

A consulta pré-operatória de enfermagem: constrangimentos e sugestões à operacionalização - um estudo qualitativo

Paula Relvas Pedro¹

orcid.org/0000-0001-5159-6586

Maria da Nazaré Cerejo²

orcid.org/0000-0001-7144-4571

Adriana Neves Coelho³

orcid.org/0000-0002-6381-71280

The preoperative nursing consultation: constraints and suggestions for operationalisation - a qualitative study

¹ Doutoranda. Mestrado. Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem, Lisboa. Unidade Local de Saúde de Coimbra, E.P.E., Portugal.

² Mestrado. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Portugal Centre for Evidence-Based Practice: A Joanna Briggs Institute Centre of Excellence, Coimbra, Portugal.

³ Doutoramento. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Portugal Centre for Evidence-Based Practice: A Joanna Briggs Institute Centre of Excellence, Coimbra, Portugal.

Resumo

Introdução

A consulta pré-operatória de enfermagem pode ser percebida como um momento privilegiado para a transmissão de informação à pessoa em situação perioperatória, visando melhor prepará-la para a cirurgia e promovendo a sua colaboração nos cuidados perioperatórios. Não sendo um procedimento concretizado regularmente, importa, por isso, realizar investigação sobre as causas da sua não realização.

Objetivo

Conhecer os constrangimentos à operacionalização da consulta pré-operatória de enfermagem, por via da perceção dos enfermeiros do bloco operatório, bem como identificar as suas sugestões para superar os constrangimentos, e, analisar estratégias apontadas pelos enfermeiros que permitam a priorização da referida consulta.

Método

Estudo exploratório, descritivo, de natureza qualitativa. Recolha de dados: entrevista focus group mediante guião de entrevista semiestruturada, complementada no final da mesma com questionário individual contendo dados socioprofissionais e duas questões abertas. Participantes: amostra intencional - três grupos de enfermeiros, de três blocos operatórios de um hospital central da zona centro de Portugal. Implementada análise de conteúdo segundo o referencial de Bardin. O estudo considerou os princípios éticos e de integridade científica.

Resultados

Foi possível conhecer os constrangimentos apontados pelos enfermeiros: metodologia para a operacionalização, ainda indefinida; escassez de tempo disponível; alocação de leito tardia; privacidade comprometida, na realização da consulta; falta de reconhecimento pelas estruturas hierárquicas; dificuldades no espaço físico adequado; prolongamento imprevisível das atividades intraoperatórias; residência longínqua da pessoa em situação perioperatória, e recursos humanos deficitários. Identificou-se as seguintes sugestões/estratégias para se superar os constrangimentos: alocação de mais recursos humanos; espaço físico apropriado; necessidade de maior articulação interdisciplinar e de se criar visibilidade.

Conclusão

A consulta pré-operatória de enfermagem é um procedimento autónomo que os enfermeiros estão motivados para operacionalizar, superando os constrangimentos que assinalam e priorizando as suas sugestões.

Palavras-chave

Pesquisa Qualitativa; Período Pré-operatório; Consulta de Enfermagem; Cuidados Pré-operatórios.

Autor de correspondência

Paula Relvas Pedro

E-mail: pamarepe@hotmail.com

Recebido: 30.07.2023

Accite: 20.12.2023

Como citar este artigo: Pedro PR, Cerejo MN, Coelho AN. A consulta pré-operatória de enfermagem: constrangimentos e sugestões à operacionalização - um estudo qualitativo. *Pensar Enf [Internet]*. 2024 Mar; 28(1): XX-XX. Available from: <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v28i1.289>



Abstract

Introduction

The preoperative nursing consultation can be seen as a privileged moment for transmitting information to the person in a perioperative situation, to better prepare them for surgery and promote their collaboration in perioperative care. As this procedure is not carried out regularly, it is therefore important to carry out research into the reasons why it is not done.

Objective

To learn about the constraints to the operationalisation of the preoperative nursing consultation, through the perception of operating theatre nurses, as well as to identify their suggestions for overcoming the constraints, and to analyse the strategies pointed out by the nurses to prioritise this consultation.

Method

An exploratory, descriptive study of a qualitative nature. Data collection: focus group interview using a semi-structured interview script, supplemented at the end with an individual questionnaire containing socio-professional data and two open questions. Participants: purposive sample - three groups of nurses from three operating theatres in a central hospital in central Portugal. Content analysis was carried out according to Bardin's framework. The study considered ethical principles and scientific integrity.

Results

It was possible to identify the constraints pointed out by the nurses: methodology for operationalisation, still undefined; shortage of available time; late bed allocation; compromised privacy when carrying out the consultation; lack of recognition by hierarchical structures; difficulties in adequate physical space; unpredictable prolongation of intraoperative activities; distant residence of the person in a perioperative situation, and deficient human resources. The following suggestions/strategies were identified to overcome the constraints: allocation of more human resources; appropriate physical space; the need for greater interdisciplinary coordination and to create visibility.

Conclusion

The preoperative nursing consultation is an autonomous procedure that nurses are motivated to make operational, overcoming the constraints they point out and prioritising their suggestions.

Keywords

Qualitative Research; Preoperative Period; Nursing Consultation; Preoperative Care.

Introdução

A Enfermagem encontra-se numa crescente metamorfose, potenciando mudanças na prática clínica, particularidade que influencia diretamente a qualidade dos cuidados de saúde prestados à pessoa em situação de doença.¹

Sendo a enfermagem perioperatória (EP) um conceito central do estudo, importa clarificá-lo à luz da literatura disponível. Assim, verifica-se a existência de uma multiplicidade de conceitos que confluem na definição de que a EP é uma área especializada, diversificada e tendencialmente cada vez mais complexa, abrangendo várias subespecialidades na sua área de atuação (authors). Como refere Hicks², a EP é ciência e arte em constante evolução.

O conceito de EP tem vindo a evoluir, tornando-se mais centrado na pessoa em situação perioperatória (PSP) e família/pessoa significativa a experienciarem situações de saúde/doença que carecem de intervenções anestésico-cirúrgicas, em contexto perioperatório.³ Os cuidados de enfermagem nesta área de especialização também se reportam à promoção da saúde, à prevenção de complicações e à implementação de medidas para fazer face à doença.³

No decurso do processo cirúrgico, os enfermeiros avaliam a PSP, recolhem, organizam, priorizam os dados, elaboram diagnósticos de enfermagem, identificam os resultados esperados, avaliam os resultados obtidos e as respostas da pessoa.⁴

Partindo desta premissa, a EP tem como finalidades: fomentar o desenvolvimento de competências que propiciem uma prestação de cuidados de qualidade, assim como conferir subsídios para a otimização dos comportamentos e atitudes dos enfermeiros de perioperatório.⁴

A consulta pré-operatória de enfermagem (CPOE) tem enquadramento no âmbito da EP, integrando um conjunto de intervenções realizadas no decurso do processo de enfermagem, em diferentes contextos hospitalares, com o intuito de assegurar os melhores e mais favoráveis cuidados à PSP.⁴ Promove a humanização dos cuidados, o autocuidado e uma transição saudável da PSP/família/pessoa significativa, no sentido de uma melhor e mais célere recuperação.⁴

O bloco operatório (BO) é atualmente entendido como uma unidade com uma estrutura orgânica e funcional autónoma, que integra recursos humanos, recursos materiais e tecnologias diferenciadas, direcionados para a prestação de cuidados cirúrgicos especializados e do foro da anestesiologia, à PSP.^{3,5}

As diretrizes da Association of Perioperative Registered Nurses (AORN)⁵ constituem importantes recomendações baseadas em evidências para a prestação de cuidados perioperatórios seguros à PSP, visando a segurança no local de trabalho; norteiam um modelo de cuidados perioperatórios com enfoque na pessoa e assente em três

dimensões: segurança da pessoa; a sua resposta fisiológica à cirurgia e a resposta comportamental do binómio pessoa/família à cirurgia;^{6,7} focalizam-se nos resultados cirúrgicos e preconizam que os enfermeiros são os profissionais legalmente habilitados, com um corpo de conhecimentos e de competências únicas e reconhecidas para acionar um modelo de cuidados centrados na PSP.^{7,8}

A AORN Nursing Research Committee (NRC) tem estado envolvida no desenvolvimento de evidências científicas considerando as Prioridades de Pesquisa AORN em EP 2023-2028.^{2,6} Nesse sentido, enfatizou intencionalmente duas prioridades; a primeira prioridade diz respeito à construção da ciência da prática da EP mediante a descoberta e tradução de estratégias baseadas em evidências, no cenário clínico; a segunda prioridade reporta-se à análise e vinculação de indicadores perioperatórios de qualidade, para promover resultados positivos para a PSP, mediante práticas baseadas em evidências.^{2,6} O conhecimento destas prioridades pelos enfermeiros de perioperatório é fulcral, no sentido de se conduzir estudos que promovam cuidados perioperatórios seguros e fomentem o desenvolvimento da EP.^{2,6}

O enfermeiro de perioperatório tem a importante missão de assegurar e propiciar à PSP uma práxis clínica de qualidade, norteada por estratégias que identifiquem e avaliem as suas necessidades e fomentem a sua satisfação, tendo sempre presente as três dimensões da EP: o pré-operatório, o intraoperatório e o pós-operatório.⁸ Paralelamente, compete ao enfermeiro de perioperatório elaborar registos de enfermagem mediante as necessidades da PSP, implementar intervenções personalizadas, avaliar os resultados obtidos, assim como implementar metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade e segurança cirúrgicas.^{8,9}

A legislação alusiva às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, preconiza a consulta perioperatória como uma das cinco áreas de intervenção, que abrange as consultas pré e a pós-operatória.³ A Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP)⁸ também preconiza importantes objetivos da CPOE, a referir: o contributo para a minimização da ansiedade da PSP; avaliar expectativas e conhecimentos inerentes à cirurgia; permitir o conhecimento da história clínica e as necessidades comprometidas, facilitando a elaboração de diagnósticos e o planeamento de cuidados personalizados; relembrar e esclarecer informações já proporcionadas, dirigidas à preparação pré-operatória e propiciar a continuidade dos cuidados.^{10,11,12} Pelo exposto, pode-se afirmar que a avaliação pré-operatória serve de base de sustentação à CPOE, proporcionando subsídios para o esclarecimento de dúvidas alusivas ao ato cirúrgico e também, particularmente, para maior tranquilização da PSP.

A unicidade de cada pessoa vai despoletar uma reação face à cirurgia que não é linear, podendo ser condicionada por fatores psicossociais e emocionais, em que o stresse, em

maior ou menor grau, condiciona os comportamentos e as expectativas face a um futuro próximo, de todo imprevisível e desconhecido.^{10,11,12,13} Por outro lado, o BO pode estar associado à ideia representativa de um local de esperança.¹¹ Neste período, as diferentes formas de comunicação assumem relevância, pelo que o enfermeiro de perioperatório deve apropriar-se das suas soft skills comunicacionais no sentido de fomentar uma relação de ajuda, em proximidade, com empatia, concretizando em simultâneo as primeiras etapas do Processo de Enfermagem.^{10,11,12,13}

No que concerne à sua operacionalização, preconiza-se, idealmente, a realização da CPOE pelo enfermeiro que irá estar de apoio à anestesia e nas 24 horas que antecedem a cirurgia, devendo ser programada com o enfermeiro do internamento e com a PSP.¹³

Não obstante, as melhores e mais recentes evidências científicas disponíveis enfatizarem a importância da implementação da CPOE, evocando ganhos em saúde para a pessoa/família,⁴ constata-se que a sua prática não é um procedimento uniformizado.¹⁴ Foi a constatação desta desarmonia entre a teoria e a prática que induziu à necessidade de perceber mais e melhor a aplicabilidade da CPOE e mais especificamente os constrangimentos à sua operacionalização, na ótica dos enfermeiros do BO. Na posse desse conhecimento poderão surgir achados que propiciem a operacionalização da referida consulta como uma prática regular, já que a CPOE se traduz numa das mais importantes intervenções autónomas da EP que importa destacar, com vista à excelência do cuidar.³ É por isso importante, compreender e procurar responder à necessidade de implementação da CPOE, capaz de conferir um melhor e maior contributo para a PSP e família.

Constata-se, relativamente à CPOE, a existência de lacunas no conhecimento sobre a temática, sendo este um assunto pouco estudado na evidência científica.¹⁴ Os escassos estudos neste âmbito sugerem a importância de se realizar investigações futuras sobre a temática. Os estudos quantitativos elucidam sobre a importância e os benefícios da CPOE,^{4,9,10,11,12} todavia não se identificaram estudos qualitativos especificamente alusivos à temática em estudo, o que levou à necessidade de se desenvolver um estudo com essa metodologia, para melhor compreensão do fenómeno que se pretendia explorar.

Para o presente estudo, deu-se enfoque à síntese das evidências disponíveis, tomando em linha de conta o referencial teórico de Meleis¹⁵, que preconiza ser emergente a necessidade de se promover uma transição saudável, adequando as estratégias facilitadoras de melhoria às respostas aos processos de vida, saúde e doença, sendo o enfermeiro um agente facilitador do processo.¹⁵ Crê-se que esta linha de pensamento alicerça o fenómeno em estudo, na medida em que, as intervenções de enfermagem visam capacitar a PSP/família/pessoa significativa, para uma transição saudável e segura, e, nesse sentido, devem ter como propósito, auxiliar as pessoas a gerir as transições ao

longo do ciclo vital, por forma a prevenir ou minimizar períodos de crise.¹⁵

Face ao exposto, formulou-se as seguintes questões de investigação: Quais os constrangimentos à operacionalização da CPOE na perceção dos enfermeiros do BO? Quais as suas sugestões para superar os constrangimentos? Quais as estratégias que apontam para priorizar a CPOE?

Enunciou-se como objetivos: conhecer os constrangimentos à operacionalização da CPOE, por via da perceção dos enfermeiros do BO; identificar as sugestões que visem superar os constrangimentos à realização da CPOE; analisar estratégias apontadas pelos enfermeiros que permitam priorizar a CPOE. Neste sentido, a finalidade maior do presente estudo conflui com os objetivos, na medida em que se pretende obter achados consistentes que possam conferir subsídios à prática regular da CPOE.

Método

Para esta investigação optou-se pela realização de um estudo exploratório, descritivo, de natureza qualitativa, assente no paradigma construtivista, cujo alcance analítico procura a compreensão do fenómeno, o envolvimento do significado de vários participantes, a construção histórica e social, a geração de teorias relativamente ao fenómeno.¹⁶

No sentido de relatar a investigação, considerou-se o guia traduzido e validado Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ), segundo Souza et al.¹⁷ O COREQ é recomendável para relatos de investigação em que se colhem dados por via de entrevistas ou grupos focais.¹⁴ Os seus 32 itens distribuídos em três domínios, nomeadamente: caracterização e qualificação da equipe de investigação, desenho do estudo e análise dos resultados integram a sua checklist, tendo sido abordados todos os critérios consolidados para relatar a investigação qualitativa.¹⁷

O estudo envolveu os participantes convidados de três blocos operatórios (BOs) de uma instituição hospitalar da zona centro de Portugal. Os BOs foram intencionalmente selecionados considerando os seguintes critérios de inclusão: o conhecimento da realidade operante dos três BOs relativamente à concretização da CPOE, o BO onde a investigadora principal exercia funções, integrar o estudo e, em pelo menos um dos BOs intervenientes no estudo, desenvolver-se a prática habitual/recorrente da CPOE. No sentido de proteger a identidade dos BOs envolvidos, ao abrigo da Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto que diz respeito ao Regulamento Geral da Proteção de Dados (RGPD), optou-se por caracterizar os BOs de forma sucinta e sintética, mediante os seguintes itens descritivos: no BO1, de maiores dimensões, não era prática habitual a CPOE; no BO2, de menores dimensões, era prática habitual a CPOE, e no BO3 igualmente de pequena dimensão, não estava implementada a CPOE, à data da investigação. O método

de amostragem escolhido foi o intencional porque permite selecionar informantes para participar com base no conhecimento específico de determinado fenómeno.¹⁶ Na seleção dos participantes, o enfermeiro gestor de cada BO teve um papel preponderante, como elo de ligação com a investigadora principal, facultando a disseminação da informação aos potenciais participantes, via e-mail. De salientar, a ausência de relação da investigadora principal com os participantes de dois dos BOs envolvidos; não obstante, relativamente aos participantes e ao contexto onde a investigadora principal exercia funções, foram tidos em consideração os critérios de rigor científico, mais adiante descritos, no sentido de precaver qualquer tipo de viés na investigação em curso.

No que concerne à constituição da amostra, foram considerados participantes, aqueles que se encontrassem em exercício de funções nos blocos operatórios selecionados, organizados em três grupos, de 4 a 11 elementos, segundo os critérios de inclusão: tempo de serviço no atual BO superior a dois anos; maior experiência profissional em BO, formação académica preferencial: pós-graduada, de especialização ou mestrado. Como critérios de exclusão estipulou-se: os enfermeiros que se encontrassem em baixa prolongada e os enfermeiros com menos de dois anos de experiência em BO. Obteve-se a seguinte constituição da amostra: BO1, com 11 participantes, codificados do BO1 P1 ao BO1 P11; BO2, com 8 participantes, codificados do BO2 P1 ao BO2 P8 e BO3 com 4 participantes, codificados do BO3 P1 ao BO3 P4. Dois elementos do BO3 recusaram participar no estudo, por indisponibilidade horária, na data agendada para a colheita de dados. Os enfermeiros que integraram a amostra corresponderam aos que exerciam funções nos BOs mencionados da instituição hospitalar, no período de colheita de dados – entre 11 de fevereiro e 4 de março de 2022 -, e que respeitaram os critérios de inclusão, perfazendo um total de 23 enfermeiros.

O instrumento de colheita de dados foi a entrevista semiestruturada focus group, sendo esta última, “uma forma específica de entrevista de grupo com a intenção de explorar a dinâmica do mesmo”.^{16(p.491)} A investigadora principal moderou cada entrevista focus group, tendo utilizado um guião que se elaborou para o efeito, o qual foi previamente testado. As entrevistas focus group foram áudio gravadas em plataforma informática, para maior fidedignidade e facilidade na sua transcrição e posteriormente foram validadas pelos seus participantes. Optou-se por complementar a recolha de dados com questionário Google Forms, disponibilizado aos participantes dos grupos no final de cada entrevista, com o intuito de recolher dados socioprofissionais e as respostas individuais a duas questões abertas, conferindo assim a possibilidade de se obter maior riqueza de dados.¹⁶ As entrevistas tiveram uma duração que variou entre 45 e 70 minutos. Foram realizados um total de 3 entrevistas focus group, sem repetição, que culminaram com a discussão da saturação dos dados. As transcrições

foram devolvidas aos participantes para esclarecimentos e/ou correções.

Para tratamento dos dados recorreu-se à metodologia de análise de conteúdo com fundamento em Bardin.¹⁸ As entrevistas focus group foram transcritas na íntegra, manualmente, incluindo hesitações, silêncios e estímulos do investigador, e, acautelando-se as codificações dos BOs e dos participantes envolvidos. Inicialmente, efetuou-se uma leitura superficial, no sentido de se obter uma perceção do todo; de seguida, por via do software NVivo - utilizado como auxiliar do processo de análise -, procedeu-se à importação do material – entrevistas e tabelas excel dos questionários. Posteriormente e com uma leitura mais atenta, procedeu-se à identificação de unidades de significado coexistentes nas três entrevistas focus group, mediante análise textual lexicográfica e análise de similitude. Para refletir a homogeneidade do corpus da análise, preconizou-se como critério de inclusão das palavras, as proferidas com maior frequência, o que facilitou os processos de filtrar, codificar, categorizar, primeiramente, em subcategorias, e só depois, agregar em categorias; permitiu ainda, interpretar os dados e colocar em relevo as conclusões da análise.¹⁸

Foram considerados os procedimentos éticos para a realização da investigação, conforme Nunes.¹⁹ Foi obtida autorização do Conselho de Administração da instituição hospitalar para o desenvolvimento do estudo, que incluiu o parecer favorável da Comissão de Ética (Ofício n.º 017/CES, de 28/01/2022, alusivo ao Proc. N.º OBS.SF.163-2021). Aquando da submissão do questionário, os participantes foram informados acerca da finalidade do estudo, da voluntariedade da participação e da garantia da confidencialidade dos dados, assinando o consentimento informado.¹⁹

No que concerne aos critérios e estratégias de qualidade e rigor da investigação, teve-se em consideração os critérios propostos por Lincon e Guba, como referidos por Velloso et al.²⁰, nomeadamente: credibilidade – pela triangulação de

métodos, revisão ancorada por professores orientadores e validação das entrevistas; transferibilidade – pela utilização de uma amostragem intencional, apresentação esquemática de resultados e fornecimento da existência de um plano sobre o contexto e os participantes; dependabilidade – mediante descrição cronológica e sistemática da trilha, abrangendo notas de entrevistas e observações, entre outros; confirmabilidade – pela adoção de uma perspetiva indutiva, neutra, desprovida de pareceres, juízos de valor e conclusões pessoais.²⁰

Resultados

O número total de participantes dos três BOs foi de 23 enfermeiros, dos quais, 22 do género feminino e 1 do género masculino. No que concerne à idade, 9 enfermeiros tinham idade superior a 50 anos, 10 integravam a faixa etária [40-49] e 4, a faixa etária [36-39]. Relativamente à formação académica, eram mestres [n=3], especialistas [n=9] e licenciados [n=11]. No que diz respeito ao tempo de serviço, 4 enfermeiros exerciam funções há mais de 36 anos; 8 integravam o período [26-35] anos, 9 enquadravam o período [16-25] anos e 2 alocavam-se no período [6-15] anos. Em relação ao tempo de serviço no atual serviço, 1 enfermeiro desempenhava funções no atual BO há mais de 36 anos, 6 enfermeiros alocavam-se no período [26-35] anos, 9, no período [16-25] anos, 5, no período [6-15] anos e 2, no período [2-5] anos. Relativamente ao tipo de horário exercido: horário por turnos [n=8]; horário fixo+prolongamentos [n=2]; horário fixo (manhã) [n=12], e, outro [n=1].

Para ter uma melhor perceção do processo de categorização, conseguida pela análise dos dados obtidos, optou-se pela sua apresentação de forma esquemática. As unidades de significado identificadas, emergentes do discurso dos participantes, e, coexistentes nos três grupos, permitiram nortear a codificação em subcategorias, que foram agregadas nas seguintes categorias (figura 1):

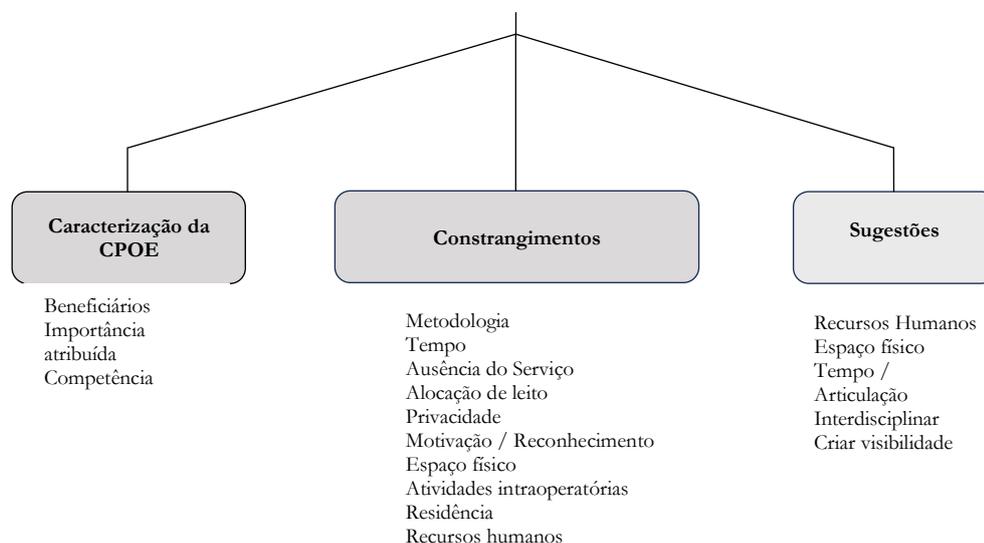


Figura 1 - Categorização. Fonte: NVivo

Assim, foram nomeadas de acordo com a representatividade do conteúdo e das palavras mais evocadas, dezassete subcategorias, organizadas da seguinte forma:

Beneficiários; Importância atribuída e Competência, geraram a categoria “Caracterização da CPOE”. Esta categoria espelha as percepções dos enfermeiros acerca da CPOE, nomeadamente a sua relevância; quem tem a competência para a concretizar, os benefícios advindos pela sua prática e os beneficiários envolvidos.

Metodologia; Tempo; Ausência do Serviço; Alocação de leito; Privacidade; Reconhecimento; Espaço físico; Atividades intraoperatórias; Residência e Recursos Humanos, geraram a categoria “Constrangimentos”. Esta categoria reflete os maiores constrangimentos expressos pelos enfermeiros para a consecução da CPOE, abrangendo: a preferência pela calendarização, ao invés do método presencial na véspera; o escasso tempo disponível; a falta de reconhecimento, da sua importância, pelas estruturas hierárquicas superiores; a ausência de um espaço físico apropriado, com o garante da necessária privacidade; os extensos programas intraoperatórios que retêm os enfermeiros no cumprimento de outras funções; a residência do utente, na medida em que se for longínqua, pode condicionar a sua vinda a uma consulta calendarizada;

por outro lado, se a residência for próxima, poderá acontecer a possibilidade da PSP deslocar-se para o hospital apenas no dia da cirurgia, o que, segundo os enfermeiros, inviabiliza a consecução da CPOE. Por último, a escassez de recursos humanos para dar cumprimento a todos os procedimentos de enfermagem, assim como, a excessiva carga de trabalho, surgem, no discurso dos participantes, como um dos maiores constrangimentos.

Recursos humanos; Espaço físico; Tempo/Articulação interdisciplinar e Criar visibilidade geraram a categoria “Sugestões”. A sugestão de mais recursos humanos com a competência da prática da CPOE calendarizada, é apontada como uma estratégia impactante. Por outro lado, o tempo a disponibilizar para a realização da CPOE é sugerido pelos enfermeiros como algo importante a gerir, carecendo de uma articulação com a equipa interdisciplinar, por forma a não acontecer sobreposição de horários.

Por último, a sugestão de se criar visibilidade por via da CPOE, é, na percepção dos enfermeiros uma estratégia fulcral que incrementa valor aos cuidados de enfermagem e contribui para a melhoria da qualidade.

A agregação possibilitou esquematizar as referidas três categorias numa estrutura conceitual, em que a pessoa surge no centro dos cuidados de enfermagem (figura 2).

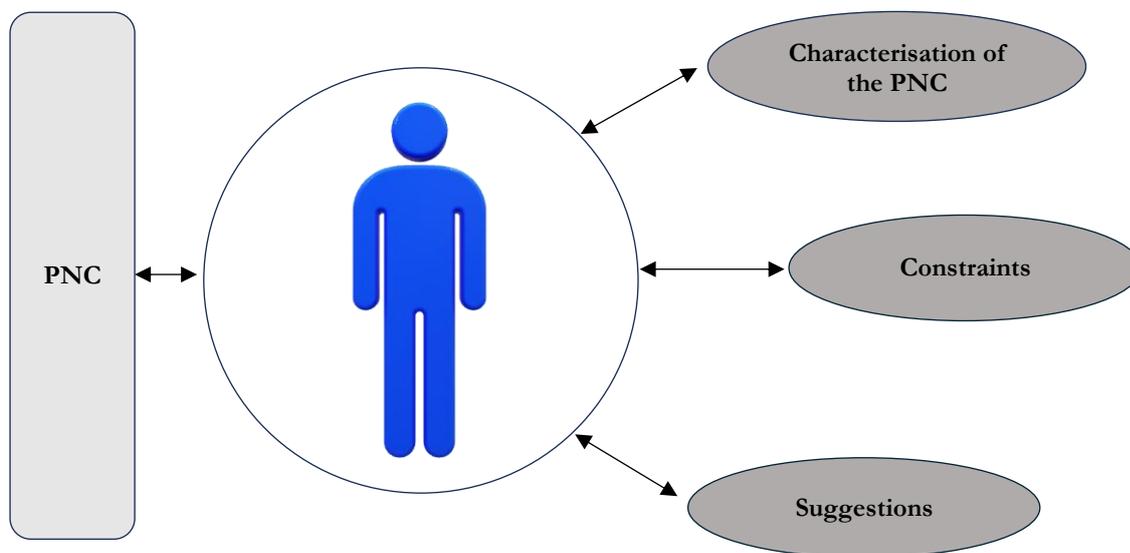


Figura 2 - Estrutura conceitual – A pessoa no centro dos cuidados de enfermagem. Fonte: NVivo

Discussão

Considerando o foco do estudo (constrangimentos e sugestões dos enfermeiros na operacionalização da CPOE), foi realizado o cruzamento com as evidências mais recentes, dando enfoque às palavras com mais relevância dentro de cada subcategoria.

Categoria “Caracterização da CPOE” – subcategorias emergentes

Apurou-se, pela análise, três subcategorias alusivas à categoria Caracterização da CPOE:

1 - Beneficiários

Independentemente das experiências pessoais, todos os participantes caracterizaram a CPOE como um procedimento autónomo importante para a prestação de

cuidados personalizados, propiciando ganhos em saúde para a PSP, família e também contributos importantes para os enfermeiros e para a enfermagem.

“... Porque nós percebemos que é uma mais-valia tanto para o doente, como para o profissional (...), como para toda a segurança na manutenção do processo cirúrgico” (BO3 P4, fevereiro de 2022).

Do discurso dos participantes apurou-se que a prática da CPOE tem subjacente uma bilateralidade de benefícios, quer para a PSP e família, quer para o enfermeiro. Filho et al.²¹ corroboram esta perspetiva e alegam que favorece a relação enfermeiro-PSP, promove o conforto da PSP e capacitam-na para “passar pelo ato anestésico-cirúrgico de forma segura, humanizada e com minimização de riscos”.^(21 p5)

2 - Importância atribuída “... transmite-nos relevância (...) permite conhecermos o doente (...) a segurança que nós lhe damos, a diminuição da ansiedade, pela própria cirurgia (...) dar visibilidade às nossas atividades autónomas ...” (BO3 P1, fevereiro de 2022).

Os participantes referem que a CPOE é importante, pelos benefícios advindos para a PSP, família, enfermeiro; pela interação estabelecida num clima de humanização dos cuidados centrados na pessoa. Mendes et al.,⁹ no seu estudo, corrobora a mesma opinião; concluiu ainda que um maior nível de informação contribuiu para uma postura mais ativa por parte da PSP, na sua recuperação. Outros estudos como os de Gonçalves et al.,¹⁰ Breda et al.¹¹ e Ruiz et al.,¹² concluíram que a satisfação das necessidades psicológicas e informativas da PSP tem efeitos impactantes na minimização dos níveis de ansiedade.

3 - Competência

“... não necessariamente tem de ser o enfermeiro de anestesia a fazer a consulta (...) um enfermeiro da área cirúrgica, sim, porque nós temos de saber responder às perguntas que nos colocam (...) temos que dominar as especificidades da área...” (BO1 P5, janeiro de 2022).

Adicionalmente, a importância da competência na condução da CPOE foi reforçada pelos participantes, destacando a necessidade de conhecimentos especializados para responder às questões específicas das pessoas durante a consulta. Esta preocupação alinha-se com estudos anteriores, como o de Pedro et al.,¹⁴ que sugere o enfermeiro de apoio à anestesia como o profissional mais adequado para realizar a CPOE, dada a sua interação frequente com a PSP no período intraoperatório.

Categoria “Constrangimentos” – subcategorias emergentes

Apurou-se, pela análise, dez subcategorias alusivas à categoria Constrangimentos:

1 - Metodologia

“... Já fizemos esta caminhada com a Visita Pré-Operatória há muitos anos, e não conseguimos parecer favorável com as Direções...” (BO1 P3, janeiro de 2022).

Alguns participantes referem que têm enfrentado barreiras nas várias tentativas de operacionalização da CPOE, sempre declinadas pelos vários Conselhos de Administração, os quais sempre alegaram “recursos indisponíveis.” O estudo de Pedro et al.¹⁴ corrobora estas considerações.

2 - Tempo

“... Temos elementos ainda em integração (...) a integração no Bloco Operatório requer muito tempo e disponibilidade (...). Fazemos muitas outras funções neste momento que nos tiram tempo ...” (BO3 P2, fevereiro de 2022).

O tempo foi o maior dos constrangimentos expresso, para além da sobrecarga de trabalho para o horário instituído; planos operatórios que acabam tardiamente e procedimentos que poderiam ser cumpridos por outros profissionais. Segundo Filho et al.,²¹ os enfermeiros deveriam ter uma participação mais ativa na construção de normas e objetivos que conquistem espaço nas suas áreas de atuação.

3 – Ausência do Serviço

“... Os doentes encontram-se muitas vezes ausentes para realizarem exames: ECG, cintigrafia, etc. (...) há uma elevada rotatividade de doentes nas enfermarias, (...) o doente estar ausente, na medida em que só virá no dia da intervenção cirúrgica...” (BO2 P2, janeiro de 2022).

Alguns participantes alegaram elevada rotatividade/limitação de leitos disponíveis – o leito atribuído à PSP ainda se encontrar alocado a outra PSP que já teve alta. Consideraram premente a necessidade de articulação com a equipa multidisciplinar, o que vai ao encontro das alegações de Lopes et al.⁵, que defende a necessidade de organização e de um agendamento efetivo.

4 – Alocação de leito

“... O doente não ter cama atribuída àquela hora e nós andarmos ali, nas imediações da enfermaria, à procura dele (...) complica muito as condições em que se faz a Visita” (BO2 P3/BO2 P5, janeiro de 2022).

Este constrangimento é expresso como passível de inviabilizar a concretização CPOE. Estudos sobre modelos de gestão, onde se pode incluir a gestão de camas para melhoria da eficiência, apresentam subsídios para contornar esta dificuldade; é o caso do estudo de Silva et al.²²

5 - Privacidade

“... Havendo outras pessoas no espaço que não tenham a ver com a Visita, vai causar constrangimentos e dificuldades nos doentes em se exprimirem...” (BO2 P6, janeiro de 2022).

A maioria dos participantes alude que a falta de privacidade compromete CPOE. Existem questões ético-legais que têm de ser atendidas, no sentido de garantir o anonimato, confidencialidade e segurança da informação transmitida/recebida.^{10,21}

6 – Motivação / Reconhecimento

“... É indiscutível a sua importância [da CPOE], mas será que os enfermeiros estão assim tão motivados para fazê-la? (...) vamos ter constrangimentos, vamos ter várias oposições...” (BO1 P6, janeiro de 2022).

Na análise dos constrangimentos, a subcategoria "Motivação/Reconhecimento" destaca uma preocupação com a possível falta de motivação dos enfermeiros para realizar a CPOE sem um reconhecimento adequado. Essa inquietação sobre o investimento sem reconhecimento posterior é respaldada por Fauricio,²³ que enfatiza a influência do reconhecimento profissional na motivação dos profissionais de saúde.

7 – Espaço físico

“... não há um espaço propriamente dito e espaço-tempo. (...) depois, temos este constrangimento de estarmos onde estamos, ou seja, [dados confidenciais] ...” (BO3 P4, fevereiro, 2022).

A ausência de espaço físico é referida como algo imprescindível; um constrangimento a contornar. Na opinião dos participantes, a sua ausência interfere na realização e na qualidade da consulta; interferências na comunicação e interrupções também referem comprometer. No estudo de Lopes et al.⁵, a criação de um espaço confortável para a realização da CPOE também está presente nas expectativas dos enfermeiros.

8 – Atividades intraoperatórias

“... a falta de tempo, muitas vezes, devido ao prolongamento das cirurgias (...) elementos ainda em integração (...). Assumimos funções no Serviço de Esterilização que poderiam ser executadas por outros profissionais, com a nossa supervisão ...” (BO3 P1, janeiro de 2022).

Todos os participantes alegaram excessiva carga de trabalho no desempenho de funções, e, por isso mesmo, argumentam a necessidade de priorizar as intervenções/procedimentos, “acabando algumas por não se concretizar” (sic).

O NAS - Nursing Activities Score -, instrumento de mensuração da carga de trabalho de enfermagem em Unidades de Cuidados Intensivos, é um recurso importante; contudo, já existem estudos que preconizam a aplicabilidade deste instrumento em cenários diversos, como o refere Lorenzo et al.,²⁴ pelo que, a sua aplicabilidade no BO, é, na percepção de alguns enfermeiros, algo a considerar, no sentido de se justificar a necessidade de reforço das equipas com mais recursos humanos.

9 - Residência

“... Muitas vezes os doentes vêm no dia da cirurgia, de manhã (...) pode acontecer se residem na zona e têm facilidade em deslocar-se. Acabamos por não falar com esses doentes previamente à cirurgia ...” (BO2 P2, janeiro de 2022).

No que concerne à subcategoria Residência, alguns participantes aludem que a distância da residência pode induzir constrangimentos. O acompanhamento familiar da PSP, no caso de deslocação longínqua, pode provocar desequilíbrios de natureza económica, afetando muitas vezes, a estrutura familiar e afetiva.^{5,7}

10 – Recursos humanos

“... O argumento escassez de recursos humanos é dos mais relevantes no discurso das Administrações [Hospitais] (...) é uma das mais importantes faltas no Serviço; (...) Também, a incerteza de quem vai estar a acompanhar no dia da cirurgia, pois poderá não ser o enfermeiro que fez a consulta ... a tal cara conhecida.” (BO1 P6, janeiro de 2022). Relativamente à subcategoria Recursos Humanos, a carência dos mesmos é transversal no discurso de todos os participantes. Referem a problemática das equipas com níveis mínimos de dotações seguras. Filho et al.²¹ corroboram a ideia de que a carência de recursos humanos compromete negativamente o trabalho do enfermeiro, originando uma sobrecarga física e mental, com consequências depreciativas no grau de satisfação para os intervenientes.

Categoria “Sugestões” – subcategorias emergentes

Apurou-se, pela análise, quatro subcategorias alusivas à categoria Sugestões:

1 – Recursos humanos

“... Se existisse eventualmente uma consulta pré-operatória de enfermagem com calendarização e com disponibilidade de um elemento para a realizar (...) seria o ideal...” (BO2 P5, janeiro de 2022).

No âmbito da subcategoria Recursos Humanos, alguns participantes propõem a criação de grupo de trabalho contendo peritos das diversas áreas cirúrgicas, no sentido de se delinear estratégias de intervenção a propor aos órgãos superiores para se operacionalizar a CPOE: quem faz? quando faz? onde faz? O modelo de gestão de mudanças ADKAR (Awareness; Desire; Knowledge; Ability; Reinforcement) concomitantemente utilizado no diagnóstico da gestão de mudança nas organizações, valoriza o espírito de equipa para cada etapa do processo²⁵; nesse sentido, tem adequação nas mudanças inovadoras que implicam trabalho em equipa.²⁵ Lopes et al.⁵ no seu estudo evocam a relevância de haver um enfermeiro em regime de exclusividade à consulta de enfermagem, sem outras funções cumulativas.

2 – Espaço físico

“... Precisamos de um espaço, e não é fácil obtê-lo; mas também não tinha de ser necessariamente aqui, dentro do Bloco Operatório (...) um gabinete da consulta externa ou do internamento (...) teria de ser um espaço que nós pudessemos ocupar sem constrangimentos ...” (BO1 P1, janeiro de 2022).

No que diz respeito à subcategoria Espaço Físico, a opinião dos participantes é consensual, sendo imperioso a determinação de um espaço que possam ocupar durante determinado período, sem interrupções. Breda et al.¹¹ consideram que esta medida propicia a satisfação das necessidades informativas da PSP e família, e, a minimização de níveis de ansiedade.

3 – Tempo / Articulação interdisciplinar

“... Se tivéssemos acesso ao Plano Operatório, aquela consulta de longo prazo poderia ser feita de forma atempada. (...), se houvesse essa articulação entre a equipa médica e a equipa de enfermagem, poderíamos agilizar para até uma semana ou 15 dias antes...” (BO3 P4, fevereiro, 2022).

A sugestão de "Tempo/Articulação Interdisciplinar" realça a importância de uma colaboração eficiente entre a equipa médica e a de enfermagem. Esta sugestão está alinhada com os achados de Breda et al.¹¹ e Pires et al.,¹³ que também sublinham a necessidade de uma articulação sólida com cirurgiões e anestesiológicos para garantir informações consistentes e seguras durante a CPOE.

4 – Criar visibilidade

“... É preciso as nossas chefias perceberem a importância de também estarem envolvidos (...) enfermeiro gestor com funções de direção, enfermeira diretora, o próprio Conselho de Administração (...) é também importante criar estudos e obter indicadores”. (BO3 P4, fevereiro, 2022).

A sugestão de "Criar Visibilidade" propõe o envolvimento das chefias e a realização de estudos para respaldar a importância da CPOE. Este apelo à criação de estudos é respaldado por Mendes et al.,^{4,5,9,10,11,14} que salientam a necessidade de os enfermeiros desenvolverem estudos que demonstrem o custo-benefício e a eficácia da consulta de enfermagem, proporcionando dados tangíveis para convencer as hierarquias e a administração hospitalar.

Da análise dos dados dos participantes percebe-se que a maioria dos enfermeiros possuem ideias inovadoras, sugestões, estratégias pró-ativas pensadas, sustentadas pela evidência, para atingir os seus propósitos; o que inclui: a implementação de programas de sensibilização e capacitação dos enfermeiros para operacionalizar a CPOE, e a criação e implementação de projetos de melhoria da qualidade com o mesmo intuito. Percebe-se também que a sua experiência prévia na prática da CPOE tem interferência nos resultados obtidos, na medida em que, os enfermeiros que integram o BO onde se pratica a visita pré-operatória pensam em estratégias para otimizá-la, como por exemplo, a sua calendarização. Já os enfermeiros que integram os BOs onde não se pratica a CPOE, estão mais preocupados com a sua priorização pelas estruturas hierárquicas, o seu adequado planeamento e operacionalização. Corroboram estes achados, o estudo de Pedro et al.¹⁴

Alguns participantes argumentam ser necessário criar um espírito de coresponsabilização e de colaboração envolvendo as hierarquias que estão no topo da pirâmide organizacional e na linha intermédia. Nesse sentido, alguns enfermeiros propõem: desenvolver formação sobre CPOE baseada nas mais recentes evidências; criar indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem no âmbito da temática CPOE; desenvolver estudos e partilhar os resultados, com o intuito de convencer as hierarquias, e no

topo, o Conselho de Administração, do impacto dos subsídios que a CPOE pode proporcionar.¹⁴

Outros estudos, ainda que, não qualitativos, reportam as principais dificuldades assinaladas pelos enfermeiros, na concretização da CPOE, a considerar: o horário disponível para o procedimento, a escassez de recursos humanos, a sobreposição de rotinas nas unidades de internamento, a carência de planeamento, a falta de um protocolo institucional para realização da CPOE, as rotinas do BO que declinam a possibilidade de deslocação ao internamento dentro do horário de serviço, as alterações imprevistas no plano operatório, por necessidade de ajustamento dos tempos operatórios, a prioridade secundária atribuída à CPOE, são alguns exemplos.¹⁴ A consulta de enfermagem será tanto mais bem-sucedida, quanto mais visível e reconhecida se encontrar na estrutura organizacional onde está inserida. Para propiciar a implementação desta consulta é fundamental ter em consideração vários fatores como o potencial número de pessoas a atender, os procedimentos a efetuar, os recursos humanos e materiais disponibilizados para a sua concretização e o tempo previsto para a CPOE alcançar os seus objetivos. Estes aspetos são corroborados por Lopes et al.⁵ e Farrelly²⁶, ao aludirem que, com o estudo destas questões, é possível conhecer os custos de produção, obter e fornecer dados para a instituição, avaliar o crescimento qualitativo, conhecer os custos de tratamentos e procedimentos utilizados e alocar os recursos de modo eficiente. A percepção de ser premente os enfermeiros desenvolverem estudos que demonstrem o custo-benefício e a eficácia da consulta de enfermagem, também surge respaldada na evidência.^{4,5,9,10,11,14} Apesar das barreiras que a operacionalização da consulta de enfermagem possa enfrentar, a sua importância justifica o esforço da sua implementação, pelo que, os enfermeiros devem assumir o compromisso de trabalhar nesse sentido.^{5,14,21}

O presente estudo incrementa conhecimento científico à evidência, já que se apresenta como um estudo qualitativo inaugural, em matéria de constrangimentos e sugestões dos enfermeiros, à operacionalização da CPOE. Desta forma, acredita-se que os achados obtidos poderão ser espelhados como indicadores na vertente da melhoria da qualidade.^{14,22,23}

Conclusão

A CPOE é um processo complexo que é condicionado por uma multiplicidade de fatores e tem na prestação de cuidados de enfermagem, a sua estrutura basilar. Os resultados obtidos permitem uma reflexão sobre a intervenção profissional dos enfermeiros e identificar eventuais necessidades de mudança para fomentar a melhoria da prática clínica de enfermagem, e bem assim, a melhoria da qualidade em saúde. No âmbito da cirurgia eletiva torna-se essencial sublinhar o papel do enfermeiro na CPOE. A este profissional são solicitadas competências da área da PSP, numa dimensão que permita prestar cuidados

de excelência, sustentados numa prática informada pela evidência. Nesta dinâmica, entre experiência profissional e investigação, pode-se encontrar contributos que favoreçam a melhoria da qualidade dos cuidados e otimização dos resultados em saúde.

No que concerne aos constrangimentos, os participantes desta investigação apontam uma diversidade de fatores, entre os quais se destacam a limitação de tempo disponível, recursos humanos deficitários e inexistência de espaço apropriado, seguidos de: falta de consenso na metodologia a aplicar – se presencial, na véspera, ou, com agendamento -; PSP ausente do serviço, para a realização de exames auxiliares de diagnóstico; morosidade na atribuição de leito; privacidade comprometida aquando da realização da CPOE; falta de reconhecimento da CPOE, pelas estruturas hierárquicas; prolongamento imprevisível da atividades intraoperatórias; residência longínqua da PSP.

No que diz respeito a sugestões apontadas pelos participantes para contornar os constrangimentos que assinalam, destaca-se a necessária articulação interdisciplinar quer com a equipa médica, quer com as hierarquias da pirâmide organizacional; a alocação de mais recursos humanos no BO para fazer face às necessidades que carecem de respostas imediatas; a necessidade de um espaço físico apropriado e reservado para a realização da CPOE, que poderá ser externo ao BO, e, a necessidade de se criar visibilidade a esta consulta mediante estudos que espelhem indicadores de resultado.

Em matéria de recomendações para a prática, crê-se que os achados obtidos nesta investigação são consistentes para a elaboração de planos estratégicos adequados aos contextos da prática, inspirados nas teorias da gestão de mudança – gestão transformacional -, capazes de operacionalizar uma mudança inovadora geradora de ganhos em saúde; a título de exemplo sugere-se que líderes transformacionais implementem a metodologia de gestão de processos, alicerçados no modelo de oito passos de Kotter, o qual permite o detalhe do processo de mudança, de forma sequencial, até se atingir o enraizamento da mudança inovadora pretendida, conferindo assim lugar a uma nova cultura, pelo que, esta, poderá ser a primeira medida a priorizar na operacionalização da CPOE.

Este estudo não representa um fim em si mesmo; poderá ser um fio condutor para trabalhos complementares, como o estudo da perceção dos enfermeiros sobre as estratégias a implementar para operacionalização da consulta operatória de enfermagem (pré e pós-operatória) e nesse sentido, focalizar as intervenções dos enfermeiros, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Acredita-se que este estudo possui implicações para a prática de cuidados em ambiente de cirurgia eletiva com internamento, pelo potencial de incrementar valor aos cuidados de enfermagem, com possibilidades de replicação em outros blocos operatórios que priorizem operacionalizar a CPOE.

Não obstante as limitações inerentes ao trabalho investigativo, nomeadamente a morosidade e adequação dos processos na fase metodológica, este estudo pode contribuir para um maior investimento das equipas e da gestão dos serviços, potenciando a melhoria contínua do desempenho das equipas de enfermagem, a qualidade dos cuidados e a visibilidade da EP.

Contribuições autorais

Pedro, PR: Conceção e desenho do estudo; recolha de dados; análise e interpretação dos dados; análise estatística; redação do manuscrito; revisão crítica do manuscrito.

Coelho, AN: Análise e interpretação dos dados; revisão crítica do manuscrito.

Cerejo, MN: Revisão crítica do manuscrito.

Conflitos de interesse e Financiamento

Nenhum conflito de interesse foi declarado pelas autoras.

Fontes de apoio / Financiamento

O estudo não foi objeto de financiamento.

Referências

1. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.
2. Hicks RW. A Review of AORN's research priorities in perioperative nursing 2023-2028. *AORN Journal* [Internet]. 2023 Oct 26 [cited 2023 Oct 31]; 118(5): 284-286. Available from: <https://doi.org/10.1002/aorn.14027>
3. Regulamento nº 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República [Internet]. 135(II série): 19359-19370 2018 Jul 16 [cited 2023 Jul 9]. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
4. Mendes D, Ferrito C. Consulta de enfermagem pré-operatória: Implementação e avaliação. *Rev. Referência* [Internet]. 2021 Dec 29 [cited 2023 Jul 6];5(8):1-8. Available from: <https://doi.org/10.12707/RV20216>
5. Lopes EC, Cerqueira MM, Rocha MC. As vantagens da consulta de enfermagem presencial à pessoa submetida a cirurgia ambulatória. *Rev. Referência* [Internet]. 2022 Set 14 [cited 2023 Jul 06];6(1):1-8. Available from: <https://doi.org/10.12707/RV21149>
6. AORN. Association of Perioperative Registered Nurses: Guidelines for Perioperative Practice. [Internet]. Denver: AORN; 2023 [cited 2023 Jul 6]. Available from: <https://www.aorn.org/guidelines-resources/guidelines-for-perioperative-practice>
7. Roche SD, Reichheld AM, Demosthenes N, Johansson AC, Howell MD, Cocchi MN et al. Measuring the quality of

- inpatient specialist consultation in the intensive care unit: Nursing and family experiences of communication. *PLoS One* [Internet]. 2019 Apr 11 [cited 2023 Sep 30];14(4):e0214918. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214918>
8. Associação dos Enfermeiros de Salas de Operações Portugueses. *Enfermagem Perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados*. Loures: Lusodidacta; 2012.
9. Mendes D, Ferrito C, Gonçalves M. A informação transmitida na consulta de enfermagem pré-operatória: percepção do cliente. *Cadernos Saúde* [Internet]. 2020 Jan 5 [cited 2023 Jul 9];12(1):47-3. Available from: <https://revistas.ucp.pt/index.php/cadernosdesaude/article/view/7683>
<https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.7683>
10. Gonçalves MA, Cerejo MN, Martins JC. A influência da informação fornecida pelos enfermeiros sobre a ansiedade pré-operatória. *Rev. Referência* [Internet]. 2017 Jul [cited 2023 Jul 09];4(14):17-26. Available from: <https://doi.org/10.12707/RIV17023>
11. Breda LF, Cerejo MN. Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. *Rev. Referência* [Internet]. 2020 [cited 2023 Jul 9];4(5):1-8. Available from: <https://doi.org/10.12707/RV20088>
12. Ruiz HC, Gómez-Urquiza JL, Pradas-Hernández L, Vargas RK, Suleiman-Martos N, Albendín-García L et al. Effectiveness of nursing interventions for preoperative anxiety in adults: A systematic review with meta-analysis. *J Adv Nurs* [Internet]. 2021 Aug [cited 2023 Jul 9];77(8):3274-3285. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.14827>
13. Pires MAG, Rego A. *Visita pré-operatória de enfermagem: Importância da sua implementação*. Servir [Internet]. 2017 Dec 31 [cited 2023 Jul 9];59(5-6):54-9. Available from: <https://revistas.rcaap.pt/servir/article/view/23467>
14. Pedro PR, Cerejo MN, Coelho AN. *Consulta pré-operatória de enfermagem: Constrangimentos à operacionalização na perceção dos enfermeiros* [dissertation]. Coimbra (Portugal): Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; 2022 [cited 2023 Jul 26]. Available from: https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=140267&codigo=364
15. Im EO. Situation-specific theories from the middle-range transitions theory. In: Im EO, Meleis AI (eds). *Situation specific theories: Development, utilization, and evaluation in nursing* [Internet]. Atlanta, GA, USA: Springer, Charm; 2021 [cited 2023 Jul 6]; p. 71-87. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-030-63223-6_6
16. Streubert HJ, Carpenter DR. *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. 5th ed. Loures: Lusodidacta; 2013.
17. Souza VR, Marziale MH, Silva GT, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2021 jun 1 [cited 2023 nov 6]; 34:eAPE02631. Available from: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>
18. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2016.
19. Nunes L. Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem [Internet]. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESSP|IPS; 2013 jul [cited 2023 Jul 9]. Available from: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>
20. Velloso IS, Tizzoni JS. Criterios y estrategias de calidad y rigor en la investigación cualitativa. *Cienc Enferm* [Internet]. 2020 Dec. 19 [cited 2023 Sep 30];260:28. Available from: <https://doi.org/10.29393/CE26-22CEIS20022>
21. Filho, MAA, Batista RF, Cruz EA. Percepção dos enfermeiros sobre a visita pré-operatória de enfermagem. *REAS* [Internet]. 2022 mar 12 [cited 2023 Jul 18];(42):1-8. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2842>
22. Silva GT, Góis RM, Almeida DB, Santos TB, Cantarino MS, Queirós PJ. Evidence on nursing management models in hospital services: an integrative review. *Acta Paul Enferm*. [Internet] 2021 [cited 2023 Jul 20]; (34):1-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2021AR02095>
23. Faurício ACN. 8 Pasos de Kotter para la aplicación de Cambios en un Proyecto. 2020 Oct 24 [cited 2023 Jul 20]. In: Zenodo [Internet]. Switzerland: CERN; 2020. Available from: <https://doi.org/10.5281/zenodo.4124345>
24. Lorenzo LM, Takashi MH, Reis V, Cordeiro KJS, Costa SF, Morais IFM. Aplicabilidade da Nursing Activities Score para avaliação da carga de trabalho da enfermagem nas unidades de terapia intensiva. *REVISA* [Internet]. 2023 Abr-Jun [cited 2023 Jul 23]; 12(2): 313-20. Available from: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n2.p313a320>
25. Machado FLC, Siqueira MO, Figueiredo PS, Travassos Junior XL. Quality management system adaptation process in a crisis situation: An assessment from a change management perspective. *CLIUM* [Internet]. 2023 mar 31 [cited 2023 Nov 6]; 23(4):248-262. Available from: <https://cliuim.org/index.php/edicoes/article/view/1051>

26. Farrelly JS. The importance of explicit change management in health care: An example from the operating room. *Jt Comm J Qual Saf* [Internet]. 2022 Jan [cited 2023 Sep. 30];48(1):1-2. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jciq.2021.11.004>