



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

Relatório Final de Estágio

**Utilização da música na gestão da ansiedade perioperatória: perceção de
enfermeiros de cirurgia de ambulatório**

Sara Adriana da Silva Bernardino

Coimbra, janeiro de 2024



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

Relatório Final de Estágio

Utilização da música na gestão da ansiedade perioperatória: percepção de enfermeiros de cirurgia de ambulatório

Sara Adriana da Silva Bernardino

Orientador: Professor Doutor Rui Filipe Lopes Gonçalves, Professor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Coorientadora: Mestre Diana Marina Pinheiro de Sá Gaspar, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Relatório Final de Estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Coimbra, janeiro de 2024

“É proibida a entrada a quem não andar espantado de existir.”

- José Gomes Ferreira

AGRADECIMENTOS

Gratidão, é o sentimento que fica no final de todo este processo.

Aos docentes da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra pelos ensinamentos, disponibilidade e incentivo pedagógico, em especial ao Professor Orientador, Professor Doutor Rui Gonçalves, por todo o acompanhamento e compreensão.

À Diana, que mais que coorientadora e tutora foi uma amiga. O *boost* de energia que tive a sorte de ter no meu caminho.

A todas as equipas multiprofissionais que me receberam nos locais de estágio, pelos momentos de partilha de vivências e conhecimentos, principalmente à Unidade de Cirurgia de Ambulatório do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra.

Aos meus colegas de mestrado, em especial à Adriana, à Catarina e ao João, pela paciência, ajuda, dedicação, e humor nos tempos difíceis, que nos fizeram chegar à praia.

Aos amigos, principalmente à que chegou sem querer e se viu obrigada a ficar.

À minha irmã, mãe, pai e restante família, por todo o esforço e apoio que foi dado ao longo do percurso, por me terem incentivado sempre a continuar.

A ti, Pedro, por teres sido mais que um porto seguro e um farol, por nunca me deixares à deriva, por me fazeres sempre manter à tona, e ver nas dificuldades momentos felizes.

Gratidão!

ABREVIATURAS E SIGLAS

AORN - *Association of periOperative Registered Nurses*

BIS – Índice Bispectral

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

DGS – Direção-Geral de Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ESEnfC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

IACS – Infecções associadas aos Cuidados de Saúde

ILC – Infecção do Local Cirúrgico

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

UCA – Unidade de Cirurgia de Ambulatório

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

RESUMO

O presente Relatório de Estágio é constituído por duas componentes: uma referente ao estágio de natureza profissional e outra, de natureza investigativa, subordinada ao tema da perceção de enfermeiros de cirurgia de ambulatório sobre a utilização da música na gestão da ansiedade perioperatória. A seleção deste tema prendeu-se com a necessidade de se identificarem estratégias inovadoras para garantir intervenções diferenciadas dos enfermeiros, direcionadas ao bem-estar físico e psicológico da pessoa alvo dos cuidados, na medida em que muitas das pessoas que são submetidas a procedimentos cirúrgicos, e que necessitam de hospitalização, experienciam elevados níveis de ansiedade no percurso perioperatório.

Assim, a utilização de música tem sido identificada na literatura como uma das opções que proporcionam distração e redução da ansiedade em diversos contextos de prestação de cuidados, incluindo no período perioperatório.

O estágio de natureza profissional decorreu no serviço de Cirurgia de Ambulatório do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, onde foram adquiridas e desenvolvidas competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, e que aqui temos oportunidade de relatar.

Na componente de investigação foi desenvolvido um estudo descritivo de natureza interpretativa, com recurso a entrevistas individuais a enfermeiros com experiência profissional em contexto de cirurgia de ambulatório, e que teve como objetivo identificar a perceção de enfermeiros de cirurgia de ambulatório sobre a aplicabilidade e aspetos que poderão influenciar uma intervenção com música na gestão da ansiedade da pessoa em situação perioperatória.

Os resultados permitiram destacar três categorias no que respeita à perceção dos enfermeiros relativamente à utilização de uma intervenção musical: i) a experiência a realizar intervenção com música; ii) a viabilidade da utilização de música em regime de cirurgia de ambulatório; e iii) os principais efeitos de uma intervenção musical.

Deste modo, foi subsidiado o conhecimento sobre a aplicabilidade de uma intervenção não farmacológica, sustentada em música, nos processos de gestão da ansiedade perioperatória de pessoas submetidas a cirurgia de ambulatório, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Palavras-chave: Competências, Enfermagem, Intervenção Musical, Ansiedade, Perioperatório.

ABSTRACT

This Report consists of two components: one referring to the internship of a professional nature and the other, of an investigative nature, on the theme of the perception of outpatient surgery nurses about the use of music in the management of perioperative anxiety. The selection of this theme was related to the need to identify innovative strategies to ensure differentiated interventions by nurses, aimed at the physical and psychological well-being of the person being cared, knowing that many people who undergo surgical procedures and who require hospitalization experience high levels of anxiety in the perioperative period.

The use of music has been identified in the literature as one of the options that provide distraction and reduction of anxiety in various contexts of care delivery, including in the perioperative period.

The professional internship took place at the Ambulatory Surgery service of the Coimbra Hospital and University Centre, where common skills of the specialist nurse and specific skills of the specialist nurse in medical-surgical nursing were acquired and developed, and reported here.

In the research component, a descriptive study of an interpretative nature was developed, using individual interviews with nurses with professional experience in the context of outpatient surgery, which aimed to identify the perception of outpatient surgery nurses about the applicability and aspects that may influence an intervention with music in the management of anxiety in the perioperative situation.

The results allowed us to highlight three categories regarding the perception of nurses regarding the use of a musical intervention: i) the experience of performing intervention with music; ii) the feasibility of using music in outpatient surgery; and iii) the main effects of a musical intervention.

In this way, knowledge about the applicability of a non-pharmacological intervention, supported by music, in the management processes of perioperative anxiety of people undergoing outpatient surgery was created, contributing to the improvement of the quality of nursing care.

Keywords: Competencies, Nursing, Musical Intervention, Anxiety, Perioperative.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos Participantes.....50

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	21
1. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DO PROCESSO DE APRENDIZAGEM - AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	21
1.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO	22
1.2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	25
1.2.1. Responsabilidade profissional, ética e legal	25
1.2.2. Melhoria contínua da qualidade	27
1.2.3. Gestão dos cuidados	30
1.2.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	31
1.3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	33
1.3.1. Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica	34
1.3.2. Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica	37
1.3.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica	41
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	45
2. UTILIZAÇÃO DA MÚSICA NA GESTÃO DA ANSIEDADE PERIOPERATÓRIA: PERCEÇÃO DE ENFERMEIROS DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO	45
2.1. SÍNTESE DE EVIDÊNCIA	46
2.2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	48
2.2.1. Objetivo e questão de investigação	49
2.2.2. Tipo de estudo	49

2.2.3. Participantes	49
2.2.4. Procedimentos formais e éticos	51
2.2.5. Instrumento de recolha de dados	51
2.2.6. Procedimento de recolha de dados	52
2.2.7. Análise de dados	53
2.3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO	56
2.3.1. Experiência (do participante) a realizar intervenção com música	56
2.3.2. Viabilidade da utilização de música em regime de cirurgia de ambulatório	58
2.3.3. Principais efeitos de uma intervenção musical	70
CONCLUSÃO	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83

ANEXOS

ANEXO I – CERTIFICADO DE FORMAÇÃO: GESTÃO DA DOR PARA ENFERMEIROS

ANEXO II – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO: I JORNADAS DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA DO IPO PORTO - HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS EM ONCOLOGIA

ANEXO III - PEDIDO DE APRECIÇÃO PRÉVIA À COMISSÃO DE ÉTICA DA ESENF

ANEXO IV – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ESENF

APÊNDICES

APÊNDICE I – POSTER JOURNAL CLUB “*EFFICACY OF PREOPERATIVE MUSIC INTERVENTION ON PAIN AND ANXIETY IN PATIENTS UNDERGOING CATARACT SURGERY*”.

APÊNDICE II – POSTER “RECOMENDAÇÕES DE ABORDAGEM À FERIDA CIRÚRGICA”

APÊNDICE III - DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

APÊNDICE IV - GUIÃO DA ENTREVISTA COM QUESTIONÁRIO SOCIO-DEMOGRÁFICO

INTRODUÇÃO

O presente relatório é elaborado decorrente da Unidade Curricular Estágio com Relatório Final, inserida no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com a finalidade de obter o grau de mestre, de acordo com os termos presentes no Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de março.

O enfermeiro especialista é um profissional de saúde dotado de capacidade para desenvolver e desempenhar competências específicas, que permitam uma aprendizagem contínua e uma prestação de cuidados diferenciada. A formação especializada é cada vez mais importante, daí ser tão pertinente a realização de estágios de natureza profissional em contextos diferenciados, para a aquisição de novas competências associadas à prestação de cuidados especializados, fomentando o pensamento crítico e o processo de aprendizagem que ocorre diariamente.

Os diversos estágios realizados em contexto de Urgência Médico-Cirúrgica, Cuidados Intensivos e Cirurgia de Ambulatório, contribuíram para facultar uma nova visão dos cuidados diferenciados de enfermagem, nas diversas vertentes da área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, pelas suas distintas complexidades e necessidades específicas de cuidados. No entanto, na medida em que já nos foi atribuído o título de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, para a realização deste relatório, quer para a componente prática quer para a componente de investigação, optou-se por centrar o foco no estágio decorrido na Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA).

Este local de estágio surgiu no sentido de dar resposta a uma área de interesse pessoal, a área de enfermagem perioperatória, tendo sido a cirurgia de ambulatório encarada como um agradável desafio, e só desta forma seria possível aprofundar e conhecer as diversas vertentes do perioperatório, permitindo a aquisição e desenvolvimento de diversas competências que esperamos vir a implementar futuramente nesta área.

Para espelhar adequadamente o desenvolvimento que ocorreu na prática clínica, este relatório foi elaborado de modo a dar resposta aos seguintes objetivos: i) analisar de forma crítica o estágio realizado, tendo por base as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista; ii) identificar a perceção dos enfermeiros de cirurgia de

ambulatório sobre a aplicabilidade e aspetos que poderão influenciar uma intervenção com música na gestão da ansiedade da pessoa em situação perioperatória.

De forma a dar resposta a objetivos tão distintos, o relatório está dividido em duas partes, terminando com uma conclusão: Parte I – Componente de Estágio de natureza profissional; e Parte II – Componente de Investigação.

A Componente de Estágio de natureza profissional irá basear-se no Regulamento n.º 140/2019, de 06 de fevereiro - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho – Regulamento do Perfil de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, analisando e refletindo relativamente às competências adquiridas ao longo do estágio.

A Componente de Investigação dará resposta ao segundo objetivo, tendo como ponto de partida a necessidade de individualização dos cuidados de enfermagem e a utilização de estratégias não farmacológicas, como a música, para redução da ansiedade perioperatória.

A música estimula os centros involuntários do sistema nervoso central, que transmitem o estímulo ao cérebro, onde este influencia a área do pensamento emocional e abstrato, que possui a capacidade de desencadear uma resposta fisiológica benéfica para a pessoa (Ertuğ, Ulusoylu, Bal, & Özgür, 2017), no sentido em que modula o sistema límbico para que este proporcione relaxamento, alívio da dor e redução do stress (Uğraş et al., 2018).

As cirurgias realizadas em regime ambulatório implicam um menor tempo de permanência hospitalar, o que provoca nas pessoas receio e ansiedade, ao longo do período perioperatório. O enfermeiro de perioperatório, pelo tempo limitado de que dispõe junto da pessoa alvo dos cuidados, pode atenuar estes processos de transição vividos pela mesma, utilizando estratégias orientadas e criativas para proporcionar o máximo bem-estar e melhorar a experiência cirúrgica.

Torna-se pertinente compreender a sensibilidade dos enfermeiros à aplicabilidade de uma intervenção com música para gerir a ansiedade da pessoa em situação perioperatória, de modo a que se possam personalizar os cuidados de enfermagem, facilitando este processo de transição; e identificar aspetos que poderão influenciar esta mesma intervenção, de forma a que possa ser melhorada a prática clínica, desenvolvendo procedimentos que se possam traduzir em indicadores de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

Este relatório será elaborado de acordo com as orientações presentes nas Normas de

Elaboração e Apresentação da Dissertação/Trabalho de Projeto/Relatório Final de Estágio da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC) (2018), e através de pesquisa em bases de dados como *CINAHL*, *MedLine*, *SciELO*, e em motor de busca para pesquisa de literatura “cinzenta” (*Google Scholar*, *B-On*).

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O desenvolvimento de competências dos enfermeiros percorre várias etapas, indo de iniciado a perito. Para que ocorra este desenvolvimento de competências, é crucial que o processo de aprendizagem seja eficaz para que a sua evolução possa ser notória (Benner, 2001).

Deste modo, a realização de um estágio de natureza profissional contribui para dinamizar momentos de aprendizagem e conseqüentemente, permitir a aquisição de competências pessoais e profissionais, ao interagir com novos contextos nas unidades de saúde.

1. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DO PROCESSO DE APRENDIZAGEM – AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Durante o percurso acadêmico, desenvolvido na área de enfermagem médico-cirúrgica, foi possível ter diversas experiências em diferentes famílias de contextos, nomeadamente no contexto de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, em serviço de urgência e em serviço de cuidados intensivos polivalente, e no contexto de prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória, numa UCA.

Todos os percursos de aprendizagem em contexto clínico foram enriquecedores, e à medida que decorriam permitiram o desenvolvimento de competências profissionais, pessoais e éticas. No decorrer do último estágio, na UCA, onde já era detentora do título profissional de enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica (EEEMC), foi possível compreender que as experiências prévias, com todas as suas influências, permitiram o nosso crescimento profissional e pessoal.

Por considerar que o último estágio foi aquele em que conseguimos desenvolver o máximo das nossas potencialidades, competências e inclusive, gosto pela área, iremos focar-nos essencialmente no percurso de aprendizagem que decorreu na UCA, certos de que todos os outros contribuíram para atingir o patamar no qual hoje nos inserimos. Para facilitar o processo de reflexão ao longo do processo de aprendizagem, seguiu-se a metodologia de reflexão de Donald Schön, uma vez que se realizou uma reflexão na ação, que se caracteriza por ser um tipo de reflexão que possibilita a ampliação de

conhecimentos e aperfeiçoamento da prática clínica, através da reflexão sobre a ação decorrida num período de tempo (Assad, Valente, Santos, & Cortez, 2021; Schön, 2017).

Para a reflexão que é necessária para a elaboração deste relatório, optou-se por manter a metodologia proposta por Donald Schön, no entanto numa perspetiva de “reflexão sobre a reflexão na ação”, que consiste num processo de reflexão que é realizado posteriormente, onde a ação é revivida, revista e analisada, de forma a compreender como é que determinada ação contribuiu para um determinado resultado, o que se traduz em aprender com a experiência e melhorar através dela para o futuro (Schön, 2017).

Espera-se que este relatório espelhe a reflexão que já foi realizada no contexto da prática clínica, com a enfermeira tutora e o professor orientador.

1.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO

A escolha do local de estágio esteve relacionada com o interesse e gosto pela área de enfermagem perioperatória, tendo sido a cirurgia de ambulatório encarada como um agradável desafio, por englobar todos os períodos do perioperatório. Assim, este estágio foi desenvolvido na Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC), situada no Hospital Geral.

A UCA é uma unidade autónoma a funcionar desde junho de 2012, que prima pela qualidade dos cuidados e pela segurança dos doentes. O número da produção cirúrgica tem vindo a aumentar consideravelmente ao longo dos anos de funcionamento. A unidade hospitalar CHUC (2022), apresentou o seu Relatório e Contas onde é notório o aumento da produção cirúrgica programada em cirurgia de ambulatório, correspondendo a um acréscimo de 11,3% comparativamente a 2021, que representa cerca de 4397 pessoas operadas em regime de ambulatório.

É uma unidade que desenvolveu o seu percurso de melhoria contínua da qualidade, candidatando-se para ser acreditada pela *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA) Internacional, pelo que desenvolveu e implementou padrões elevados de exigência quer a nível assistencial, quer a nível organizacional, obrigando assim à existência de padrões e protocolos bem definidos, relativamente a todo o percurso do doente na unidade, que passam pela: consulta pré-operatória de enfermagem, efetuada telefonicamente (realizada num 1º momento que pode ocorrer algumas semanas antes da

cirurgia e, num 2º momento realizada na véspera da cirurgia), admissão no secretariado, acolhimento pela equipa de enfermagem, período intraoperatório, Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) (fase 1, 2 e 3), e alta clínica para o domicílio. A UCA possui ainda uma unidade de pernoita (para doentes que necessitem de um recobro prolongado e que previsivelmente seja inferior às 24h). O seu horário de funcionamento é contínuo, desde as 8:00 horas de segunda-feira até às 21:00 horas de sexta-feira. A unidade concluiu o processo de acreditação em setembro de 2016.

A UCA localiza-se contiguamente ao Bloco Operatório Central e apresenta a seguinte unidade estrutural: acessibilidade via automóvel próximo à entrada e saída de doentes da unidade; secretariado; gabinete de enfermagem e gabinete médico para consulta pré e pós-operatória; zona de espera para pessoas e suas famílias; instalações sanitárias (para doentes e profissionais); sala de reuniões; gabinetes; copas (para apoio aos doentes e para os profissionais); zona open-space para a preparação da pessoa a ser operada; sala de indução anestésica; bloco operatório próprio com duas salas operatórias; zona de desinfecção; UCPA (fase 1, 2 e 3) com capacidade para 8 camas e 4 cadeirões, contígua às salas operatórias; unidade de pernoita com capacidade para 8 camas e 6 cadeirões; zona de limpos; zona de sujus; áreas de armazenamento; áreas de transferência de materiais.

A equipa multidisciplinar da UCA é constituída por elementos que fazem parte do quadro próprio da unidade, como enfermeiros, assistentes técnicos e assistentes operacionais. A equipa médica não é afeta à unidade e como tal, a atividade assistencial é assegurada por serviços utilizadores da UCA, como o serviço de anestesiologia e outras especialidades cirúrgicas.

O Regulamento da Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem – Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro, no que concerne a cirurgia de ambulatório, refere que:

- a equipa da sala operatória deve ser constituída por 3 enfermeiros – Enfermeiro Circulante, Instrumentista e de Anestesia, preferencialmente com a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, e na sua impossibilidade, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica;
- o recobro anestésico imediato deve corresponder a 1 enfermeiro por cada 3 camas;
- o recobro tardio deve corresponder 1 enfermeiro por cada 6 camas;

- em pequenas cirurgias e consulta de enfermagem, deve corresponder 1 enfermeiro por sala;
- 1 enfermeiro especialista, com competências reconhecidas na área do controle de infecção, até 100 camas.

Durante a permanência na UCA sempre se verificou o cumprimento das dotações seguras de enfermagem, quer na UCPA e também ao nível da prevenção e controlo de infeção (uma EEEMC), preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros, exceto na unidade de pernoita, durante o período noturno, onde está apenas um enfermeiro afeto a oito camas, não cumprindo as dotações seguras e comprometendo a segurança do doente e da própria equipa profissional. Na sala operatória, o perfil dos enfermeiros de perioperatório não é na sua maioria EEEMC.

Atualmente a UCA dá resposta a onze especialidades cirúrgicas: cirurgia geral, cirurgia vascular, cirurgia plástica, cirurgia maxilofacial, ginecologia, neurocirurgia, estomatologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, ortopedia e urologia. Em todas as cirurgias, é preenchida informaticamente a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica pelo enfermeiro circulante, de modo a garantir a segurança cirúrgica e a melhorar a comunicação entre a equipa, no que respeita aos seguintes fatores: identificação inequívoca do doente bem como do local cirúrgico; estratégias para evitar danos decorrentes da administração de anestésicos, evitando a dor no doente; identificação de sinais ou sintomas de risco de vida e/ou falência respiratória; identificação de perdas hemáticas previstas; identificação de alergias e/ou reações adversas a medicamentos, diminuindo o risco para o doente; minimização de risco de infeção do local cirúrgico (ILC); evitar a retenção inadvertida de instrumentos ou compressas em feridas cirúrgicas; acondicionamento adequado bem como rotulação precisa de produtos biológicos para serem encaminhados a anatomia patológica; comunicação eficaz no que concerne a informação crítica que contribua para o aumento da segurança do procedimento cirúrgico; realização de vigilância epidemiológica que permita monitorizar a capacidade cirúrgica e os seus resultados (World Health Organization, 2009).

A evidência da importância do papel do enfermeiro e do processo de enfermagem, bem como dos registos de cuidados de enfermagem são realizados em papel, tendo por base a avaliação da pessoa (entrevista, consulta pré-operatória de enfermagem, observação, exame físico, avaliação de parâmetros vitais e vigilância hemodinâmica) e consequentemente os diagnósticos e intervenções de enfermagem. Aquando da alta, a

carta de enfermagem é também realizada em formato de papel, com as principais recomendações pós-operatórias no que concerne a continuação de cuidados no domicílio e/ou unidade de saúde (como alimentação, cuidados específicos à ferida cirúrgica, orientações terapêuticas), sendo acompanhado sempre que possível de um folheto informativo, realizado por elementos da equipa multidisciplinar da unidade.

Por ser um contexto tão diversificado, potencia a aquisição e o desenvolvimento de diversas competências, quer comuns, quer específicas do EEEMC, que serão alvo de análise e reflexão ao longo deste documento. Para facilitar esta análise e reflexão, todo o percurso de aprendizagem foi norteado por um Projeto de Estágio, com objetivos e as atividades a serem desenvolvidas à luz das competências comuns e específicas do EEEMC.

1.2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Em 2019, surge em Diário de República o Regulamento n.º 140, que diz respeito ao Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (EE), uma vez que os cuidados de enfermagem assumem uma maior preponderância e importância, bem como uma exigência acrescida a nível técnico e científico, pois os cuidados diferenciados e especializados requerem uma atuação específica por parte do EE. Este regulamento prima por apresentar competências comuns transversais a todas as áreas de especialização em enfermagem, ou seja, competências que devem ser adquiridas, desenvolvidas e praticadas por todos os EE. As competências comuns estão divididas em quatro categorias: i) Responsabilidade profissional, ética e legal; ii) Melhoria contínua da qualidade; iii) Gestão dos cuidados e iv) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais, que serão analisadas nos próximos pontos.

1.2.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

A profissão de enfermagem é sustentada e regulamentada por princípios éticos e deontológicos, que constam do Código Deontológico do Enfermeiro. Neste documento regulador, estão agregados os direitos e deveres, relativamente ao exercício profissional de enfermagem, aplicável a todas as carreiras de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Numa fase inicial do exercício da profissão, o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (Regulamento n.º 190/2015, de 23 de abril), norteia a tomada de decisão tendo por base os princípios éticos, deontológicos e legais/jurídicos. Com a progressão na carreira, espera-se que o EE tenha desenvolvido e aprofundado todos estes conhecimentos da formação de base, e que consiga dar resposta às recomendações presentes no Regulamento n.º 140/2019, de 06 de fevereiro - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

Enquanto EE, a prática profissional deve ser pautada pelo cumprimento de princípios éticos e profissionais, adquiridos ao longo do tempo, através de conhecimento ético-deontológico e do conhecimento das melhores práticas aplicadas à pessoa alvo dos cuidados. Assim, a prática profissional deve atender às necessidades da pessoa, respeitando os direitos humanos e prestando cuidados de enfermagem especializados, tendo em conta todas as situações benéficas e potencialmente prejudiciais para a mesma (Regulamento n.º 140/2019, de 06 de fevereiro).

De forma a dar resposta às recomendações enquadradas na competência “Responsabilidade profissional, ética e legal” para o EE, durante o estágio desenvolvido nos diversos postos de trabalho da UCA, participou-se em reflexões com a tutora e a equipa, para garantir não só a melhor tomada de decisão, como também refletir sobre as práticas de enfermagem, no sentido de identificar focos de atenção que necessitassem de ser melhorados, para desempenhar a atividade profissional com excelência, de modo a que exista um processo de melhoria contínua.

Durante este período de aprendizagem, sempre fizemos por pautar a prática de cuidados garantindo o respeito pelos doentes, fazendo cumprir os deveres consagrados no Código Deontológico dos Enfermeiros (nomeadamente de confidencialidade, sigilo profissional, informação e consentimento informado, humanização de cuidados e autonomia, intimidade e valores e crenças individuais), com o principal objetivo de zelar pelo bem-estar do doente, mantendo uma postura preventiva relativamente aos cuidados realizados.

Durante o estágio na UCA e considerando as ideias pré-concebidas de que o ambiente de bloco operatório é frio, estéril e impessoal, sempre se associou a permanência na sala operatória a um período em que a pessoa fica vulnerável e há uma certa perda da sua privacidade, de intimidade, por estar inerente uma maior exposição. No entanto, sempre pautámos por uma postura na sala operatória, como gostaríamos que tivessem connosco, caso fossemos a pessoa alvo de cuidados, garantindo a menor exposição possível da

peessoa, de forma a preservar a sua intimidade, o seu espaço e o seu conforto. Toda a equipa manifestou sempre muito cuidado e atenção à pessoa que tinham à sua frente, a pessoa nunca foi descoberta em demasia ou de forma despropositada, a sua privacidade foi garantida apesar das condicionantes do ambiente e do número de pessoas na sala operatória. Foi uma prática que se assumiu ainda mais nos nossos cuidados diários, e que as pessoas notam e mostram agrado perante a mesma, e que também ficou reforçada no meu contexto profissional atual.

1.2.2. Melhoria contínua da qualidade

Em 2001, a Ordem dos Enfermeiros divulga o documento Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, cujo principal objetivo corresponde à definição de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem para promover a melhoria contínua do exercício profissional, refletindo sobre as práticas adotadas, baseadas na evidência científica, e aperfeiçoando os cuidados prestados às pessoas, refletindo-se numa melhoria da relação interpessoal e das boas práticas de enfermagem.

Para garantir a qualidade dos cuidados, existem seis pilares fundamentais nos quais o enfermeiro tem um papel preponderante: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e o autocuidado, readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Em 2017, devido à necessidade de cuidados de enfermagem cada vez mais especializados e diferenciados, a Ordem dos Enfermeiros redefine os Padrões de Qualidade dos Cuidados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, tornando-se este um documento orientador para a prática especializada. Este último documento, acresce aos seis pilares já existentes a prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos e a segurança nos cuidados especializados (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Pode aferir-se que a qualidade e a segurança são dois conceitos que caminham a par e como tal, não devem ser dissociados. São ambas obrigações éticas, que de forma conjunta, contribuem para a melhoria contínua dos cuidados de saúde e para a minimização de riscos e erros associados aos cuidados de saúde (Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio). Desta relação íntima, surgiram as Comissões da Qualidade e Segurança, que consistem em equipas multiprofissionais que se certificam e responsabilizam pela promoção e implementação das prioridades estratégicas inseridas na Estratégia Nacional para a

Qualidade em Saúde (Despacho n.º 3635/2013, de 07 de março), que foi integrada também no Plano Nacional para a Segurança do Doente (Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro), visando a melhoria contínua da qualidade, nos diversos serviços.

Segundo a Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde, pode-se definir qualidade em saúde como a prestação de cuidados de excelência, acessíveis e equitativos, tendo em conta os recursos atuais, conseguindo assim a adesão e satisfação do utilizador, atendendo às suas necessidades e expectativas (Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio).

Para garantir a segurança nos cuidados de saúde que são prestados, após uma avaliação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro), surge o novo Plano que vigora de 2021-2026, cujo objetivo é promover um ambiente de segurança associado a todas as tipologias de cuidados de saúde (Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro).

Cada vez mais o ambiente cirúrgico (pré, intra e pós-operatório), para dar resposta às necessidades dos seus utilizadores, aumenta o seu nível de exigência, garantido um padrão de segurança, eficiência e qualidade nos cuidados prestados (Gomes, Martins, Tronchin, & Fernandes, 2021).

Para promover o bem-estar das pessoas cuidadas, as organizações de saúde estão cada vez mais obstinadas em proporcionar autonomia e responsabilidade aos seus profissionais, no sentido também de produzir o máximo de benefícios inerentes aos seus cuidados, nomeadamente em termos de qualidade, segurança e satisfação dos doentes (Amaral & Vidinha, 2014). Os cuidados de elevada qualidade são uma prioridade nos sistemas de saúde, de modo a garantir intervenções adequadas, eficientes e eficazes, para promover os melhores resultados para os doentes (Lukewich, Tranmer, Kirkland, & Walsh, 2019). Para garantir a eficiência e eficácia dos cuidados, os profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros, devem dar o seu contributo, pois para além de serem o maior grupo profissional a nível hospitalar, são também aqueles que intervêm frequentemente junto dos doentes e das suas famílias, e que devem garantir que os cuidados prestados são efetivamente bem aplicados e rentáveis, para garantir a segurança do doente, e o bom funcionamento da organização de saúde (Amaral & Vidinha, 2014; Lukewich et al., 2019).

Neste estágio procurou-se atualizar o conhecimento prévio, no que concerne a normas e atualizações da Direção-Geral da Saúde (DGS) bem como a evidência científica mais

recente. Verificou-se que para que ocorra melhoria contínua é necessário realizar vigilância epidemiológica e auditorias a diversos procedimentos, para verificar lacunas ou procedimentos a melhorar, pelo que, se sentiu necessidade de explorar bastante as temáticas na área de prevenção e controlo de infeções e resistência aos antimicrobianos, gestão de risco clínico e não clínico, segurança do doente, comunicação e transmissão de informação. O EE é um elemento fundamental neste processo, pois tem um olhar clínico distinto, baseado na prática especializada, pelo que deteta de forma precoce e detalhada potenciais focos de melhoria, que permitam atuar de forma rápida e sistematizada, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Ainda durante o estágio, após integração dos procedimentos realizados, identificou-se que a experiência da pessoa poderia ser melhorada, se pudéssemos personalizar o seu acolhimento de modo a minimizar os efeitos prejudiciais do ambiente cirúrgico. Após uma pesquisa mais intensiva, e considerando as evidências científicas mais atuais, propostas pela *Association of periOperative Registered Nurses (AORN) (2022)*, que incentiva a utilização de estratégias complementares como a música, como complemento aos cuidados de enfermagem perioperatórios, para promover a redução da ansiedade, desenvolveu-se um Journal Club intitulado “*Efficacy of Preoperative Music Intervention on Pain and Anxiety in Patients Undergoing Cataract Surgery*”. Uma vez que este é um procedimento cirúrgico realizado com elevada frequência na UCA, desenvolvi um poster (**Apêndice I**), sobre a temática para partilhar com a equipa de enfermagem, de modo a divulgar a informação obtida e a compreender a sua perceção sobre este tema. Este poster foi previamente apresentado à enfermeira Gestora da unidade, que reconheceu a importância da temática e divulgou o mesmo a toda a equipa de enfermagem através do canal de comunicação privilegiado pela instituição hospitalar (o *email* profissional).

Gomes et al. (2021), no seu estudo, referem que o enfermeiro de perioperatório tem um impacto positivo junto do doente, relativamente à sua satisfação, segurança, qualidade de atendimento e de cuidados e na economia de custos financeiros. A utilização de estratégias não farmacológicas, como é a música, nomeadamente no período pré-operatório, para melhorar o bem-estar do doente, para reduzir o seu tempo de internamento, para evitar o aumento de medicação, para atenuar custos excessivos para o doente, são princípios que o enfermeiro deve considerar, na sua prática profissional, para atingir padrões de qualidade que o doente considere como benéficos e que realcem o papel do enfermeiro.

1.2.3. Gestão dos cuidados

A gestão de cuidados é inerente às boas práticas de enfermagem, quer seja pela gestão de recursos humanos ou materiais, gestão de tempo, gestão de riscos clínicos e não clínicos, quer pela gestão de conflitos.

Espera-se que o EE seja capaz de gerir eficazmente os cuidados, no sentido de garantir a máxima segurança e qualidade de cuidados para o doente, e com o intuito de otimizar os recursos humanos constituintes da equipa. Deste modo, de forma a garantir a maximização do potencial de todos os elementos, e para garantir a melhor gestão dos cuidados, pode ser necessário instruir a equipa e conseqüentemente, delegar tarefas em alguns elementos-chave, que se tornam elos na equipa multidisciplinar para determinadas áreas de intervenção.

Durante o estágio, identificaram-se os diversos elos de ligação no serviço e as respetivas redes de referenciação para existir uma gestão mais eficaz das diversas áreas de intervenção (em caso de eventos adversos, risco de infeção, riscos clínicos e não clínicos, segurança do doente, melhoria contínua da qualidade, sistemas de informação de enfermagem). Através do apoio e supervisão da enfermeira Tutora, identificou-se que esta delegação de “funções” foi uma medida eficaz da liderança das chefias, pois esta estratégia mostra-se uma mais-valia para o bom funcionamento da unidade, bem como para a responsabilização e integração ativa dos restantes elementos da equipa.

Diariamente, aquando da prática profissional, somos comumente confrontados com a necessidade de fazer uma gestão adequada dos cuidados, no sentido de priorizar as nossas intervenções em função da pessoa que cuidamos, realizando um plano de cuidados adequado às necessidades da pessoa, avaliando regularmente as suas necessidades e a eficácia das intervenções, de forma a avaliar a necessidade de alteração do plano de cuidados e prescrição de novas intervenções, para garantir a qualidade dos cuidados. Esta gestão deve ser feita de modo que nunca se comprometa a segurança da pessoa cuidada e da equipa multidisciplinar que presta os cuidados.

No dia-a-dia da UCA, devido à rotatividade de cirurgias, de equipas cirúrgicas, de material cirúrgico que necessita de esterilização, da imprevisibilidade do ser humano, foi possível compreender a necessidade da gestão diária de recursos humanos e materiais. A gestão de cuidados passa também por estes aspetos, pela alteração de horário, pelo

escalonamento de elementos para onde existe maior necessidade, pela alteração dos materiais a utilizar, tendo em conta a segurança do doente e de toda a equipa cirúrgica.

Se por um lado a gestão de cuidados é centrada na equipa multidisciplinar/multiprofissional e nos recursos físicos e materiais, por outro lado, a gestão dos cuidados deve ser sempre centrada na pessoa e na sua família/cuidador. Durante o estágio, e tendo em conta as dinâmicas da unidade, sempre que possível, tentou-se incluir a pessoa e a família/cuidador no processo de cuidados, de forma a serem parte ativa do mesmo. Este processo de inclusão nos cuidados, iniciou-se na consulta pré-operatória de enfermagem e culminava com a alta da pessoa, onde eram realizados os ensinamentos para o domicílio na presença da pessoa de referência, tornando-os assim parte integrante dos cuidados, com um papel fundamental na continuidade dos mesmos.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2017), no documento Padrões de Qualidade dos Cuidados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, o EE contribui para organizar eficazmente os cuidados de enfermagem especializados, com o intuito de alcançar a excelência do exercício profissional. Desta forma, ao longo deste processo, compreendeu-se a real importância do EE, pois este participa ativamente na tomada de decisão e sugere soluções e melhorias para a gestão eficaz dos cuidados, no sentido de evitar possíveis problemas e obstáculos que possam surgir decorrentes dos cuidados prestados.

1.2.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Consideramos que a competência de desenvolvimento das aprendizagens é aquela que mais depende de nós próprios, e para tal, exige uma aposta contínua no desenvolvimento do saber e um investimento constante nas melhores evidências, para gerar excelentes práticas profissionais.

Para poder evoluir, é necessário identificar os nossos pontos fortes e fracos, de forma a priorizar as áreas em que mais teremos que investir, e a gerir os recursos que necessitamos para atingir o desenvolvimento pretendido. No início do estágio, sentiu-se necessidade de compilar os conhecimentos já adquiridos sobre esta área, e admitir pessoalmente, que ainda havia um grande caminho pela frente em termos de conhecimentos, que não era um trabalho impossível, mas um trabalho exigente e complexo, que iria ocupar inúmeras horas de esforço e dedicação. O debate diário com a enfermeira Tutora e as reuniões com o professor Orientador, permitiram situar o conhecimento existente, e também orientar o

estudo relativamente às temáticas que seriam mais pertinentes, tendo em conta as necessidades da Unidade e também do nosso desenvolvimento pessoal.

Conhecendo um pouco melhor a UCA, para dar resposta a esta competência, estabeleceram-se como objetivos pessoais: gerir a consciência profissional, pessoal e o ambiente de cuidados – conhecer o ambiente e normas da UCA; e atuar como agente facilitador das próprias aprendizagens.

Uma vez que a área perioperatória, não é a área da atividade profissional diária, houve necessidade de adaptar a experiência prévia ao contexto de aprendizagem, de certa forma, para também identificar potenciais de melhoria não só para a unidade, como também para o nosso contexto laboral. Apesar das diferenças, existem semelhanças que fomos verificando, nomeadamente a nível de: preparação da pessoa para ser submetida a cirurgia, gestão da dor, minimizar risco de úlceras por pressão, garantir a assepsia de procedimentos invasivos, tratamento à ferida cirúrgica, gestão de informação para continuidade de cuidados, comunicação entre equipa, prevenção de infeção.

Ao nos depararmos com alguns destes temas, já de interesse, valorizei a importância da formação e, no sentido de melhorar a minha prática especializada, frequentou-se um curso de Gestão da Dor para Enfermeiros (**Anexo I**), que me permitiu atualizar conhecimentos na vasta área do controlo da dor, quer por medidas farmacológicas e não farmacológicas, e assim poder antecipar intervenções para garantir um controlo eficaz da dor.

O EE deve promover o seu desenvolvimento profissional, tendo presente a necessidade de formação contínua da evidência científica mais recente, de forma a garantir a qualidade das intervenções especializadas, sendo responsável por partilhar o conhecimento mais recente pelos seus pares (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Durante o decorrer do estágio, após debate com a enfermeira Tutora, foi detetado no serviço um procedimento passível de ser alterado e melhorado, tendo em conta as evidências científicas mais recentes, nomeadamente no que concerne à Abordagem à pessoa com Ferida Cirúrgica. Tendo noção de que num serviço como a UCA, se preza pelo bem-estar do doente cirúrgico, é essencial e inerente a este cuidado a gestão dos cuidados de forma a maximizar a prevenção de infeção (neste caso, do local cirúrgico) e a otimizar todo o processo terapêutico que a pessoa experiencia. Desta forma, elaborou-se um documento, sob o formato de poster (**Apêndice II**), que alertasse para a importância de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção, nomeadamente no

local cirúrgico, sempre em vista a prevenção do risco clínico e a manutenção de uma cultura de segurança, na prestação diária dos cuidados. Para a elaboração do documento, tivemos por base referências bibliográficas atuais, bem como a Norma da DGS n.º 020/2015 atualizada a 17/11/2022 – “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico. Foi também detetado, durante o percurso de aprendizagem na UCA, a inexistência de alguns folhetos informativos relativamente a algumas cirurgias, para entregar aquando dos ensinamentos à pessoa e família no momento da alta. Considerando estes folhetos uma mais-valia, não só para o doente e família, mas também para o profissional de saúde (pois permite realizar ensinamentos de forma estruturada e simples, transmitindo a informação eficazmente, fazendo com que esta perdure no tempo – acompanha a pessoa para o domicílio), elaboraram-se alguns folhetos que ainda não tinham sido desenvolvidos, para as seguintes cirurgias: implante coclear, otoplastia e quisto do epidídimo.

Após o término do estágio, por necessidade de continuar a atualizar os conhecimentos na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, participou-se nas I Jornadas de Enfermagem Médico-Cirúrgica do IPO Porto - Humanização dos Cuidados em Oncologia (**Anexo II**), onde foram abordadas as quatro áreas de diferenciação da enfermagem médico-cirúrgica e onde foram abordados temas como: metodologia ISBAR e desafios na comunicação com a família, úlceras por pressão no intraoperatório, capacitação do doente cirúrgico, humanização em cuidados intensivos e em oncologia, cuidar a pessoa com dor, cuidar a pessoa em fim de vida, entre outros.

1.3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Uma vez que já foram apresentadas as competências comuns do EE, neste subcapítulo serão abordadas as competências específicas do EEEMC. Ao enfermeiro, é atribuído o título de especialista, reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros, quando este demonstra competências científicas, técnicas e humanas que permitam a prática de cuidados especializados e diferenciados, na área da enfermagem médico-cirúrgica (Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro).

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, o enfermeiro especialista presta cuidados de forma

contínua, que são altamente qualificados, no sentido de dar resposta às necessidades afetadas da pessoa e sua família, bem como na prevenção de complicações, potencializando as capacidades da pessoa visando a sua total recuperação. Assim, estes cuidados de enfermagem altamente complexos necessitam de uma constante observação, colheita e recolha sistematizada de dados, para compreender a situação da pessoa alvo dos cuidados e assim conseguir antecipar e detetar precocemente as complicações que possam surgir, de modo a assegurar intervenções de enfermagem eficazes na pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho).

Deste modo, visto que os cuidados de enfermagem numa UCA, são altamente qualificados e especializados, pois as pessoas cuidadas assim o exigem, são definidas as seguintes competências específicas para o Enfermeiro Especialista: cuidar da pessoa que vivencia processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica; otimizar o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica; maximizar a prevenção e controlo de infeção e resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho).

1.3.1. Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica

No contexto de UCA, o EEEMC atua como principal prestador de cuidados à pessoa e família a experienciar processos cirúrgicos, decorrentes de doença aguda ou crónica, no sentido em que tem conhecimento e capacidade para identificar a vulnerabilidade de quem é o alvo dos cuidados, antecipando potenciais focos de instabilidade, de forma a atuar precocemente, tendo por base um plano individualizado de cuidados especializados, de forma a garantir a máxima segurança e qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho).

Ao longo do desenvolvimento do estágio foi perceptível que a gestão dos cuidados é feita tendo por base os momentos pelos quais a pessoa passa no circuito da UCA: desde o período do acolhimento, intraoperatório, UCPA e alta para ambulatório.

Efetivamente, a comunicação está inerente a toda a prestação de cuidados de enfermagem, e torna-se ainda mais crucial em momentos de transição de cuidados, onde pretendemos garantir a continuidade dos cuidados aos restantes elementos envolvidos. A comunicação surge no Plano Nacional para a Segurança do Doente (Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro), como um dos pilares fundamentais para garantir a segurança do doente. Durante a permanência neste estágio, a estratégia adotada para estruturar o pensamento e para transmitir a informação adequada, foi a metodologia ISBAR (também implementada na UCA), que consiste numa sigla que corresponde a: *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações).

De acordo com a Norma n.º 001/2017, da DGS, de 08 de fevereiro, a metodologia ISBAR deve aplicar-se em todos os níveis de prestação de cuidados, onde ocorra a transição dos mesmos, pois contribui para tomar decisões rapidamente, promove o pensamento crítico, reduz o tempo de transmissão de informação cingindo-se ao exclusivamente necessário, e promove uma integração facilitada aos novos profissionais de saúde. Desta forma, através da utilização da metodologia ISBAR, é possível melhorar a comunicação interprofissional e conseqüentemente, a segurança do doente no processo de transição de cuidados.

A consulta pré-operatória de enfermagem e o acolhimento da pessoa, servem não apenas para recolher informação importante, mas também para comunicar ativamente com a pessoa alvo dos cuidados de forma a tentar estabelecer uma relação terapêutica, e identificar precocemente as necessidades da pessoa, família e cuidadores, permitindo a deteção precoce de complicações e garantindo a continuidade dos cuidados, em regime ambulatorio. Nesta fase da prestação de cuidados, é fornecido o documento de consentimento informado, onde é novamente explicado à pessoa as normas de funcionamento da unidade, e onde se abre espaço para o esclarecimento de dúvidas e exposição de receios da pessoa submetida a cirurgia. Identificou-se que é realizada auditoria no sentido de garantir a monitorização da adequada aplicação do documento de consentimento informado (objetivo estratégico do pilar Comunicação do Plano Nacional para a Segurança do Doente (Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro)).

Tendo em conta a rotatividade de cirurgias e o aumento dos tempos cirúrgicos, todos os momentos de contacto (presenciais ou via telefone), com a pessoa a ser submetida a cirurgia, são fulcrais para recolher dados que facilitem o processo de transição que está a

vivenciar, bem como a preparar a alta desde o momento do acolhimento. Face à realidade experienciada em estágio, a comunicação foi fundamental para a continuidade dos cuidados, não só entre profissionais, mas também aquando da alta para o domicílio. Foi possível dar resposta a um dos objetivos estratégicos do pilar Comunicação do Plano Nacional para a Segurança do Doente (Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro), pois houve necessidade de se adequar a comunicação da informação clínica à pessoa, família e/ou cuidador.

Para facilitar a partilha de informação e para garantir que a comunicação seria eficaz e perduraria no tempo, desenvolveram-se *flyers* de procedimentos cirúrgicos que ainda não tinham sido desenvolvidos na UCA, para permitir uma melhor continuidade dos cuidados no domicílio; não obstante a disponibilidade sempre demonstrada para garantir o esclarecimento de dúvidas desde o acolhimento até ao momento da alta.

Apesar da constante demonstração de disponibilidade, a cirurgia representa um período de incerteza e de perceções de limitações, em que a pessoa se sente mais vulnerável e a experienciar transições para as quais pode ainda não estar preparada. É competência do EEEMC recorrer a estratégias comunicacionais, para estabelecer uma relação terapêutica, onde seja possível identificar as necessidades da pessoa, para que possa planear e implementar intervenções especializadas, para envolver a pessoa no processo dos cuidados e consequentemente avaliar o seu impacto no bem-estar da pessoa cuidada (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho).

Esta transição é um processo dinâmico, distinto para cada pessoa, e o enfermeiro deve ter um papel fulcral a auxiliar a pessoa a vivenciar esta transição, de forma que desenvolva estratégias facilitadoras e adaptadas ao contexto onde está inserida. O papel do EEEMC passa primeiramente por elaborar planos de cuidados, ou seja, planear as intervenções adequadas à pessoa que está a ser cuidada, e priorizar as intervenções especializadas, tendo em conta as necessidades da pessoa e/ou família/cuidador e prevenindo de forma precoce complicações que possam decorrer da execução do mesmo, sempre tendo por base a evidência científica mais recente (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho).

Decorrente da elaboração e implementação do plano de cuidados, é necessário avaliar os resultados obtidos, e monitorizar e documentar a sua evolução, de forma a ser possível alterar o plano de cuidados sempre que necessário (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho).

No contexto de prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória, são inúmeras as intervenções a considerar, no entanto estabeleceram-se como prioritárias intervenções relacionadas com a terapêutica, nomeadamente vigiar, monitorizar e gerir a terapêutica, de forma a prevenir complicações e evitar eventos adversos decorrentes de processos cirúrgicos complexos; e consequentemente, avaliar os resultados com base nas respostas fisiológicas da pessoa, família e cuidadores que experienciam os processos cirúrgicos complexos.

Durante o percurso de aprendizagem é imprescindível um olhar atento ao doente cirúrgico, e como tal, a monitorização contínua é um parâmetro que não é descurado, e sempre se pautou pelo cumprimento de uma monitorização adequada da pessoa submetida a cirurgia, quer na sala operatória, quer na unidade de cuidados pós-anestésicos, para detetar facilmente qualquer foco de instabilidade que pudesse surgir e atuar de forma imediata. Foi igualmente importante fazer uma constante reavaliação das intervenções realizadas, de forma a gerir sempre a próxima sequência de intervenções a realizar, nomeadamente através de registos de enfermagem adequados, ainda em formato de papel, de modo a garantir a continuidade de cuidados, permitindo gerir por exemplo a administração da medicação, de acordo com a prescrição. Esta prescrição muitas das vezes ocorre de forma verbal, pelo que foi sempre validada com o anestesiológico e foi sempre assegurado o seu registo em tabela própria para o efeito, garantindo a segurança do doente e de toda a equipa.

1.3.2. Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica

No seio de uma unidade cirúrgica, e como prestador de cuidados diretos à pessoa e à sua família, cabe ao EEEMC maximizar a segurança do doente e da equipa multidisciplinar, gerindo e antecipando o risco, adequando a resposta ao contexto dos cuidados (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho).

No contexto de UCA, é de extrema importância otimizar constantemente o ambiente de cuidados, devido à rotatividade de tempos cirúrgicos, equipas, materiais e equipamentos. O EEEMC deve gerir condições ambientais que podem potenciar a ocorrência de eventos

adversos, intervindo assim como gestor de risco, promovendo um ambiente seguro e melhorando os cuidados de enfermagem (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho).

O período intraoperatório, pelas condições que lhe são inerentes, constitui-se num ambiente de elevado risco para a ocorrência de erros, principalmente erros de medicação (World Health Organization, 2019). Boytim e Ulrich (2018) citados por Mota, Castilho e Martins (2021), referem que a prescrição verbal de medicação, a prescrição e administração poderem ser realizadas por diversos profissionais, e o acesso à medicação ser realizado num stock disponível no bloco operatório, constituem fatores de risco que desafiam a segurança da medicação no contexto cirúrgico.

Na UCA não se verifica a existência de um stock na sala operatória pois existe a *Pyxis*, que consiste num sistema automatizado de distribuição de medicamentos que suporta a gestão centralizada de medicamentos, e permite dispensar com segurança e eficiência os medicamentos certos, para os doentes certos e no momento certo, o que promove a segurança do doente.

Apesar da mais valia deste sistema de distribuição de medicação, o período intraoperatório continuou a ser identificado como um ambiente de elevado risco pelos outros fatores descritos, e tendo por base as melhores práticas, pretendeu-se manter o foco na administração inequívoca de medicação, e como tal, sempre que se desempenharam funções enquanto enfermeira responsável pela componente de anestesia, tentou-se sempre otimizar o ambiente de forma a garantir a máxima segurança para a pessoa e profissionais de saúde. As estratégias adotadas corresponderam a: identificar de forma inequívoca a terapêutica a uso (Sistema Identificador normalizado de fármacos (ISO 26825:2008), nome do medicamento, dosagem); colocar apenas sobre o carro de apoio à anestesia, a medicação necessária ao ato anestésico, do doente submetido a cirurgia, naquele tempo operatório; e garantir a organização do carro de apoio à anestesia (fármacos de emergência, material de entubação).

O EEEMC é um elemento-chave que deve fazer parte de grupos de trabalho da instituição, como gestão da qualidade, gestão do risco, grupo local – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), de forma a ser portador de uma visão global dos cuidados de enfermagem especializados, atuando assim como um agente ativo a prevenir eventos adversos, relacionados com condições ambientais. O EEEMC deve estar atento e monitorizar situações que desencadeiem

eventos adversos, colaborando no planeamento e execução de planos de intervenção e avaliação, bem como planos de emergência da unidade (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho).

Numa UCA, com um leque tão vasto de funções e de profissionais de saúde, houve interesse em conhecer a prática da gestão de risco, clínico e não clínico, na unidade. Para isto, optou-se por propor a realização de um turno com a enfermeira responsável pela gestão de risco (Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária), para compreender os riscos identificados, e o que era feito para colmatar estes mesmos riscos. Não foi possível desenvolver um turno completo com a referida enfermeira, devido à dinâmica da instituição e afluência de trabalho, mas conseguiu-se, pelo menos, observar os mapas de risco, bem como compreender todo o processo correspondente à sua avaliação. Os riscos, para além de clínicos e não clínicos, podem ainda ser categorizados das seguintes formas: ambientais, físicos, psicossociais, biológicos, químicos.

A gestão de risco consiste num processo coletivo associado à prestação de cuidados de saúde e tem como principal objetivo garantir a maior segurança possível para os doentes e profissionais de saúde, evitando incidentes que podem ser evitáveis, que comprometem com facilidade a qualidade dos cuidados do Serviço Nacional de Saúde (Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro). Todas as atividades de uma organização possuem riscos que lhes são inerentes, e cabe às organizações de saúde identificar os riscos, analisá-los e avaliar a necessidade de implementação de ações de melhoria (ISO, 2018)

A Guideline n.º 31000, emanada pela organização internacional ISO (2018), indica que quando existe um processo de gestão de risco funcional e eficaz, mais provavelmente serão atingidos os objetivos da organização, permitindo assim identificar facilmente as oportunidades e ameaças, fazer cumprir os requisitos legais e regulamentares que se encontram em vigor, melhorar a comunicação obrigatória e voluntária, alocar recursos de forma adequada à gestão do risco, melhorar a gestão de incidentes e a resiliência organizacional. É possível saber se a gestão do risco está a ser eficaz através de instrumentos de avaliação, como é o caso das auditorias.

A auditoria consiste num processo sistemático e documentado para obter evidências de auditoria e avaliação objetiva, com o propósito de determinar o cumprimento dos critérios auditados (ISO, 2018). As auditorias podem ser realizadas por uma entidade externa ou internamente na organização. O EEEMC tem um papel fundamental nos processos de gestão de risco, pois tem formação especializada nesta área de intervenção, indo ao

encontro da informação descrita no Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, onde é referido que o EEEMC: intervém como gestor de risco, na promoção de um ambiente seguro e de qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem; monitoriza a ocorrência de eventos adversos, instituindo estratégias de prevenção dos mesmos; desenvolve procedimentos que fomentem a diminuição e o controlo da ocorrência de eventos adversos; notifica os incidentes decorrentes da intervenção de enfermagem; reconhece as situações de imprevisibilidade ou de efeitos inesperados nos diferentes níveis organizacionais; participa na elaboração de medidas de correção, salvaguardando a segurança e qualidade dos cuidados; promove a formação dos pares em articulação com organismos institucionais.

Desta forma, o EEEMC é um elo no serviço indicado para participar em processos de auditoria interna, dando resposta ao Plano Nacional de Segurança do Doente 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro), onde constam alguns aspetos que devem ser auditados pelas organizações: notificação de eventos adversos na plataforma NOTIFICA, cumprimento da *checklist* da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, transmissão de informação nos momentos de transição de cuidados, prevenção e redução de quedas, avaliação e prevenção de ocorrência de úlceras por pressão, Infecções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS), identificação inequívoca de doentes e práticas seguras da medicação.

Durante o percurso de aprendizagem, foi possível identificar alguns dos aspetos a ser auditados, como os descritos acima. Verificou-se a existência de uma plataforma informática que permite a notificação de eventos, quer relacionados com o doente, quer com o ambiente, quer com o material e/ou equipamentos. Uma notificação adequada, permita ao gestor de risco identificar focos de atuação para os quais ainda não estaria desperto, e permite atuar o quanto antes, de modo que a segurança seja sempre garantida. Identificou-se que havia alguns fatores de risco que já estavam identificados, nomeadamente uma porta da sala operatória que não fechava convenientemente, e isso foi discutido com a enfermeira responsável, ao que se percebeu que ainda aguardavam um parecer positivo do engenheiro/equipa de manutenção para resolver aquela situação, e já tinham feito a sua referência por diversas vezes. Concluiu-se que a equipa identificou um problema, utilizou os seus recursos disponíveis para resolver a situação o quanto antes, mas esta cadeia não funcionou adequadamente, pelo que existe um risco acrescido pela falta de resolução do problema.

1.3.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica

De acordo com o PPCIRA (DGS, 2017), as IACS e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos são problemas intimamente relacionados. As IACS tendem a aumentar a morbilidade e a mortalidade, prolongam o tempo de internamento e maximizam os custos em saúde, o que diminui a qualidade dos cuidados bem como a segurança das pessoas.

Considerando o elevado risco de infeção que ocorre simultaneamente de um procedimento cirúrgico invasivo e do próprio ambiente hospitalar, o EEEMC é a pessoa mais capacitada, com conhecimentos científicos atualizados para prevenir, intervir e, desta forma, controlar a infeção e a resistência a antimicrobianos (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho). Pelos seus conhecimentos e pela sua transmissão em ações de formação (formais ou informais) à equipa, o EEEMC é reconhecido pelos seus pares como um elemento de referência e um elemento agente de mudança (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho).

O EEEMC é um elemento crucial na gestão das práticas de enfermagem e na gestão de outros profissionais da área da saúde, no que concerne ao cumprimento de precauções básicas de controlo de infeção, de modo que seja garantida a segurança do doente e do profissional de saúde. Segundo a DGS (2017), estas precauções básicas correspondem a: colocação dos doentes, higienização das mãos, etiqueta respiratória, utilização de equipamento de proteção individual, descontaminação de materiais e equipamentos, controlo ambiental, manuseamento seguro da roupa, gestão do circuito dos resíduos hospitalares, práticas de preparação/administração de injetáveis e exposição de risco no local de trabalho. Têm sido emanadas pela DGS diversas circulares normativas com orientações que vão ao encontro das precauções básicas de controlo de infeção, nomeadamente a Norma n.º 007/2019, de 16 de outubro, no que respeita à higienização das mãos (DGS, 2019).

Se num local como a UCA a higienização das mãos para prevenção de infeção é tão importante devido à rotatividade de pessoas, espaços, materiais; é de extrema importância abordar também outro foco de atenção, que corresponde à prevenção de ILC.

A ferida cirúrgica corresponde a um “corte de tecido produzido por um instrumento cirúrgico cortante, de modo a criar uma abertura num espaço do corpo ou num órgão, produzindo drenagem de soro e sangue, que se espera que seja limpa, isto é, sem mostrar quaisquer sinais de infeção ou pus (International Council of Nurses, 2019). Associado ao procedimento e à ferida cirúrgica, podem surgir complicações como a ILC, que ocorre no local da incisão cirúrgica ou próximo dela (incisional ou órgão/espaço), nos primeiros 30 dias do pós-operatório, ou até 3 meses no caso de colocação de prótese (DGS, 2022).

A ILC está entre as IACS mais frequentes e que levam a maior morbidade e mortalidade atribuíveis, a um prolongamento do internamento hospitalar no pós-operatório e a procedimentos cirúrgicos adicionais com custos associados elevados. Tendo por base um estudo europeu, desenvolvido pelo Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças, estima-se que na União Europeia ocorram mais de meio milhão de ILC anualmente (Marques, C., 2015; OE, 2021). Estima-se ainda que 60% destas infeções sejam evitáveis pelo uso e cumprimento de normas baseadas em evidência científica mais atual (DGS, 2022; Parreira & Marques, 2017).

Uma vez que as IACS são problemas de segurança para os doentes e para a qualidade dos cuidados prestados, foi necessário criar um sistema que permitisse a monitorização dos indicadores de saúde mais relevantes, permitindo definir áreas prioritárias de atuação e priorização de soluções. Este sistema diz respeito à vigilância epidemiológica, que passou a ditar as principais atividades do PPCIRA (DGS, 2017).

No decorrer do percurso de aprendizagem propôs-se desenvolver estratégias para alertar para a importância de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção, nomeadamente no local cirúrgico, pois identificaram-se alguns procedimentos que não estariam a ser feitos da forma mais correta, como está descrito na literatura científica mais recente, nomeadamente no que concerne à abordagem inicial da ferida cirúrgica.

Realizou-se parte de um turno com a enfermeira responsável pelo PPCIRA na unidade, constatando-se que é realizada vigilância epidemiológica da ILC. Sentiu-se curiosidade em verificar se existia evidência sobre diferenças significativas entre o banho pré-operatório com clorexidina ou com sabão normal e a ocorrência de ILC; segundo a enfermeira responsável, perdiam um pouco a continuidade dos cuidados no domicílio, pelo que só se a pessoa referisse a ILC no telefonema dos 30 dias, recorresse ao serviço de urgência ou à consulta da especialidade, é que obtinham a informação relativamente à ILC. Apesar de não se ter conseguido obter esta relação, a DGS (2022) atesta que o banho

deve ser realizado com clorexidina. Na consulta pré-operatória de enfermagem, onde é fornecida toda a informação sobre o banho pré-operatório, a não realização de tricotomia no domicílio e jejum, e no período de acolhimento (ao fazer o questionário de verificação à pessoa), verificou-se que muitas pessoas faziam o banho pré-operatório com clorexidina, pois a UCA disponibiliza aos seus utentes um kit para a realização do banho pré-operatório, com clorexidina e luvas, o que se traduz, tal como foi descrito anteriormente, num menor risco de desenvolvimento de complicações pós-operatórias.

O EEEMC tem o papel fundamental em identificar as necessidades da unidade de cuidados no que respeita à prevenção, intervenção e controlo de infeção, e desenvolver estratégias que visem a melhoria da prática clínica, baseadas na evidência científica mais atual (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho).

Como já referido anteriormente, por terem sido identificadas algumas lacunas no que concerne à abordagem da ferida cirúrgica, construiu-se um poster sobre as recomendações de abordagem à ferida cirúrgica, com o intuito de prevenir a ILC (**Apêndice II**). Este poster foi desenvolvido também para sintetizar a informação mais atual, para que fosse facilitador para a restante equipa renovar ou consolidar os seus conhecimentos.

De realçar, que esta foi uma temática que muitas vezes foi necessário abordar nos ensinamentos à pessoa e/ou pessoa de referência, aquando da alta clínica. Apesar dos cuidados à ferida cirúrgica estarem descritos em carta de enfermagem e serem essencialmente remetidos para o enfermeiro dos cuidados de saúde primários ou do serviço de apoio domiciliário, sempre foram realizados ensinamentos à pessoa no sentido de aumentar a sua adesão e otimizar as questões relacionadas com a gestão do regime terapêutico e medicamentoso. O EEEMC ao demonstrar este tipo de conhecimento e de cuidados para com a pessoa, torna-se um profissional de saúde de referência e com mais facilidade a pessoa e família aderem ao processo terapêutico (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho).

Para prevenir as IACS, atendeu-se à questão do profissional e da pessoa, mas também é preciso considerar todo o ambiente e a sua gestão. Precauções básicas de controlo de infeção como utilização de equipamento de proteção individual, descontaminação de materiais e equipamentos, manuseamento seguro da roupa, gestão do circuito dos resíduos hospitalares (DGS, 2017), são extremamente importantes e enquanto enfermeiros não é nossa função executá-las, mas é nossa função garantir que as operações estão a ser bem executadas e que as pessoas que as estão a executar tem o nível de

formação adequado à função que desempenham, ou seja, somos responsáveis pela sua implementação.

Desta forma, o EEEMC baseia a sua tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, e torna-se um agente ativo de formação no contexto de trabalho (Regulamento n.º 140/2019, de 06 de fevereiro). É da sua competência reconhecer as capacidades na outra pessoa, bem como lacunas no conhecimento que possam colocar em causa a segurança do doente e de toda a equipa, e atuar de modo que se ultrapassem estes obstáculos à qualidade dos cuidados,

A formação deve ser vista como uma mais-valia, pois quanto mais formada uma pessoa for, melhor será o seu rendimento e desempenho profissional. O EEEMC deve atuar como agente formador em serviço das equipas de enfermagem e de assistentes operacionais, de modo que adquiram competências e saberes, que lhes permitam desempenhar a sua prática profissional em segurança (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho).

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

A prática de enfermagem deve ser baseada na evidência científica mais recente, de modo que esta evidência seja encarada como o guia a adotar das melhores práticas aplicadas aos cuidados, permitindo assim melhorar o processo de cuidados bem como o exercício profissional de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Na consulta da evidência científica mais recente, nota-se a preocupação crescente com a humanização e a personalização dos cuidados de enfermagem, havendo registo do crescente estudo e incorporação de terapias complementares e alternativas no âmbito das respostas em cuidados de saúde, permitindo também à pessoa ser um agente ativo no seu processo terapêutico e na tomada de decisão.

Assumindo o papel e a consciência de enfermeira especialista, considera-se que necessitamos constantemente de procurar estratégias, da área autónoma de competências, que permitam a diferenciação e agir tendo em conta o projeto de saúde da pessoa cuidada. Ao desenvolver o estágio numa UCA e conhecendo previamente o impacto que o processo cirúrgico acarreta para a pessoa; ao conhecer os benefícios de estratégias não farmacológicas, como a música, para melhoria de sintomatologia, considerou-se desenvolver um estudo de investigação nesta área, de forma a tentar transpor os resultados obtidos para a prática clínica, no sentido de acarretar mais ganhos em saúde para a pessoa submetida a cirurgia, para a equipa multidisciplinar e também para a unidade prestadora de cuidados.

2. UTILIZAÇÃO DA MÚSICA NA GESTÃO DA ANSIEDADE PERIOPERATÓRIA: PERCEÇÃO DE ENFERMEIROS DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

A investigação em enfermagem é essencial para que seja gerado novo conhecimento e para fazer avançar a ciência de enfermagem, avaliar a prática clínica e fornecer evidências científicas que permitirão o desenvolvimento da prática, da pesquisa, de gestão e da formação em enfermagem (International Council of Nurses, 2007, citado por Basto, (2009).

A investigação em enfermagem deve pautar por procurar responder a questões ou resolver problemas para benefício das pessoas, famílias e comunidades, englobando aspetos como: a promoção da saúde e a prevenção da doença, o cuidado à pessoa durante o ciclo de vida ao longo dos seus processos de transição (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

Sabemos que muitas das pessoas que são submetidas a procedimentos cirúrgicos, e que necessitam de hospitalização, experienciam elevados níveis de ansiedade no percurso perioperatório. Torna-se relevante identificar estratégias inovadoras para garantir intervenções diferenciadas dos enfermeiros, direcionadas ao bem-estar físico e psicológico da pessoa alvo dos cuidados, de forma a proporcionar o máximo de bem-estar à pessoa submetida a cirurgia, que sejam passíveis de serem aplicadas de forma autónoma pelos enfermeiros.

A utilização da música tem sido identificada na literatura como uma das opções que proporcionam distração e redução da ansiedade em diversos contextos de prestação de cuidados, incluindo o período perioperatório. Desta forma, foi desenvolvida a investigação que se apresenta neste capítulo.

2.1. SÍNTESE DE EVIDÊNCIA

No período pré-operatório, existem manifestações da ansiedade a diversos níveis, tais como: aumento do nível de cortisol, da pressão arterial e da frequência cardíaca, maior sensibilidade à dor e consequentemente utilização excessiva de analgésicos e período de repouso não reparador (Uğraş et al., 2018).

O *International Council of Nurses* (2019), define ansiedade como um estado emocional negativo, em que as pessoas manifestam sentimentos de ameaça, perigo ou angústia/sofrimento.

Apesar das mais variadas estratégias, a ansiedade é inerente a situações ou procedimentos que sejam desconhecidos, que provoquem algum tipo de incerteza, nomeadamente os procedimentos cirúrgicos realizados em ambulatório, por todas as dúvidas e inseguranças que acarretam.

Segundo a Portaria n.º 111/2014, de 23 de maio, a cirurgia de ambulatório consiste numa intervenção cirúrgica programada, realizada numa sala operatória sob uma técnica anestésica, que decorre em instalações próprias garantindo o cumprimento de segurança

e de acordo com a *legis artis*, em regime de admissão e alta no próprio dia, sem necessidade de pernoita (Diário da República, 2014).

Segundo dados do Despacho n.º 1380/2018, de 08 de fevereiro, cerca de 80% das cirurgias são realizadas em regime de ambulatório. Esta modalidade traz inúmeras vantagens, não só para a pessoa submetida a cirurgia, mas para as instituições de saúde e para a economia: diminuição do tempo de listas de espera, diminuição da ocorrência de complicações pós-operatórias, mais vagas para internamentos, recuperação pós-operatória mais rápida promovendo a sua autonomia mais precocemente, diminuição dos custos hospitalares (menos medicação, menos tempo de permanência na unidade) (Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia Ambulatória, 2008).

A cirurgia de ambulatório, por minimizar o tempo de permanência hospitalar, provoca nas pessoas receio, ansiedade, que se verifica ao longo do período perioperatório. O enfermeiro de perioperatório, pelo tempo que dispõe junto da pessoa alvo dos cuidados, pode atenuar estes processos de transição vividos pela mesma.

Em cirurgia de ambulatório, a pessoa é acompanhada desde a consulta pré-operatória de enfermagem até ao momento da alta, onde é sempre envolvida a família/pessoa de referência, de modo que ambos possam partilhar da mesma informação e que se sintam confortáveis para esclarecer dúvidas, medos, inseguranças. Apesar de toda a informação que é fornecida nos diferentes momentos, um procedimento cirúrgico é algo complexo que provoca ansiedade na pessoa (alvo do procedimento cirúrgico) e nas suas famílias.

A *AORN* (2022), estimula a utilização de terapias complementares como a música, como complemento aos cuidados de enfermagem perioperatórios, para promover a redução da ansiedade.

A música estimula os centros involuntários do sistema nervoso central, que transmitem o estímulo ao cérebro, onde este influencia a área dopensamento emocional e abstrato, que possui a capacidade para desencadear uma resposta fisiológica benéfica para a pessoa (Ertuğ, Ulusoylu, Bal, & Özgür, 2017), no sentido em que tem capacidade de modular o sistema límbico para que este proporcione relaxamento, alívio da dor e redução do stress (Uğraş et al., 2018).

O controlo dos níveis de ansiedade pré-operatória realiza-se de forma profilática, recorrendo continuamente ao uso de medicação sedativa e ansiolítica. No entanto, como qualquer medicação, esta tipologia de fármaco traz efeitos negativos como sonolência

excessiva e depressão respiratória, e podem ainda interagir com o efeito anestésico, prolongando o período de recobro e internamento hospitalar (Akelma, Altinsoy, Arslan, & Ergil, 2020; Petot et al., 2019; Reynaud, Bouscaren, Lenclume, & Boukerrou, 2021).

O enfermeiro deve ter como principal objetivo identificar estratégias que garantam a manutenção do bem-estar físico e psicológico das pessoas de quem cuida. Como tal, de modo a gerir a ansiedade pré-operatória e consequentemente os efeitos adversos que daí resultam, os enfermeiros de perioperatório devem intervir junto da pessoa, de modo a atenuar estas situações, de forma a que o pré, intra e pós-operatório decorram da forma mais saudável possível (Labrague & McEnroe-Petitte, 2016). É consensual a utilização de terapias complementares, como a música, como estratégia não farmacológica para controlo da ansiedade pré-operatória (Petot et al., 2019 e Uğraş et al., 2018).

A utilização da música como estratégia não farmacológica tem a capacidade de modular o sistema límbico para que este proporcione relaxamento, alívio da dor e redução do stress (Uğraş et al., 2018).

A intervenção musical como estratégia não farmacológica, pode tornar-se uma intervenção autónoma de enfermagem frequentemente utilizada em contexto perioperatório, para restabelecer o máximo de bem-estar à pessoa, sem qualquer tipo de técnica invasiva, estabelecendo uma relação terapêutica entre pessoa alvo de cuidados e o enfermeiro.

Por estes motivos e tendo em conta a revisão da literatura efetuada, pode-se aferir que existe uma relação entre a música e a ansiedade pré-operatória, desta forma, considerou-se pertinente desenvolver uma investigação que pudesse subsidiar o conhecimento já existente, mas que acarretasse benefícios diretos para a prática clínica, para a qualidade dos cuidados e para o bem-estar das pessoas cuidadas.

Assim, este estudo tem como objetivo identificar a perceção de enfermeiros de cirurgia de ambulatório sobre a aplicabilidade e aspetos que poderão influenciar uma intervenção com música na gestão da ansiedade da pessoa em situação perioperatória.

2.2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

O processo de investigação consiste em estratégias ou processos racionais que visam o alcançar de conhecimentos, não existindo um método único, deste modo a metodologia

deve ser adequada à natureza do objeto em estudo, servindo o propósito da investigação (Nunes, 2020).

Neste subcapítulo será apresentado o percurso metodológico pelo qual se optou ao longo do processo de investigação.

2.2.1. Objetivo e questão de investigação

Para desenvolver este estudo, foi elaborada a seguinte Questão de Investigação: Qual a percepção dos enfermeiros sobre a aplicabilidade de intervenções com música na gestão de ansiedade da pessoa submetida a cirurgia de ambulatório?

De forma a dar resposta à questão de investigação, foi estabelecido o seguinte objetivo: identificar a percepção de enfermeiros de cirurgia de ambulatório sobre a aplicabilidade e aspetos que poderão influenciar uma intervenção com música na gestão da ansiedade da pessoa em situação perioperatória.

2.2.2. Tipo de estudo

O estudo desenvolvido teve como ponto de partida, o enquadramento realizado anteriormente, com o intuito de dar resposta à questão de investigação. Desta forma, desenvolveu-se um estudo de desenho descritivo de natureza interpretativa, com abordagem qualitativa.

A abordagem qualitativa é frequentemente utilizada quando se pretende explorar um problema ou uma questão, para além das suas quantificações estatísticas, essencialmente na área das ciências sociais e humanas (Gonçalves, Gonçalves & Marques, 2021). O principal objetivo dos estudos de natureza qualitativa consiste em compreender o significado e a interpretação que as pessoas atribuem aquilo que experienciam (Merriam & Tisdell, 2016). Ao momento, como se pretende identificar a percepção dos enfermeiros, é pertinente utilizar uma metodologia de natureza qualitativa.

2.2.3. Participantes

Nos estudos qualitativos, as amostras são geralmente de dimensões mais reduzidas e intencionais, uma vez que são selecionadas pessoas que estão sujeitas a determinado fenómeno (Gerrish & Lathlean, 2016).

A técnica de amostragem utilizada no estudo, corresponde a amostragem em rede, que consiste numa técnica de amostragem não probabilística, onde os participantes são referenciados através de informantes estratégicos, com o intuito de aumentar o tamanho

da amostra, angariando mais participantes para a investigação, que se enquadrem nos critérios de inclusão (Polit & Beck, 2019)

Neste estudo, a seleção dos participantes para a amostra foi definida de forma intencional para que se obtivesse a informação mais rica e pertinente para o estudo desenvolvido, pelo que foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: enfermeiros com o título de enfermeiro e de enfermeiro especialista com mais de um ano de experiência profissional em serviço de cirurgia de ambulatório.

Uma vez que nos estudos de natureza qualitativa, não existem critérios pré-definidos para o tamanho da amostra, neste estudo, para seleção do número de participantes, foram tidos em conta os critérios supracitados e o princípio da saturação de dados. O contacto com os possíveis participantes ocorreu através da identificação de um elemento-chave que foi fornecendo contactos de outras pessoas que poderiam participar no estudo, que por sua vez referenciaram outros elementos (amostragem em rede ou bola de neve). Após a realização de todos os contactos, participaram neste estudo 6 enfermeiros. Os dados quantitativos, que correspondem aos dados sociodemográficos, que permitem caracterizar os participantes, foram analisados e apresentados sob a forma de frequências absolutas e relativas, como apresentado na **Tabela 1**.

Tabela 1 – Caracterização dos Participantes

		N	%	M	DP
Sexo	Feminino	5	83,333		
	Masculino	1	16,667		
	Total	6	100		
Idade (em anos)				43	±7,523
Categoria Profissional	EEEMC	5	83,333		
	EEESC	1	16,667		
	Total	6	100		
Tempo de exercício profissional (em anos)	< 5	0			
	6-10	1		20,167	±8,294
	11-20	3			
	>20	2			
Tempo de exercício profissional em Cirurgia de Ambulatório (em anos)	< 5	3			
	6-10	1		7,333	±3,399
	11-20	2			
	>20	0			

Nota. M = média; DP = desvio-padrão

2.2.4. Procedimentos formais e éticos

Para desenvolver este estudo foi necessário cumprir alguns requisitos formais e éticos, como o pedido de apreciação prévia à Comissão de Ética da ESEnfC (**Anexo III**), ao qual foi obtido um parecer positivo (**Anexo IV**).

As investigações realizadas na área da saúde devem ter a preocupação de reforçar as questões éticas e legais, tendo por base os princípios fundamentais da bioética: respeito pela dignidade humana, autonomia dos participantes, beneficência, não maleficência e a justiça (Ontano, Mejía-Velastegui, & Avilés-Arroyo, 2021).

De forma a garantir o cumprimento dos princípios éticos, é dever do enfermeiro, garantir e promover o direito da pessoa ao consentimento informado (Artigo 105º, alínea b, do Código Deontológico dos Enfermeiros) pelo que através do documento de consentimento informado (**Apêndice III**) que foi entregue ao participante, garantimos que em momento algum do estudo, as suas respostas serão associadas ao seu nome, garantindo também a privacidade e o anonimato do mesmo, e em cumprimento do Artigo 106º, ponto 1, alínea d, do Código Deontológico dos Enfermeiros. Foi garantida ainda a voluntariedade e a autonomia dos participantes através do documento de consentimento informado que foi fornecido e assinado pelo participante e investigador (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Adicionalmente, os dados recolhidos foram tratados com recurso a software adaptado à natureza dos mesmos e foi responsabilidade da investigadora garantir o cumprimento da confidencialidade e após o tratamento dos dados, foram destruídos os dados audiogravados.

Durante o estudo, os participantes foram informados para a possibilidade de, a qualquer momento retirar o consentimento, bem como solicitar acesso aos resultados da pesquisa.

2.2.5. Instrumento de recolha de dados

Nos seus trabalhos Gerrish e Lathlean (2016), referem que nos estudos qualitativos a informação recolhida é essencialmente descritiva, que advém de uma interação e do processo de humanização. Como tal, um dos principais instrumentos de recolha de dados corresponde à entrevista.

A entrevista semiestruturada deve conter questões que respeitem os seguintes critérios: serem abertas, possibilitando ao participante a partilha da sua experiência; serem claras, com uma linguagem simples e perceptível; e serem neutras, não induzindo qualquer tipo de resposta ao participante (Gonçalves, Gonçalves, & Marques, 2021; Polit & Beck,

2019). Este instrumento de recolha de dados, com a tipologia de questões elaboradas, permite que as entrevistas decorram num ambiente de confiança, tornando o diálogo fluído e natural, permitindo o enriquecimento da informação obtida.

Nesta investigação, a abordagem utilizada foi a entrevista, onde foi elaborado um guião de entrevista individual semiestruturado (**Apêndice IV**). O guião de entrevista era composto por quatro blocos: 1º) legitimação da entrevista e questões éticas; 2º) caracterização dos participantes (com aplicação de questionário sociodemográfico); 3º) fase narrativa (onde foram desenvolvidas as questões cruciais para o desenvolvimento da investigação); 4º) questões finais (esclarecimento de dúvidas e questões adicionais); terminando com o agradecimento ao participante e validação da entrevista.

O guião da entrevista foi desenvolvido para obter informações que dessem resposta à questão de investigação, pelo que era necessário abordar algumas das seguintes dimensões: experiência prévia relativamente à utilização de uma intervenção musical para gestão de sintomas; viabilidade da aplicação de uma intervenção com música em cirurgia de ambulatório; e os principais efeitos que observavam ou eram expectáveis de ser observados ao aplicar uma intervenção musical.

Salvaguarda-se que o guião de entrevista foi submetido a validação por peritos na área (Professor Orientador, Coorientadora especialista em enfermagem-médico cirúrgica na vertente da pessoa em situação perioperatória, Enfermeira Gestora de uma UCA, Enfermeira Coordenadora de uma UCA).

2.2.6. Procedimentos de recolha de dados

A preparação para a recolha de dados implicou o cumprimento de alguns requisitos metodológicos, tais como, a elaboração prévia de um guião de entrevista e a definição do método de análise de dados a ser utilizado. Foi realizado um pré-teste para identificar focos a melhorar no guião de entrevista, antes deste ser aplicado aos participantes. Após realização do mesmo, verificou-se que não era necessário realizar alterações significativas, e que com este guião, em princípio, se cumpriria o tempo previsto para a realização das entrevistas.

Antes de iniciar as entrevistas, foi realizado um contacto prévio a solicitar a colaboração dos participantes, onde foi explicado o objetivo do estudo, como se procederia a entrevista e foi disponibilizado o documento de consentimento informado (**Apêndice III**) ao

participante, caso tivesse interesse e disponibilidade para participar no estudo, solicitando ainda permissão para a gravação da entrevista em áudio-formato.

Nos seus estudos, Gonçalves et al. (2021), corroboram a ideia de que o participante deve ter acesso a informações prévias, que sejam pertinentes para a sua participação no estudo, tais como: explicação dos objetivos do estudo; explicação sobre a realização da entrevista; garantia da confidencialidade e anonimato dos dados registados; e pedido de autorização para gravação dos dados.

Após este contacto, e garantidos todos os pressupostos acima mencionados, foi definido o dia, hora e local para a realização da entrevista, de acordo com a disponibilidade do participante.

Decorrente da investigação, foram realizadas seis entrevistas semiestruturadas, que decorreram no mês de abril, com uma duração média de 11 minutos, que ocorreram nos locais indicados pelos participantes. No dia agendado para a entrevista, antes da recolha de dados, foi feita a legitimação da entrevista (1º bloco), onde a investigadora se apresentou e relembrou os conceitos já partilhados no contacto prévio e foram salvaguardadas as questões éticas, obtendo o consentimento informado por escrito. No início da entrevista (2º bloco) foi aplicado um pequeno questionário sociodemográfico para caracterização do participante. Durante a entrevista, apenas esteve presente a investigadora e o participante, de modo a garantir a maior privacidade e favorecer a partilha de experiências, com o intuito de obter um conjunto de dados ricos e detalhados, pertinentes para o estudo, correspondendo este momento à fase narrativa da entrevista (3º bloco). Antes de terminar a entrevista, o participante foi questionado relativamente ao surgimento de alguma dúvida e/ou questão (4º bloco). No término da entrevista foi feito o agradecimento e validação aos participantes pela sua colaboração e participação no estudo, questionou-se se gostariam de receber uma cópia da transcrição da entrevista, e garantiu-se a eliminação da gravação após a transcrição da mesma.

Os dados recolhidos, foram posteriormente transcritos com recurso a uma ferramenta online para um documento *Microsoft Word*®.

2.2.7. Análise de dados

Após a transcrição das entrevistas, é importante analisar detalhadamente os dados obtidos. Segundo Gonçalves et al. (2021) e Polit e Beck (2019), a análise de dados

qualitativos passa por organizar a informação obtida, extrair o seu máximo de significado e analisar estes dados de forma concisa, sem perder a riqueza dos dados obtidos.

Através da análise de dados e recorrendo à análise indutiva, é possível reunir os dados obtidos num esquema coeso, categorizando-os, em temas, o que permite descrever detalhadamente o fenómeno em estudo (Gonçalves et al., 2021; Polit & Beck, 2019).

Deste modo, os dados qualitativos, obtidos através dos discursos dos enfermeiros, foram analisados através do Método de análise de conteúdo, segundo Bardin.

No referencial teórico de Bardin (2013), a análise de conteúdo é definida como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (p.44).

Bardin (2013), considera que a análise de conteúdo deve ser realizada em três momentos distintos:

1. Pré-análise – momento onde toda a informação é organizada num sistema de categorias, que sistematizem as ideias iniciais;
2. Exploração de material – o conteúdo é analisado e transformado em operações de codificação (unidades de registo), manualmente ou com recurso a programas informáticos
3. Tratamento dos resultados – a informação é tratada através da inferência e da interpretação, de modo a validar os dados e a torná-los significativos

Na etapa de pré-análise (Bardin, 2013), procedeu-se à organização da informação através da escuta das entrevistas, bem como da sua transcrição para um documento *Microsoft Word*®. Cada documento foi numerado com um número, tendo por base a ordem de realização das entrevistas (E1 a E6). Foi realizada uma leitura flutuante (Bardin, 2013), de todas as entrevistas, de modo a sistematizar as suas ideias chave, permitindo-nos obter assim uma primeira perceção dos significados contidos nas palavras transcritas. Através desta leitura, obtemos o “*corpus*” - documentos considerados para serem submetidos ao processo de análise, dando resposta ao cumprimento das seguintes regras:

- Da exaustividade - é necessário considerar todos os elementos do “*corpus*”;

- Da homogeneidade – os documentos utilizados devem ser homogêneos e devem cumprir determinados critérios de escolha (utilizar os mesmos documentos para todos os participantes);
- Da pertinência - os documentos utilizados devem ser adequados ao objetivo do estudo (formular os documentos de acordo com a informação que se quer obter).

Na etapa de exploração de material (Bardin, 2013), foi realizada a codificação da informação através do agrupamento de palavras ou conjuntos de palavras, de acordo com os temas destacados. Uma análise mais detalhada, permitiu identificar as unidades de registo, que correspondem ao conteúdo que deve ser considerado como unidade de base, com o intuito de categorizar e possibilitar a contagem frequencial (Bardin, 2013). As unidades de registo consistem numa palavra ou expressão verbalizada pelo participante, às quais foi possível atribuir um significado, tendo em conta a frequência com que emergem no discurso.

Relativamente ao tratamento dos resultados (Bardin, 2013), os dados foram tratados de modo que pudessem ser ricos de significado, e estes foram categorizados segundo os temas definidos, através de inferência e interpretação. Para definir as categorias é necessário cumprir determinados critérios (Bardin, 2013):

- Exclusão mútua – cada elemento não pode existir em mais do que uma categoria;
- Homogeneidade – as categorias devem estar de acordo com os temas previamente estabelecidos;
- Pertinência – a definição das categorias deve ser adaptada ao material de análise;
- Objetividade e fidelidade – as categorias devem ser objetivas e bem estabelecidas;
- Produtividade – as categorias devem fornecer os resultados mais férteis em índices de referência, novas hipóteses e dados concretos.

A inferência foi o processo que permitiu atribuir significado à informação recolhida através da colheita de dados. Através deste processo, realizado de forma manual, foi possível interpretar os resultados obtidos e consequentemente sistematizar a informação nas categorias definidas e respetivas unidades de registo, que será apresentada de seguida.

2.3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após ter sido dada a conhecer a metodologia do processo de investigação, neste subcapítulo serão analisados os dados obtidos através da extração de informação das entrevistas. Foram feitas várias leituras das entrevistas, de onde posteriormente emergiram conceitos que permitiram codificar a informação em categorias:

- 1) Experiência (do participante) a realizar intervenção com música;
- 2) Viabilidade da utilização de música em regime de cirurgia de ambulatório;
- 3) Principais efeitos de uma intervenção musical.

Assim, da análise de conteúdo emergiram os resultados que serão apresentados e discutidos de seguida, recorrendo a alguns excertos das narrativas dos participantes, que estão identificados com a letra E e com o número atribuído a cada entrevista.

2.3.1. Experiência (do participante) a realizar intervenção com música

Merriam-Webster (2021) citado por Contreras (2022), refere que uma intervenção consiste no "ato de interferir com o resultado ou curso, especialmente de uma condição ou processo para prevenir danos ou melhorar o funcionamento" (p.234)

As intervenções que utilizam música, correspondem a métodos de ouvir, fazer ou cantar música, e que são habitualmente utilizados para potencializar efeitos positivos nas respostas fisiológicas de psicológicas das pessoas, permitindo minimizar o stress e ansiedade (Contreras, 2022). Florence Nightingale, enquanto pioneira na enfermagem, identificou os benefícios da utilização da música ao criar um ambiente essencial para a cura e bem-estar dos seus doentes (Murrock & Bekhet, 2016).

A categoria **experiência (do participante) a realizar intervenção com música**, permitiu compreender qual o contacto já existente com esta tipologia de intervenções, bem como alguns aspetos relacionados com a pertinência e o interesse pela tipologia da intervenção. Através da análise efetuada ao discurso dos participantes, surgiram três subcategorias: a) Sem experiência; b) Com experiência em UCA; c) Com experiência (noutro contexto); e d) Experiência informal.

Alguns dos participantes destacaram que já teriam experiência prévia, advinda de outros contextos de cuidados, antes de trabalharem em UCA, no entanto seria uma experiência informal, não padronizada ou protocolizada a nível do serviço:

“(...) neste contexto de cirurgia ambulatória não. Mas eu trabalhei 11 anos no Bloco Partos (...) e nós tínhamos e recorriamos regularmente à música para controlo da dor no trabalho de parto. Era aplicado durante o trabalho de parto, na sala de partos.” – E1

“Na minha experiência, sem ser em ambulatório, estive num bloco específico de uma área, já tinha um dispositivo e em que nós seleccionávamos e perguntávamos ao doente.” – E3

“Quando comecei a trabalhar, usava a música a título pessoal com alguns utentes que ficavam mais agitados no tratamento de feridas. A experiência e a literatura o dizem, que os resultados são eficazes e efetivamente nota-se no comportamento do utente”. – E6

Apesar de alguns enfermeiros não apresentarem experiência na utilização de música em UCA, existem enfermeiros que já tiveram essa experiência em UCA:

“(...) já utilizámos essa estratégia, de uma forma informal, numa situação em que uma senhora estava bastante nervosa. Tínhamos um rádio na sala, e perguntámos mesmo se havia alguma música que a deixasse mais tranquila e colocamos a música (...) acho que só fiz isso uma vez. Mas sim, a verdade é que resultou, que foi uma estratégia eficaz.” – E2

“Desde o início da atividade em cirurgia de ambulatório, a nossa preocupação foi a utilização da música antes de entrar e já dentro da sala operatória, uma vez que tínhamos um número elevado de doentes com anestésias locais e sabíamos que iria diminuir essa ansiedade até a própria percepção que a pessoa tem da dor”. – E3

“Atualmente, desde que estou em cirurgia de ambulatório, as nossas unidades já estão equipadas com pequenos dispositivos e auriculares descartáveis para facultarmos aos utentes que pretendam este tipo de intervenção.” – E6

No contexto das perguntas realizadas, alguns dos participantes referiram que não tem experiência com intervenção musical, no entanto, um dos participantes refere que sente interesse e curiosidade pela tipologia de intervenção, como se pode ver pelos excertos das entrevistas:

“Nunca utilizei música (...) Aliás, já colocamos música sim, no rádio. Colocamos música antes e durante a operação (...) mas não tem a ver propriamente com o doente. Tem a ver com o cirurgião.” – E4

“Não tenho qualquer tipo de experiência. De qualquer forma, é uma área que eu gosto muito e que até ando a pensar desenvolver aí qualquer coisa no serviço (...) mas experiência não tenho. Tudo o que conheço é de ler estudos, é de coisas que leio. A experiência na prática não tenho.”

– E5

Através da análise das entrevistas, é perceptível que os enfermeiros que já realizaram esta intervenção em contexto de UCA ou outro contexto, estão mais despertos para os benefícios da música e conseqüentemente para a importância desta intervenção.

Segundo Lim, Jung, & Kim (2023), para a intervenção com música ser bem-sucedida, o enfermeiro que a aplica, deve ter experiência com a intervenção musical e formação contínua nesta temática.

De acordo com as *Guidelines* desenvolvidas pela AORN (2022), as instituições de saúde devem fornecer momentos de formação e educação referentes aos cuidados complementares, como é o caso de intervenções com música, a todos os elementos da equipa perioperatória. Providenciar estes momentos de formação antes da implementação destas intervenções aumenta a sua eficácia e diminui a possibilidade de ocorrerem eventos adversos, relacionados com as terapias complementares.

2.3.2. Viabilidade da utilização de música em regime de cirurgia de ambulatório

Robb et al., (2018) citado por Lim et al., (2023), menciona que as intervenções musicais são tradicionais e são utilizadas de forma recorrente e consistente como método para gerir a ansiedade em diversos contextos clínicos. A música modula a ansiedade pré-operatória e a dor, e oferece uma opção segura e de bom custo-benefício aos cuidados cirúrgicos. (Giordano et al., 2023).

A categoria **viabilidade da utilização de música em regime de cirurgia de ambulatório**, integra alguns dos aspetos que os participantes consideram que podem condicionar a viabilidade de uma intervenção com música em UCA. Através da análise efetuada ao discurso dos participantes, surgiram nove subcategorias: a) Viabilidade; b) Aplicabilidade; c) Consulta pré-operatória; d) Custos; e) Tempo/Timing; f) Estrutura física/Gestão do ambiente; g) Gestão de emoções; h) Adesão dos profissionais; e i) Protocolos.

Ao questionarmos os participantes acerca da viabilidade de uma intervenção musical na UCA, a maioria considerou ser viável, como é apresentado nos excertos seguintes:

“Eu penso que sim. Claro que nesse tipo de anestésias (local) é mais viável. Se bem que também poderia ser viável, por exemplo, antes de uma anestesia geral, usar também essa forma. (...) havendo essa possibilidade, acho que sim.” – E2

“É viável, falta é o dispositivo adequado para haver uma seleção das músicas para o doente.” – E3

“Sim, acho que sim. Acho que é fácil hoje em dia, porque quase todas as salas têm rádio.” – E4

“Sim, é viável e já aplicamos.” – E6

Os cuidados complementares, como é o caso da música, podem ser aplicados em qualquer momento do período perioperatório, e consoante sejam realizados no pré-operatório, no intraoperatório ou no pós-operatório os intervenientes são diferentes, sendo assim imprescindível a colaboração e comunicação eficaz entre todos os intervenientes (profissionais de saúde, doentes). (AORN, 2022)

Hepp et al. (2018) citado por (Lim et al., 2023), refere que a intervenção com música é altamente aceite pelos doentes e cerca de 96% dos participantes do grupo de intervenção queria ouvir música durante a cirurgia independentemente da sua finalidade terapêutica.

Apenas um dos participantes referiu alguma reticência quanto à viabilidade da intervenção, devido à organização do espaço físico da unidade:

“Tendo em conta o nosso espaço físico e tendo em conta as boxes que temos, não me parece a mim viável. Não sei se teremos os recursos necessários (...) Impossível? Não é impossível, obviamente.” – E1

A música é uma intervenção de baixo custo e não invasiva e bem tolerada que é fácil de executar e de ser bem-sucedida no hospital, utilizando os recursos tecnológicos já presentes nas unidades (como a internet ou outras plataformas) (Poulsen & Coto, 2018). A música modula a ansiedade pré-operatória e a dor, e oferece uma opção segura e de bom custo-benefício aos cuidados cirúrgicos (Giordano et al., 2023).

Uma vez que a recomendação do uso de música, se estende a todos os momentos do período perioperatório, no período pré-operatório toma elevada importância por melhorar os sinais vitais (frequência cardíaca e tensão arterial), reduzir os níveis de ansiedade e consequentemente diminuir o período de permanência na UCPA (AORN, 2022).

No estudo de Reudink et al. (2023), a intervenção musical foi realizada em regime de cirurgia de ambulatório, pois consideraram que seria um meio adequado ao seu

desenvolvimento, por apresentar procedimentos cirúrgicos simples e programados, minimizando assim problemas que pudessem surgir a nível de planeamento e logística na infraestrutura hospitalar. Cerca de 93% dos participantes deste estudo, consideram que é benéfica a audição de música no período pré-operatório.

Ao analisarmos o conteúdo das entrevistas, é notório que os participantes consideram que há benefício com a utilização de uma intervenção com música, no entanto mostram algumas preocupações, com a sua aplicabilidade, no que toca à operacionalização da intervenção, nomeadamente o momento em que se deve iniciar a intervenção, quais os dispositivos a utilizar, como se reflete nas transcrições seguintes:

“não é de aplicabilidade fácil, (...) mas eu penso que o facto de o doente entrar na sala, entrar no intraoperatório e sentir um ambiente relaxado e com música é bom... o que é feito é perguntar se incomoda ou não, se o tipo de música que está a tocar é do agrado do doente e acaba por quebrar um pouco o gelo entre o profissional e o doente. Dá ali alguma proximidade (...) a partir do momento que há confiança, o doente deixa de estar apreensivo e acaba por relaxar e até em termos de respostas e tudo, não ser aquelas respostas fugitivas e serem mais focadas” – E1

“Para mim faria sentido iniciar esta intervenção na preparação do doente, fornecermos logo essa informação e termos esse ambiente menos ruidoso, ambiente mais tranquilo. Faz todo o sentido para melhorar a ansiedade.” – E3

“Muitas salas têm Bluetooth, dá sempre para partilhar de computador para o rádio. Imagina, o doente gosta mais um estilo de música, adaptar ao gosto do doente. (...). Acho que seria benéfico, ajudando a reduzir a ansiedade e aquele mal-estar inerente à cirurgia. (...) Primeiro acho que se deve perguntar ao doente. Só há benefício se o doente concordar com isso. (...) havendo possibilidade de ter música e se o doente quiser, seria benéfico.” – E4

“(...) há pouco tempo li um estudo (...) era em doentes de anestesia local, doentes submetidos a cirurgia de catarata e eu gostava de ir mais além, em doentes submetidos mesmo com anestesia geral. E se calhar estudar a vertente da ansiedade, mas também o controle da dor pós-operatória. (...) Seria aplicável no pré-operatório sim, pelo menos até o doente adormecer.” – E5

“É válido em qualquer tipo de anestesia. Como a intervenção começa no período pré-operatório, é benéfico para qualquer tipo de anestesia. Na anestesia local, pode é ser benéfico continuar essa intervenção no intraoperatório. (...) A maioria das pessoas estão recetivas a experimentar tudo o que possa reduzir a ansiedade e se for tudo explicado, bem como os benefícios que pode trazer, as pessoas estão dispostas a experimentar.” – E6

Indo ao encontro dos relatos previamente apresentados, que sugerem que esta intervenção deve ser iniciada o mais precocemente possível considerando sempre a vontade da pessoa cuidada, a *Guideline* da AORN (2022), sugere que para realizar esta intervenção deve efetivamente existir uma avaliação prévia da pessoa, para se iniciar a intervenção de forma precoce nos cuidados, nomeadamente no que concerne a: capacidade e vontade para ser um participante ativo nos cuidados; preferências da pessoa, tolerância e disponibilidade para participar na intervenção; explicar riscos e benefícios do procedimento; e condição cognitiva, mental e funcional da pessoa.

Denota-se, através dos relatos dos participantes, que há uma preocupação crescente pela obtenção do consentimento informado da pessoa: apresentar a intervenção, os seus riscos e benefícios, a sua disponibilidade e interesse, que a pessoa se torne o centro dos seus cuidados e que possua capacidade de decidir de forma fundamentada. A AORN (2022), enaltece este mesmo ponto, alertando para a importância da obtenção do consentimento informado antes da implementação de qualquer tipo de cuidado complementar, devendo ser explicado à pessoa os benefícios e riscos ou eventos adversos, para que a mesma fique capacitada a tomar decisões que contribuam para a sua experiência perioperatória.

Uma vez que dos relatos obtidos, se compreendeu que é importante haver um conhecimento prévio do doente, dos meios a utilizar, e do consentimento necessário à intervenção, surge a subcategoria consulta pré-operatória, como um dos aspetos importantes para a execução de uma intervenção musical, como se verifica nos excertos seguintes, indo ao encontro de alguns dados já expostos anteriormente:

“Era importante fazer já este pré conhecimento de gostos do doente, por exemplo, na consulta pré-operatória, no sentido de criar, por exemplo, uma playlist, uma coisa desse tipo.” – E2

“Ainda não está incluída esta intervenção, nas nossas consultas, no que toca a questão de poder fazer a escolha anterior ou não.” – E3

“Acho que na consulta pré-operatória, ao dirigirmos essa questão da música ao doente ele já sabia que poderia ou não ter acesso a algo que diminuísse a ansiedade. Se fosse a música e se concordasse acho que já estaria informado. Acho que era mais fácil de aplicar.” – E4

“As questões deveriam ser feitas na consulta.” – E5

Para implementar cuidados complementares, como é o caso de uma intervenção musical, é necessário um planeamento adequado onde esteja inserida a avaliação individualizada de cada doente, no que concerne a experiências prévias de saúde (fatores físicos,

emocionais, ambientais, mentais), crenças, estratégias de coping, todos os elementos que podem condicionar diretamente o seu bem-estar e o processo de tratamento (AORN, 2022).

A consulta pré-operatória de enfermagem consiste numa ferramenta que permite ver a pessoa como um ser único, com necessidade de cuidados personalizados e permite assim melhorar a sua capacidade no autocuidado (Portaria nº306-A/2011 de 20 de dezembro). Esta consulta tem como objetivo avaliar as necessidades da pessoa e fornecer informação pertinente desde o período de admissão até à alta clínica, preferencialmente num formato escrito (folheto, panfleto ou outro) para garantir a compreensão da informação (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses, 2012). A Ordem dos Enfermeiros (2013) acrescenta ainda que a consulta de enfermagem deve ser encarada como uma atividade autónoma dos enfermeiros, baseada em métodos científicos, que permite formular diagnósticos de enfermagem, e consequentemente elaborar planos de cuidados e prescrever intervenções, de forma a melhorar os cuidados prestados ao doente, visando sempre a sua avaliação e contínua reformulação, se necessário.

A consulta de enfermagem é rica em descoberta, e da relação criada entre a pessoa-enfermeiro, retira-se muito conhecimento, de onde advém os principais diagnósticos de enfermagem. Num processo cirúrgico, tendo em conta todas as transições que podem ocorrer, a pessoa manifesta as suas dúvidas e receios, as incertezas, e sem dúvida que isso contribui para desenvolver um estado de ansiedade relacionada com a cirurgia. Deste modo, o enfermeiro na consulta formula alguns diagnósticos possíveis, tendo sempre em conta a autonomia e o potencial da pessoa cuidada, tais como: ansiedade, potencialidade para melhorar estratégias de controlo de ansiedade; potencialidade para melhorar o significado atribuído às estratégias para controlo de ansiedade; potencialidade para utilizar estratégias de controlo de ansiedade (*International Council of Nurses*, 2019).

Pode afirmar-se que a consulta pré-operatória de enfermagem é o momento ideal para iniciar a educação em saúde, para capacitar, para empoderar a pessoa que é submetida a cuidados cirúrgicos (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho). Na consulta, o enfermeiro já faz o planeamento e a execução de algumas intervenções, tendo em conta os diagnósticos formulados, nomeadamente: ensinar sobre ansiedade; ensinar sobre estratégias que contribuam para alívio da ansiedade; capacitar a pessoa para que esta compreenda toda a informação e possa ser autónoma na tomada de decisão, otimizar a experiência da pessoa durante o processo cirúrgico.

No estudo de Kakar et al. (2022), fatores como não ter conhecimento prévio da intervenção musical e não haver uma sensibilização para a utilização de música, são vistos como uma barreira à implementação de uma intervenção musical. Pelo contrário, fatores como: conhecer a pessoa previamente e as suas características pessoais, haver a disponibilidade de informar a pessoa previamente sobre a intervenção e questionar primeiramente a sua disponibilidade para participar da intervenção, são vistos como facilitadores para a implementação da intervenção ser bem-sucedida e de qualidade.

Iniciar esta intervenção na consulta pré-operatória, traria benefícios para a instituição hospitalar, uma vez que permitiria uniformizar a sua implementação, de modo que não existissem disparidades na preparação pré-operatória da pessoa, pois seria fornecida a mesma informação a todas as pessoas, agilizando assim o processo cirúrgico; e traria benefícios ao nível da qualidade dos cuidados, pois sabe-se que a ocorrência da consulta pré-operatória aumenta o grau de satisfação das pessoas (Breda & Cerejo, 2021).

A experiência perioperatória é influenciada por todo o percurso perioperatório bem como pelos seus diversos intervenientes. Se a pessoa tem capacidade para decidir de forma autónoma e informada, os profissionais de saúde devem planear a intervenção de forma que a sua aplicabilidade seja possível e viável no contexto dos cuidados. Para alguns entrevistados a aplicabilidade da intervenção surge numa dicotomia quanto à operacionalização da mesma: auscultadores *versus* sem auscultadores, como apresentado de seguida:

“... por exemplo, na cirurgia ortopédica em que muitos doentes são submetidos a raquianestesia e já sabem de antemão que vão estar acordados..., mas depois chegam lá e ouvem o barulho das serras, dos motores, (...) tudo isso causa ansiedade. (...) E usando uns auscultadores ou assim, poderia ser uma forma de aplicar a musicoterapia e também de diminuir a ansiedade e também impedir que eles ouvissem esse tipo de barulhos que ainda causam mais ansiedade.” – E2

“Para mim não faz muito sentido arranjar auscultadores. Era mais um foco de infeção (...) para mim, a utilizar auscultadores teria que ser o doente a trazer os próprios. Os próprios e só dele. E depois para entrar na sala operatória, um objeto vindo do exterior (...) tinha que ser bem especificado e provavelmente poderia haver entraves da UPCIRA. Sei que iríamos diminuir às vezes a escolha de uns, que não é a mesma escolha de outros.” – E3

“(...) Aliás, aquilo que eu penso, se calhar a maior dificuldade que eu vejo neste momento é, digamos, a operacionalização, os meios técnicos, como é que aplicamos.” – E5

Primeiramente, é de extrema importância realçar a importância da individualização da intervenção, para assegurar que a intervenção é intencional para cada pessoa cuidada (Antonsen, Dieperink, & Østervang, 2023). No entanto, numa instituição de saúde, também as questões financeiras são importantes, e surge então outra subcategoria que pode condicionar a implementação de uma intervenção musical: os custos.

“Eu acho que a utilização de auscultadores é muito difícil de aplicar. Porque isso, em parte é auscultadores para todos, em termos de gastos, seria um gasto supérfluo para a instituição.” – E1

“Não sei até que ponto é que isto seria viável (o uso de auscultadores), em termos de custos. Mas acho que sim que era uma boa hipótese. Não havendo essa hipótese, o que acontece é usar os rádios, colocar as músicas e toda a gente ouve.” – E2

“(…) podíamos usar fones (...), pode é trazer mais custos e depois as chefias não quererem... Mas assim sempre era mais privado e a música poderia ser ao gosto de cada um. Se for um rádio, no pré-operatório, mesmo com Bluetooth não vamos agradar a todos os doentes. Eu acho que os fones era o melhor, assim também não havia tanto ruído de fundo para os profissionais.” – E4

Na literatura não existe um consenso no que toca aos dispositivos que devem ser utilizados para a intervenção musical. A utilização de auscultadores é benéfica, principalmente os que possuem cancelamento de ruído, como se verifica no estudo de Townsend, Bravo, Jones, Matzon e Ilyas (2021), pois a maioria dos participantes apresentavam níveis de ansiedade inferiores, comparativamente aos restantes que utilizavam auscultadores normais; e cerca de 92% dos participantes com auscultadores recomendariam a utilização de auscultadores com cancelamento de ruído para outros participantes. Poulsen e Coto (2018), referem que os equipamentos devem ser fornecidos aos participantes, uma vez que a música é recomendada durante todo o período perioperatório, e no intraoperatório deve ser utilizado equipamento esterilizado.

Por outro lado, alguns autores nos seus estudos referem que os doentes podem manifestar algum desconforto pela utilização dos auscultadores (Lane, Palmer, & Chen, 2019); e que estes dispositivos, a serem trazidos pelos doentes, uma vez que não são esterilizados condicionam a intervenção a um determinado período de tempo (pré-operatório antes da entrada no ambiente estéril e pós-operatório) (Poulsen & Coto, 2018). Na Guideline da AORN (2022) não há conclusões relativamente ao risco de utilizar auscultadores no que concerne à prestação de cuidados e comunicação com a equipa perioperatória.

A decisão dos meios técnicos a utilizar e o tempo da intervenção são fatores que preocupam os enfermeiros, pois existe uma preocupação crescente dos enfermeiros em prestar cuidados a tempo, em cumprir os *timings*, principalmente para não atrasar os tempos cirúrgicos, que a cada dia vão aumentando exponencialmente. Desta forma, é importante abordar outra subcategoria, que emergiu da análise das entrevistas: o tempo/timing. Os relatos apresentados de seguida, mostram alguma apreensão por parte dos enfermeiros:

“(...) há outra particularidade da cirurgia de ambulatório, que é o timing. As nossas cirurgias são minor, portanto (...) há uma rotatividade muito grande e o tempo é diminuto. (...) É tudo feito num espaço de tempo reduzido que não daria para estar a adequar. Ou penso que o doente nem chegaria a absorver a potencialidade que a música poderia dar. Isto estamos a falar no acolhimento. (...) E depois ter tempo para colocar os auscultadores, para além de colocar o dispositivo para cada doente.” – E1

A escassez de tempo é encarada como uma barreira à implementação de uma intervenção com música. No estudo de Polascik et al. (2021), a utilização do tempo para a implementação de uma intervenção musical é vista como potencial para aumentar a carga de trabalho dos enfermeiros; onde os próprios referiram alguma preocupação no sentido desta intervenção não ser vista como essencial, se surgirem outras prioridades.

Apesar de existir esta apreensão/preocupação por parte dos enfermeiros, nota-se que há vontade de tentar implementar intervenções, se forem benéficas para os cuidados dos doentes (Polascik et al., 2021). E isto verifica-se no excerto seguinte:

“Eu acho que haveria tempo para aplicar. Mas isso pode ser uma barreira, não é? Cada vez nós temos mais doentes. Isso pode ser uma barreira para nós. E tudo consome tempo. Mas com esforço e vontade tudo se consegue.” – E5

Reudink et al. (2023), num estudo realizado a cirurgiões, internos e enfermeiros, a maioria dos entrevistados refere que gasta pouco tempo extra (até 10 minutos) na implementação da intervenção musical.

Polascik et al. (2021), consideram que áreas onde a rotatividade de doentes é menor, é mais adequada para a implementação de uma intervenção com música, nomeadamente a área pré-operatória. É importante compreender que as pessoas por vezes enfrentam algum tempo de espera, e por mínimo que esse possa ser, provoca sempre ansiedade e apreensão. A utilização de música mesmo que num curto período de espera, permite às pessoas terem

um momento de distração do ambiente hospitalar, levando assim a uma sensação de bem-estar (Antonsen et al., 2023).

Relativamente ao tempo despendido, pode aferir-se que há recetividade por parte dos enfermeiros para a aplicação da intervenção em prole do bem-estar do doente. Dos relatos obtidos, a subcategoria estrutura física/gestão do ambiente, é apontada como uma barreira à implementação pois é de difícil gestão, no entanto, não é visto como algo impossível:

“A sala de indução poderia ter música. (...) A partir do momento que o doente é acolhido numa sala aberta, com outros doentes, não sei se a minha não aplicabilidade passaria por aí. (...) Em termos de espaço físico, há possibilidades de incrementar o dispositivo que possamos ligar e ter música ambiente, digamos assim.” – E1

“No caso da maternidade, como eu estava a dizer, há boxes, cada uma das boxes com uma cama.” – E1

“[No acolhimento] Tentamos garantir um ambiente com a maior privacidade, mas ainda não conseguimos garantir totalmente o ambiente que (...) que sabemos que é o adequado. Tendo em conta o espaço físico neste momento, quanto a mim não é o mais adequado para a afluência, mas faria sentido ter ali uma música ambiente.” – E3

“Até o nosso recobro e mesmo o nosso acolhimento são open space. E o ambiente, também acho que não é assim muito adequado. Se calhar preferia uma coisa mais localizada, só para o doente com as preferências dele.” – E5

“Ainda não utilizamos auscultadores na SO. O que temos na SO é uma coluna no espaço open-space, não diretamente para o utente, mas que pode ser ajustado a ele, conforme o seu gosto e se assim o entender.” – E6

Para os cirurgiões, as principais preocupações com a aplicação de uma intervenção musical é que a música perturbe outros doentes e que a audição de música possa atrasar os tempos cirúrgicos (Lane et al., 2019). Considerando estas preocupações, e tendo em conta que a música já deve ser previamente selecionada pelo doente para permitir a individualização dos cuidados (Poulsen & Coto, 2018), não será problemática a sua rápida implementação, nem a sua exclusividade ao doente apenas.

Na literatura mais recente, não foi encontrado nenhum estudo onde o espaço físico fosse uma condicionante para a intervenção musical, pois todos os estudos consideravam a intervenção individualizada através do uso de auscultadores.

A música é sempre vista pelos doentes como um escape do ambiente hospitalar, sentindo aquele ambiente um pouco mais como seu, mais familiar e confortável (Antonsen et al., 2023).

Apesar da tentativa de proporcionar bem-estar, as características estereis do ambiente cirúrgico, a azáfama de profissionais e doentes, os tempos de espera, os dispositivos, o hospital em si, geram emoções quer nos doentes, quer nos profissionais, que acabam por condicionar o processo de cuidados. Dos relatos obtidos, surge a categoria gestão de emoções, que engloba a parte do doente e dos profissionais de saúde, como um fator que pode afetar a implementação da intervenção musical, como se verifica de seguida:

“No intra também é interessante. Mesmo para nós profissionais. Porque é relaxante. E nós sabemos que o intraoperatório é uma gestão de emoção muito grande, não é? Há uma pressão entre os profissionais muito grande e os doentes apercebem-se disso, e seria um ganho para todos.” – E1

Os enfermeiros relataram que é comum colocarem música já no período intraoperatório, não para benefício do doente, mas para benefício da equipa multidisciplinar. Fu, Oomens, Merkus e Jeekel, (2021), no seu estudo, identificaram que o desempenho individual e a concentração de cirurgiões, anestesistas e enfermeiros, foram melhorados ou não chegaram a ser prejudicados quando é colocada música na sala cirúrgica; e a equipa considera ainda que a música é percebida como redutora de stress.

Na investigação realizada por Lane et al. (2019), 84% dos cirurgiões referem já ouvir música enquanto realizam procedimentos cirúrgicos e a maioria da equipa de enfermagem perioperatória refere que gostaria de ouvir música quer no período pré-operatório, quer no intraoperatório.

Percebendo os benefícios que a música traria para os profissionais de saúde, é pertinente não esquecer o foco de cuidados: a pessoa submetida a cirurgia. Como tal, é sempre crucial realizar uma avaliação adequada da pessoa para compreender a sua disponibilidade para a intervenção, bem como para o uso de estratégias complementares para alívio da ansiedade:

“(…) temos outra questão, que tem a ver com a faixa etária dos doentes. Seria um número muito reduzido que poderia querer e os doentes são ansiosos, quanto mais apetrechos nos lhes dermos, mais ansiedade lhe damos.” – E1

“Algumas pessoas mais idosas ficam um pouco reticentes, ou porque não gostam de música, ou porque não querem os auscultadores, ou porque tem défice auditivo, simplesmente não querem. E não há problema, respeitamos a sua decisão.” – E6

Estudos recentes vêm clarificar alguns dos conceitos já pré-estabelecidos pelos enfermeiros, no sentido em que referem que a música é altamente aceite pelos doentes e que esta influencia positivamente os níveis de ansiedade pré operatória (Antonsen et al., 2023; Giordano et al., 2023; Lim et al., 2023). No estudo de Giordano et al. (2023), cerca de 90% dos participantes inseridos no grupo de intervenção (com intervenção musical) recomendariam este tipo de intervenção a outras pessoas submetidas a cirurgia.

Lane et al. (2019), desenvolveram o seu estudo de forma a compreender a perceção dos cirurgiões e dos doentes, face a uma intervenção musical. Cerca de 98% dos cirurgiões, acreditam que uma intervenção com música é benéfica para os seus doentes pois diminui a ansiedade do doente, aumenta a sua satisfação e reorienta o pensamento da pessoa para um estímulo positivo. Os doentes consideram que uma intervenção com música lhes irá proporcionar menor ansiedade, reorientar o pensamento para algo positivo e ocupar o tempo de espera até à cirurgia.

Num estudo, verificou-se que os doentes mais céticos à intervenção são aqueles que nunca tinham utilizado a música como estratégia para redução de ansiedade e relaxamento (Antonsen et al., 2023). As preocupações que os doentes mais manifestaram relativamente à intervenção musical prendem-se com o conforto/desconforto da utilização dos auscultadores, com os dispositivos de áudio incomodarem o trabalho dos profissionais de saúde e não ser capaz de ouvir tudo o que lhes é transmitido (Lane et al., 2019).

É importante realçar que, na maioria dos casos, os participantes mais céticos alteraram a sua opinião e disponibilidade para a intervenção, após o contacto com a mesma (Antonsen et al., 2023).

Se falamos em participantes céticos, também alguns profissionais de saúde apresentam as suas reticências relativamente a terapias complementares, como é o caso da música. Por vezes, a adesão a este tipo de intervenção é condicionada por fatores intrínsecos e extrínsecos, e daqui resulta a subcategoria: adesão dos profissionais. Os relatos de seguida apresentados, refletem duas perspetivas distintas dos enfermeiros:

“A mim parece que tendo em conta a rotatividade dos doentes, que não seria fácil. Mais fácil seria uma música ambiente, do que propriamente essa individualização. Porque há outras prioridades. Há outras prioridades que nós temos no pré. (...) Não estou a ver com adesão utilizar auscultadores e a adesão dos profissionais de terem mais essa preocupação.” – E1

“Nesta fase nós temos tanta consulta. É mais um "trabalho" para quem está a fazer a consulta. É mais informação que tem que se dar. E nós na consulta já damos muita informação. E há dias que são muitas consultas. Mas não vejo que seja a barreira maior nos profissionais.” – E5

A adesão dos profissionais a terapias complementares como a música, em muito se deve à forma como veem os cuidados e à sua própria personalidade. Kakar et al. (2022), identificou no seu estudo algumas barreiras que os enfermeiros apontam para a aplicação de uma intervenção com música: práticas atuais (consideram que há necessidade de utilização de medidas farmacológicas – ansiolíticos e analgésicos); características individuais (crenças e valores); conhecimento sobre a intervenção e os seus objetivos; liderança nas equipas; espaço para reflexão e avaliação da intervenção.

Por sua vez, existem inúmeros fatores facilitadores que contribuem para a implementação desta tipologia de intervenção, nomeadamente: consciencialização de eventos adversos da medicação e necessidade de utilização de medidas não farmacológicas; perspetiva de cuidados centrados no doente; feedback positivo dos doentes; características do indivíduo (crença na intervenção e que a mesma se enquadra no sistema de saúde atual); estabilidade da equipa; cooperação adequada entre todos os membros da equipa; liderança adequada; música existir como um serviço opcional (o serviço deve estar disponível e deve ser baseado nos interesses e preferências de cada doente) (Kakar et al., 2022; Polascik et al., 2021).

A implementação deste tipo de intervenção com música, deve ser tida em conta não apenas nos cuidados diretos, mas primeiramente a nível das chefias. É necessário uniformizar procedimentos, consciencializar e formar as equipas, e esse é um trabalho contínuo, que requer colaboração dos diversos elos de intervenção. A análise das entrevistas, permitiu que a subcategoria protocolos emergisse, como se verifica de seguida:

“Eu acho que poderíamos ainda melhorar se existisse algum tipo de protocolo com esta tipologia de intervenção, pois apesar de tudo, cada um faz à sua maneira e “quando se lembra”. A equipa poderia ser sensibilizada e até fazer disto um projeto de melhoria contínua. Todos os utentes têm

direito a ter intervenções especializadas e diferenciadas, e nós podemos fazer a diferença neste sentido.” – E6

A *Guideline* da AORN (2022) preconiza que sejam desenvolvidos protocolos que definam a implementação das intervenções, nomeadamente no que concerne a: técnicas de intervenção, métodos, instrumentos de avaliação de resultados, a formação e avaliação de competências da equipa perioperatória. A padronização de intervenções, de cuidados, aumenta a viabilidade dos enfermeiros implementarem as mudanças na prática clínica e permite à instituição de saúde avaliar de forma precisa, a eficácia e a relação com o seu custo, de cada intervenção.

Segundo Poulsen e Coto (2018), as chefias devem criar protocolos para que estas intervenções sejam implementadas pelos enfermeiros de forma organizada e sistematizada.

No estudo de Lane et al. (2019), 74% dos enfermeiros perioperatórios estão dispostos a colaborar na elaboração de um programa de música cirúrgica e 76% dos cirurgiões referem que estariam dispostos a tornar uma intervenção musical, parte integrante dos cuidados cirúrgicos.

Os enfermeiros concordam que implementar uma intervenção com música pré-operatória não é um processo complexo (Polascik et al., 2021). Deste modo, a existência e a utilização de protocolos e conseqüentemente a avaliação das intervenções padronizadas, maximiza a fiabilidade das suas conclusões e potencia os benefícios dos cuidados complementares ao doente, no contexto perioperatório (AORN, 2022).

2.3.3. Principais efeitos de uma intervenção musical

A música pode ser encarada como uma estratégia de coping adaptativa (Contreras, 2022) e apresenta efeitos benéficos a nível ansiedade pré-operatória e na dor pós-operatória, atenua a resposta fisiológica ao stress, melhora os sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória), reduz a necessidade de administração de medicação opióide sedativa, e aumenta a satisfação da pessoa (Mustafa, Cigerci, & Dogan, 2022; Reudink et al., 2023).

Tendo por base o conhecimento prévio dos efeitos de uma intervenção musical, já descritos ao longo deste documento, foi importante questionar os enfermeiros sobre quais

seriam os efeitos que mais verificaram ou que esperariam verificar, decorrentes de uma intervenção musical. Da análise das entrevistas, emergiram as seguintes subcategorias: a) Cuidados centrados no doente; b) Distração; c) Relaxamento; d) Controlo da dor; e) Comunicação; e f) Redução de custos.

Quando falamos em cuidados centrados no doente, pressupõe-se que os mesmos sejam personalizados e adequados ao ser humano unitário que temos à nossa frente. A teórica de enfermagem Martha Rogers defende que o ser humano unitário – o alvo dos cuidados de enfermagem – é caracterizado pela utilização da abstração, emoção, sensação, linguagem e pensamento produtivo; e necessita de cuidados que promovam a sua saúde e o bem-estar, de uma forma criativa, independentemente do meio em que está inserido e do contexto (Sá, 1994).

De acordo com esta teórica, pressupõe-se que o enfermeiro não seja o único a decidir os cuidados prestados, mas sim que se torne um aliado terapêutico do doente, partilhando assim conhecimentos, habilidades e estratégias para que estes ganhem autonomia no processo terapêutico. Com a sua teoria, Rogers estimulou a criatividade ao introduzir a utilização de métodos terapêuticos viáveis, não invasivos e cientificamente fundamentados (Wills & Mcewen, 2022).

Desta forma é perceptível a importância dos cuidados centrados no doente, e do efeito que uma intervenção pode ter neste aspeto, como se verifica nos relatos seguintes:

“Com estas intervenções, o doente pode até sentir-se melhor tratado por estarmos a personalizar os seus cuidados”. – E4

“Também é importante dar a escolher ao doente. Se quer participar, se não quer participar. Há pessoas que podem não gostar de música. Ninguém é obrigado, aliás, as pessoas, ninguém é obrigado a participar num estudo. Só participaria quem queria. Só terem a possibilidade de escolha, também já se traduz em alguma serenidade para o doente. E apesar de não pensarmos nisso, o doente tem isso em consideração.” – E5

Em diversos estudos analisados por Lim et al. (2023), e nos estudos de Guerrier et al. (2021) e Howlin e Rooney (2021), os resultados obtidos sugerem que os enfermeiros devem ter em consideração as preferências do doente para a seleção musical, pois interfere com o mecanismo da música nos níveis de ansiedade, sendo extremamente benéfico quando os doentes têm poder de decisão na escolha da música.

Segundo Lim et al. (2023), as intervenções não-farmacológicas, como a música, permitem que os doentes participem na sua própria gestão de ansiedade pré-operatória.

Delaney (2018), refere que o cuidado centrado no doente estabelece uma parceria entre o enfermeiro e o doente, e incentiva a partilha de conhecimentos e experiências fulcrais para o planeamento dos cuidados, que por sua vez beneficiam os doentes e a instituição de saúde.

As pessoas devem ser capacitadas e estimuladas a fazer parte do processo de decisão, de modo que desempenhem um papel ativo durante a prestação dos seus cuidados, para que os ganhos em saúde possam ser os máximos que se consigam obter.

O papel decisivo na escolha do tipo de música é algo muito pessoal e subjetivo, pelo que permitir a expressão individual de cada doente é potenciar a sua adesão aos cuidados de saúde, garantir a sua satisfação e consequentemente bem-estar. Decorrente desta decisão, é expectável que o doente escolha algum tipo de música que lhe proporcione um escape, uma distração do meio hospitalar.

Dos relatos obtidos pelos enfermeiros, há uma referência à potencial distração que é obtida através da música, como se verifica na seguinte transcrição:

“acho que seria aplicável a todas as cirurgias, sim. Até porque as loco-regional, como o doente está acordado, por uma questão até não só de controlo da dor, mas de distração, haveria uma adesão maior e mais colaboração no ato anestésico e até no procedimento cirúrgico.” – E1

Do estudo desenvolvido por Antonsen et al. (2023), foram obtidos resultados que corroboram a premissa de que a música tem a capacidade de distrair as pessoas do ambiente onde estão inseridos. Os participantes deste estudo, referiram que qualquer tipo de dor ou preocupação que sentissem antes da intervenção, foi totalmente desviada após a audição de música, o foco passou a ser a música e tornou-se numa distração plena do ambiente hospitalar.

Lane et al. (2019), conduziram um estudo com o objetivo de compreender a perceção de cirurgiões, e enfermeiros e doentes submetidos a cirurgia, sobre quais seriam os fatores que podem condicionar a vontade da pessoa de participar numa experiência musical durante a sua experiência cirúrgica. Quando questionados acerca dos benefícios de uma intervenção musical, 55% dos doentes referia “reorientar a mente para algo positivo”; 40% dos cirurgiões e 47% dos enfermeiros referiam o mesmo benefício para os seus doentes (“reorientar a mente do doente para um estímulo positivo”).

O intuito da utilização da música no período pré-operatório, corresponde a uma estratégia de distração, principalmente para a ansiedade. A pessoa que vai ser submetida a cirurgia encontra-se num ambiente diferente, desconhecido, esterilizado que lhe provoca o sentimento de medo e a sensação de estranheza. Assim, é expectável que a música o ajude a distrair-se e consequentemente, a promover o relaxamento corporal (Uğraş et al., 2018).

O relaxamento corresponde a um estado de consciência que se caracteriza por um sentimento de alívio de tensão, redução da ansiedade e do medo (Ryman (1995) citado por (Payne, 2003)). Os enfermeiros referiram que o relaxamento do doente, seria um dos efeitos que se iria verificar com a intervenção musical, como se verifica nos seguintes relatos:

“(...) há pessoas que não relaxam com a música e tem sempre essa hipótese, de dizer que não. O importante era dar a oportunidade da pessoa a escolher e se de facto a música fosse uma estratégia para diminuir a ansiedade, acho que sim, acho que pode ser uma estratégia adotada. Como te disse, já o verifiquei pela experiência que ocorreu um relaxamento quase imediato.” – E2

“O relaxamento é importante na anestesia, mesmo nas anestésias gerais, para que o doente se sinta mais relaxado para ter um acordar mais relaxado. (...) Se houver um ambiente ruidoso, desconfortável no adormecer do doente, sabemos que vai ter provavelmente um acordar mais agitado. (...) A prática, assim o diz, a utilização de música melhora todo esse autocontrolo que conseguimos no doente.” – E3

“Não íamos fazer uma coisa exuberante. Era uma coisa para relaxar. (...) É tentar adequar ao seu gosto para que ele esteja o mais tranquilo possível.” – E5

“O benefício é obvio – o relaxamento do utente e por consequência, a calma com que é feita a indução anestésica.” - E6

No estudo desenvolvido por Lane et al. (2019), cerca de 73% dos doentes referiram que ao ouvir música se iriam sentir menos ansiosos. A acrescentar a estes dados, cerca de 87% dos cirurgiões e 68% dos enfermeiros referiram exatamente o mesmo benefício da intervenção musical: a diminuição da ansiedade do doente.

Antonsen et al. (2023) com o seu estudo, corrobora a perceção obtida através dos relatos dos doentes, enfermeiros e cirurgiões do estudo de Lane et al. (2019), onde verificaram que a música tinha um efeito benéfico no relaxamento dos seus participantes, fazendo com que estes se sentissem mais calmos e menos ansiosos, resultando numa melhoria do seu bem-estar.

Ouvir música que a pessoa considere relaxante, atua a nível do cortisol, diminuindo assim os níveis desta hormona no organismo, e consequentemente reduzindo os níveis de ansiedade, promovendo o relaxamento físico e mental (Contreras, 2022). Medidas não farmacológicas, como a intervenção musical, são eficazes no alívio da ansiedade, da dor e promoção do relaxamento (Lim et al., 2023)

Associada aos cuidados cirúrgicos, no período perioperatório é indispensável falar sobre o conceito de dor. De acordo com o *International Council of Nurses* (2019), a dor é definida como um estado de perceção comprometida, onde surgem sensações corporais desconfortáveis associadas a um estado subjetivo de sofrimento, cujo fácies é característico e há alteração do comportamento da pessoa.

O relaxamento da pessoa proporciona bem-estar e como tal, torna-se um mecanismo para alívio e distração da dor. Os relatos dos enfermeiros participantes neste estudo revelam-nos que existe a perceção de que quando é utilizada música, existe um maior *controlo da dor*, como se verifica de seguida:

“penso que acaba por ajudar no controlo da dor, porque a pessoa está mais relaxada e acaba por não sentir a dor com tanta intensidade como se estivesse mais retraída” – E1

“A dor no pós-operatório é muito menos intensa quando a pessoa ouve música no pré e no intraoperatório. O processo acaba por ser mais fluído e natural, e o estado da pessoa é logo diferente.” – E6

Diversos autores corroboram a ideia de que a ansiedade pré-operatória está relacionada com o nível de dor pós-operatório e que o nível de dor é reduzido ao utilizar a intervenção musical como estratégia não farmacológica (Bayrak, Sagiroglu, & Copuroglu, 2019; Navarro-Gastón & Munuera-Martínez, 2020).

No estudo de Guerrier et al. (2021), relativamente à dor, os participantes inseridos no grupo de intervenção apresentam níveis inferiores de dor comparativamente ao grupo de controlo, e subjacente à redução de ansiedade, estes participantes apresentam um nível de dor menor durante o procedimento cirúrgico e no pós-operatório imediato.

Também outros estudos, corroboram os dados de que os doentes que constituem o grupo de controlo, apresentam níveis elevados de ansiedade pré-operatória, o que condiciona o tempo de recuperação anestésica (prolongando-a), conduzindo a um efeito negativo na gestão da dor pós-operatória (Ertuğ et al., 2017; Labrague & McEnroe-Petitte, 2016).

Os doentes que apresentam ansiedade pré-operatória são propensos ao aumento da experiência de dor (Mustafa et al., 2022). Existe uma correlação entre os níveis de ansiedade pré-operatória e a dor que o doente efetivamente experienciar no período intra e pós-operatório, ou seja, com níveis menos elevados de ansiedade a manifestação de dor e a sua experiência enquanto algo subjetivo, vai ser menos intensa.

Quando os níveis de ansiedade pré-operatória são elevados, não há um controlo eficaz da dor e como resultado, a quantidade de analgésicos e anestésicos utilizados nesses pacientes aumenta, e o período de recuperação é prolongado (Mustafa et al., 2022).

Na investigação desenvolvida por Fu, Oomens, Klimek, Verhofstad, e Jeekel (2020), os autores corroboram a premissa de que a música perioperatória reduz o consumo de analgésicos e anestésicos. A música perioperatória reduziu o consumo de opióides em 4,4mg relativamente à dose equianalgésica de morfina. A música perioperatória reduziu ainda a necessidade intraoperatória de propofol e midazolam, alcançando o mesmo nível de sedação.

Níveis mais elevados de ansiedade pré-operatória estão associados a quantidades maiores de fármacos para induzir e para manter os níveis de sedação adequados, ao longo do procedimento cirúrgico (Fu et al., 2020)

Giordano et al. (2023), no seu estudo, mostra que tal como o midazolam, a aplicação de música no pré-operatório tem um efeito ansiolítico e sedativo, verificado através dos valores do Índice Bispectral (BIS). Ao avaliarem os níveis de ansiedade no período pós-operatório, verificaram que a música tem um efeito mais duradouro, comparativamente ao midazolam, reduzindo assim a quantidade de fármacos a serem utilizados, e consequentemente os seus custos.

Compreendendo os benefícios da música a nível da redução dos níveis de ansiedade das pessoas, os enfermeiros entrevistados concluíram que a redução de custos, seria também um dos benefícios da intervenção musical. Seguem-se os excertos que identificam esta perceção dos participantes:

“Se formos a pensar até pode atuar noutras vertentes, por exemplo, reduzir alguns custos a nível de medicamentosos, por exemplo.” – E5

“Estamos a falar em ambulatório, mas isto podia ser, portanto, sala ou outro tipo de cirurgias, não é? A reduzir até internamentos. Um doente ansioso, que não respira, que imagina, faz uma complicação, uma atelectasia portal e é encolhido com dor. Se não tivesse ansiedade e dor, se

nós conseguíssemos trabalhar essa vertente ainda no pré-operatório, também o pós-operatório ia ser melhorado para ele, ia ser benéfico. Acima de tudo reduzir as complicações.” – E5

“O benefício é obvio (...), a calma com que é feita a indução anestésica, às vezes até com menor quantidade de fármacos, e conseqüentemente o seu acordar.” – E6

“(...) este é um tema (...) extremamente benéfico e ainda muito pouco utilizado. Quem sabe se não pode vir até a reduzir custos hospitalares (medicação, internamentos).” – E6

A cirurgia de ambulatório foi desenvolvida com o intuito de aumentar a efetividade e a qualidade dos cuidados, bem como aumentar a eficiência da organização hospitalar, no sentido em que é possível dedicar o internamento a situações complexas e urgências, racionalizando os gastos em saúde, reorientando corretamente os custos hospitalares para o que é realmente necessário (Despacho n.º 1380/2018).

Petot et al. (2019), no seu estudo, referem que os níveis elevados de ansiedade condicionam a evolução pós cirúrgica, prejudicando o sistema imunológico e conseqüentemente, aumentando o tempo de recuperação e reduzindo a tolerância à dor, prolongando assim os internamentos hospitalares.

O controlo dos níveis de ansiedade pré-operatória realiza-se de forma profilática, recorrendo continuamente ao uso de medicação sedativa e ansiolítica. No entanto, como qualquer medicação, esta tipologia de fármaco traz efeitos negativos como sonolência excessiva e depressão respiratória, e podem ainda interagir com o efeito anestésico, prolongando o período de recobro e internamento hospitalar (Akelma, Altinsoy, Arslan, & Ergil, 2020; Petot et al., 2019; Reynaud, Bouscaren, Lenclume, & Boukerrou, 2021).

Em 2011, numa revisão realizada pelo The Joanna Briggs Institute, foi desenvolvida uma folha informativa de boas práticas, com o tema “A música como intervenção nos hospitais”. Deste estudo, concluiu-se que ouvir música é eficaz na redução da ansiedade e na redução da quantidade de medicamentos sedativos necessários para controlar a ansiedade. O uso de sedativos foi significativamente menor para os doentes do grupo intervenção musical, em comparação com o grupo controle, que não ouviam música (Nilsson, 2008 citado por Joanna Briggs Institute, 2011).

Na investigação realizada por Giordano et al. (2023), ao aplicarem a escala para avaliação da ansiedade no pós-operatório, os valores obtidos sugerem que a aplicação de uma intervenção com música tem um efeito mais duradouro nos níveis de ansiedade, quando comparada à benzodiazepina midazolam.

A música é um método não invasivo e relativamente barato que permite ser utilizada através da tecnologia já existente no ambiente hospitalar, mantendo assim o custo desta terapia baixo, pois existe acesso à internet, o que permite aceder a diversas plataformas gratuitas (Poulsen & Coto, 2018).

A utilização de estratégias não farmacológicas, como a música, nomeadamente no período pré-operatório para melhorar o bem-estar do doente, para evitar o consumo excessivo de medicação, para atenuar custos desnecessários para o doente, são princípios que o enfermeiro deve considerar, na sua prática profissional, para atingir padrões de qualidade que o doente considere como benéficos e que realcem o papel do enfermeiro.

O papel do enfermeiro, para além de garantir o cumprimento de cuidados de qualidade, é zelar acima de tudo pela segurança do doente. O Plano Nacional para a Segurança do Doente (Despacho n.º 1400-A/2015) define diversos pilares que são essenciais à segurança do doente, e os enfermeiros entrevistados foram ao encontro de um deles, e destacaram as melhorias na comunicação, como um dos efeitos da intervenção musical. Os excertos seguintes refletem a perceção dos enfermeiros relativamente às melhorias possivelmente obtidas na comunicação, através da implementação de uma intervenção musical:

“(...) se for com fones, o doente depois não ouve aquilo que estamos a dialogar com ele. Agora, tendo em conta o som, o tipo de música, haver mais esse ruído, mas se for controlado... pode ser calmante para o doente e benéfico para a comunicação entre a equipa.” – E1

“Se toda a gente estiver disponível para ouvir música, a música que o doente quer, não seria um entrave à prestação de cuidados, pelo contrário. Acho que se a música for com som controlado, acho que todos conseguimos ouvir. E ouvindo menos bem, também há sempre o perguntar novamente, o confirmar a informação (...) acho que até era benéfico para reforçar a comunicação entre a equipa e com o doente. Minimizar os erros de comunicação.” – E2

“(...) na minha idade, chega um ponto que a própria música começa a incomodar um bocadinho. Começa a incomodar os profissionais que estão na sala. (...) a música para mim não é impeditiva de prestar bons cuidados. Facilita sempre, é facilitador nesse sentido. (...) Quando tivermos a questão da lista de verificação cirúrgica, teremos que fazer a opção e suspender a música (...) Esta verificação deve ser feita tal como um piloto de aviação, todas as checklists e se tiveres tudo em conformidade, aí já podes retomar a música.” – E3

“A música tem que ser colocada de forma que a comunicação entre qualquer elemento da sala seja viável e de forma a produzir relaxamento. Nunca se pode colocar a música muito alta, pois

a tendência é falar mais alto e causar mais ruído. Não será o mais benéfico para o doente. Se existir música, é natural que confirmemos a informação mais do que uma vez e isso é bom.” – E4

“A comunicação também é feita de forma normal, a música não está a altos berros, por isso a comunicação é eficaz. Na SO, a música é num open space e não condiciona a comunicação. Sempre que é necessário, a música é parada, caso existam momentos mais críticos ou que requeiram outro tipo de cuidados.” – E6

No estudo realizado por Fu et al. (2021), a música não foi considerada como um foco de distração. Cerca de 60% dos entrevistados referiram que a comunicação não teve efeito negativo ou que foi influenciada de forma positiva pela intervenção musical.

Lane et al. (2019), questionaram os cirurgiões e os enfermeiros sobre as suas preocupações relativamente à audição de música e 37% e 3%, respetivamente, referiram que a preocupação comum seria o “doente não conseguir ouvir a equipa”. No estudo de Guerrier et al. (2021), a exposição à intervenção musical aconteceu apenas antes do procedimento cirúrgico, pois para os autores, a exposição à música durante o procedimento pode: dificultar a comunicação entre o cirurgião e o doente e reduzir o nível de adesão/colaboração do doente ao procedimento cirúrgico (Guerrier et al., 2021). No entanto, não existem outros estudos que validem esta tomada de decisão.

Num estudo mais recentes, de Reudink et al. (2023), cerca de 11% dos entrevistados referiram que a utilização de música não deve influenciar negativamente a comunicação do doente em momentos cruciais, principalmente durante o momento de time-out na sala operatória. Esta informação vai ao encontro da informação descrita na Norma nº 001/2017 da DGS, onde é referido que a transferência de informação entre profissionais de saúde deve ser prioritária nos momentos mais críticos e de transição de cuidados.

A Norma nº 001/2017 acrescenta ainda que a comunicação eficaz deve ter as seguintes características: oportuna, precisa, completa, atempada, sem ambiguidade e compreendida pelo recetor. Apesar de ser utilizada diariamente, a comunicação necessita de ser praticada e é necessário ter empatia e conhecimento, para desenvolver competências que contribuam para a comunicação ser eficaz nos diversos contextos de cuidados (DGS, 2017).

CONCLUSÃO

O EEEMC é um agente crucial nos cuidados prestados aos doentes, quer em estado crítico ou não, devido às competências diferenciadas que possui na área, nomeadamente no que concerne ao reconhecimento precoce de sinais de instabilidade, bem como competências acrescidas no que respeita à liderança e gestão de equipas.

Enquanto EEEMC pretende-se que as práticas sejam orientadas tendo em conta a evidência científica mais recente e pertinente. O presente relatório pautou por descrever e analisar as experiências vivenciadas ao longo do último estágio, tendo sempre por base as competências gerais e específicas do EEEMC, recorrendo à análise crítica e reflexiva das mesmas. Para além desta análise reflexiva da prática profissional, espelha a investigação primária desenvolvida na temática da “Utilização da música na gestão da ansiedade perioperatória: perceção de enfermeiros de cirurgia de ambulatório”. Deste modo, considera-se que foram cumpridos todos os objetivos inicialmente traçados, bem como todos os objetivos diários que surgiam do contacto com o cuidado diário à pessoa.

Apesar de todas as dificuldades e da exigência sentida, através do empenho e dedicação que foi imposto neste processo de aprendizagem, considera-se que todos os contextos de cuidados foram promotores de reflexão e aprendizagem. A reflexão foi o motor impulsionador de toda a aprendizagem e do desenvolvimento deste relatório, pois só assim é possível obter uma autoconsciencialização do próprio, bem como do ambiente em que estamos inseridos. A discussão que é gerada através da reflexão proporciona o despertar para temas passíveis de serem melhorados, e como tal, é extremamente benéfico para os serviços e para os cuidados aos doentes.

O processo de aprendizagem em contexto de UCA permitiu ter contacto com um contexto de cuidados extremamente organizado, rigoroso, exigente e que atende a inúmeras especificidades, tendo sido necessário um investimento teórico que permitisse o consolidar de conhecimentos já adquiridos em contexto académico. Permitiu ainda desenvolver e consolidar competências humanas e comunicacionais, e de relação interpessoal.

Na prática clínica, visando uma perspectiva de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, foi sempre demonstrado julgamento clínico no que respeita à avaliação, planeamento e intervenção dos cuidados, contribuindo para o desenvolvimento de boas práticas de cuidados especializados. Para contribuir para uma prática de cuidados especializados, foi divulgado conhecimento científico através de *journal club* e poster, à equipa.

A componente de investigação tem por base a prática baseada na evidência, uma vez que já se verificam benefícios a nível da utilização de intervenções musicais para redução da ansiedade. Por existir evidência científica insuficiente no que concerne à aplicabilidade desta intervenção em cirurgia de ambulatório, isto veio corroborar a importância do desenvolvimento de investigação primária neste contexto de cuidados.

Considera-se cumprido o objetivo proposto com a componente de investigação, ao compreender a perceção dos enfermeiros de cirurgia de ambulatório relativamente à aplicabilidade de uma intervenção musical, bem como a aferir os fatores que condicionam ou não a aplicabilidade de uma intervenção musical.

As intervenções de cuidados complementares devem ser vistas como um complemento aos cuidados de enfermagem e não uma plena substituição dos cuidados já existentes.

A aplicação de uma intervenção musical é passível de ser aplicada em cirurgia de ambulatório, e esta deve ser individualizada, planeada em parceria com a pessoa alvo dos cuidados e reavaliada durante a sua implementação, permitindo otimizar os resultados pretendidos.

Para os enfermeiros, a implementação de uma intervenção musical deve ter conta aspetos como os custos, o tempo, a estrutura física do ambiente, a adesão dos profissionais e a existência de protocolos.

As intervenções não farmacológicas são extremamente importantes e tem vindo a ser aplicadas em protocolos de cirurgia. Deste modo, é importante a criação de protocolos para uniformizar as práticas clínicas, e deve ser tida em conta a importância de momentos de formação entre a equipa para capacitar os diversos elementos à implementação da intervenção.

Como implicações para a prática sugere-se que os enfermeiros utilizem a evidência obtida no presente estudo, como uma ferramenta que pode ser utilizada pelas instituições de saúde e os seus profissionais, para melhorar a prestação de cuidados e promover o desenvolvimento da utilização de terapias complementares, como a música, como parte integrante dos cuidados perioperatórios, pois são intervenções que se baseiam em evidência científica, permitindo a individualização dos cuidados da pessoa. A nível de formação académica, seria pertinente que nos planos curriculares dos cursos de enfermagem abordassem esta tipologia de intervenção de uma forma mais aprofundada, e que fornecessem ferramentas aos seus estudantes, para utilizarem a intervenção musical de forma autónoma. Na formação em serviço, era importante a criação de protocolos que uniformizassem a aplicação de uma intervenção musical e fosse fornecida formação a todos os elementos da equipa multidisciplinar.

Considera-se que é de extrema importância que os EEEMC sejam estimulados a desenvolver investigação, no sentido de procurar novo conhecimento e melhoria para as suas práticas clínicas, pelo que seria importante, que em estudos futuros, se continuasse a compreender de forma mais aprofundada, quais os fatores pelos quais a intervenção musical é ou não aplicada, em cirurgia de ambulatório e noutros contextos de cuidados.

Foram encontradas algumas dificuldades e limitações, no que diz respeito à inexperiência da investigadora, nomeadamente na realização de entrevistas e análise de dados segundo a análise de conteúdo de Bardin. No entanto, as dificuldades encontradas ao longo do desenvolvimento do processo de investigação foram colmatadas através da discussão com os orientadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akelma, F. K., Altinsoy, S., Arslan, M. T., & Ergil, J. (2020). Effect of favorite music on postoperative anxiety and pain. *Der Anaesthetist*, *69*(3), 198–204. Retrieved from <https://link.springer.com/article/10.1007/s00101-020-00731-8>
- Amaral, A. F. S., & Vidinha, T. (2014). Implementation of the nursing role effectiveness model. *International Journal of Caring Sciences*, *7*(3), 757.
- Antonsen, L., Dieperink, K. B., & Østervang, C. (2023). Music in the acute preoperative nursing care—A mixed-method pilot study. *Nursing Open*, *10*(4), 2572–2581.
- Assad, S. G. B., Valente, G. S. C., Santos, S. C. P. dos, & Cortez, E. A. (2021). Training and practice of nurses in Primary Care management: perspectives of Schön's Theory. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *74*.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2012). *Enfermagem perioperatória: Da filosofia à prática dos cuidados (2ª ed.)*. Loures, Portugal: Lusodidacta
- Association of periOperative Registered Nurses (AORN) (2022). *Guidelines for Perioperative Practice: 2022 edition*. Denver, USA: Author.
- Bardin, L. (2013). *Análise de conteúdo (4ª ed. revista)*. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Basto, M. L. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina. *Pensar Enfermagem*, *13*(2), 11–18.
- Bayrak, A., Sagiroglu, G., & Copuroglu, E. (2019). Effects of preoperative anxiety on intraoperative hemodynamics and postoperative pain. *JCPSP-Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, *29*(9).
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática de enfermagem*. Quarteto.
- Breda, L. F. T. F., & Cerejo, M. da N. R. (2021). Influência da consulta pré-operatória de

enfermagem na satisfação das necessidades informáticas do doente. *Revista de Enfermagem Referência*, (5).

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. (2022). *Relatório e Contas 2022*. Coimbra, Portugal.

Comissão Nacional Para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório. (2008). *Relatório final: cirurgia de ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente*. Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia Ambulatória.

Conselho Pedagógico (2018). *Normas de Elaboração e Apresentação da Dissertação/Trabalho de Projeto/Relatório Final de Estágio*. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Contreras, J. A. (2022). Music as medicine: a concept analysis. *Creative Nursing*, 28(4), 234–239.

Delaney, L. J. (2018). Patient-centred care as an approach to improving health care in Australia. *Collegian*, 25(1), 119–123.

Decreto-lei n.º 74/2006. Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Retrieved from <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/2006-75326440>

Despacho n.º 3635/2013, de 07 de março do Ministério da Saúde. (2013). *Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde*. Retrieved from <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro do Ministério da Saúde. (2015). Retrieved from <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>

Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio do Ministério da Saúde. (2015). Retrieved from <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>

Despacho n.º 1380/2018, de 08 de fevereiro do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2018). Retrieved from <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1380-2018-114654436>

Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro do Ministério da Saúde. (2021). Retrieved

from <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

- Direção Geral da Saúde. (2017). Norma nº. 001/2017, de 08 de fevereiro. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Lisboa, Portugal: Autor
- Direção Geral da Saúde. (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. Lisboa, Portugal: Autor
- Direção Geral da Saúde. (2019). Norma nº. 007/2019, de 16 de outubro. Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Lisboa, Portugal: Autor
- Direção Geral da Saúde. (2022). Norma nº 020/2015 atualizada a 17/11/2022. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico. Lisboa, Portugal: Autor
- Ertuğ, N., Ulusoylu, Ö., Bal, A., & Özgür, H. (2017). Comparison of the effectiveness of two different interventions to reduce preoperative anxiety: A randomized controlled study. *Nursing & Health Sciences*, 19(2), 250–256. Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/nhs.12339>
- Fu, V. X., Oomens, P., Klimek, M., Verhofstad, M. H. J., & Jeekel, J. (2020). The effect of perioperative music on medication requirement and hospital length of stay: a meta-analysis. *Annals of Surgery*, 272(6), 961.
- Fu, V. X., Oomens, P., Merkus, N., & Jeekel, J. (2021). The perception and attitude toward noise and music in the operating room: a systematic review. *Journal of Surgical Research*, 263, 193–206.
- Gerrish, K. & Lathlean, J. (2016). *The Research Process in Nursing*. Wiley Blackwell. UK, ISBN: 978-1-118-52258-5
- Giordano, F., Giglio, M., Sorrentino, I., Dell’Olio, F., Lorusso, P., Massaro, M., ... Favia, G. (2023). Effect of Preoperative Music Therapy Versus Intravenous Midazolam on Anxiety, Sedation and Stress in Stomatology Surgery: A Randomized Controlled Study. *Journal of Clinical Medicine*, 12(9), 3215.
- Gomes, J. A., Martins, M. M., Tronchin, D. M. R., & Fernandes, C. S. (2021). AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO CENTRO CIRÚRGICO NA ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADOS. *Cogitare Enfermagem*, 26.

- Gonçalves, S., Gonçalves, J., & Marques, C. (2021). *Manual de investigação qualitativa. Conceção, análise e aplicações* (1st ed.). Lisboa: Pactor.
- Guerrier, G., Bernabei, F., Lehmann, M., Pellegrini, M., Giannaccare, G., & Rothschild, P.-R. (2021). Efficacy of Preoperative Music Intervention on Pain and Anxiety in Patients Undergoing Cataract Surgery. *Frontiers in Pharmacology*, 2686.
- Howlin, C., & Rooney, B. (2021). Cognitive agency in music interventions: Increased perceived control of music predicts increased pain tolerance. *European Journal of Pain*, 25(8), 1712–1722.
- Joanna Briggs Institute. (2011). The Joanna Briggs Institute best practice information sheet: Music as an intervention in hospitals. *Nursing & Health Sciences*, 13(1), 99–102.
- International Council of Nurses. (2019). ICNP Browser. Retrieved from <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- ISO (2018). Risk management- Principles and guidelines. Norma n.º 31000
- Kakar, E., van Ruler, O., van Straten, B., Hoogteijling, B., de Graaf, E. J. R., Ista, E., ... Klimek, M. (2022). Implementation of music in colorectal perioperative standard care—barriers and facilitators among patients and healthcare professionals. *Colorectal Disease*, 24(7), 868–875.
- Labrague, L. J., & McEnroe-Petitte, D. M. (2016). Influence of music on preoperative anxiety and physiologic parameters in women undergoing gynecologic surgery. *Clinical Nursing Research*, 25(2), 157–173. Retrieved from <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1054773814544168>
- Lane, D., Palmer, J. B., & Chen, Y. (2019). A survey of surgeon, nurse, patient, and family perceptions of music and music therapy in surgical contexts. *Music Therapy Perspectives*, 37(1), 28–36.
- Lim, K., Jung, S., & Kim, H. (2023). Integrative review of non-pharmacological intervention and multidimensional evaluation for intraoperative anxiety under spinal anaesthesia. *Journal of Clinical Nursing*, 32(9–10), 2114–2127.

- Lukewich, J. A., Tranmer, J. E., Kirkland, M. C., & Walsh, A. J. (2019). Exploring the utility of the Nursing Role Effectiveness Model in evaluating nursing contributions in primary health care: A scoping review. *Nursing Open*, 6(3), 685–697.
- Merriam, S. B., & Tisdell, E. J. (2016). *Qualitative research: A guide to design and implementation* (4th ed.). John Wiley & Sons.
- Mota, A. S. de C., Castilho, A. F. de O. M., & Martins, M. M. F. P. da S. (2021). Avaliação da segurança do doente no bloco operatório: percepção dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(6 SE-Artigos de Investigação), 1–10. <https://doi.org/10.12707/RV20134>
- Murrock, C. J., & Bekhet, A. K. V. O.-30. (2016). Concept Analysis: Music Therapy. *Res Theory Nurs Pract*, (1), 44–2016. <https://doi.org/10.1891/1541-6577.30.1.44>
- Mustafa, H. I. Z., Cigerci, Y., & Dogan, M. (2022). The effects of the music intervention on anxiety, pain, vital signs, and patient satisfaction in intravitreal injection: a randomized controlled study. *Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences*, 27(2), 150–161.
- Navarro-Gastón, D., & Munuera-Martínez, P. V. (2020). Prevalence of preoperative anxiety and its relationship with postoperative pain in foot nail surgery: a cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), 4481.
- Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação em enfermagem*. Edição: IPS, ESS, Departamento de Enfermagem. Setúbal, Portugal. ISBN: 978-989-54837-0-9
- Ontano, M., Mejía-Velastegui, A. I., & Avilés-Arroyo, M. E. (2021). Principios bioéticos y su aplicación en las investigaciones médico-científicas: Artículo de revisión. *Ciencia Ecuador*, 3(3), 9–16.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos. Lisboa, Portugal. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-dequalidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em enfermagem: tomada de posição*.

Retrieved from
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código Deontológico dos Enfermeiros: Do caminho e das propostas. Lisboa, Portugal: Autor

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Leiria, Portugal. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Organization, W. H. (2009). *Implementation manual WHO surgical safety checklist 2009: safe surgery saves lives.*

Payne, A. (2003). *Técnicas de relaxamento: um guia prático para profissionais de saúde: Lusociência.*

Petot, T., Bouscaren, N., Maillard, O., Huiart, L., Boukerrou, M., & Reynaud, D. (2019). Comparing the effects of self-selected music versus predetermined music on patient anxiety prior to gynaecological surgery: a study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 20(1), 1–8. Retrieved from <https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-018-3093-6>

Polascik, B. A., Tan, D. J. A., Raghunathan, K., Kee, H. M., Lee, A., Sng, B. L., & Belden, C. M. (2021). Acceptability and feasibility of perioperative music listening: a rapid qualitative inquiry approach. *Journal of Music Therapy*, 58(1), 43–69.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2019). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem* (9th ed.). Artmed Editora.

Portaria n.º 306-A/2011, de 20 de dezembro. Diário da República n.º 242, 1.º suplemento, I série. 2-4. Retrieved from <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/306-a-2011-477277>

Portaria n.º 111/2014, de 23 de maio. *Diário da República n.º 99, I série.* 2947-2950. Retrieved from <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/111-2014-25345887>

- Poulsen, M. J., & Coto, J. (2018). Nursing music protocol and postoperative pain. *Pain Management Nursing, 19*(2), 172–176.
- Regulamento n.º. 190/2015, de 23 de abril. *Diário da República n.º 79, II série*. 10087-10090. Recuperado de <https://www.dre.pt>
- Regulamento n.º. 429/2018, de 16 de julho. *Diário da República n.º135, II série*. 19359-19370. Recuperado de <https://www.dre.pt>
- Regulamento n.º. 140/2019, de 6 de fevereiro. *Diário da República n.º26, II série*. 4744-4750. Recuperado de <https://www.dre.pt>
- Regulamento n.º. 743/2019, de 25 de setembro. *Diário da República n.º184, II série*. 128-155. Recuperado de <https://www.dre.pt>
- Reudink, M., Fu, V. X., Mackenbach, K. T. R., Jeekel, J., Slooter, G. D., & Dias, E. M. (2023). Implementation of perioperative music in day care surgery. *Acta Chirurgica Belgica, 123*(3), 281–289.
- Reynaud, D., Bouscaren, N., Lenclume, V., & Boukerrou, M. (2021). *Comparing The Effects of Self-Selected Music Versus Predetermined Music On Patient Anxiety Prior To Gynaecological Surgery: The MUANX Randomized Controlled Trial*. Retrieved from <https://assets.researchsquare.com/files/rs-274561/v1/2198e179-3883-4fbd-8add-8fdf50372bb5.pdf?c=1631883214>
- Sá, A. C. de. (1994). A ciência do ser humano unitário de Martha Rogers e sua visão sobre a criatividade na prática da enfermagem. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP, 28*, 171–176.
- Schön, D. A. (2017). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Routledge.
- Townsend, C. B., Bravo, D., Jones, C., Matzon, J. L., & Ilyas, A. M. (2021). Noise-canceling headphones and music decrease intraoperative patient anxiety during wide-awake hand surgery: a randomized controlled trial. *Journal of Hand Surgery Global Online, 3*(5), 254–259.
- Uğraş, G. A., Yıldırım, G., Yüksel, S., Öztürkçü, Y., Kuzdere, M., & Öztekin, S. D. (2018). The effect of different types of music on patients' preoperative anxiety: A

randomized controlled trial. In *Complementary therapies in clinical practice* (Vol. 31, pp. 158–163). Elsevier. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1744388118300665>

Wills, E. M., & McEwen, M. (2022). *Theoretical Basis Nursing* (6th ed.). Wolters Kluwer Health.

World Health Organization. (2019). *Medication safety in high-risk situations* (No. WHO/HIS/SDS/2018.3). Author.

World Health Organization. (2009). *Implementation manual WHO surgical safety checklist 2009: safe surgery saves lives*. Author.

ANEXOS

ANEXO I – CERTIFICADO DE FORMAÇÃO: GESTÃO DA DOR PARA ENFERMEIROS

CERTIFICADO

Certifica-se que

Sara Adriana Da Silva Bernardino

natural de Coimbra, nascido(a) em 14-02-1996,
titular do n.º de identificação 15034426, válido até 06-04-2031,
frequentou o curso de Formação Profissional:

**CURSO ONLINE: GESTÃO DA DOR PARA
ENFERMEIROS**

a partir de 11-03-2023 com a duração de 7,5h (inclui 4h de vídeo).
Certificado n.º 2497/2023 de acordo com o modelo publicado
na Portaria n.º 474/ 2010 de 8 de julho.



bwizer.
your evolution



ESTRUTURA CURRICULAR

Unidades de Formação/ Módulos/ Outras Designações	Horas
• Dor: A dimensão do problema	0,5
o História do estudo da dor	
o Números em Portugal e no Mundo	
• Mecanismos da Dor	1
o Definição da dor	
o Mecanismos fisiopatológicos da dor	
• Tipos de Dor	1
o Taxonomia da Dor	
o Dor Aguda vs. Dor Crónica	
o Dor Persistente Pós-Cirúrgica	
o Dor lombar	
o Dor Neuropática Diabética	
o Dor do membro fantasma	
o Síndrome de Dor Regional Complexa	
o Instrumentos de avaliação da dor	
• Tratamento da dor - abordagem multidisciplinar	0,5
• O papel do Enfermeiro	1

O responsável pela unidade formadora,

Hugo Belchior **bwizer.**
your evolution

Hugo Belchior
(assinatura e selo branco ou carimbo)

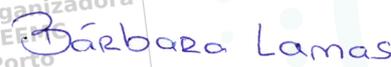
www.bwizer.com

**ANEXO II – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO: I JORNADAS DE
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA DO IPO PORTO - HUMANIZAÇÃO
DOS CUIDADOS EM ONCOLOGIA**

CERTIFICADO

Para os devidos efeitos certifica-se que, Sara Adriana da Silva Bernardino, participou - I Jornadas de Enfermagem Médico-Cirúrgica do IPO Porto - Humanização dos Cuidados em Oncologia que decorreu no Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, E.P.E., entre os dias 2023-04-28 e 2023-04-29 com 7 horas de duração.

Pela Comissão Organizadora


Comissão Organizadora
Grupo EPE
IPO-Porto

Enf.ª Paula Fernandes Enf.ª Bárbara Lamas

Escola Portuguesa de Oncologia do Porto


Prof.ª Doutora M.ª José Bento
Diretora da EPOP
N.º Mec. 1202
Prof.ª Doutora Maria José Bento

PROGRAMA

28 Abril

9:00-9:30 (Sessão de Abertura) - Prof. Doutora Ana Espírito Santo (IPO-Porto) - Enf. Jorge Freitas (Ordem dos Enfermeiros) - Enf. Fernando Monteiro (IPO-Porto)

9:30- 10:30 - MESA 1 "Humanização dos Cuidados à Pessoa em Situação Perioperatória" - Moderação: Enf.^a Graça Miguel

ISBAR no perioperatório, que realidade? - Enf.^a Cármen Passos

Desafios na comunicação com a família no perioperatório - Dr.^a Mariana Peyroteo

Úlceras por Pressão, uma preocupação no intra operatório - Escala ELPO - Enf.^a Andreia Salvini

Capacitação e empoderamento do doente cirúrgico oncológico - Enf.^a Carla Silva

11:00- 12:00 - MESA 2 "Humanização dos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica" - Moderação: Prof.^a Dr.^a Liliana Mota

Novas estratégias de comunicação do doente/família - Enf.^a M.^a Céu Veloso

Projeto de humanização em cuidados intensivos - Enf. José António

Desafios que a pandemia impôs na comunicação com a família ? vivências da equipa - Enf. Nuno Carones

Que necessidades depois da SMI? - Enf.^a Sónia Briga

14:00-15:00 - MESA 3 "Humanização dos Cuidados à Pessoa em Situação Crónica" - Moderação: Enf.^a Graça Braz

O papel do EEEMC na capacitação e empoderamento da pessoa a realizar tratamento antineoplásico sistémico - Enf.^a Marisa Rafael e Enf.^a Cátia Teixeira

Cuidar a pessoa com Dor Oncológica ? uma estratégia em humanização - Enf.^a Juliana Santos

Humanização em Oncologia que realidade? - Enf.^a Ana Sofia Lopes

O impacto da humanização nos sobreviventes - Dr.^a Mariana Abranches

15:00-17:00 (comunicações livres e apresentação de posters)

29 Abril

9:30- 10:30 - MESA 4 "Humanização dos Cuidados à Pessoa em Situação Paliativa" - Moderação: Prof.^a Doutora Olga Fernandes

Comunicação em Saúde - Enf.^a Ângela Simões

Cuidar a pessoa em situação de últimas horas de vida - Enf.^a Ana Paiva

Apoio domiciliário - Enf.^a Lurdes Barreira

Paradigma de tratamento de Feridas malignas/UPP em cuidados paliativos - Enf.^a Ana Guterres

10:30-11:00 Conferência multidisciplinar Humanização dos Cuidados em Oncologia - Enf. Fernando Jorge - Enf. João Alberto - Enf. João Pedro - Enf. Tiago Pinto - Enf. Hugo Filipe

11:30- 12:00 (Entrega de Prémios)

12:00 (Sessão de Encerramento)

**ANEXO III – PEDIDO DE APRECIÇÃO PRÉVIA À COMISSÃO DE ÉTICA DA
ESENFC**

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA:
E)

da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESENfC)

Formulário para Submissão de Pedidos de Apreciação à Comissão de Ética Relativos a Estudos de Investigação

Todos os campos abaixo **devem ser preenchidos eletronicamente**. Se porventura o item não se adequar ao estudo em causa, escreva "não se aplica". Pode remeter para anexo nos itens em que tal seja pertinente.

Título do Projeto: Utilização da música na gestão da ansiedade perioperatória: perceção de enfermeiros de cirurgia de ambulatório

Identificação do(s) Proponente(s)

Nome(s): Sara Adriana da Silva Bernardino

Filiação Institucional: Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ESENfC

Anexar resumo do *Curriculum Vitae* (máximo 1 página A4)

Investigador responsável: Sara Adriana da Silva Bernardino

Orientador: Professor Doutor Rui Filipe Lopes Gonçalves, ESENfC

Justificação: No período pré-operatório, existem manifestações da ansiedade a diversos níveis, tais como: aumento do nível de cortisol, da pressão arterial e da frequência cardíaca, maior sensibilidade à dor e consequentemente utilização excessiva de analgésicos e período de repouso não reparador (Uğraş et al., 2018).

O controlo dos níveis de ansiedade pré-operatória realiza-se de forma profilática, recorrendo continuamente ao uso de medicação sedativa e ansiolítica. No entanto, como qualquer medicação, esta tipologia de fármaco traz efeitos negativos como sonolência excessiva e depressão respiratória, e podem ainda interagir com o efeito anestésico, prolongando o período

de recobro e internamento hospitalar (Akelma, Altinsoy, Arslan, & Ergil, 2020; Petot et al., 2019; Reynaud, Bouscaren, Lenclume, & Boukerrou, 2021).

O enfermeiro deve ter como principal objetivo encontrar estratégias para garantir que o bem-estar físico e psicológico das pessoas de quem cuida, é mantido. Como tal, de modo a gerir a ansiedade pré-operatória e conseqüentemente os efeitos adversos que daí resultam, os enfermeiros de perioperatório devem intervir junto da pessoa, de modo a atenuar estas situações, de forma a que o pré, intra e pós-operatório decorram da forma mais saudável possível (Labrague & McEnroe-Petitte, 2016). É consensual a utilização de terapias complementares, como a música, como estratégia não farmacológica para controlo da ansiedade pré-operatória (Petot et al., 2019 e Uğraş et al., 2018).

A utilização da música como estratégia não farmacológica tem a capacidade de modular o sistema límbico para que este proporcione relaxamento, alívio da dor e redução do stress (Uğraş et al., 2018).

Tendo em conta a revisão da literatura realizada, pode aferir-se que existe uma relação entre a música e a ansiedade pré-operatória, e justifica-se questionar os enfermeiros relativamente à sua perceção sobre esta estratégia e sobre a sua aplicabilidade.

Objetivos do Estudo: identificar a perceção de enfermeiros de cirurgia de ambulatório sobre a aplicabilidade e aspetos que poderão influenciar uma intervenção com música na gestão da ansiedade da pessoa em situação perioperatória, respondendo à questão de investigação: Qual a perceção dos enfermeiros, com experiência em cirurgia de ambulatório, sobre a aplicabilidade e os aspetos que poderão influenciar uma intervenção com música na gestão de ansiedade da pessoa em situação perioperatória?

Data prevista de início dos trabalhos: março/2023

Data prevista de fim dos trabalhos: junho/2023

Data prevista de início da colheita de dados: abril/2023

Data prevista de fim da colheita de dados: abril/2023

Metodologia

Tipo de Estudo: Considerando a informação obtida na revisão da literatura e o intuito da investigadora com esta investigação, pretende-se desenvolver um estudo de desenho descritivo de natureza interpretativa, com recurso a entrevistas semiestruturadas de modo a dar resposta

à questão de partida.

População e Amostra/Informantes: os participantes do estudo serão selecionados por amostragem não probabilística, em redes e que acedem participar na recolha de dados. A afiliação institucional não é um dado relevante para os objetivos do estudo.

Critérios de Inclusão/Exclusão: Para a seleção dos participantes incluiremos enfermeiros com o título de enfermeiro e de enfermeiro especialista com experiência profissional em serviço de cirurgia de ambulatório.

Os critérios de exclusão deste estudo dizem respeito a enfermeiros que estejam em período de integração.

Locais onde Decorre a Investigação: A realização deste estudo tem como participantes enfermeiros com experiência de cirurgia de ambulatório independentemente da instituição de saúde onde trabalham e não se constitui como um dado a considerar neste projeto.

Instrumento(s) de Colheita de Dados (juntar exemplo, no formato, que vai ser utilizado): A recolha de dados recairá na utilização de entrevistas individuais semiestruturadas como recurso a guião próprio, previamente submetido a validação por peritos na área. As entrevistas decorrerão em momento e local a combinar com os participantes assegurando a privacidade e discrição requeridas. Para captação das entrevistas será proposta a sua gravação, utilizando dispositivo próprio para o efeito. No momento da entrevista será aplicado um pequeno questionário sociodemográfico para caracterização dos participantes, com atribuição de um código que não permitirá a identificação dos mesmos.

Garantia de Confidencialidade: Através do documento de consentimento informado que é entregue ao participante, garantimos ao participante que em momento algum do estudo, as suas respostas serão associadas ao seu nome, garantindo assim a privacidade e o anonimato do mesmo. Adicionalmente, os dados recolhidos serão tratados com recurso a software adaptado a natureza dos mesmos e é da responsabilidade da investigadora o cumprimento da confidencialidade e após o tratamento será garantida a destruição dos dados audiogravados.

Como é garantida a voluntariedade e autonomias dos participantes (juntar exemplos do documento para informação e obtenção do consentimento): Através do documento de consentimento informado, que é entregue ao participante e explicitação das fases da investigação e das potenciais implicações. Os participantes serão informados que poderão, a

qualquer momento, retirar o consentimento bem como solicitar acesso aos resultados da pesquisa.

Há previsão de danos para os sujeitos da investigação? Não.

Explicitar em caso afirmativo: N/A

Há previsão de benefícios para os sujeitos da investigação? Não.

Explicitar em caso afirmativo: N/A

Custos de participação para os sujeitos da investigação e possível compensação: Não há.

ANEXAR

1 - Autorização/concordância dos serviços onde decorre a investigação (caso já exista)

2 - Folha de Consentimento Informado (anexar) que deve conter, para além de outros julgados pertinentes, os seguintes elementos:

- identificação do investigador;
- identificação do estudo;
- objetivos do estudo;
- informações relevantes;
- carácter voluntário da participação;
- confidencialidade das respostas
- declaração, por parte do participante, em como recebeu a informação necessária, ficou esclarecido e aceita participar voluntariamente no estudo.

3 – Instrumento(s) de Colheita de Dados

4 – Projeto de Investigação (máximo 20 páginas)

5 – Curriculum Vitae do(s) Proponente(s) (máximo 1 página por cada)

Termo de Responsabilidade

Eu, abaixo assinado, na qualidade de investigador responsável, declaro por minha honra que as informações prestadas são verdadeiras e que em todo o processo de investigação serão respeitados os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à investigação.

Data: 22/02/2023

Investigador responsável:

Assinado por: **Sara Adriana da Silva Bernardino**
Num. de Identificação: 15034426
Data: 2023.02.27 22:31:24+00'00'

(Assinatura manuscrita)



ANEXO IV – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ESENEFC

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)**
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)**

Parecer n.º P945_02_2023

Título do Projeto: Utilização da música na gestão da ansiedade perioperatória: percepção de enfermeiros de cirurgia de ambulatório

Identificação das Proponentes:

Nome(s): Sara Adriana da Silva Bernardino

Filiação Institucional: Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ESEnfC

Investigador Responsável: Sara Adriana da Silva Bernardino

Orientadores: Professor Doutor Rui Filipe Lopes Gonçalves

Relator: Ana Margarida Abrantes

Parecer

A pesquisa bibliográfica realizada pelos autores refere que existe uma relação entre a música e a ansiedade pré-operatória, e justifica-se questionar os enfermeiros relativamente à sua percepção sobre esta estratégia e sobre a sua aplicabilidade. Assim, os objetivos deste trabalho consistem em identificar a percepção dos enfermeiros que exercem funções de cirurgia de ambulatório sobre a aplicabilidade e aspetos que poderão influenciar uma intervenção com música na gestão da ansiedade da pessoa em situação perioperatória, respondendo à questão de investigação: Qual a percepção dos enfermeiros, com experiência em cirurgia de ambulatório, sobre a aplicabilidade e os aspetos que poderão influenciar uma intervenção com música na gestão de ansiedade da pessoa em situação perioperatória?

O estudo decorrerá entre março e junho de 2023 e é definido como um estudo de desenho descritivo de natureza interpretativa, com recurso a entrevistas semiestruturadas. A amostra será constituída por participantes selecionados por amostragem não probabilística, em redes, e que acederem participar na recolha de dados. De acordo com os autores, a afiliação institucional não é um dado relevante para os objetivos do estudo. Os critérios de inclusão e exclusão estão definidos pelos autores assim como os instrumentos de recolha de dados nomeadamente o guião da entrevista com questionário socio-demográfico que será gravada. A confidencialidade e autonomia dos participantes está salvaguardada.

Sendo assim, somos do parecer que o projeto pode ser aprovado sem restrições de natureza ética.

O relator:

Assinado por: **Ana Margarida Coelho Abrantes**
Num. de Identificação: 12389057
Data: 2023.03.17 14:14:06+00'00'

Data: 15/03/2023

A Presidente da Comissão de Ética:

Nádia Flomena Bokello

APÊNDICES

**APÊNDICE I – POSTER JOURNAL CLUB “EFFICACY OF PREOPERATIVE
MUSIC INTERVENTION ON PAIN AND ANXIETY IN PATIENTS
UNDERGOING CATARACT SURGERY”**

"EFFICACY OF PREOPERATIVE MUSIC INTERVENTION ON PAIN AND ANXIETY IN PATIENTS UNDERGOING CATARACT SURGERY"

JOURNAL CLUB | SARA BERNARDINO, RN, ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA

Introdução

Apesar das mais variadas estratégias, a ansiedade é inerente a situações ou procedimentos que sejam desconhecidos, que provoquem alguma incerteza, nomeadamente os procedimentos cirúrgicos. É dever do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica, planear intervenções cujo objetivo é melhorar a adaptação dos doentes aos processos de transição que estão a viver, nomeadamente no caso de intervenções cirúrgicas. A utilização da música como estratégia não farmacológica, pode tornar-se uma intervenção autónoma de enfermagem frequentemente utilizada em contexto perioperatório, para restabelecer o máximo de bem-estar ao doente, sem qualquer tipo de técnica invasiva, estabelecendo uma relação terapêutica entre doente-enfermeiro, com o auxílio da música.

Objetivo do Estudo

Avaliar o efeito da intervenção musical na ansiedade pré-operatória e na dor, no intra e pós-operatório em pessoas submetidas a cirurgia de cataratas sob anestesia local.

Metodologia

Tipo de estudo: ensaio clínico randomizado controlado, prospetivo e com uma abordagem quantitativa.

243 participantes: doentes que iriam ser submetidos pela primeira vez a cirurgia de cataratas sob anestesia local.

O nível de ansiedade foi avaliado através da escala visual analógica para a ansiedade, antes e depois da intervenção musical.

A dor foi avaliada através da escala numérica da dor, numerada de 0 a 10, em três momentos distintos:

- 1) no intraoperatório, antes da inserção da lente intraocular dobrável;
- 2) no pós-operatório, antes da alta;
- 3) 7 dias depois da cirurgia.

Pré-Intervenção

- **Grupo de Controlo:** colocação de auscultadores
- **Grupo Intervenção:** colocação de auscultadores

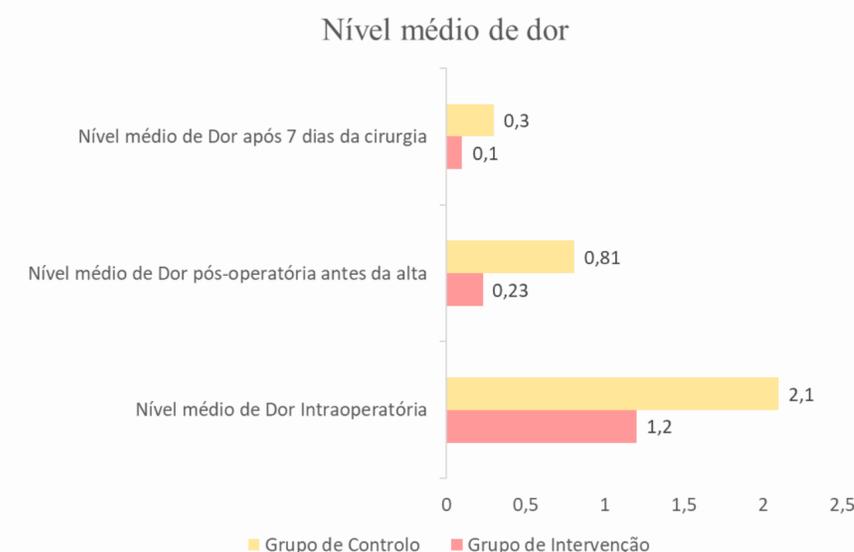
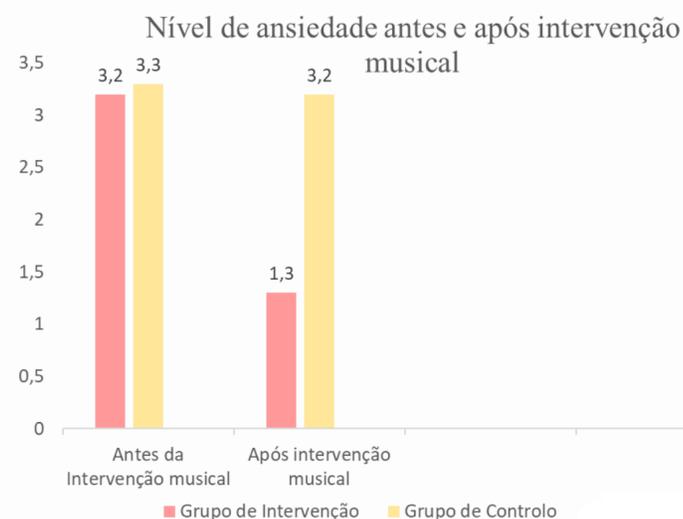
Intervenção

- **Grupo de Controlo:** mantém os auscultadores, sem música. Colocada máscara sobre os olhos.
- **Grupo Intervenção:** uma enfermeira treinada ensinou os doentes a lidar com um tablet para selecionarem música de acordo com as suas preferências. Colocada máscara sobre os olhos.

Pós-Intervenção

- **Grupo de Controlo:** Auscultadores e máscaras mantidos durante 20 minutos e removidos antes da cirurgia
- **Grupo Intervenção:** Auscultadores e máscaras mantidos durante 20 minutos e removidos antes da cirurgia

Resultados



Discussão/Conclusão

Os resultados obtidos por Guerrier et al. (2021), destacam que os participantes no grupo de intervenção apresentam níveis inferiores de ansiedade comparativamente ao grupo de controlo. Relativamente à dor, os participantes no grupo de intervenção apresentam níveis inferiores de dor comparativamente ao grupo de controlo, e subjacente à redução de ansiedade, estes participantes apresentam um nível de dor menor durante o procedimento cirúrgico e no pós-operatório imediato.

Os doentes que constituem o grupo de controlo, apresentam níveis elevados de ansiedade pré-operatória, o que condiciona o tempo de recuperação anestésica (prolongando-a), conduzindo a um efeito negativo na gestão da dor pós-operatória (Ertuğ et al., 2017; Labrague & McEnroe-Petitte, 2016). Diversos autores corroboram a ideia de que a ansiedade pré-operatória está relacionada com o nível de dor pós-operatório e que a dor é reduzida ao utilizar a intervenção musical como estratégia não farmacológica (Bayrak, SAĞIROĞLU, & Copuroglu, 2019; Navarro-Gastón & Munuera-Martínez, 2020).

**APÊNDICE II – POSTER “RECOMENDAÇÕES DE ABORDAGEM À FERIDA
CIRÚRGICA”**

RECOMENDAÇÕES DE ABORDAGEM À FERIDA CIRÚRGICA

SARA BERNARDINO, RN, ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA

Orientação Pedagógica: Professor Rui Gonçalves e Enfermeira Diana Gaspar

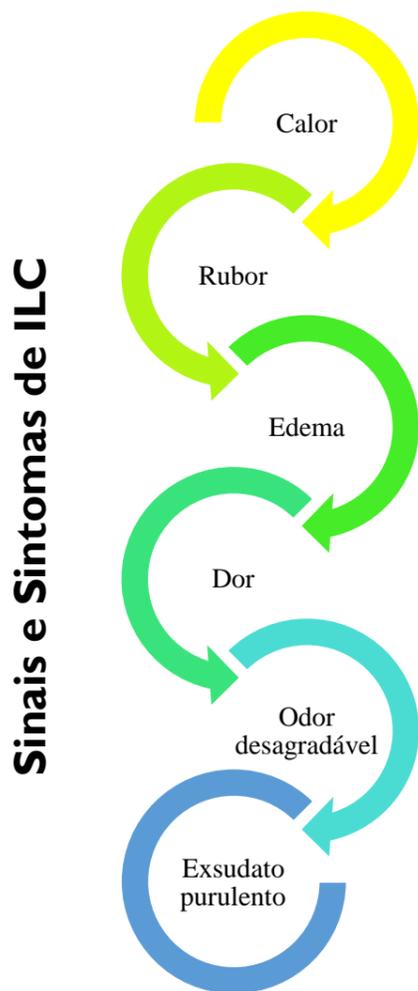
INTRODUÇÃO

A ferida cirúrgica corresponde a um “corte de tecido produzido por um instrumento cirúrgico cortante, de modo a criar uma abertura num espaço do corpo ou num órgão, produzindo drenagem de soro e sangue, que se espera que seja limpa, isto é, sem mostrar quaisquer sinais de infeção ou pus (*International Council of Nurses*, 2019).

Associado ao procedimento e à ferida cirúrgica, podem surgir complicações como a Infeção do Local Cirúrgico (ILC). A ILC ocorre no local da incisão cirúrgica ou próximo dela (incisional ou órgão/espaço), nos primeiros trinta dias do pós-operatório, ou até três meses no caso de colocação de prótese (DGS, 2022).

A ILC está entre as infeções associadas aos cuidados de saúde mais frequentes e que levam a maior morbilidade e mortalidade atribuíveis, prolongamento do internamento hospitalar no pós-operatório e a procedimentos cirúrgicos adicionais com custos elevadíssimos associados. Baseado em dados de um estudo europeu, desenvolvido pelo Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças, estima-se que na União Europeia ocorram mais de meio milhão de ILC anualmente (Marques, C., 2015; OE, 2021). Estima-se que 60% destas infeções sejam evitáveis pelo uso e cumprimento de normas baseadas em evidência científica mais atual (DGS, 2022; Parreira & Marques, 2017).

ABORDAGEM À FERIDA CIRÚRGICA NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO



(Parreira, Marques, 2017)

Recomendações na abordagem à Ferida Cirúrgica para minimizar a ocorrência de ILC

Cumprir as recomendações do Feixe de Intervenções de Prevenção de ILC (2022), propostas para o período pós-operatório: - Manter normotermia (>36°C); - Manter normoglicemia (<180 mg/dL nas primeiras 24 horas); - Oxigenoterapia para manter SpO2 igual ou superior a 95%, após anestesia geral com intubação endotraqueal, em doentes com função pulmonar normal.	Realizar o primeiro tratamento à ferida cirúrgica entre o 3º e o 5º dia de pós-operatório .	Realizar vigilância contínua da ferida cirúrgica e área circundante.	Limpar a ferida da zona mais limpa para a zona mais suja, num movimento contínuo.	Após o período pós-operatório inicial, utilizar técnica limpa e atraumática (técnica <i>non-touch</i>).	Reduzir ao máximo a frequência de mudança do penso, para evitar perturbar o tecido de cicatrização.	Realizar ensinamentos ao doente e pessoa de referência relativamente a cuidados a ter, sinais e sintomas de infeção.	Garantir a continuidade dos cuidados, através da carta de alta de enfermagem.
--	--	--	---	--	---	--	---

(DGS, 2022; Harris, Kuhnke, Haley, Cross, Somayaji, Dubois, Bishop & Lewis (2021); Parreira, Marques, 2017; Rothrock, 2022)

CONCLUSÃO

Na abordagem à ferida cirúrgica deve-se ter em conta a realização do tratamento e a monitorização da ferida cirúrgica. Prevenir complicações torna-se o objetivo maior dos cuidados de enfermagem, pelo que é crucial a vigilância de ILC.

Os cuidados de enfermagem requerem uma aprendizagem contínua, de forma a identificar as melhores evidências científicas disponíveis, para prestar cuidados de qualidade, seguros e eficazes (Gardner et al., 2016).

A vigilância, o empenho e a adesão dos profissionais de saúde são fundamentais, pois quanto mais conhecidos e divulgados forem os fatores de risco e as estratégias de prevenção da ILC, maior a probabilidade de redução da ocorrência das mesmas. Além disso, as medidas de prevenção, devem não só ser baseadas na melhor evidência disponível, como também na sua aplicabilidade à prática clínica, no sentido de melhorar a adesão de toda a equipa.

Referências Bibliográficas

- Harris, C; Kuhnke, J; Haley, J; Cross, K; Somayaji, R; Dubois, J; Bishop, R; & Lewis, K. (2021). Best practice recommendations for the prevention and management of surgical wound complications. In: Foundations of Best Practice for Skin and Wound Management. A supplement of Wound Care Canada. Retrieved from: www.woundscanada.ca/docman/public/health-care-professional/bpr-workshop/555-bpr-prevention-and-management-of-surgical-wound-complications-v2/file
- International Council of Nurses. (2019). ICNP Browser. Retrieved from <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/health-icnptm/icnp-browser>
- Direção Geral da Saúde (2022). Norma n° 020/2015 atualizada a 17/11/2022 – “Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico”. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde
- Marques, C. (2015). As infeções associadas aos cuidados de saúde (Dissertação de mestrado). Universidade de Coimbra. Faculdade de Economia, Portugal. Recuperado de <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/29677>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico no EaQ. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/norte/noticias/conteudos/preven%C3%A7%C3%A3o-da-infec%C3%A7%C3%A3o-do-local-cir%C3%BArgico-no-eaq/>
- Parreira, A., Marques, R. (2017). Feridas – manual de boas práticas. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas.
- Rothrock, J. (2022). *Alexander's Care of the Patient in Surgery* (17th ed.). Elsevier.

APÊNDICE III – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Consentimento informado

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, eu, Sara Adriana da Silva Bernardino, estou a desenvolver um estudo relativamente à “Utilização da música na gestão da ansiedade perioperatória: percepção de enfermeiros de cirurgia de ambulatório”, cujo principal objetivo é identificar a percepção dos enfermeiros de unidades de cirurgia de ambulatório, quanto à utilização da música, como estratégia não farmacológica, na ansiedade pré-operatória, em pessoas adultas submetidas a cirurgia eletiva, em regime de ambulatório.

Para realizar este estudo, será aplicado um questionário sociodemográfico e uma entrevista individual a cada participante. A entrevista durará 10 a 15 minutos, e será gravada e posteriormente transcrita. Os questionários estarão identificados apenas com um código, que em nada compromete a privacidade e anonimato do participante.

A sua participação nesta investigação não terá quaisquer custos adicionais, pois não são necessárias quaisquer deslocações ou recursos extraordinários.

Asseguro que ao participar neste estudo, será garantida a confidencialidade dos dados e o anonimato, utilizando o código referido anteriormente, ao invés de dados de identificação, pois também é minha obrigação cumprir o Código Deontológico que rege a minha profissão, de modo a garantir o sigilo profissional.

A participação neste estudo é de carácter voluntário, pelo que poderá desistir e abandonar a investigação a qualquer momento, se for assim a sua vontade. É pertinente salvaguardar que caso ocorra uma desistência não existirá qualquer tipo de prejuízo para o próprio.

Em qualquer momento, o participante tem o direito a questionar relativamente ao estudo e às metodologias utilizadas, e qualquer outra dúvida ou receio que deseje ver melhor esclarecido. Para qualquer esclarecimento, deve contactar a investigadora/enfermeira Sara Bernardino através do correio eletrónico saraasbernardino@hotmail.com ou do contacto telefónico 914456264.

Nome do investigador: _____

Assinatura: _____

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Ao analisar o documento de Consentimento Informado, declaro que:

- me foi transmitida toda a informação relativamente à investigação, de forma clara e fidedigna;
- tenho o direito de, em qualquer momento do estudo, colocar questões sobre a investigação e os seus métodos;
- me é garantida a confidencialidade e o anonimato de todos os dados que forem cedidos, no contexto de investigação, sem qualquer prejuízo para a minha privacidade;
- sou livre de desistir do estudo, sem qualquer prejuízo a título individual.

Deste modo, aceito participar de forma voluntária no estudo, fornecendo assim os meus dados, na confiança de que serão utilizados, única e exclusivamente para esta investigação, tendo em conta a garantia de confidencialidade e anonimato, que me são asseguradas pela investigadora.

Data: ____/____/____

Assinatura do Participante _____

**APÊNDICE IV – GUIÃO DA ENTREVISTA COM QUESTIONÁRIO SOCIO-
DEMOGRÁFICO**

GUIÃO DA ENTREVISTA COM QUESTIONÁRIO SOCIO-DEMOGRÁFICO

Tema: Utilização da música na gestão da ansiedade perioperatória: percepção de enfermeiros de cirurgia de ambulatório

Objetivo: identificar a percepção de enfermeiros de cirurgia de ambulatório sobre a aplicabilidade e aspetos que poderão influenciar uma intervenção com música na gestão da ansiedade da pessoa em situação perioperatória.

Participantes: Enfermeiros com experiência profissional em cirurgia de ambulatório.

Investigadora: Sara Adriana da Silva Bernardino

Orientador de Investigação: Professor Doutor Rui Gonçalves

Coorientadora de Investigação: Mestre Diana Gaspar

1ª Bloco: Legitimação da Entrevista e Questões Éticas	
Objetivos	Questões
Explicar os objetivos da entrevista; Garantir o anonimato e confidencialidade das respostas dadas na entrevista; Solicitar o consentimento para a gravação da entrevista.	Explicação breve e sucinta dos objetivos da entrevista, que será utilizada para o contexto de investigação; Explicação relativa à confidencialidade e anonimato da entrevista e tratamento de dados; Pedir o consentimento para gravação da entrevista – Aceita a gravação desta entrevista, para a recolha de dados?

2º Bloco: Caracterização dos Participantes		
Data ____/____/____	Início ____:____	Fim ____:____
QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO		
Idade:	Sexo:	
Categoria Profissional:		
Tempo de atividade Profissional:	Tempo de serviço em Cirurgia de Ambulatório:	

3º Bloco: Fase Narrativa		
Objetivos	Questões de Investigação	Questões Auxiliares
Identificar a perceção dos profissionais de saúde relativamente aos efeitos de uma intervenção com música, na gestão de sintomas, nos seus doentes.	Gostaria que me falasse sobre a sua experiência relativamente à utilização de intervenções com música, para gestão de sintomas (ansiedade, dor). A utilização da música é viável em contexto de ambulatório? Quais são os principais efeitos que observam?	A utilização da música seria um entrave à prestação de cuidados? Ou uma mais-valia? Porquê?
4º Bloco: Questões Finais		
Objetivos	Questões	
Questionar a pessoa entrevistada com o intuito de perceber se quer colocar alguma questão.	Quer colocar alguma questão? Tem alguma dúvida?	
Agradecimento e Validação		
Agradecer a colaboração da pessoa entrevistada; Informar da intencionalidade de transcrição dos dados; Questionar se deseja receber a transcrição da entrevista. Garantir a destruição da mesma após a recolha dos dados.	Agradeço a colaboração e o tempo dispensado; A entrevista vai ser transcrita posteriormente, quer receber um relatório do seu testemunho? A entrevista será eliminada após a transcrição da mesma.	