência da investigadora relativamente ao referencial metodológico, no respeitante à análise e interpretação dos dados resultantes das entrevistas, tendo sido esta a etapa de todo processo de investigação a que exigiu mais empenho e compromisso da investigadora. Também, a atividade profissional foi outro tipo de limitação que surgiu e que exigiu um esforço e empenho acrescido.

Este estudo de investigação não se esgota em si mesmo, pois verifica-se através do discurso dos enfermeiros, que emergem várias inquietações, conduzindo a novas problemáticas. Poderá ter continuidade em termos de investigação, com trabalhos complementares, como o estudo da perceção dos enfermeiros sobre as estratégias para operacionalização da consulta operatória de enfermagem e dessa forma, melhor focalizar as intervenções dos enfermeiros para a melhoria contínua dos cuidados de saúde. Pelo exposto, acredita-se que este estudo corrobora a evidência disponível e veio acrescentar mais alguns achados com potencial para fomentar a reflexão na ação e a reflexão da reflexão na ação, das práticas baseadas nas evidências mais recentes.

BIBLIOGRAFIA

- Afonso, A. (2017). *Cultura de Segurança nos Cuidados Perioperatórios: Impacto no Intraoperatório*. (Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Retrieved from <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio.esenfc.pt:6359>
- Antunes, M. et al. (2018). *As práticas de gestão de recursos humanos e as equipas de alta performance*. Master's thesis, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa) Retrieved from <http://hdl.handle.net/10071/18672>
- Aragão, A. & Maranhão, T. (2020). Reconhecimento Profissional e Motivação nas Empresas: Revisão Sistemática da Literatura. *Id on Line. Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, 14(51), 511-536. doi: <https://doi.org/10.14295/idonline.v14i51.2616>
- Associação dos Enfermeiros de Salas de Operações Portugueses. (2006). *Enfermagem Perioperatória: da filosofia à prática dos Cuidados*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Associação dos Enfermeiros de Salas de Operações Portugueses. (2012). *Enfermagem Perioperatória: da filosofia à prática dos Cuidados*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Associação dos Enfermeiros de Salas de Operações Portugueses. (2013). *Práticas recomendadas para o bloco operatório*. Loures, Portugal: AESOP.
- Association of Perioperative Registered Nurses (2015). Standards of Perioperative Nursing. In AORN (Ed.), *Guidelines for Perioperative Practice* (pp. 793-708). Retrieved from https://vle.upm.edu.ph/pluginfile.php/170001/mod_folder/content/0/AORN%202015.pdf
- Association of Perioperative Registered Nurses (2021). 2021 Guidelines for Perioperative Practice. Retrieved from <https://www.aornbookstore.org/Product/List/Guidelines>
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo* [PDF]. Retrieved from <https://ia802902.us.archive.org/8/items/bardin-laurence-analise-de-conteudo/bardin-laurence-analise-de-conteudo.pdf>
- Bardin, L. (2014). *Análise de Conteúdo*. (4ª ed). Lisboa: Edições 70, 281 p. ISBN 978-972-44-1506-2.

- Barnett, J. (2005). An emerging role for nurse practitioners - preoperative assessment. *AORN journal*, 82(5), 825-834. doi: 10.1016/S0001-2092(06)60275-5
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (2013). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Breda, L. & Cerejo, M. (2021). Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. *Revista de Enfermagem Referência, Série V*(5), 1-8. doi: 10.12707/RV20088
- Cardante, S. (2020). *Consulta de enfermagem pré-operatória e de follow-up em cirurgia de ambulatório: A perspetiva dos enfermeiros*. (Master's thesis, ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto. Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/34037>
- Carpenter, D. & Streubert, H. (2013). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. 5ª ed. Loures: Lusociência.
- Castro, A. (2018). *Indicadores de Qualidade No Bloco Operatório*. (Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Retrieved from <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=56164&code=860>
- Cerejo, M. (2000). *Impacto de um programa de informação estruturada na recuperação pós-operatória*. (Unpublished master's thesis). Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra.
- Clifford, T. (2016). Enhanced Recovery After Surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 31(2), 182-183. doi: 10.1016/j.jopan.2015.12.007.
- Código Deontológico do Enfermeiro – Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro.
- Collière, M. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Collière, M. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Cordeiro, L., Soares, C. & Rittenmeyer, L. (2016). Unscrambling method and methodology in action research traditions: theoretical conceptualization of praxis and emancipation. *Qualitative Research*;17(4):395–407. Retrieved from <https://doi.org/10.1177/1468794116674771>

- Creswell, J. (2016). *Projecto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. (3ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Creswell, J. & Creswell, D. (2018). *Research design. Qualitative, quantitative and mixed methods approaches* (5ªed.). California, USA: SAGE Publishers.
- Dantas, M (2014). *A Visita Pré-Operatória de Enfermagem: Contributos para a sua implementação*. (Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Retrieved from https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=30118&codigo=723
- Duarte, A. & Martins, O. (2014). *Enfermagem em Bloco Operatório*. Lisboa, Portugal: LIDEL – Edições Técnicas, Lda.
- European Operating Room Nurses Association (2021). *Best Practice for Perioperative Care – Edition 2020* [Web Page / PDF]. Retrived from <https://eorna.eu/eorna-best-practice-for-perioperative-care-edition-2020-2/>
- Ercole, F., Melo, L., Alcoforado, C. (2014). Revisão integrativa versus revisão sistemática. *REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM*. 18(1). Retrieved from <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140001>
- Ferreira, M., Paulo, F. & Duarte J. (2016). Empoderamento dos Enfermeiros. *Servir*, (59), 1-1. Retrieved from <https://revistas.rcaap.pt/servir/article/view/23206>
- Filho, A., Batista, F. & Cruz A. (2020). Percepção dos enfermeiros sobre a visita pré-operatória. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 42(e2842), 1-8. Retrieved from <https://doi.org/10.25248/reas.e2842.2020>
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: da conceção à realização*. Lisboa: Lusociência.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-18-5.
- Freeman, T. (2006). 'Best practice' in focus group reserach: Making sense of different views. *Journal of Advanced Research*, 56(5), 491-497).
- Galvan, T. (2015). *Carga de Trabalho: definição, fatores influentes e identificação de causas raiz* (Master's thesis, Universidade Federal do Rio Grande do Sul). Retrived from <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/118871>
- Gonçalves, M., Cerejo, M. & Martins, J. (2017). A influência da informação fornecida pelos enfermeiros sobre a ansiedade pré-operatória. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*(14), 17-26. doi: 10.12707/RIV17023.

- Guba, E. G. (1981). ERIC/ECTJ Annual Review Paper: Criteria for Assessing the Trustworthiness of Naturalistic Inquiries. *Educational Communication and Technology*, 29(2), 75–91. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/30219811>
- Heering, H. R. C., & Engelke, Z. R. M. (2017). *Patient Education: Teaching the Surgical Patient*. CINAHL Nursing Guide. Retrieved from <https://biblioteca.sagrado.edu/eds/detail?db=nup&an=T705750>
- Kim, B. J., & Aloia, T. A. (2018). What is “enhanced recovery,” and how can I do it? *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 22(1), 164-171. doi: 10.1007/s11605-017-3605-9
- Latimer, J. (2005). *Investigação Qualitativa Avançada para Enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Leger, F. (2021). Carga de Trabalho da equipe de enfermagem baseada na escala Nursing Activities Score em Unidades de Terapia Intensiva Adulto: Revisão Integrativa da Literatura. *Revista de Saúde Dom Alberto*, 8(1), 14-35. Retrieved from <https://revista.domalberto.edu.br/revistadesausedomalberto/article/view/664/645>
- Lopes, E. et al. (2020). *A Consulta de Enfermagem Presencial à Pessoa submetida a Cirurgia Ambulatória* (Master’s thesis, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). Retrieved from http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2510/1/Eunice_Lopes.pdf
- Malley, A., Kenner, C., Kim, T., & Blakeney, B. (2015). The Role of the Nurse and the Preoperative Assessment in Patient Transitions. *AORN Journal*, 102(2), 181.e1–181.e9. doi: 10.1016/j.aorn.2015.06.004.
- Marek, J., & Boehnlein, M. (2010). *A Enfermagem no Pré, Intra e Pós-Operatório*. In Monahan, Sands, Neighbors, Marek, & Green (Eds.), *Phipps Enfermagem Médico Cirúrgica: Perspectivas de Saúde e Doença* (8ª ed). Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Matos, D. (2019). *Proposta de um Modelo de Gestão de Camas para melhoria da eficiência de um departamento de cirurgia num hospital central* (Master’s thesis, Faculdade de Economia – Universidade do Porto). Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/123962>
- Meleis, A., Sawyer, L. et al. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle – Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23, 12-28. Also retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10970036/>

- Mendes, M., Ferrito, R. & Gonçalves, M. I. (2020). A Informação transmitida na Consulta de enfermagem Pré-Operatória: Percepção do doente. *Cadernos de Saúde*, 12 (1), 47-53. Retrieved from <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.7683>
- Mendes, D. (2021). *Consulta de Enfermagem Pré-Operatória do Programa Enhanced Recovery After Surgery®: implementação e avaliação*. (Doctoral dissertation, Universidade Católica Portuguesa). Retrieved from <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/32257>
- MS, DGS. (s.d.). Carta dos Direitos do Doente Internado. [PDF]. Retrieved from <https://www.chlc.min-saude.pt/direitos-do-doente-internado/>
- Morgan, D. L. (1996). Focus group. *Annual Review Sociology*, 22, 129-152. Retrieved from <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.soc.22.1.129>
- Navarro, F. (2020). 8 Kotter Steps for applying Changes to a Project / 8 Pasos de Kotter para la application de Cambios en un Proyecto. (2020, October). [web log post]. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.4124345>
- Nunes, L. (2013). Considerações éticas a atender nos trabalhos de Investigação académicos de enfermagem. [PDF]. Retrieved from <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2007). Recomendações para a Elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados. [pdf]. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPraticas.pdf
- Pelarigo, A. (2019). - *Implementação da Consulta de Enfermagem Pré-Operatória: Cuidar no pré, preparando o pós-operatório*. (Master's thesis, Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde). [pdf] Retrieved from <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29203/1/relatorio.pdf>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pinheiro, M., Martins, H., Rodrigues T. (2012). Enfermagem Perioperatória. In AESOP. *Enfermagem Perioperatória: Da filosofia à prática dos cuidados*. Lusodidacta: Loures.
- Pires, M. A. G. & Rego, A. (2017). Visita Pré-Operatória de Enfermagem: Importância da sua implementação. *Revista Servir*, 59(5-6), 1-6. Retrieved from <https://doi.org/10.48492/servir025-6.23467>

- Polit, D. & Beck, C. (2017). *Nursing research: Generation and assessing evidence for nursing practice*. 10ª ed. USA: Wolters Kluwer health | Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. & Beck, C. (2019). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem*. (9.ª ed). Porto Alegre, Brasil: Artmed Editora, Ltda.
- Portaria n.º 306-A/2011 de 20 de dezembro. *Diário Da República No242/2011 - 1 o Suplemento - I*, Ministério da Saúde e das Finanças
- Queirós, P. (2018). Conhecimento baseado em evidências: Uma das fontes do conhecimento em enfermagem. Excertos da comunicação no *V Congresso IberoAmericano de Enfermería*, Santiago do Chile, Maio de 2018.
- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro – Republicado como Decreto-Lei n.º 104/1998 de 21 de abril. [pdf]. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho. *Diário da República nº 135/2018, 2.ª série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro. *Diário da República nº 26, 2.ª série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Santo, I. M., Fontes, F. L., Santo, P. M., Santos, A. O., Oliveira, E. P., Velozo, S. A. ... Carvalho, L. L. (2019). Aspectos relevantes da visita pré-operatória de Enfermagem: benefícios para o paciente e para a assistência. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 25(e559), 1-6. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e559.2019>
- Sousa, I. C., Costa, R. R., Bastos, M. M., Mourão, C. M., Cavalcante, L. D. (2020). Visita Pré-Operatória de Enfermagem: Avaliação das Orientações ao Paciente Cirúrgico. In Atena Editora (Ed.), *Problemas e Oportunidades da Saúde Brasileira 4* (pp. 254-265). Retrieved from <http://educapes.capes.gov.br/handle/capes/582225>
- Sousa, L., Severina, S., Vieira, C. & Antunes, V., (2017). *Metodologia de Revisão Integrativa de Literatura em Enfermagem*. [pdf]. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/321319742_Metodologia_de_Revisao_Integrativa_da_Literatura_em_Enfermagem
- Streubert, H. & Carpenter, D. (2011). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. 2ªed. Loures: Lusociência.

Union Nationale des Associations d'Infirmiers de Bloc Operatoire Diplômés d'État.
(2001). *Práticas e Referências de Enfermagem de Bloco Operatório: Desenvolver uma Cultura da Qualidade*. Loures: Lusoditacta. ISBN: 972-8383-24-X.

Velloso, I. & Tizzoni, J. (2020). Critérios e estratégias de qualidade e rigor na pesquisa qualitativa. *Ciencia y Enfermeria (2020)*, 26-28. doi: 10.29393/CE26-22CEIS20022

ANEXO I – Parecer do Conselho de Administração da Instituição Hospitalar

Doc. 1 – Comissão de Ética


SAÚDE **Comissão de Ética para a Saúde**

Exmo. Senhor
Dr. [Redacted]
Digno Diretor Clínico do [Redacted]

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
		N.º 017/CES Proc. Nº OBS.SF.163-2021	28-01-2022

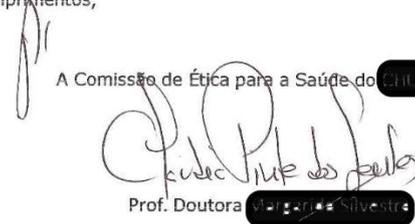
PI OBS.SF.163-2021 REENTRADA "CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM: CONSTRANGIMENTOS À SUA OPERACIONALIZAÇÃO, NA PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS DO BLOCO OPERATÓRIO.."
Entrada na UID: 06-08-2021
Entrada na CES: 23-11-2021
Visto na reunião: 15-12-2021 - Of. 491/21
Reentrada na CES: 03-01-2022 (Envio da correção/alteração solicitada pela CES)
Investigador/a/es: Paula Maria Relvas Pedro, enfermeira
Coordenador/a/es: Maria da Nazaré Ribeiro Cerejo
Co-Investigador/a/es: Adriana Raquel Neves Coelho
Promotor: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC).
Co-Orientadora: PhD Adriana Raquel Neves Coelho
Serviço de Realização: O Projeto de Investigação será executado nos seguintes Blocos Operatórios do [Redacted]

Cumprir informar Vossa Ex.ª que a CES - Comissão de Ética para a Saúde do [Redacted] Hospitalar e Universitário de Coimbra reunida em 19 de Janeiro de 2022, após reapreciação do projeto de investigação supra identificado, emitiu o seguinte parecer:

"Correções recebidas e aceites. A Comissão considera que se encontram respeitados os requisitos éticos adequados à realização do estudo, pelo que emite parecer favorável ao seu desenvolvimento no [Redacted]."

Mais informa que a CES do [Redacted] deverá ser semestralmente atualizada em relação ao desenvolvimento dos estudos favoravelmente analisados e informada da data da conclusão dos mesmos, que deverá ser acompanhada de relatório final.

Com os melhores cumprimentos,

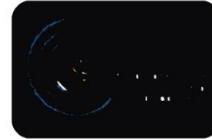

A Comissão de Ética para a Saúde do [Redacted] CHUC, E. P. E.
Prof. Doutora Mariana Silvestre
Presidente

[Redacted footer information]

Doc. 2 – Parecer do Conselho de Administração da Instituição Hospitalar



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



2.3

DELIBERAÇÃO

Aprovação de projetos de investigação

O Conselho de Administração delibera aprovar os seguintes estudos / projetos de investigação, conforme parecer emitido pela Comissão de Ética de 19 de janeiro 2022:

- PI OBS.SF.103-2021 REENTRADA "Desenvolvimento de algoritmos de inteligência artificial para diagnóstico de SARS-CoV-2"
- PI OBS.SF.105-2021 REENTRADA "CONCOEUM: Um novo modelo de intervenção de saúde pública em situações de emergência"

- PI OBS.SF.163-2021 REENTRADA "CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM: CONSTRANGIMENTOS À SUA OPERACIONALIZAÇÃO, NA PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS DO BLOCO OPERATÓRIO.."

- PI OBS.SF.157-2021 REENTRADA "Efeito do exercício físico na doença de Parkinson"
- PI OBS.SF.154-2021 REENTRADA "NOVO UM ESTUDO OPERATÓRIO CORRELACIONAL EM 74 TRABALHADORES OPERATÓRIOS PARA A SAÚDE OPERATÓRIA"
- PI OBS.SF.153-2021 REENTRADA "Intervenção de enfermagem na redução de danos em pacientes"
- PI OBS.SF.207-2021 REENTRADA "Impacto de um programa de enfermagem de reabilitação de pacientes com Exercicio Físico na percepção de Entregadores de Medicamentos"
- PI OBS.SF.217-2021 REENTRADA "Estudo de caso de um paciente com síndrome de Sjögren e diabetes"
- PI OBS.SF.225-2021 REENTRADA "HIGH RISK OF SEVERE INFECTION AND COMPLICATIONS IN CHILDREN WITH INFLUENZA A H1N1 INFECTION/ALTO RISCO DE INFECÇÃO GRAVE E COMPLICAÇÕES EM CRIANÇAS COM INFECÇÃO POR VÍRUS INFLUENZA A H1N1"
- PI OBS.SF.227-2021 REENTRADA "EVALUATING THE IMPACT OF HIGH-EFFICACY TREATMENTS ON DISEASE CONTROL IN EARLY MULTIPLE SCLEROSIS/ AVALIAÇÃO DO IMPACTO DOS TRATAMENTOS DE ALTA EFICÁCIA NO CONTROLO DA DOENÇA NA ESCLEROSE MÚLTIPLA PRECOZ PARA ALEM DO NEGA"
- PI OBS.SF.216-2021 "Impact of Severity on Outcomes of Chronic Kidney - Failure in Patients Documented for LDL Control"
- PI OBS.SF.224-2021 "DIGITAL PATHOLOGY: IMAGE ANALYSIS OF NUCLEAR MORPHOMETRIC PATTERNS IN HIGH GRADE NON-INVASIVE CERVICAL CARCINOMA - PREDICTING THE RISK OF RECURRENT"
- PI OBS.SF.223-2021 "Manuseio de pacientes com síndrome de Sjögren e diabetes na Doença de Alzheimer"

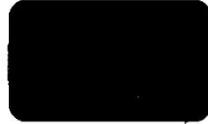
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
 Reg. N.º 712 CA
 Origem
 Data 10/02/2022
 TEL: +351

Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, EPE
 Rua da Universidade, 3000-075 Coimbra, Portugal
 Telefone: +351 234 360 000 Fax: +351 234 360 001
 www.chuc.coimbra.pt

Doc. 3 – Parecer do Conselho de Administração da Instituição Hospitalar



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



PI 00S.SF.232-2021 "Avaliação da eficácia da intervenção de educação em saúde em relação à adesão ao tratamento em doentes com diabetes tipo 2"

PI 00S.SF.233-2021 "Eficácia de intervenções sistémicas de resistência à insulina e resistência à insulina em diabéticos"

PI 00S.SF.234-2021 "Cuidados de enfermagem de suporte em doentes com diabetes tipo 2"

PI 00S.SF.235-2021 "Avaliação da eficácia da intervenção de educação em saúde em doentes com diabetes tipo 2"

PI 00S.SF.238-2021 "Impacto da avaliação e análise das admissões hospitalares em unidades de urgência"

PI 00S.SF.240-2021 "Experiências das pessoas portadoras de coagulopatias assistidas na consulta de enfermagem do Serviço de Sangue e Medicina Transfusional e de referência de coagulopatias congénitas, adquiridas do adulto e do doente"

PI 00S.SF.241-2021 "Avaliação da eficácia da intervenção de educação em saúde em doentes com diabetes tipo 2"

PI 00S.SF.244-2021 "Vivência de pais com filhos em situação de emergência num serviço de urgência"

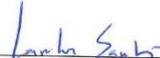
PI 00S.SF.247-2021 "Conhecimentos, práticas e barreiras na abordagem da doação num hospital pediátrico"

PI 00S.SF.11-2022 "Caracterização da prática de trabalho em equipa de emergência de urgência de emergência de Saúde em doentes em situação de emergência - Avaliação de 2018 a 2021"

PI 00S.SF.13-2022 "A importância da consulta telefónica de enfermagem para os doentes com doenças e familiares referenciados à consulta da especialidade de genética médica"

Coimbra, 10 de fevereiro de 2022.

O Conselho de Administração

O Presidente, 

Dr.  _____

O Diretor Clínico, 

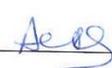
Dr.  _____

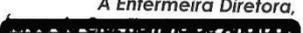
A Vogal, 

Dra.  _____

O Vogal, 

Dr.  _____

A Enfermeira Diretora, 

Enf.  _____

Conselho de Administração



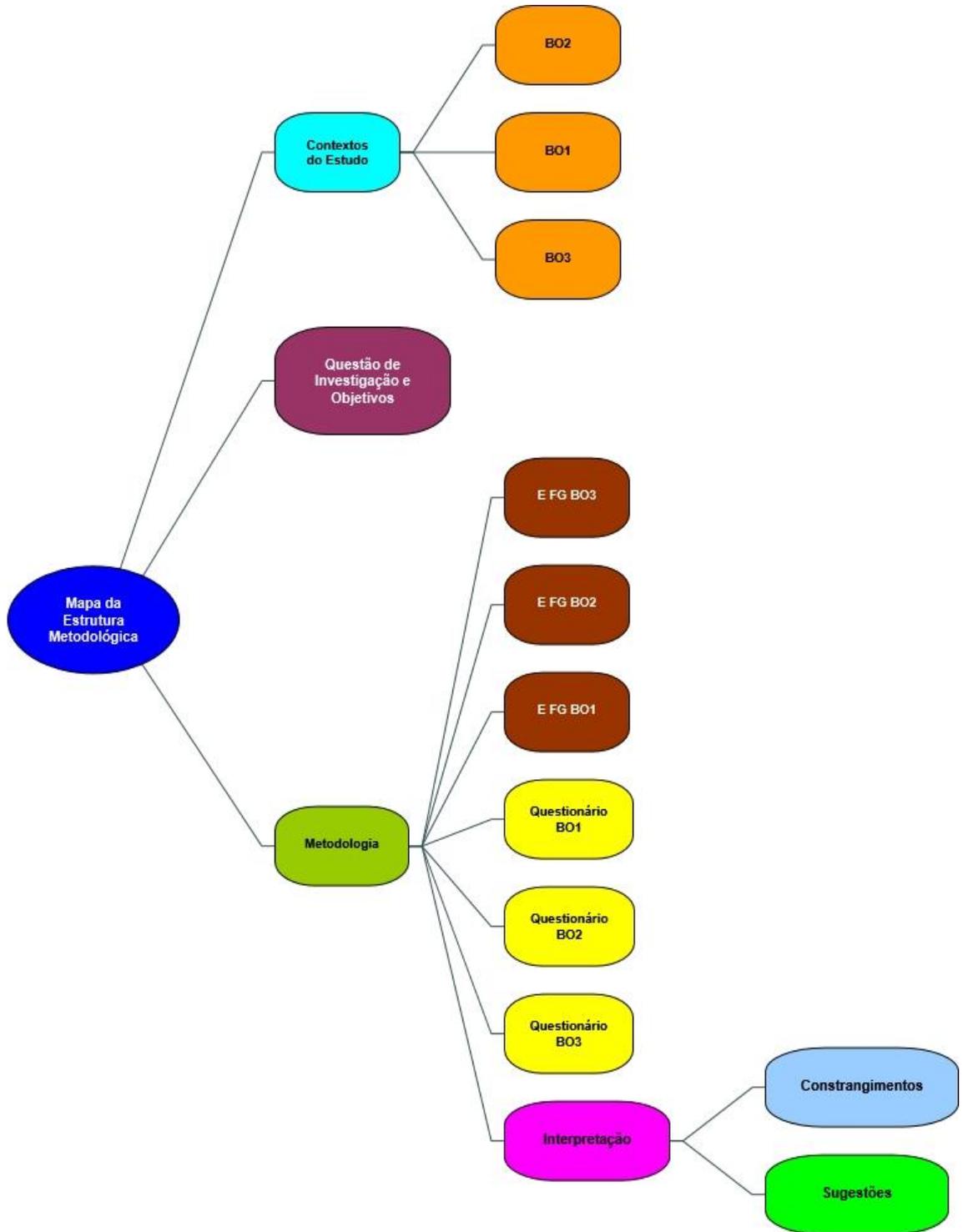
APÊNDICES

APÊNDICE I - Artigos selecionados das bases de dados científicos

Título	Autores	Artigo	Análise do artigo
E1 - <i>A Visita Pré-Operatória de Enfermagem: contributos para a sua implementação</i>	Dantas, M. (2014)	(Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Retrieved from https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=30118&code=723	<p>Estudo exploratório – descritivo de carácter qualitativo.</p> <p>Objetivos: compreender a importância da Visita Pré-Operatória de Enfermagem, quer para os enfermeiros, quer para os doentes cirúrgicos.</p> <p>Metodologia: entrevistas semiestruturadas, com recurso a dois Guiões de Entrevista dirigidos a doentes cirúrgicos e enfermeiros. Análise com técnica de análise de conteúdo segundo Bardin.</p> <p>O estudo identifica lacunas. Propõe investigações futuras nesta área.</p>
E2 - <i>Ansiedade do Doente no Pré-Operatório de Cirurgia de Ambulatório: Influência da Consulta de Enfermagem</i>	Machado, S. (2016)	(Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Retrieved from https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=44377&code=493	<p>Dissertação que visou analisar a influência da CPOE, em contexto de Cirurgia de Ambulatório.</p> <p>Estudo exploratório descritivo correlacional, com desenho quase experimental, avaliação antes e após num grupo único.</p>
E3 - <i>Implementação da Consulta de Enfermagem Pré-Operatória: Cuidar no pré, preparando o pós-operatório</i>	Pelarigo, A. (2019)	1. (Master's thesis, Instituto Politécnico de Setúbal -Escola Superior de Saúde). [pdf] Retrieved from http://comum.rc.aap.pt/bitstream/10400.26/29203/1/relatorio.pdf	<p>Relatório de Projeto / Estágio que aborda a operacionalização da CPOE; com guião de entrevista, folheto informativo, fotos e outros documentos de apoio -, constante na plataforma interna de Medicina Perioperatória, entretanto desenvolvida, para facilitação.</p>
E4 - <i>Consulta de Enfermagem Pré-Operatória e de Follow-Up em Cirurgia de Ambulatório: A Perceção dos Enfermeiros</i>	Cardante, S. (2020)	(Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Retrieved from https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/34037/1/Disserta%3%a7%c3%a3o_Sandra%20Cardante.pdf	<p>Dissertação que visou estudar a perceção dos enfermeiros sobre a dinâmica da CPOE e de <i>follow-up</i> em contexto de Cirurgia de Ambulatório. Trata-se de um estudo qualitativo, com amostra intencional; entrevista semiestruturada; análise de Conteúdo de Bardin.</p> <p>O estudo conclui que os enfermeiros identificam como dificuldades a gestão do tempo, o planeamento de cuidados e aspetos organizacionais. Consideram como fragilidades situações de ensinamentos menos completos, a não reavaliação do utente após a consulta de follow-up e a pouca informação que têm sobre os indicadores de desempenho. Manifestam vontade de melhorar a sua prática, concretizando-se na uniformização de procedimentos, na reestruturação das consultas e na formação dos enfermeiros.</p>

<p>E5 - <i>Importância da Visita Pré-Operatória de Enfermagem: A Satisfação do Cliente</i></p>	<p>Luna, A. (2014)</p>	<p>(Master's thesis, Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde). Retrieved from https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6992/1/CatarinaLuna_MEPO_120523002.pdf</p>	<p>Relatório de Estágio. Estudo com base na metodologia de Projeto. Procurou avaliar a satisfação dos clientes relativamente à CPOE; Inclui a elaboração de folheto informativo a fornecer aos clientes, e, a aplicação de questionário aos mesmos, com a análise dos dados. Também inclui a aplicação de questionário aos enfermeiros do BO (Apêndice IV), e a expressão dos resultados sob a forma de gráfico (Apêndice V).</p>
<p>E6 - <i>Influência da Informação de Enfermagem na Ansiedade Pré-Operatória</i></p>	<p>Gonçalves, M. (2016)</p>	<p>(Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Retrieved from https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=40598&code=876</p>	<p>Estudo que visa avaliar a ansiedade pré-operatória de doentes propostos para cirurgia programada e a informação que têm acerca do ato anestésico, entre outros aspetos. Estudo quantitativo, descritivo-correlacional, em 200 doentes. Foi aplicado um questionário de caracterização sociodemográfica, uma Escala de Informação e o YDATE-Y1.</p>
<p>E7 - <i>Influência da Consulta Pré-Operatória de Enfermagem nas necessidades informativas do doente.</i></p>	<p>Breda, L. (2019)</p>	<p>(Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). [pdf] Retrieved from https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=83722&code=466</p>	<p>Estudo descrito-correlacional, quase-experimental, com um de controlo e um grupo experimental; com os objetivos de avaliar, no pós-operatório, a satisfação do doente com a informação recebida e analisar a influência da CPOE na satisfação do doente.</p>
<p>E8 - <i>Ansiedade Pré-Operatória: O Reflexo no Doente Cirúrgico</i></p>	<p>Santos, T. (2019)</p>	<p>(Master's thesis, Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Leiria). Retrieved from https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/4714</p>	<p>Estudo quantitativo, descritivo-correlacional, em 42 doentes submetidos a cirurgia eletiva; instrumento de colheita de dados: questionário composto por uma escala da avaliação da ansiedade (STAI); para tratamento estatístico dos dados foi utilizado o SPSS. Visou avaliar a ansiedade vivenciada no pré-operatório pelos doentes propostos para cirurgia programada.</p>
<p>E9 - <i>Consulta de Enfermagem Pré-Operatória do Programa Enhanced Recovery After Surgery: implementação e avaliação.</i></p>	<p>Mendes, D. (2021)</p>	<p>(Doctoral dissertation, Universidade Católica Portuguesa). Retrieved from https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/32257</p>	<p>Estudo que consistiu no planeamento, implementação da CPOE e sua avaliação, sustentado pelo programa de cuidados perioperatórios ERASã. Estudo descritivo, longitudinal de natureza quantitativa. Instrumento de recolha de dados: um questionário e uma plataforma de auditoria de resultados clínicos; duas amostras não probabilísticas; com grupo de controlo; tratamento de dados estatísticos através do SPSS</p>

APÊNDICE II – Mapa da Estrutura Metodológica



Mapa da Estrutura Metodológica. Fonte: *NVivo*

APÊNDICE III – Guião de Entrevista aos Enfermeiros

TEMA: Consulta Pré-Operatória de Enfermagem: Constrangimentos à sua Operacionalização, na perceção dos Enfermeiros do Bloco Operatório.

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO:

Quais os constrangimentos à operacionalização da CPOE na perceção dos enfermeiros do Bloco Operatório?

OBJETIVOS:

Geral - Identificar os constrangimentos à operacionalização da CPOE, por via da perceção dos enfermeiros do Bloco Operatório.

E1 – Identificar as sugestões dos enfermeiros que visem superar os constrangimentos à realização da CPOE;

E2 – Analisar as estratégias apontadas pelos enfermeiros que permitam priorizar a CPOE.

PARTICIPANTES:

Enfermeiros a exercerem funções no BO – Entrevista Grupo Focal **A**, **B** ou **C** (assinalar com círculo).

Guião de Entrevista aos Enfermeiros

INTRODUÇÃO - ACOLHIMENTO	
OBJETIVO: - Informar o participante do estudo	A fase pré-entrevista deverá incluir os seguintes itens: <ul style="list-style-type: none">➤ Cumprimentar os colegas; Identificação da Investigadora;➤ Informar sobre o trabalho que se está a desenvolver: tema e objetivos;➤ Solicitar colaboração e agradecer pela atenção dispensada;➤ Justificar a necessidade de uma entrevista semiestruturada com a duração prevista de cerca de 15 a 30 min;➤ Solicitar autorização para gravação áudio da entrevista;➤ Garantir a confidencialidade e o anonimato dos dados fornecidos;➤ Clarificar a possibilidade de se interromper a entrevista a qualquer momento, por interesses pessoais,

	<p>não surtindo nenhuma consequência, pela interrupção da sessão, ou, recusa expressa em participar;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Informar que poderão ter acesso ao estudo, se eventualmente assim o desejarem; ➤ Informar que os dados pessoais recolhidos serão tratados única e exclusivamente para o fim a que se destinam, sendo destruídos após o seu tratamento; ➤ Questionar e esclarecer eventuais dúvidas; ➤ Fornecer documento de Consentimento Informado Livre e Esclarecido, em duplicado, para a concretização do estudo; solicitar a sua leitura e assinatura; ➤ Sinalizar que nele constam os contactos da Investigadora para esclarecer dúvidas adicionais que venham a emergir; ➤ Agradecer cordialmente, mais uma vez, a colaboração prestada, e, dar início à entrevista propriamente dita, ou então, validar as circunstâncias de novo encontro para a sua concretização.
--	---

DESENVOLVIMENTO

I PARTE – CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO

<p>OBJETIVO: - Caracterizar o participante do estudo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fornecer o Questionário aos Enfermeiros (Apêndice III) constituintes dos grupos focais.
---	---

II Parte – Realizar a entrevista *focus group* considerando as Questões Orientadoras

TEMÁTICAS	QUESTÕES ORIENTADORAS
Caracterização	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Como caracterizam a CPOE considerando o vosso conhecimento e/ou experiência na sua realização?
Importância	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Que significado/ importância atribuem à CPOE?
Vantagens/Desvantagens	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Que vantagem/desvantagem(s) apontam quer para vós, como enfermeiros, quer para a PSP, na realização da CPOE?
Diferenças estruturais	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Considerando a vossa experiência verificaram diferenças entre os doentes cirúrgicos que receberam a

	CPOE e os que não receberam? Em caso afirmativo, quais?
Constrangimentos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Que constrangimentos identificam na operacionalização da CPOE? Quais os motivos que pensam estar subjacentes a esses constrangimentos?
Condições necessárias	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Que condições consideram necessárias para a operacionalização da CPOE? ➤ Na vossa opinião seria útil existir formação para parametrização da consulta da CPOE? Em caso afirmativo que aspetos sugerem trabalhar nessa formação?
Sugestões	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Que sugestões apontam para contornar os constrangimentos da CPOE?
CONCLUSÃO – ENCERRAMENTO DA ENTREVISTA	
<p>OBJETIVO: - Finalizar a entrevista</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar resumo que facilite identificação (por escrito) de palavras, expressões ou frases que possam orientar para a categorização e posterior codificação. ➤ Validar a informação pertinente colhida. ➤ Questionar sobre a existência de algum aspeto que eventualmente gostariam de acrescentar. ➤ Averiguar a possibilidade de novo encontro para validação da interpretação dos dados, feita pela investigadora. ➤ Agradecer a disponibilidade e colaboração, com cordialidade. ➤ Encerrar a entrevista com a despedida.

APÊNDICE IV – Instrumento de Colheita de Dados - Questionário Google Forms

10/04/22, 15:58

Questionário CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM: CONSTRANGIMENTOS À SUA OPERACIONALIZAÇÃO ...

Questionário CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM: CONSTRANGIMENTOS À SUA OPERACIONALIZAÇÃO NA PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS DO BLOCO OPERATÓRIO

Eu, Paula Maria Relvas Pedro, com o título de enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica atribuído pela OE (membro N.º 6174), a frequentar o XI Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, encontro-me a realizar um trabalho de investigação qualitativa sobre os constrangimentos à operacionalização da Consulta Pré-Operatória de Enfermagem, na perceção dos enfermeiros do Bloco Operatório, para o qual peço a sua colaboração através do preenchimento deste questionário.

Este estudo obedece às diretivas legais da proteção de dados e às normas ético-legais institucionais onde é implementado. Nesse sentido, este questionário é um complemento da Carta ao Enfermeiro Participante, do documento de Consentimento Livre, Informado e Esclarecido que lhe foram entregues, e da entrevista semiestruturada focus group em que o(a) colega é participante.

Este questionário é constituído por três partes e demora sensivelmente 5 minutos a ser preenchido. A primeira, é uma parte introdutória; a segunda parte é um questionário de caracterização sociodemográfica/profissional; a terceira e última parte contém duas perguntas de resposta aberta onde poderá expressar de forma resumida a sua opinião e as suas sugestões relativamente à temática em análise.

A sua colaboração é essencial, mas voluntária. Este questionário é absolutamente anónimo e confidencial. Não existem respostas corretas ou incorretas, por isso deverá responder de acordo com a sua perceção. Solicito que responda de forma atenta e sincera.

Agradeço a sua colaboração.

*Obrigatório

Consulta Pré-Operatória de Enfermagem (CPOE)



Caracterização sociodemográfica/profissional

1. Data *

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

2. Qual é o seu sexo?

Marcar apenas uma oval.

Masculino

Feminino

3. Qual é a sua idade? *

Marcar apenas uma oval.

- Entre 20 e 29 anos
- Entre 30 e 39 anos
- Entre 40 e 49 anos
- > 50 anos

4. Qual o seu tempo de serviço? *

Marcar apenas uma oval.

- 2 - 5 anos
- 6 - 15 anos
- 16 - 25 anos
- 26 - 35 anos
- > 36 anos

5. Qual o seu tempo de serviço no atual Bloco Operatório? *

Marcar apenas uma oval.

- 2 - 5 anos
- 6 - 15 anos
- 16 - 25 anos
- 26 - 35 anos
- > 36 anos

6. Qual o regime de Horário que pratica? *

Marcar apenas uma oval.

- Horário fixo (Manhã)
- Horário Fixo + Prolongamento (Manhã e/ou Tarde)
- Turnos
- Outro

7. Quais os Blocos Operatórios em que cuidou da pessoa em situação perioperatória (PSP) e durante quanto tempo? *

8. Qual a sua Formação Académica? *

Marcar apenas uma oval.

- Bacharel
- Licenciado
- Especialista
- Mestre
- Outra

**Questões de resposta
aberta**

Por favor, exponha claramente a sua perceção, sentimentos e sugestões.

9. **Questão 1 - Em relação à realização da CPOE, no BO onde desempenha funções, quais os constrangimentos que sente na sua implementação?**

10. **Questão 2 - Que condições/sugestões considera importantes para a implementação da CPOE no BO onde desempenha funções?**

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

APÊNDICE V – Carta de informação ao enfermeiro participante



CARTA DE INFORMAÇÃO AO ENFERMEIRO PARTICIPANTE

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Considerando o facto de em alguns de blocos operatórios a CPOE (Consulta Pré-Operatória de Enfermagem) não ser realizada, torna-se importante realizar investigação sobre a matéria, com vista a identificar as causas da não realização desta prática de enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (PSP). Para o reconhecimento da profissão de enfermagem é imprescindível a opinião dos enfermeiros de perioperatório, particularmente do Bloco Operatório (BO), como meio de avaliação do seu trabalho e da sua conduta profissional. Assim, a questão de investigação elaborada para este estudo é: quais os constrangimentos à operacionalização da CPOE na perceção dos enfermeiros do Bloco Operatório? Como objetivos definiram-se: conhecer os constrangimentos à operacionalização da CPOE, por via da perceção dos enfermeiros do BO; identificar as suas sugestões que visem superar os constrangimentos à realização da CPOE; analisar estratégias apontadas pelos enfermeiros que permitam priorizar a CPOE. Trata-se de um estudo exploratório descritivo de natureza qualitativa, assente no paradigma construtivista, com método de análise de conteúdo. A amostra será intencional, constituída por três grupos de participantes enfermeiros de três blocos operatórios de um hospital central da zona centro. Os dados serão obtidos mediante entrevista semiestruturada *focus group*, tendo por base um guião de entrevista e um questionário com duas questões abertas. O software NVivo será utilizado na transcrição das entrevistas e na análise de conteúdo.

Todos os requisitos ético-legais serão tidos em consideração.

Espera-se obter resultados que estimulem priorizar a CPOE, tendo por base as estratégias propostas pelos enfermeiros dos BOs inquiridos, conseguindo melhorar a qualidade dos cuidados à PSP.

Muito obrigada pela sua colaboração.

Assinado por: **Paula Maria Relvas Pedro**
Num. de Identificação: **027360807**
Data: 2022.01.22 14:49:58+00'00'



APÊNDICE VI – Formulário de Consentimento Livre, Esclarecido e Informado



Consentimento Livre e Informado

Consulta Pré-Operatória de Enfermagem: Constrangimentos à sua Operacionalização, na percepção dos Enfermeiros do Bloco Operatório

Investigadora: Paula Maria Relvas Pedro

Orientadora: Mestre Maria da Nazaré Ribeiro Cerejo

Coorientadora: PhD Adriana Raquel Neves Coelho

Antes da sua decisão em participar neste estudo de livre e espontânea vontade deverá ler com atenção e compreender toda a informação do presente Consentimento Livre e Informado. Questionar tudo o que não tiver compreendido. Estarei disponível para esclarecer todas as dúvidas, antes, durante e após o estudo. No final, caso pretenda participar, agradeço que assine o documento, após o que, entregar-lhe-ei uma cópia do mesmo.

Este estudo intitulado: "Consulta Pré-Operatória de Enfermagem: Constrangimentos à sua Operacionalização, na percepção dos Enfermeiros do Bloco Operatório", tem o seu enquadramento na dissertação de Mestrado do XI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, sob orientação da Prof.^a Mestre Maria da Nazaré Ribeiro Cerejo e coorientação da Prof.^a PhD Adriana Neves Coelho. Será realizado pela minha pessoa: Paula Maria Relvas Pedro, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a exercer funções no CHUC-EPE. A data prevista do seu *terminus* será em julho de 2022.

Venho solicitar a sua colaboração para participar no referido estudo com os seguintes objetivos: conhecer os constrangimentos à operacionalização da CPOE, por via da percepção dos enfermeiros do BO; identificar as suas sugestões que visem superar os constrangimentos à realização da CPOE, e, analisar estratégias apontadas pelos enfermeiros que permitam priorizar a CPOE. Para tal, passarei a esclarecer alguns aspetos que facilitarão o seu entendimento do que é pretendido.

PROCEDIMENTO: No que diz respeito à metodologia do estudo, pretendo realizar uma entrevista *focus group* com recurso a um guião. A entrevista será áudio-gravada para maior facilidade na análise dos dados. Terá a duração aproximada de 30 a 45 min. Será incentivado(a) a responder abertamente às questões colocadas. No final, responderá a um pequeno questionário que demorará cerca de 5 min a preencher. A informação obtida será única e



exclusivamente utilizada para fins científicos. Eventualmente poderei ter que contactá-lo(a) novamente, mas apenas para validar alguns dados menos claros. Os resultados do estudo poderão vir a ser divulgados às comunidades científicas; também poderão ser solicitados diretamente à investigadora em prol da evidência científica.

CONFIDENCIALIDADE E ANONIMATO: Tendo por base as exigências deste tipo de estudo, comprometo-me a salvaguardar a integridade dos enfermeiros envolvidos no mesmo e a garantir a absoluta confidencialidade e anonimato dos dados obtidos. A sua participação é integralmente voluntária, pelo que se aceitar participar neste estudo, e por qualquer motivo decidir interromper, poderá fazê-lo sem que daí advenha qualquer penalização.

Se considerar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Adicionalmente, poderá contactar-me via telefone: [redacted] ou através do e-mail: [redacted].com

Obrigada pela sua colaboração.

Declaro ter lido e compreendido este documento bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que abaixo assina. Nestas circunstâncias, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome do participante _____

Assinatura _____ Data ____ / ____ / ____

Confirmo que expliquei ao participante acima mencionado a natureza e os objetivos do estudo acima mencionado.

Assinatura da Investigadora _____

(Paula Maria Relvas Pedro)

Data ____ / ____ / ____



Assinado por: Paula Maria
Relvas Pedro
Identificação: [redacted]
Data: 2021-12-26 às 21:17:43

APÊNDICE VII – Tabela de codificação

Tabela de codificação com as Categorias e subcategorias emergentes da codificação das entrevistas e das respostas às questões abertas dos questionários

CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM - CODIFICAÇÃO			
CATEGORIA	SUBCATEGORIA		
1 - Caracterização da CPOE			
	Beneficiários		
	Importância atribuída		
	Competência		
2 - Constrangimentos			
	Metodologia		
	Tempo		
	Ausência do Serviço		
	Alocação de leito		
	Privacidade		
	Reconhecimento		
	Espaço físico		
	Atividades intra-operatórias		
	Residência		
	Recursos Humanos		
	3 - Sugestões		
		Recursos Humanos	
Espaço físico			
Tempo / Articulação interdisciplinar			
	Criar visibilidade		

