



SANTA MARIA  
HEALTH SCHOOL  
Escola Superior Saúde Santa Maria



**COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM**  
**PERIOPERATÓRIA:**  
**O CONFORTO TÉRMICO DA PESSOA A VIVENCIAR A EXPERIÊNCIA**  
**CIRÚRGICA**

Isabel Maria Vieira Moreira

Setembro de 2025  
Porto



**SANTA MARIA  
HEALTH SCHOOL**  
Escola Superior Saúde Santa Maria



Escola Superior de Enfermagem

**S. José de Cluny**

**COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM  
ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA:  
O CONFORTO TÉRMICO DA PESSOA A VIVENCIAR A  
EXPERIÊNCIA CIRÚRGICA**

Isabel Maria Vieira Moreira, 2023107294

Relatório de Estágio no âmbito do 2º Mestrado Médico-Cirúrgica, área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, orientado pela Professora Doutora Noélia Pimenta, apresentado à Escola Superior de Saúde de Santa Maria.

Setembro de 2025

Porto

"A arte da vida consiste em fazer da vida uma obra de arte."

Mahatma Gandhi

## **AGRADECIMENTOS**

Para a realização deste relatório foram vários os intervenientes que contribuíram e que merecem todo o meu reconhecimento e gratidão.

À Escola Superior de Saúde de Santa Maria e Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny e todos os seus professores que proporcionaram as condições para a aquisição e desenvolvimento de competências que me definem enquanto pessoa e profissional através dos seus valores e o ensino neste percurso inacabável de conhecimento científico.

À Professora Doutora Noélia Pimenta pelo conhecimento, apoio e partilha, neste percurso de aprendizagem e pela sua disponibilidade, acompanhamento e orientação ao longo dos ensinamentos clínicos, nos trabalhos realizados e pela sua capacidade extraordinária de me motivar, na procura de conhecimento científico e reconhecimento da execução do meu trabalho.

Aos colegas do mestrado pelas experiências partilhadas e à equipa dos Blocos Operatórios, em especial aos Enfermeiros Tutores, pela dedicação e apoio durante os ensinamentos e supervisão clínica. À Enfermeira Gestora e Coordenadora pela dedicação e disponibilidade e aos colegas de serviço pelo apoio, compreensão e companheirismo ao longo do percurso académico.

Um agradecimento especial ao pilar da minha vida, a minha família, que ao meu lado sempre demonstrou um apoio incondicional e me permitiu ter disponibilidade para ingressar e levar a cabo todo o meu percurso académico, em particular aos meus Filhos e Marido.

No silêncio da superação e no sussurrar da esperança, agradeço a mim mesma pela coragem de persistir e crescer diante das exigências do curso de mestrado, transformando cada desafio em caminho e aprofundando o compromisso com a excelência no cuidado perioperatório, pois aprendi que a arte da vida está em fazer da minha trajetória uma verdadeira obra de arte, onde a resiliência e dedicação se entrelaçam em cada novo passo.

A todos o devido mérito e louvor.

## **CHAVE DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

ACSA - Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía

AESOP - Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AORN - Association of PeriOperative Registered Nurses

BO – Bloco Operatório

CA - Cirurgia de Ambulatório

CPOE - Consulta Pré-Operatória de Enfermagem

DGS - Direção Geral de Saúde

EE - Enfermeiro Especialista

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

EORNA - European Operating Room Nurses Association

ESSSM - Escola Superior de Saúde de Santa Maria

ECTS - European Council for Theological Education

FAW - Forced-Air Warming

HPI - Hipotermia Perioperatória Inadvertida

ISBAR – Identificação, Situação atual, Background/antecedentes, Avaliação e Recomendações

ILC - Infecção do Local Cirúrgico

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

OT - Orientação Tutorial

PAF - Projeto de AutoFormação

PSP - Pessoa em Situação Periperatória

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCA - Unidade de Cirurgia de Ambulatório

UCPA - Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

ULS - Unidade Local de Saúde

## RESUMO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, da Escola Superior de Saúde de Santa Maria, em consórcio com a Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, surge o presente relatório de estágio intitulado: Competências Especializadas em Enfermagem Perioperatória: O Conforto Térmico da Pessoa a Vivenciar a Experiência Cirúrgica. Este tem como objetivos: evidenciar o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória; demonstrar o desenvolvimento da capacidade crítico-reflexiva assim como competências de raciocínio clínico e tomada de decisão, e apresentar e discutir o presente relatório, demonstrando a aquisição de competências de mestre e de especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Para concretização dos objetivos definidos, o plano de estudos contempla as seguintes Unidades Curriculares de prática clínica: Ensino Clínico I “Cuidar na sala Operatória” que se realizou em contexto de sala operatória num bloco operatório central e Estágio com Relatório, dividindo-se em Módulo I - Estágio em Unidade de Ambulatório e Módulo II - Estágio de Opção, também realizado numa Unidade de Cirurgia Ambulatório, cuja escolha se fundamenta na convergência entre motivações intrínsecas e a experiência previamente desenvolvida na área de especialidade. Neste ensino clínico desenvolvi um projeto de autoformação, que se focou na manutenção da normotermia visando o conforto térmico da pessoa a vivenciar a experiência cirúrgica.

A metodologia utilizada é descritiva, analítica e reflexiva, sustentada em evidência científica recente, advinda de pesquisa/revisão de literatura interpretadas e analisadas, apoiada no pensamento crítico e reflexivo e em vivências profissionais e pessoais. Como resultado de aprendizagem, os diversos contextos onde desenvolvi a prática especializada permitiram evidenciar a minha intervenção como futura Enfermeira Especialista no que concerne ao cuidar da pessoa em situação perioperatória e maximizar a segurança da pessoa e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica.

**Palavras-Chave:** Enfermagem perioperatória, Competências, Conforto Térmico, Prevenção da Hipotermia.

## **ABSTRACT**

As part of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing in the area of Perioperative Nursing, offered by the Santa Maria School of Health, in partnership with the São José de Cluny School of Nursing, this internship report, entitled: Specialized Skills in Perioperative Nursing: Thermal Comfort of the Person Experiencing the Surgical Experience, is being produced. Its objectives are: to highlight the development of common and specific skills of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the area of Perioperative Nursing; to demonstrate the development of critical-reflective capacity as well as clinical reasoning and decision-making skills; and to present and discuss this report, demonstrating the acquisition of master's and specialist skills in Medical-Surgical Nursing.

To achieve the defined objectives, the curriculum includes the following clinical practice units: Clinical Training I, "Care in the Operating Room," conducted in a central operating room; and Internship with Report. This module is divided into Module I - Internship in an Outpatient Unit; and Module II - Optional Internship, also conducted in an Outpatient Surgery Unit. The choice of internship is based on the convergence of intrinsic motivations and prior experience in the specialty area. In this clinical training, I developed a self-training project focused on maintaining normothermia to ensure the thermal comfort of the patient undergoing surgery.

The methodology used is descriptive, analytical, and reflective, supported by recent scientific evidence derived from interpreted and analyzed research/literature reviews, supported by critical and reflective thinking, and professional and personal experiences. As a learning outcome, the various contexts in which I developed specialized practice allowed me to demonstrate my role as a future Specialist Nurse in caring for patients in perioperative situations and maximizing the safety of both the patient and the multidisciplinary team, consistent with surgical awareness.

**Keywords:** Perioperative Nursing, Competencies, Thermal Comfort, Hypothermia Prevention.

## SUMÁRIO

---

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>9</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO: ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA</b> .....	<b>11</b>
1.1 TEORIA DO CONFORTO DA KATHARINE KOLCABA .....	15
1.2 O CONFORTO TÉRMICO/ MANUTENÇÃO DA NORMOTERMA DA PESSOA A VIVENCIAR A EXPERIÊNCIA CIRÚRGICA .....	20
<b>2. PERCURSO PROFISSIONAL E CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLINICOS</b> .....	<b>27</b>
2.1 ENSINO CLÍNICO I: CUIDAR NA SALA OPERATÓRIA .....	30
2.2 ESTÁGIO COM RELATÓRIO - MÓDULO I.....	32
2.3 ESTÁGIO COM RELATÓRIO – MÓDULO II.....	35
<b>3. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA</b> .....	<b>37</b>
3.1 RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL .....	38
3.2 MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE .....	46
3.3 GESTÃO DOS CUIDADOS .....	49
3.4 DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS .....	53
<b>4. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIO</b> .....	<b>57</b>
4.1 CUIDA DA PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA E RESPECTIVA FAMÍLIA /PESSOA SIGNIFICATIVA.....	58
4.2 MAXIMIZA A SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA E DA EQUIPA PLURIDISCIPLINAR, CONGRUENTE COM A CONSCIÊNCIA CIRURGICA	66
<b>5 AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE</b> .....	<b>77</b>
<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>84</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>86</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>98</b>
ANEXO I – PLANO DE SESSÃO “TERMOREGULAÇÃO E MANUTENÇÃO DA NORMOTERMIA NA PESSOA ADULTA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA” .....	99
ANEXO II – PLANO DE SESSÃO “PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO - FOCO NA NORMOGLICEMIA” .....	100

ANEXO IV – CERTIFICADO E PÓSTER “INTERVENÇÕES DO EE NO CONTEXTO PERIOPERATÓRIO: MAPA CONCEPTUAL” .....	103
ANEXO V – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO DAS JORNADAS ACADÉMICAS DA MACARONÉSIA 2024-2025 E COMUNICAÇÃO LIVRE “O EMPODERAMENTO DA PESSOA NO PERIOPERATÓRIO E A ENFERMAGEM DO FUTURO: ESTUDO DE CASO”.....	105
ANEXO VI – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO DO “ENCONTRO DA TEORIA À PRÁTICA: NOVAS FRONTEIRAS NO ENSINO CLÍNICO” .....	106

## INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório - Módulo III, integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, da Escola Superior de Saúde de Santa Maria (ESSSM) em consórcio com a Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny.

Os objetivos deste relatório são evidenciar o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (EEEMCPSP), otimizadas no contexto dos ensinamentos clínicos; demonstrar o desenvolvimento da capacidade crítico-reflexiva e de competências de raciocínio clínico e tomada de decisão, que caracterizam o EEEMCPSP; e apresentar e discutir o relatório de estágio, demonstrando a aquisição de competências para obtenção do grau de Mestre e o título de especialista.

Para concretização e desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista (EE) e de mestre, o plano de estudos do curso contempla as seguintes Unidades Curriculares de prática clínica: Ensino Clínico I “Cuidar na sala Operatória” e a unidade curricular “Estágio com Relatório”, que integra dois módulos: Módulo I - Estágio em Unidade de Ambulatório e Módulo II – Estágio de Opção.

O Ensino Clínico I, realizou-se em contexto do Bloco Central de um Hospital do norte do País e teve como objetivos gerais: desenvolver competências do EEEMCPSP com foco na prestação de cuidados de qualidade, seguros e baseados na mais recente evidência científica; demonstrar a aquisição de conhecimentos, aptidões e atitudes necessários às intervenções autónomas e interdependentes do exercício profissional de enfermagem perioperatória em Bloco Operatório (BO).

A unidade curricular Estágio com Relatório prevê a aquisição, desenvolvimento e otimização de competências no contexto da prática clínica, focando-se no desenvolvimento da capacidade de compreensão, de produzir raciocínio crítico-reflexivo e resolução de problemas. O Módulo I realizou-se numa Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) da Região Autónoma da Madeira com ênfase no desenvolvimento de competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (PSP) e família/pessoa significativa em contexto de Cirurgia de Ambulatório (CA).

O Módulo II, tratando-se de um estágio de opção, permitiu a escolha, como campo de estágio, da sala operatória de uma UCA de um Hospital do norte do País, opção esta fundamentada por uma preferência pessoal e profissional nesta área de especialidade, sendo que as UCA se destacam pela sua abrangência e capacidade de resposta a várias especialidades cirúrgicas, mostrando a sua versatilidade e especialização. Durante o percurso de prática clínica direcionei a minha atenção para a manutenção da normotermia, visando o conforto térmico da pessoa a vivenciar a experiência cirúrgica, desenvolvendo e aprofundando este tema no contexto do ensino clínico de opção. As medidas de conforto térmico, segundo a teoria de Kolcaba, reduzem os desconfortos imediatos, promovem tranquilidade durante o procedimento, aceleram a recuperação e diminuem complicações. Com o aumento das CA, torna-se essencial adotar estratégias para garantir o conforto. Desta forma, as intervenções de enfermagem especializadas visam um diagnóstico antecipado e ações preventivas para manter a funcionalidade e prevenir complicações (Espada, 2023).

A metodologia usada para a realização deste relatório teve por base um método descritivo, reflexivo e analítico perante as situações observadas e vivenciadas durante o período dos ensinamentos clínicos, sustentada na evidência científica, na interpretação e análise das situações e ainda no pensamento crítico.

O presente relatório encontra-se estruturado em cinco capítulos. No primeiro capítulo, desenvolve-se o tema central do projeto de autoformação, enquadrado por uma contextualização teórica e complementado por uma revisão narrativa da literatura. O segundo capítulo descreve o percurso profissional e caracterização dos contextos clínicos. Os terceiro e quarto capítulos abordam a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEEMCPSP. O quinto capítulo centra-se na demonstração da aquisição e aprofundamento das competências inerentes ao grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica e por fim as considerações finais.

A pesquisa científica foi realizada essencialmente nas bases de dados EBSCO, RCAAP e PubMed. O relatório será escrito seguindo o contemplado no Guia orientador de elaboração de trabalhos da ESSSM e à Norma American Psychological Association, 7ª edição, para a referenciação bibliográfica.

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO: ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

Neste capítulo, procuro expor a informação obtida através da consulta e análise bibliográfica considerada relevante para a compreensão da temática em questão. A enfermagem perioperatória representa uma área de elevada complexidade, exigindo dos enfermeiros, competências técnicas especializadas e atualizadas, aliadas a uma abordagem humanizada e adaptada a cada cliente. Esta especialização enfatiza a importância da implementação de boas práticas baseadas na evidência, onde a prevenção de eventos adversos, como infeções do local cirúrgico e a Hipotermia Perioperatória Inadvertida (HPI), é fundamental para a obtenção de melhores resultados em saúde (Andrade, 2023).

A prática em BO assenta em três pilares essenciais: gestão do risco, segurança do cliente e qualidade dos cuidados, sustentada por três dimensões operacionais: técnica (atualização constante de procedimentos e equipamentos), humana (empatia e comunicação eficaz) e formativa (formação contínua e investigação), que ao se interrelacionarem, promovem não só a continuidade dos cuidados, mas também a inovação e melhoria sistematizada da prática (Andrade, 2023).

Estas dimensões, quando articuladas de forma coerente, promovem não só a continuidade e a segurança dos cuidados, mas também impulsionam a inovação e a melhoria da prática profissional. O desenvolvimento de competências especializadas no contexto Perioperatório exige, por conseguinte, programas de formação pós-graduada e de especialização reconhecidos, que estejam alinhados com as exigências contemporâneas do setor da saúde, bem como com os mais elevados padrões de qualidade e segurança (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2025).

Neste enquadramento, a Association of PeriOperative Registered Nurses (AORN) define a enfermagem perioperatória como um campo especializado que compreende intervenções de enfermagem realizadas nos períodos pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório, com o foco centrado no cuidado integral da pessoa submetida a procedimentos cirúrgicos (AORN, 2021). Esta definição reforça a necessidade de uma abordagem holística e especializada, que reconheça a complexidade dos contextos cirúrgicos e a centralidade da pessoa nos cuidados.

Segundo a OE, a intervenção do EE nestes três períodos desenvolve-se em cinco áreas de atuação, que se complementam entre si, nomeadamente na consulta pré-operatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós-anestésicos

(Regulamento n.º 429 OE/2018). Esta multiplicidade de intervenções exige capacidade de coordenação, comunicação eficaz e atenção constante às necessidades da PSP promovendo um ambiente colaborativo e seguro (Andrade, 2023).

A fase pré-operatória tem início no momento em que a decisão cirúrgica é tomada, resultante de um processo partilhado entre a pessoa e o cirurgião. Esta decisão pode ocorrer durante a consulta pré-operatória ou no contexto de internamento, prolongando-se até à transferência da pessoa para a mesa operatória. Segue-se a fase intraoperatória, que compreende o período entre a transferência da pessoa para a mesa operatória e a sua deslocação para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA). Por sua vez, a fase pós-operatória inicia-se com a admissão na UCPA e pode prolongar-se durante o internamento hospitalar, sendo posteriormente continuada após a alta, quer em consulta de seguimento, quer em contexto domiciliário ou em unidades de reabilitação. Esta fase encerra apenas quando a pessoa atinge a recuperação funcional total dos efeitos do procedimento cirúrgico e anestésico (Regulamento n.º 429 OE/2018).

No caso específico da cirurgia em regime de ambulatório, o seguimento pós-operatório pode ser assegurado através de consulta presencial ou acompanhamento à distância, nomeadamente por contacto telefónico, garantindo a continuidade e segurança dos cuidados após a alta (Machado, 2024).

Portanto, a enfermagem perioperatória desempenha um papel crucial no cuidado às pessoas submetidas a procedimentos cirúrgicos, garantindo a segurança e o bem-estar durante todo o processo. O ambiente cirúrgico é uma área complexa e altamente especializada que exige atenção meticulosa aos detalhes, habilidades técnicas avançadas e um compromisso inabalável com a segurança e com a qualidade dos cuidados (Andrade, 2023).

No período pré-operatório deve-se realizar a Consulta Pré-Operatória de Enfermagem (CPOE), onde o enfermeiro acolhe a pessoa e pessoa significativa, construindo uma relação empática, que facilite a comunicação terapêutica. Nesta consulta, o enfermeiro conhece a história da pessoa, através da entrevista clínica, identifica as necessidades pré-operatórias, assim como fornece informações e orientações sobre os procedimentos cirúrgicos, desde a admissão até à alta (Pettersson et al., 2018). No contexto perioperatório, a transmissão eficaz de informação e conhecimento assume um papel central na promoção da autonomia da pessoa, permitindo-lhe participar de forma ativa, informada e proactiva nas decisões relacionadas com o seu processo de cuidados. Esta partilha de informação não só fortalece a tomada de decisão partilhada,

como também reforça a centralidade da pessoa no processo de enfermagem (Arakelian et al., 2017; Gonçalves et al., 2017).

Na fase intraoperatória, o enfermeiro desenvolve a sua atividade profissional, prestando cuidados de qualidade ao cliente cirúrgico como enfermeiro de anestesia, circulante e enfermeiro instrumentista (AORN, 2021; Andrade, 2023). Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS), o BO é uma estrutura composta por recursos humanos, físicos e técnicos integrados, dedicada à realização de procedimentos cirúrgicos ou exames que exigem alto nível de assepsia e, geralmente, requerem anestesia (DGC, 2022; Rocha, 2024).

O BO é o setor do hospital onde são realizados procedimentos anestésicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que podem ser de emergência, urgência ou eletivos. É considerado uma área crítica, uma vez que é um ambiente de alto risco para a transmissão de infeções, com práticas de trabalho complexas e interdisciplinares. Este local define-se por fornecer diferentes intervenções invasivas e apresentar recursos materiais e equipamentos de alta tecnologia, precisão e complexidade (Martins et al., 2019).

No contexto do BO, o enfermeiro de anestesia assume um papel determinante na equipa cirúrgica, colaborando estreitamente com o médico anestesiológico. Este profissional possui competências e conhecimentos especializados que lhe permitem intervir com segurança e eficácia na administração de fármacos, no controlo das vias aéreas e na avaliação, interpretação e resposta a situações de complicação ou emergência anestésica (AORN, 2021; Andrade, 2023).

Por sua vez, o enfermeiro circulante intervém de forma transversal com todos os elementos da equipa intraoperatória, aplicando o processo de enfermagem para planear, coordenar, prestar e registar os cuidados à pessoa submetida a intervenção cirúrgica. Compete-lhe supervisionar e monitorizar todas as atividades que decorrem dentro da sala operatória, assegurando o cumprimento das normas de segurança e qualidade, bem como a implementação de intervenções imediatas perante situações críticas ou imprevistas (AORN, 2021; Andrade, 2023).

O enfermeiro instrumentista, perito no manuseamento de instrumentos em ambiente estéril, detém um conhecimento aprofundado do procedimento cirúrgico a realizar, o que lhe permite antecipar as necessidades do cirurgião relativamente a instrumentos, dispositivos e equipamentos específicos. A sua atuação é essencial para garantir a fluidez e segurança técnica do ato operatório (AORN, 2021; Andrade, 2023).

A colaboração articulada e permanente entre o enfermeiro de anestesia, o enfermeiro circulante e o enfermeiro instrumentista constituem um eixo estruturante do sucesso cirúrgico, promovendo a eficácia dos cuidados e a segurança. O EE atento às necessidades da PSP, utiliza conhecimentos e competências para garantir a segurança cirúrgica, promovendo uma comunicação eficaz, coordenação da equipa e documentação rigorosa. Lidera a prevenção e controlo de infeções, assegurando a aplicação de princípios de assepsia e higienização baseados em evidência científica, além de elaborar normas e implementar medidas de prevenção e descontaminação. Gere e controla dispositivos médicos, garantindo sua disponibilidade, integridade, rastreabilidade e participa na sua aquisição e reprocessamento, contribuindo para a qualidade e segurança dos cuidados prestados (Regulamento n.º 429 OE/2018).

Na UCPA, o EE realiza uma avaliação holística da pessoa, com o objetivo de manter uma vigilância e monitorização contínua para prevenir e identificar precocemente complicações anestésico-cirúrgicas. Além disso, assegura o equilíbrio fisiológico, comportamental e emocional da pessoa, ainda vulnerável, promovendo o conforto e um ambiente seguro. Durante todo o percurso cirúrgico, o EE gere a dor, facilita a comunicação e planeia os ensinamentos, promovendo a capacitação, a autogestão e a recuperação ao longo do pós-operatório, até à alta da pessoa (Regulamento n.º 429 OE/2018).

Considerando a especificidade das necessidades da pessoa e família/pessoa significativa que vivenciam uma experiência cirúrgica/anestésica, importa mobilizar conhecimentos e habilidades no sentido de proporcionar cuidados diferenciados que promovam a compreensão de todo o processo vivenciado, capacitando os intervenientes para o autocuidado e reintegração familiar e social (Regulamento n.º 429 OE/2018).

A relação entre as teorias de enfermagem e o desenvolvimento das competências do enfermeiro é intrínseca e essencial. As teorias de enfermagem constituem pilares fundamentais da disciplina, ao fornecerem quadros conceptuais que organizam e explicam fenómenos associados ao cuidado em saúde. Desde o século XIX, com a contribuição pioneira de Florence Nightingale que destacou a influência do ambiente, da higiene e dos cuidados humanizados na recuperação da pessoa, a enfermagem tem vindo a consolidar-se como uma ciência autónoma, sustentada em bases teóricas sólidas. Cada teoria de enfermagem enfatiza diferentes dimensões, tais como o papel do enfermeiro, a interação entre a pessoa e os múltiplos fatores que condicionam a saúde. Destaco que as teorias de enfermagem facilitam a tomada de decisão fundamentada, a personalização dos

cuidados, a sistematização do conhecimento, orientam a prática profissional e contribuem para um cuidado integral (Bitencourt & Souza, 2023).

Neste enquadramento, no subcapítulo seguinte dou um especial ênfase à Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, pelo facto de estar diretamente alinhada com a minha área de aprofundamento de competências: o conforto térmico da pessoa a vivenciar a experiência cirúrgica.

## 1.1 TEORIA DO CONFORTO DA KATHARINE KOLCABA

Ao longo dos três ensinamentos clínicos, foi possível identificar a presença e aplicação de diferentes teorias de enfermagem que sustentaram e orientaram a minha prática clínica. Estas teorias revelaram-se essenciais na estruturação dos cuidados, na tomada de decisão e na promoção de intervenções centradas na pessoa. Como já referido anteriormente, pretendo desenvolver de forma mais aprofundada a Teoria do Conforto de Kolcaba, dada a sua forte relevância nas experiências vivenciadas e nos cuidados prestados no contexto do conforto térmico.

O livro de Katharine Kolcaba (2003), "A Teoria do Conforto" apresenta fundamentação consistente ao reconhecer que as sensações corporais, entre elas a regulação da temperatura, constituem um elemento essencial do contexto físico do conforto. Esse entendimento amplia a compreensão do cuidado em enfermagem, ao evidenciar que o bem-estar do cliente não se restringe ao alívio da dor ou ao controle de sintomas, mas envolve também a manutenção de condições fisiológicas que favoreçam a homeostase e promovam uma experiência integral de conforto.

A Teoria do Conforto, proposta por Katharine Kolcaba, começou a ser desenvolvida no início dos anos 1990. O marco inicial da teoria é atribuído à publicação do primeiro questionário de conforto de Kolcaba em 1992, chamado de *General Comfort Questionnaire*, que serviu como base para a operacionalização da teoria em diversos contextos da enfermagem, a partir de uma estrutura taxonómica criada, propôs-se a avaliar o Conforto holístico. As principais publicações teóricas e definições aprofundadas por Kolcaba sobre a Teoria do Conforto são frequentemente referenciadas em obras de 2001 e 2003, especialmente em livros e artigos académicos onde a autora detalha seus conceitos e aplicações (Martins et al., 2022).

Desta forma, Katharine Kolcaba (2003), destaca o conforto como uma experiência imediata e holística, fortalecida pela satisfação das necessidades de descanso,

tranquilidade e transcendência, em quatro contextos: físico, psíquico, sociocultural e ambiental. O contexto físico, segundo a autora, refere-se justamente às sensações corporais da pessoa, como descanso, relaxamento, limpeza, hidratação, oxigenação, dor, posicionamento e, obviamente, a temperatura. Esta categorização amplia a compreensão do cuidar, reforçando a importância da resposta individualizada às múltiplas dimensões do bem-estar humano. A Teoria do Conforto é classificada como uma teoria de médio alcance, sendo utilizada pela enfermagem como uma das bases para orientar o cuidado clínico na prática profissional (Martins et al., 2022; Silva & Nascimento, 2023).

Um artigo publicado por Kolcaba et al., (2006), destaca que a Teoria do Conforto propõe um modelo abrangente para a prática de enfermagem que enfatiza a importância de atender às necessidades de conforto físico, entre elas o conforto térmico, especialmente cruciais no contexto perioperatório. A manutenção da normotermia é fundamental para evitar complicações associadas à HPI, que pode comprometer a recuperação e aumentar o desconforto da pessoa. Os enfermeiros devem avaliar continuamente o estado térmico e aplicar intervenções que promovam o conforto físico, incluindo o uso de estratégias de aquecimento ativo e controle ambiental que favoreçam um ambiente confortável e seguro. Este foco na experiência subjetiva da pessoa, através da identificação e atendimento de suas necessidades térmicas, contribui para um cuidado mais humanizado, melhorar os resultados clínicos e reforçar a qualidade da prática em enfermagem.

De acordo com Martins et al. (2022), a Teoria do Conforto desempenha um papel estruturante na prática e na investigação em enfermagem, ao fornecer um referencial conceitual que orienta a identificação das necessidades de conforto da pessoa e da respectiva família ou pessoa significativa, particularmente em contextos clínicos complexos. Para além de apoiar a prestação de cuidados personalizados, esta teoria constitui uma base sólida para o desenvolvimento de estudos que procuram respostas a necessidades não satisfeitas frequentemente de natureza crónica, interligada e multidimensional. A Teoria do Conforto disponibiliza instrumentos para avaliar a eficácia das intervenções implementadas, contribuindo para a identificação de boas práticas e para a formulação de políticas sustentadas em evidência. Por fim, orienta a criação e adaptação de questionários de conforto, ajustando-os a questões de investigação específicas e a populações-alvo.

Segundo Cardoso et al. (2019), o conforto surge como consequência de uma assistência à saúde de qualidade, sendo universalmente reconhecido como desejável e importante principalmente por constituir uma necessidade humana fundamental no

contexto do cuidado em saúde. Entende-se que as intervenções devem ser efetuadas sob uma abordagem holística do cuidado, indo além das práticas prescritivas, o que implica avaliar a pessoa e, conseqüentemente promover o seu conforto (Brandão & Santos, 2019).

Martins et al. (2022) aludem que esta teoria estabelece que as intervenções de enfermagem são consideradas exemplares quando proporcionam uma experiência de conforto percebida pelo indivíduo, família ou comunidade. Isso evidencia a relevância atual do tema, não apenas pelo seu impacto social, mas também pelas suas implicações económicas, já que práticas baseadas no conforto contribuem para melhores resultados em saúde e otimização de recursos. O conforto, entendido como um fenômeno dinâmico e multidimensional, reforça a necessidade de centrar o cuidado na pessoa e de valorizar estratégias que promovam o bem-estar, a segurança e a qualidade de vida em diferentes contextos assistenciais (Silva & Nascimento, 2023).

A teoria do conforto estabelece-se como um referencial essencial que fortalece a Enfermagem enquanto disciplina científica, promovendo a interação, a autonomia e a valorização das necessidades da pessoa através da promoção do conforto. Essa abordagem contribui diretamente para a elevação da qualidade de vida das pessoas assistidas (Cardoso et al. 2019).

O processo de tomada de decisão clínica, quando alicerçado na Teoria do Conforto de Kolcaba, possibilita a implementação de intervenções orientadas para a obtenção do conforto terapêutico da PSP, promovendo, assim, a excelência e a humanização dos cuidados de enfermagem (Cardoso et al., 2019).

A evolução histórica do conceito de conforto evidencia a sua crescente relevância no âmbito dos cuidados de enfermagem, deixando de ser considerado um aspeto implícito e secundário para se afirmar como um resultado terapêutico intencional e mensurável. A Teoria do Conforto sublinha ainda o carácter subjetivo e dinâmico deste conceito, reconhecendo que a experiência de conforto varia entre indivíduos e ao longo do tempo. Neste sentido, torna-se essencial proceder a avaliações e reavaliações contínuas e individualizadas, de forma a garantir que as intervenções implementadas respondem eficazmente às necessidades específicas da pessoa (Martins et al., 2022).

Silva e Nascimento (2023) destacam que a Teoria do Conforto se revela aplicável à prática do cuidado de enfermagem, à formação profissional e à investigação em enfermagem. As autoras apontam que a utilização dessa teoria proporciona um cuidado mais humano, empático e centrado na pessoa, fortalecendo o seu vínculo terapêutico e a sua percepção de bem-estar. Além disso, reforçam que o planeamento cuidadoso, aliado à

escuta ativa e à presença terapêutica, elementos fundamentais para que o enfermeiro atue como promotor de conforto.

Deste modo, a Teoria do Conforto amplia significativamente a compreensão do papel do enfermeiro, pois ao integrar esta teoria na prática clínica, promove-se não só a melhoria dos resultados em saúde, mas também o reconhecimento da enfermagem enquanto disciplina científica e arte do cuidar, reforçando a sua identidade profissional (Martins et al., 2022; Silva & Nascimento, 2023).

O desenvolvimento desta teoria foi influenciado por pensadoras clássicas da enfermagem, como Ida Orlando, Paterson e Zderad, e enriqueceu-se com a experiência prática da própria Katharine Kolcaba, particularmente na prestação de cuidados a pessoas com doença de Alzheimer (Martins et al., 2022).

A teoria do conforto representa um referencial teórico robusto e adaptável, que permite compreender, planejar, executar e avaliar cuidados em diferentes contextos e populações. A sua aplicação reforça a valorização das dimensões subjetivas do cuidado e o compromisso ético com o bem-estar da pessoa, da família e da comunidade. Esta teoria encontra respaldo em classificações formais de enfermagem, como a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE, embora ainda existam limitações quanto à abrangência de algumas definições institucionais do termo (Martins et al., 2022; Soares et al., 2025).

No âmbito do conforto térmico, observa-se que a atuação da enfermagem frequentemente não atribui a devida relevância à sua influência no bem-estar da PSP. Embora o conforto térmico seja reconhecido como elemento essencial, ainda se verifica uma escassez de pesquisas e publicações científicas que abordem intervenções de enfermagem específicas para potenciar o conforto térmico. Kolcaba defende que o processo de enfermagem deve englobar uma avaliação sistemática e intervenções orientadas para o conforto térmico, contudo, a ausência de estudos e recomendações precisas pode resultar em práticas pouco uniformes. Destaca a necessidade de os enfermeiros serem proactivos na identificação das necessidades de conforto, incluindo o conforto térmico, promovendo um cuidado mais holístico e centrado na pessoa e na sua família ou pessoa significativa (Garceau et al., 2023).

A realização de dois ensinamentos clínicos em CA proporcionou uma vivência prática e aprofundada sobre o papel essencial do EE, especialmente no contexto do conforto térmico e das intervenções de enfermagem. De acordo com Martins et al. (2022) as CA desempenham um papel fundamental no sistema de saúde ao possibilitar a recuperação

da PSP no mesmo dia. No entanto, o conforto térmico durante o período perioperatório é um aspeto essencial que frequentemente passa despercebido. Com o aumento das CA, torna-se ainda mais importante direcionar a atenção para o conforto térmico, a fim de evitar complicações no pós-operatório. Nesse contexto, as intervenções de enfermagem assumem um papel central, permitindo o diagnóstico precoce e a prevenção de problemas, além de assegurar a segurança e o bem-estar da PSP.

O aumento do número e da complexidade das cirurgias, realizadas em contexto de CA, impulsionado pelos avanços cirúrgicos, anestésicos, farmacológicos e tecnológicos, tem contribuído para melhores resultados clínicos, com menor tempo de internamento, redução do risco de infeção e diminuição dos custos. Com o pós-operatório a decorrer, na maioria dos casos, no domicílio, deve-se promover a continuidade dos cuidados e o autocuidado (Salazar, 2022).

Em síntese a Teoria do Conforto de Kolcaba é um referencial teórico robusto e atual, capaz de orientar intervenções mais sensíveis, seguras e resolutivas. Ao reconhecer o conforto como um fenómeno complexo e central à experiência humana, esta teoria consolida-se como alicerce para uma enfermagem verdadeiramente humanizada com foco na integralidade e dignidade da pessoa (Martins et al. 2022; Silva & Nascimento 2023).

Nesta linha de pensamento, face à necessidade crescente de uma intervenção especializada e humanizada dos enfermeiros perioperatórios a AORN desenvolveu o Modelo Centrado na Pessoa Perioperatória. Este modelo propõe uma estrutura conceptual para a prática de enfermagem perioperatória, incorporando um conjunto de dados específicos que inter-relacionam o cliente, a pessoa de apoio e os cuidados prestados pelo enfermeiro perioperatório. Independentemente do ambiente de prática, localização geográfica ou características da população, a pessoa permanece no centro dos cuidados da enfermagem perioperatória (AORN, 2021; Krindges & Araújo, 2025).

Este modelo é representado por quatro domínios, sendo três centrados no cliente: a segurança, as respostas fisiológicas aos procedimentos cirúrgicos ou invasivos, e as respostas comportamentais do cliente e da pessoa de apoio. O quarto domínio corresponde ao sistema de saúde onde os cuidados perioperatórios são prestados, englobando preocupações administrativas e elementos estruturais essenciais à obtenção de resultados clínicos positivos. O Modelo Centrado na Pessoa da AORN reforça, assim, a importância de colocar a pessoa no centro do cuidado, valorizando a sua

individualidade, necessidades e especificidades em todas as fases do perioperatório. (Benze et al., 2021).

No subcapítulo seguinte, e após a explanação da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, e uma breve alusão ao Modelo Centrado na Pessoa Perioperatória, abordo de forma mais concreta o conforto térmico, com especial ênfase na manutenção da normotermia da pessoa a vivenciar a experiência cirúrgica. A normotermia representa um indicador clínico relevante no contexto perioperatório, sendo determinante para a segurança, o bem-estar e a recuperação da pessoa. A integração da Teoria do Conforto neste domínio permite uma abordagem centrada na humanização dos cuidados, mais personalizada e orientada para o bem-estar global da pessoa a vivenciar um processo cirúrgico.

## 1.2 O CONFORTO TÉRMICO/ MANUTENÇÃO DA NORMOTERMA DA PESSOA A VIVENCIAR A EXPERIÊNCIA CIRÚRGICA

Da importância atribuída à normotermia, sobressai o papel fundamental da sua promoção na garantia da segurança e do conforto da pessoa em contexto perioperatório. O controlo da temperatura corporal, enquanto parâmetro vital, destaca-se como uma prática clínica essencial a ser sistematicamente assegurada em todas as fases do perioperatório, sendo uma recomendação da Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP), a monitorização da temperatura corporal (AESOP, 2017; Penaforte et al., 2019).

Deste modo, é da responsabilidade do enfermeiro do perioperatório intervir de modo a garantir a segurança da pessoa e salvaguardar as condições ideais do ambiente cirúrgico, cuidando da pessoa, atendendo à sua individualidade e vulnerabilidade antes, durante e após a cirurgia. O objetivo central da avaliação deste parâmetro é a manutenção de uma temperatura corporal adequada, durante todo o procedimento anestésico (Azenha et al., 2017).

A manutenção da normotermia no perioperatório é um aspeto crítico do cuidado de enfermagem especializado. A normotermia é essencial para prevenir complicações durante e após os procedimentos cirúrgicos. Durante a cirurgia, a PSP está exposta a diversos fatores que podem levar à hipotermia, como a anestesia geral e o ambiente frio da sala de cirurgia. Estas condições podem comprometer a recuperação e aumentar o risco

de infecções, de complicações cardiovasculares e o aumento do tempo de internamento (Mendonça et al., 2021).

Reforçando o já referido anteriormente a HPI ocorre devido a fatores extrínsecos e intrínsecos aos quais os clientes estão expostos durante o perioperatório. Alguns fatores extrínsecos estão relacionados com o tempo e tipo de anestesia, a baixa temperatura das salas de cirurgias, o uso de fluídos não aquecidos e o tipo de cirurgia, como por exemplo, as cirurgias abdominais em que as cavidades mais extensas do corpo se mantêm abertas durante o procedimento cirúrgico. Quanto aos fatores intrínsecos, estes estão relacionados com o baixo peso, idade avançada e clientes com doenças endócrinas (Mendonça et al., 2021). O EE desempenha um papel vital na implementação de medidas preventivas e na monitorização contínua da temperatura corporal do cliente, garantindo um cuidado seguro e eficaz (Penaforte et al., 2019).

A temperatura corporal é um sinal vital e é um dos indicadores clínicos que demonstra a eficácia da homeostasia corporal. É rigorosamente controlada pelo organismo, no entanto, durante o período perioperatório, há alterações frequentes da termorregulação, levando á HPI que é um evento adverso de grande relevância nos clientes cirúrgicos, podendo ocasionar complicações que vão desde o desconforto corporal até alterações hemodinâmicas graves (Azenha et al., 2017).

A normotermia é definida como a manutenção da temperatura corporal dentro dos limites normais, aproximadamente de 36,5° C a 37,5° C. Manter a normotermia durante o período perioperatório é crucial para evitar complicações que podem impactar negativamente a recuperação do cliente. Durante a anestesia e a cirurgia, o cliente está particularmente vulnerável à perda de calor devido à exposição prolongada a ambientes frios e á incapacidade de gerar calor endógeno (Cazella et al., 2022). A manutenção da normotermia é um processo complexo, e é uma estratégia fundamental para a segurança e gestão de risco perioperatório, proporcionando cuidados mais seguros e eficazes. O sistema termorregulador humano permite variações de 0,2 a 0,4° C em torno do 37° C, para a manutenção das suas funções metabólicas (Shaw et al., 2017).

A prevenção da HPI representa um dos principais desafios para manter o conforto térmico. Essa complicação pode surgir devido à supressão dos mecanismos de regulação da temperatura pelo uso de agentes anestésicos e a exposição prolongada a baixas temperaturas (Wongyingsinn & Pookprayoon, 2023; Sessler, 2021).

A HPI é caracterizada pela diminuição da temperatura central para valores inferiores a 36° C, desde o período pré-operatório imediato até ao pós-operatório

imediate. A HPI pode ser leve, quando a temperatura está entre 32° a 35° C, moderada de 28° a 32° C e grave quando a temperatura é inferior a 28° C, na qual o corpo é incapaz de gerar calor suficiente para a realização das suas funções. É considerada uma complicação frequente e evitável da cirurgia, desde que se tomem medidas preventivas. Contudo, a HPI ocorre em 50 a 90% das PSP, a sua ocorrência representa uma falha na sua assistência, violando o princípio da não maleficência, que preconiza evitar causar danos á PSP (Cazella et al., 2022).

Vale ressaltar que estudos mais recentes confirmam estas taxas elevadas de incidência de HPI, corroborando os dados previamente descritos e reforçando a relevância deste problema nos contextos cirúrgicos atuais, estima-se que entre 70 a 90% das PSP desenvolvam hipotermia na primeira hora após o início da anestesia. Essa condição pode trazer consequências importantes, como maior risco de Infecção do Local Cirúrgico (ILC), hemorragia, necessidade de transfusão, além de desconforto no pós-operatório e complicações cardíacas (Wongyingsinn & Pookprayoon, 2023).

A HPI está associada a uma relevante morbimortalidade, a PSP hipotérmica apresenta maior incidência de complicações pós-operatórias em comparação à pessoa normotérmica (Ribeiro et al., 2021).

Os mecanismos fisiopatológicos associados à hipotermia perioperatória estão implicados na ocorrência de diversas complicações clínicas, com impacto direto na recuperação da pessoa em contexto cirúrgico. Entre estas complicações destacam-se os eventos cardíacos adversos, como o enfarte agudo do miocárdio, taquicardia, hipertensão, aumento do consumo de oxigénio e maior propensão para episódios isquémicos. Também se verifica o prolongamento do efeito dos fármacos, devido à diminuição do metabolismo, conduzindo a uma recuperação mais lenta (Ribeiro et al., 2021; Neto et al., 2024).

A hipotermia contribui ainda para a disfunção da coagulação, aumentando o risco de hemorragia e a necessidade de transfusão sanguínea. Para além disso, pode potenciar o desenvolvimento de úlceras de pressão, tremores (*shivering*), desconforto térmico e um maior tempo de internamento. De particular relevância é o comprometimento da resposta imunológica, tanto por efeito direto sobre os mecanismos imunitários como por via da hipoperfusão tecidual associada à hipotermia, sendo estas consideradas uma das principais complicações da HPI (Ribeiro et al., 2021; Neto et al., 2024).

A segurança da PSP e a redução de complicações associadas ao evento anestésico-cirúrgico são metas dos cuidados de enfermagem e é imperativo uma adequada resposta do enfermeiro na garantia da normotermia no perioperatorio. A prevenção e controle da

HPI depende de uma série de estratégias, abrangidas por um planeamento detalhado, que inclua a monitorização do cliente, os métodos de aquecimento ativos e/ou passivos e o pré-aquecimento (Munday et al., 2022).

Destaca-se a monitorização rigorosa da temperatura corporal durante todo o período perioperatório sendo uma ferramenta para garantir a normotermia e permitir o reconhecimento proactivo dos clientes em risco ou já hipotérmicos, sendo possível implementar medidas corretivas de forma rápida e eficaz, reduzindo o risco de complicações, no entanto a temperatura pré e intraoperatória raramente é monitorizada de acordo com as diretrizes (Munday et al., 2022).

Outra estratégia de prevenção é a realização do pré-aquecimento da PSP antes da indução anestésica, garantindo assim a manutenção da temperatura corporal adequada no início da cirurgia. O pré-aquecimento consiste no aquecimento ativo das áreas periféricas do corpo ou da superfície cutânea antes da anestesia. Após a indução anestésica, a principal razão para o surgimento da hipotermia é a redistribuição interna do calor, que responde por cerca de 81% da diminuição da temperatura corporal na primeira hora de anestesia, resultando numa diminuição aproximada de 1,6°C (Fuganti, 2018).

Também, os autores evidenciam a implementação de medidas preventivas, como o uso de mantas térmicas, e os sistemas de ar forçado, sendo estes considerados, atualmente os mais eficazes, principalmente quando utilizados desde o pré-operatório e mantidos durante todo o intra e pós-operatório (Neto et al., 2024).

Estas ações promovem o equilíbrio térmico, acalmam a ansiedade e proporcionam um ambiente seguro e confortável para a pessoa durante todo o período perioperatório, contribuindo para a melhoria dos resultados clínicos e para a integralidade e dignidade do cuidado (Soares et al., 2025). Neste sentido, o enfermeiro desempenha um papel fundamental através de uma avaliação individual e direcionada para um planeamento e gestão de recursos disponíveis durante todo o período perioperatório, evitando assim a morbimortalidade. Além das alterações de origem fisiológica que afetam a saúde do cliente, os custos com os serviços de saúde, também podem ser substancialmente aumentados (Shaw et al., 2017; Ribeiro et al., 2021).

Um estudo multicêntrico recente avaliou a eficácia comparativa de quatro sistemas diferentes de aquecimento por ar forçado, Forced-Air Warming (FAW) em pessoas submetidas à ressecção laparoscópica de cancro colo retal. A pesquisa demonstrou que todos os sistemas analisados foram eficazes na prevenção da HPI, mantendo a temperatura corporal dentro de níveis clínicos seguros. No entanto, um dos

sistemas com design tecnológico aprimorado e distribuição de calor mais homogênea, apresentou desempenho superior, proporcionando menor perda térmica durante o procedimento e melhor manutenção da temperatura central da PSP (Yang et al., 2024).

Os resultados reforçam a importância de considerar não apenas o uso do FAW em si, mas também a escolha criteriosa do modelo e da forma de aplicação do sistema, como parte integrante dos protocolos clínicos de normotermia. A eficácia do aquecimento, neste contexto, depende de fatores como o posicionamento do dispositivo (sob ou sobre a pessoa), tempo de início do aquecimento e adesão da equipa aos protocolos estabelecidos (Yang et al., 2024).

Como já referido anteriormente, de forma muito genérica podemos afirmar que existem dois tipos de métodos de aquecimento para manter a temperatura corporal da PSP, os métodos passivos, que atuam prevenindo a perda de calor, e os métodos ativos, que fornecem calor diretamente a pessoa através de fontes externas (Rocha et al., 2022).

A European Operating Room Nurses Association (EORNA), reforça que a HPI pode trazer consequências negativas para a PSP, mas pode ser evitada em grande parte com o uso de aquecimento ativo antes, durante e após a cirurgia. É fundamental que as salas cirúrgicas estejam equipadas com sistemas adequados para controlar e minimizar o risco de hipotermia em pessoas submetidas a procedimentos cirúrgicos. Também, a AORN, fortalece a ideia de que a monitorização da temperatura da PSP deve ser realizada em todas as fases do período perioperatório, adotando medidas preventivas para todos os casos. Sempre que viável, recomenda-se utilizar o mesmo método de monitorização da temperatura durante todo o processo perioperatório (Link, T., 2020; EORNA, 2023).

Reiterando o anteriormente exposto, a prevenção da HPI requer uma atuação coordenada de toda a equipa de saúde, com destaque para o papel central da enfermagem. As intervenções devem iniciar-se com a identificação precoce de fatores de risco e a monitorização sistemática da temperatura corporal, utilizando métodos validados e adequados ao contexto clínico, assim como a implementação das estratégias preventivas, já descritas anteriormente, como a utilização de mantas térmicas, vestuário e lençóis aquecidos, e medidas de aquecimento ativo, incluindo sistemas de ar quente forçado, colchões de água aquecida, aquecedores de fluidos intravenosos e gases anestésicos. A aplicação destas medidas deve iniciar-se preferencialmente antes da indução anestésica e manter-se durante todo o perioperatório, abrangendo os momentos intra e pós-operatórios (EORNA, 2023; Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, 2022).

A documentação rigorosa de todos os procedimentos e medições relacionadas à temperatura, sendo que esta deve continuar a ser documentada durante toda a cirurgia a cada 30 minutos, bem como a comunicação clara e eficaz entre os elementos da equipa multidisciplinar, são fundamentais para garantir a segurança e o conforto térmico da pessoa (EORNA, 2023; Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, 2022).

O artigo de Speth publicado recentemente (2025) amplia e reforça a discussão sobre a prevenção da HPI enfatizando a necessidade de estratégias proactivas e multifacetadas durante todo o processo perioperatório. Entre as práticas recomendadas para prevenir a HPI está o pré-aquecimento da pessoa, utilizando sistemas de ar forçado, pelo menos 10 a 30 minutos antes da indução anestésica, o que contribui para reduzir a redistribuição do calor corporal que ocorre logo no início da anestesia. Durante a cirurgia, é fundamental a utilização combinada de dispositivos ativos de aquecimento, como mantas térmicas, aquecedores e colchões térmicos, além do aquecimento de fluidos intravenosos e soluções cirúrgicas para evitar a diminuição da temperatura central. A monitorização contínua da temperatura corporal também é essencial para ajustes imediatos nas intervenções. Após a cirurgia, a equipa deve continuar a vigilância e a manutenção da normotermia na sala de recobro para prevenir complicações advindas da hipotermia retardada (EORNA, 2023; Speth, 2025).

Para a DGS (2022), manter normotermia da pessoa durante o procedimento cirúrgico implica que a temperatura deve ser de 36°C ou mais, antes da transferência para o bloco, durante a cirurgia e na área de recuperação. Por isso, defende que em pessoas submetidas a procedimentos cirúrgicos eletivos, a prevenção e a correção da hipotermia devem ser iniciadas 1 a 2 h antes do início da anestesia. A hipotermia leve, moderada e grave devem ser monitorizadas a cada 15 minutos, a cada 5 minutos e continuamente, respetivamente. Também, para a DGS, os sistemas de aquecimento ativo e passivo combinados são eficazes para prevenção e gestão peri-operatória da hipotermia, devendo ser efetuado o registo do tipo de aquecimento utilizado no processo clínico da pessoa.

Relativamente aos cuidados pós-anestésicos, a temperatura da pessoa deve ser medida e registada na admissão da UCPA e, posteriormente, a cada 15 minutos. Não devem ser transferidos desta área até que atinjam 36°C ou mais. A PSP deve continuar a ser ativamente aquecida se não estiver confortavelmente quente. A hipotermia é a causa mais comum de tremores pós-operatórios. Os tremores podem aumentar as necessidades de oxigénio e também podem causar uma tensão no sistema cardiovascular e também pode ser a causa do sofrimento da pessoa. Devem ser utilizados meios

consistentes de medição da temperatura ao longo da cirurgia e dos cuidados pós-operatórios da pessoa, de modo que as medições sejam comparáveis e consistentes. De ressaltar a necessidade de protocolos claros e do empoderamento da equipa multiprofissional para garantir a manutenção da normotermia e, conseqüentemente, promover maior segurança e qualidade no cuidado á PSP (EORNA, 2023; Speth, 2025).

Em síntese a segurança e a gestão do risco em contexto perioperatório englobam um conjunto estruturado de práticas, intervenções e protocolos destinados a reduzir complicações e a promover a recuperação da pessoa submetida a procedimentos cirúrgicos. Neste cenário, a enfermagem tem vindo a consolidar-se como um corpo profissional detentor de competências específicas, fundamentais para a prestação de cuidados seguros, eficazes e centrados na pessoa. Reconhecendo que a excelência da prática especializada se alcança através da implementação de estratégias baseadas na evidência e de um investimento consistente na formação, pretendemos dar visibilidade à enfermagem perioperatória como uma área de cuidados, altamente qualificada e diferenciada (Costa, 2024).

Os padrões de qualidade em enfermagem destacam que o cuidado deve ser seguro, eficaz, centrado na pessoa e baseado em evidências, aspetos estes contemplados nas ações de controlo da HPI. A combinação de métodos como aquecimento por ar forçado, uso de mantas térmicas e pré-aquecimento sistemático durante os períodos pré, intra e pós-operatório reduz significativamente o risco de HPI, que está associado a complicações como infeções, maior hemorragia e prolongamento da recuperação (Mendes et al., 2022).

## **2. PERCURSO PROFISSIONAL E CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLINICOS**

Neste capítulo descrevo de forma global o meu percurso profissional, até à presente data, e apresento uma descrição sumária dos contextos da prática onde realizei os ensinamentos clínicos do curso.

O meu percurso profissional em enfermagem desenrola-se como um fio contínuo de dedicação, resiliência e crescimento, tecido ao longo dos anos em contextos exigentes e transformadores. Começou há vinte e oito anos sob a luz suave das incubadoras, no âmago de uma unidade de cuidados intensivos neonatais, onde durante três anos, acariciei o início da vida, cuidando de recém-nascidos frágeis e prematuros. Foi nesse contexto delicado e exigente que construí as bases do cuidar e do saber, onde a precisão técnica se entrelaçava com a ternura do gesto, e cada pequeno progresso se tornava uma vitória. No entanto, senti a necessidade de experiências novas e novos conhecimentos noutras áreas.

Motivada pela vontade de explorar novas áreas do conhecimento e enriquecer a minha experiência profissional, abracei, ao longo de dezassete anos, o desafio de cuidar em contexto de internamento ortopédico. Este percurso permitiu-me desenvolver uma experiência sólida e um compromisso profundo com o bem-estar e o conforto da pessoa com patologia osteomuscular, desde fraturas simples a cirurgias complexas. Ao longo desse tempo, consolidei competências técnicas e relacionais fundamentais para a prática de enfermagem hospitalar, sobretudo junto de pessoas com necessidades complexas e prolongadas.

Este contínuo percurso foi drasticamente interrompido por um diagnóstico de cancro colo retal, que me obrigou a afastar da prática durante dois anos, período marcado não só pela luta individual pela saúde, mas por uma viagem interior profunda. Tornei-me cliente do sistema de saúde e experienciei de perto a transição vulnerável entre doença e cura, momento determinante onde compreendi, de forma visceral, a importância do autocuidado, da resiliência e da humanização do acompanhamento clínico.

A recuperação trouxe inevitáveis limitações, impedindo o regresso ao serviço de ortopedia. Foi neste momento de reorientação profissional que abracei a oportunidade de integrar a UCA, no contexto do pré e pós-operatório. Este ambiente renovou em mim o desejo de crescimento científico e levou-me a perscrutar novos saberes na área da enfermagem perioperatória. A necessidade de atualização profunda, particularmente no contexto intraoperatório, motivou o ingresso no mestrado.

O desafio acadêmico surgiu, não só como resposta a um contexto profissional em mutação, mas como extensão do meu próprio processo de cura. O mestrado, com os seus contextos de ensinamentos clínicos e contactos multidisciplinares, permitiu-me desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais fundamentadas na mais recente evidência científica. Proporcionou ainda o entendimento crítico das transições da PSP, consolidando autonomia, reflexão ética e uma abordagem verdadeiramente centrada na pessoa. Esta experiência íntima, conferiu-me uma sensibilidade para o impacto das condições ambientais, como o conforto térmico, sobre o bem-estar da pessoa submetida à experiência cirúrgica.

Compreendi, através do meu próprio percurso, que as pequenas variáveis físicas, como a sensação de frio no BO, a exposição durante os procedimentos cirúrgicos, as variações térmicas abruptas, podem exacerbar sentimentos de insegurança, ansiedade e desconforto, influenciando não só o estado físico, mas também o equilíbrio emocional da pessoa a vivenciar a experiência cirúrgica. Foi deste lugar de vivência e reflexão que emergiu a motivação para aprofundar, no âmbito do meu relatório, a temática do conforto térmico na PSP.

Reconheço agora, com clareza, que investir em medidas que promovam a temperatura corporal adequada não é apenas um detalhe técnico, mas um elemento central da humanização dos cuidados, promovendo segurança, dignidade e recuperação mais eficiente. A jornada pela doença transformou-se, assim, numa oportunidade de dar voz ao valor do conforto, trazendo ao debate académico e prático a perspetiva única de quem, para além de ser cuidador, também foi cuidado.

Assim, a transição vivida entre saúde e doença não foi apenas um episódio biográfico, mas o ponto de inflexão para um compromisso ainda mais profundo com a excelência do cuidado especializado. Este caminho reforçou o meu papel como profissional e aprendiz, movendo-me desde o lugar da fragilidade para um propósito renovado: prestar cuidados inovadores, humanizados e baseados no conhecimento mais atual, reconhecendo em cada cliente não só o doente, mas a própria pessoa em transição.

A atualização contínua dos profissionais de saúde tem impacto direto e significativo na segurança do cliente, desta forma investir na formação permite que enfermeiros e demais membros da equipa estejam alinhados com as melhores práticas reduzindo a ocorrência de erros (Oliveira, 2025).

A capacitação contribui para a diminuição de falhas em procedimentos e fortalece competências comportamentais, como comunicação e trabalho em equipa, fatores

essenciais para a prevenção de eventos adversos. No contexto da enfermagem perioperatória, a atualização científica associada à especialização eleva a qualidade da assistência, garantindo que as intervenções estejam em conformidade com padrões de excelência e segurança (Oliveira, 2025).

Assim, fazem parte da estrutura do mestrado a realização de três ensinamentos clínicos: Ensino Clínico I - Cuidar na sala operatória e Estágio com Relatório, composto por três módulos: Módulo I - cirurgia de ambulatório e o Módulo II estágio de opção cuja minha escolha recaiu numa UCA. A passagem por estes diferentes contextos permitiu conhecer e compreender todo o percurso realizado pelo cliente, desde o momento da decisão de intervenção, a consulta pré-operatória, a cirurgia, até à consulta de *follow up*, tendo como foco de interesse o aprofundamento de competências na área do conforto térmico da pessoa e família a vivenciar a experiência cirúrgica nos três períodos operatórios, pré, intra e pós-operatório. O módulo III correspondeu ao desenvolvimento deste relatório, contemplando esta Unidade Curricular um total de 810 horas, isto é 30 European Council for Theological Education (ECTS).

O ensino clínico proporciona um ambiente realista onde o estudante pode aplicar conhecimentos teóricos, desenvolver habilidades práticas, aprimorar o pensamento crítico e assumir gradualmente os papéis profissionais essenciais para sua futura atuação. A experiência clínica é indicada como indispensável para consolidar a identidade profissional, aumentar a confiança e a autonomia, além de qualificar a tomada de decisão no cuidado em saúde. Ou seja, é no contexto do ensino clínico que o estudante de enfermagem vivencia situações complexas e adquire competências de instrução à prática avançada, reforçando o papel central dessa etapa na formação do enfermeiro (Leonardsen, 2023).

O Ensino Clínico I: Cuidar na Sala Operatória, decorreu entre 18 de novembro de 2024 e de 27 fevereiro de 2025, com um total de 405 horas correspondendo a 15 ECTS. Estas horas traduzem-se em 138 horas de trabalho individual e 267 horas de contacto, entre elas, são designadas 230 horas para o ensino clínico, 30h para Orientação Tutorial (OT), e 7 horas para Seminário e foi realizado no BO de uma Unidade Local de Saúde (ULS) do Norte do País.

O módulo I do Estágio com Relatório, decorreu no Bloco de Cirurgia de Ambulatório e Robótica do Hospital da Região Autónoma da Madeira, representando um total de 95 horas e 3,5 ECTS. O número total de horas traduziu-se em 33 horas de trabalho

individual, 6 horas de OT e 56 horas de ensino clínico na UCA desenvolveu-se durante o período de dia 3 a 14 de março de 2025.

O Módulo II - Opção, representa um total de 330 horas, que se traduz em 40 horas de OT e 290 horas de ensino clínico, decorreu entre o dia 27 de março de 2024 e 13 de junho de 2025. Optei pelo bloco de uma UCA da ULS do Norte do País, que se revelou um campo de estágio riquíssimo em experiências e oportunidades únicas.

Tendo em conta a importância dos contextos clínicos no desenvolvimento do processo de aprendizagem, procedo agora a uma breve descrição das características orgânicas e funcionais do ambiente onde decorreu as práticas clínicas.

## 2.1 ENSINO CLÍNICO I: CUIDAR NA SALA OPERATÓRIA

A ULS, composta por quatro unidades hospitalares onde foi realizado o ensino clínico, destaca-se como um dos mais relevantes conjuntos assistenciais do norte do país. Esta estrutura hospitalar dispõe de capacidade para oferecer uma resposta integrada e diversificada em saúde, abrangendo desde o tratamento de situações agudas e a prestação de cuidados médico-cirúrgicos e de ambulatório, até aos cuidados continuados e de reabilitação. Encontra-se acreditado pela Caspe Healthcare Knowledge Systems, organismo internacional de acreditação de organizações de saúde e certificado de acordo com a norma Organização Internacional de Normalização 9001, pela United Kingdom Accreditation Service.

A ULS inclui também dois agrupamentos de centros de saúde situados na região Norte de Portugal Continental, assegurando a articulação entre a rede de cuidados de saúde primários dessa área e as restantes unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde, tendo sido criada ao abrigo do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro.

O BO central é situado na unidade 1, no terceiro piso de um dos vários edifícios constituintes da infraestrutura hospitalar, e é constituído por 8 salas operatórias: Sala 1 - Urgência; Sala 2 - Urologia; Sala 3 - Neurocirurgia; Sala 4 - Ortopedia; Sala 5 - Otorrino; Sala 6 - Cirurgia Vasculuar; Sala 7 - Cirurgia Geral e a Sala 8 - Cirurgia Plástica.

O BO dispõe ainda de uma área de recobro pós-operatório com capacidade máxima para 11 clientes. Neste espaço, o rácio entre enfermeiro e clientes é de 1:3, tanto para adultos como para crianças. Todas as camas possuem monitorização de parâmetros cardiorrespiratórios, que estão conectados a uma central. O serviço tem ao todo 8 aquecedores de leito, que são distribuídos pelas 8 salas e pelo recobro (normalmente com

9 camas em funcionamento), o que não permite assegurar a disponibilidade total destes equipamentos para todas as camas ao mesmo tempo.

O serviço conta com diversas áreas de apoio, nomeadamente uma sala de pausa e refeições destinada aos profissionais, gabinete do enfermeiro gestor, armazém para material clínico, vestiários e instalações sanitárias, sala de sujos, armazém de equipamentos e de material esterilizado. Dispõe também de um secretariado que presta apoio administrativo tanto ao BO como à sala de recobro, estando localizado no gabinete da direção do serviço. No corredor próximo da sala 1 encontram-se disponíveis, o carro de emergência, o carro de via aérea difícil e um vídeo laringoscópio.

A equipa de enfermagem é composta por 80 enfermeiros, responsáveis pela prestação direta de cuidados no contexto perioperatório, e por um enfermeiro gestor. Este serviço conta com a prestação de cuidados por enfermeiros de cuidados gerais e enfermeiros com formação pós-graduada, entre os quais 12 especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, das quais duas na área à pessoa em situação perioperatória, e 1 especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

O planeamento de atividade dos enfermeiros, contempla a rotatividade e distribuição dos mesmos pelas salas operatórias, nas valências de anestesia, instrumentação e circulação (3 enfermeiros por sala operatória), pelo recobro (rácio: 1 enfermeiro/3 clientes), pela esterilização (1 enfermeiro) e pelo apoio e coordenação (1 ou 2 enfermeiros). À noite e fins-de-semana/feriados estão destacados 3 elementos para a sala de urgência e 1 para o recobro.

O plano de trabalho é efetuado no dia anterior, pelo enfermeiro gestor, tendo em conta as cirurgias programadas e mediante as competências e áreas de intervenção de cada enfermeiro ao serviço. A cada enfermeiro fica atribuída uma função durante o turno, por isso o método de trabalho é o funcional/tarefa. O enfermeiro gestor conta ainda com a assessoria de duas EE, e com a alocação na distribuição de trabalho de um enfermeiro na “coordenação do turno” e que tem função de gestão operacional.

No BO existem enfermeiros de referência reconhecidos pela perícia que possuem em determinadas áreas do perioperatório, bem como profissionais responsáveis por promover a formação em serviço e por atuarem como “elos de ligação” com a comissão de controlo de infeção e com os sistemas de informação. Estão também organizados em grupos de trabalho dedicados ao desenvolvimento de projetos de melhoria contínua, nomeadamente na reprocessamento de dispositivos de uso único, na manutenção da normotermia, na prevenção de lesões da córnea e na padronização da transição de

cuidados, para a qual recorrem à metodologia, Identificação, Situação atual, Background/antecedentes, Avaliação e Recomendações (ISBAR).

A maioria dos clientes é admitida no BO no próprio dia da cirurgia, via serviço de admissão, sendo que apenas um pequeno número provém dos serviços de internamento ou do serviço de urgência. Após a intervenção cirúrgica, os clientes são encaminhados para o recobro ou consoante as necessidades clínicas, para unidades como a UCPA, a unidade médica intermédia ou a unidade de medicina intensiva e polivalente, sempre acompanhados pelo enfermeiro de anestesia e pelo anestesiológista. Relativamente aos registos de enfermagem, estes são efetuados eletronicamente, utilizando os sistemas de informação SClínico e Patient Care nos respetivos serviços.

Este BO recebe clientes de médio e alto risco, tanto em cirurgias programadas como em situações de urgência, o que resulta num elevado número de intervenções realizadas a cada 24 horas. Devido a essa diversidade e volume, a resposta engloba clientes com diferentes níveis de complexidade e múltiplas especialidades, incluindo cirurgia geral, vascular, maxilo-facial, oftalmologia, ortopedia, neurocirurgia e otorrinolaringologia.

## 2.2 ESTÁGIO COM RELATÓRIO - MÓDULO I

O ensino clínico do módulo I realizou-se numa UCA do Hospital da Região Autónoma da Madeira que corresponde a uma unidade complementar do BO Central. Inaugurada em dezembro de 2015, funciona com uma gestão dependente do BO, que assegura a coordenação eficiente dos recursos humanos e materiais, promovendo a qualidade assistencial e o cumprimento das normas regulamentares, está alinhado com as orientações definidas pela DGS e as normas europeias para a prática de cirurgia em regime de ambulatório, incluindo critérios rigorosos de segurança do doente, gestão de risco e eficiência operacional.

O BO é composto por várias salas: sete no Bloco Central, uma no BO de Obstetrícia e quatro no BO da CA. É um serviço que integra doze especialidades cirúrgicas, o que lhe confere uma grande diversidade de experiências. O serviço possui acreditação de nível "Bom" pelo Departamento da Qualidade na Saúde, através do processo de Acreditação da Qualidade do Ministério da Saúde, adotando o Modelo de Acreditação Internacional da Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), reconhecido internacionalmente e selecionado pela DGS por ser o mais adequado aos

critérios definidos na Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde (Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, 2022)

Estes requisitos garantem que os cuidados prestados respeitem padrões elevados de qualidade, centrando-se na segurança e satisfação das pessoas e famílias. A UCA destaca-se pela sua abrangência e capacidade de resposta a várias especialidades cirúrgicas, mostrando a sua versatilidade e especialização. Outro destaque é a Cirurgia Robótica, que realiza procedimentos específicos no âmbito da cirurgia geral, urologia, ginecologia, cardio-torácica, estas cirurgias são realizadas pela equipa da BO central com os clientes internados, promovendo uma significativa melhoria na qualidade de vida (Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, 2022)

A unidade possui uma estrutura que permite a gestão eficiente dos clientes desde a admissão, passando pelo período intraoperatório, até ao recobro e alta. O objetivo é minimizar interrupções, otimizar o tempo de permanência dos doentes e garantir a continuidade dos cuidados de forma integrada e segura. A infraestrutura da UCA inclui 4 salas operatórias equipadas com tecnologia e preparada para suportar uma ampla gama de procedimentos cirúrgicos de diferentes especialidades em regime de ambulatório. A sala 1 é destinada à cirurgia robótica, a sala 2 é polivalente destinada às especialidades de ortopedia, cirurgia geral, cirurgia vascular, cirurgia plástica, urologia, otorrino, estomatologia e cirurgia pediátrica, a sala 3 é destinada à ginecologia e a sala 4 é destinada à oftalmologia. Os Enfermeiros da UCA também dão apoio à pequena cirurgia com anestesia local nas especialidades de cirurgia geral, plástica e ginecologia em serviços anexos à UCA.

Esta UCA é dotada ainda de um recobro pós-operatório com capacidade máxima de 12 unidades, sendo 6 unidades para o recobro 1 e 6 para o recobro 2. No recobro o rácio Enfermeiro-cliente é de 1:3, igualmente para adultos e para crianças. Todas as unidades têm monitorização de parâmetros cardiorrespiratórios, o serviço dispõe de 6 aquecedores de leito para as 4 salas e para o recobro.

O serviço dispõe de áreas de apoio tais como, área de pausa e refeições para profissionais, gabinete do Enfermeiro gestor, armazém de material clínico, vestiários e instalações sanitárias, sala de sujos, armazém de equipamentos e de material esterilizado. Possui, ainda, serviço de secretariado que dá apoio à UCA. A equipa de enfermagem é formada por 18 enfermeiros que atuam na prestação direta dos cuidados do contexto perioperatório, sendo que 6 são instrumentistas/circulantes, 3 de anestesia e 8 do pré e

pós-operatório e 1 Enfermeira responsável, a Enfermeira gestora da UCA é a mesma do BO central.

Na UCA existem Enfermeiros de referência pela perícia que possuem em determinadas áreas do perioperatório e outros elementos que são responsáveis pela dinamização da formação em serviço e “elos de ligação” da comissão de controlo de infeção e dos sistemas de informação. No que respeita à documentação dos cuidados de Enfermagem, os registos em suporte eletrónico com recurso ao Sistema Eletrónico de Informação de Saúde da Região autónoma da Madeira - ATRIUM. As atividades realizadas pelos Enfermeiros na UCA são essenciais para garantir o bom funcionamento dos circuitos e a segurança dos doentes em todas as etapas do processo cirúrgico. Este contexto exige uma prática autónoma, multidisciplinar e baseada na evidência científica que assegurem a eficiência e qualidade dos cuidados prestados (Thoen et. al., 2024; AORN, 2021).

As principais atividades dos enfermeiros no BO abrangem o período perioperatório, começando pela teleconsulta de enfermagem pré-operatória, onde é realizada a avaliação prévia e orientação do cliente quanto ao procedimento, utilizando checklists e garantindo informações sobre anestesia, antecedendo a cirurgia. No dia da cirurgia, o enfermeiro acolhe o cliente, confirma identidade, procedimento cirúrgico, consentimentos informados e prepara o ambiente operatório, assegurando materiais e equipamentos adequados. Durante o período intraoperatório, atua como enfermeiro de anestesia, circulante ou instrumentista, garantindo segurança e assepsia para minimizar riscos de infeção. No pós-operatório imediato, monitoriza os sinais vitais e possíveis complicações, e na fase tardia, prepara a pessoa para alta com orientações e ensinamentos para os cuidados a ter no domicílio.

Além disso, o follow-up pós-operatório realizado por telefone 24 horas após a cirurgia é importante para acompanhar a evolução e identificar precocemente eventuais complicações. Essas atividades integram um processo contínuo de cuidados que envolve avaliação, intervenção, monitorização e educação, assegurando a segurança e o bem-estar do cliente durante toda a trajetória cirúrgica (OE, 2025).

A metodologia de trabalho inclui uma abordagem estruturada e protocolada para as várias atividades no processo perioperatório, como a avaliação pré-operatória, preparação do ambiente operatório, atuação no intraoperatório e monitorização no pós-operatório imediato e tardio, incluindo o follow-up telefónico pós-cirúrgico. Esse modelo

privilegia a aplicação rigorosa de checklists, protocolos e supervisão especializada para garantir segurança, qualidade e personalização dos cuidados (Andrade, 2023).

### 2.3 ESTÁGIO COM RELATÓRIO – MÓDULO II

O ensino clínico foi realizado numa UCA, que obteve a certificação de "Nível Ótimo" em março de 2023. A instituição é uma ULS de reconhecido prestígio na prestação de cuidados de saúde, sendo certificada pela ACSA, Caspe Healthcare Knowledge Systems e Sistema Nacional de Avaliação em Saúde.

A UCA opera de forma independente em relação à unidade central do hospital. Apesar dessa autonomia, conta com o suporte do hospital de retaguarda, que está preparado para admitir clientes que, devido a complicações, necessitem de monitorização intensiva ou internamento cirúrgico. Uma UCA deve contemplar, segundo Andrade (2023), uma infraestrutura que inclui área de admissão (com secretariado, sala de espera, vestiários e sala de preparação), gabinetes de consulta para anestesiologia e enfermagem, salas operatórias, e espaços de recobro pós-operatório, salientando a importância destes espaços para a eficiência e humanização dos cuidados. A UCA onde realizei o ensino clínico reúne todas as condições anteriores descritas, distribuindo as suas áreas de forma organizada com circuitos próprios e bem demarcados.

Esta unidade disponibiliza três salas operatórias, um espaço de recobro I destinado à fase de recuperação de pós-operatório imediato com capacidade de quatro macas, um espaço de recobro II, com capacidade de vinte e uma camas, que inclui um espaço preparado para pernoita constituído por nove camas. Dispõe ainda de uma área de admissão que inclui secretariado, sala de admissão, sala de espera para a pessoa alvo da intervenção e para acompanhantes e/ou prestador de cuidados; vestiários e área de preparação da PSP, um gabinete para consulta de anestesiologia e um gabinete para consulta de enfermagem pré-operatória.

A equipa de Enfermagem, sob a coordenação de uma enfermeira gestora, é composta por 37 profissionais distribuídos por dois grupos com funções distintas. O primeiro grupo, responsável pelo acompanhamento dos clientes nos períodos pré e pós-operatório, integra 17 enfermeiros, incluindo um mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área perioperatória, três especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, três especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, e um especialista em Enfermagem Comunitária. O segundo grupo, dedicado ao período intraoperatório, é

formado por 20 enfermeiros, dos quais dois têm o grau de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área perioperatória, cinco são especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (sendo um deles com especialização na área perioperatória), um é especialista em Saúde Comunitária e outro em Saúde Mental e Psiquiátrica.

A equipa de enfermagem trabalha segundo o método individual, baseado na abordagem de assistência total à PSP sendo que cada enfermeiro assume a responsabilidade pelo acompanhamento de um grupo de PSP durante um turno (Ventura-Silva et al., 2021).

Os registos clínicos, tanto de enfermagem como médicos, são efetuados em formato eletrónico, recorrendo aos sistemas de informação SClínico® e Patient Care®. O êxito da CA depende essencialmente de uma seleção criteriosa dos clientes, tanto do ponto de vista cirúrgico como anestésico, realizada nas consultas de cirurgia, anestesiologia e enfermagem (Üstündag et al., 2023). Exercem atividade na UCA as especialidades de Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vasculuar, Estomatologia, Ginecologia, Neurocirurgia, Ortopedia, Otorrinolaringologia e Urologia. A estas acrescenta-se a Anestesiologia, que, além de intervir em situações de emergência e de fazer a avaliação e transporte do doente crítico, tem funções na fase pré-operatória, durante a anestesia no BO e no acompanhamento pós-operatório.

Os ensinios clínicos contribuem significativamente para a aquisição e o desenvolvimento tanto das competências comuns quanto das específicas que definem o Perfil de Competências do EEEMCPSP. Através da prática em contexto clínico, o EE em formação aprimora conhecimentos técnicos, habilidades clínicas e atitudes fundamentais, essenciais para responder com segurança e qualidade às complexidades do cuidado especializado. Esta vivência prática permite consolidar as capacidades profissionais que caracterizam o exercício autónomo e especializado, assegurando a integração das competências previstas no regulamento da OE (Regulamento nº.140 OE/2019).

Por forma a melhor compreender o caminho de desenvolvimento de competências, o capítulo seguinte comporta um relato do percurso de aquisição de competências comuns do EE recorrendo à sua descrição e análise crítico-reflexiva.

### **3. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

O conceito de competência refere-se a um conjunto de atributos, tanto gerais quanto específicos, que englobam conhecimentos, habilidades e atitudes essenciais para a atuação profissional em diferentes contextos. O avanço constante da técnica e da ciência nos cuidados de saúde exige conhecimentos cada vez mais diferenciados e especializados aos profissionais de saúde (Regulamento nº.140 OE/2019).

A concessão do título de EE exige, além da comprovação das competências específicas definidas nos regulamentos de cada especialidade em enfermagem, que os profissionais também demonstrem um conjunto de competências transversais, válidas para todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Essas competências comuns abrangem áreas como a educação de clientes e dos pares, orientação, aconselhamento e liderança, incluindo ainda o dever de interpretar, divulgar e desenvolver investigação relevante, contribuindo assim para o avanço e aperfeiçoamento contínuo da prática de enfermagem (Regulamento nº.140 OE/2019).

As competências do EE são resultantes do aperfeiçoamento das competências desenvolvidas pelo enfermeiro de cuidados gerais, pois, independentemente da especialidade, a obtenção do título de EE requer, além das capacidades específicas de cada área, a posse de um conjunto de aptidões transversais, denominadas de competências comuns. Correspondem às competências partilhadas por todos os EE, demonstradas pela sua elevada capacidade para conceber, gerir e supervisionar cuidados, bem como pelo suporte ao exercício profissional especializado nos âmbitos da formação, investigação e assessoria (Regulamento nº.140 OE/2019).

O EE é descrito como aquele que presta cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, pois é dotado de competências científicas, técnicas e humanas. Desta forma, deve nortear a sua atuação tendo por base os domínios das competências comuns de EE, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, nomeadamente no que diz respeito às competências profissionais, éticas e legais, à melhoria contínua da qualidade, gestão de cuidados e ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº.140 OE/2019).

Cada um desses domínios será aprofundado nos próximos subcapítulos, através uma reflexão crítica sobre como fui desenvolvendo e solidificando as competências comuns durante o percurso dos ensinamentos clínicos, recorrendo a exemplos práticos e fundamentos teóricos.

### 3.1 RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

No percurso de aquisição de competências comuns do EE e, em conformidade com o artigo 5.º do Regulamento nº.140 OE/2019 desenvolvi uma prática de acordo com as normas legais, princípios éticos e deontológicos da profissão ao longo dos ensinamentos clínicos (Regulamento nº.140 OE/2019).

O Código Deontológico dos Enfermeiros constitui um dos pilares essenciais desta responsabilidade, sendo uma referência normativa para a prática ética, legal e profissional. Para além de um ideal, representa um conjunto de obrigações contínuas que estão intrinsecamente ligadas aos direitos humanos e à dignidade da pessoa. No cenário perioperatório, onde as decisões são rápidas, os riscos elevados e a vulnerabilidade da pessoa são acentuados, agir de acordo com a ética não é apenas desejável, mas um elemento central para a garantia da segurança dos cuidados prestados (OE, 2015; Soares et al., 2025).

Existe uma ampla evidência de que EE produzem ganhos em saúde, melhores resultados para os clientes e para as organizações, e valorização profissional sobretudo ao aplicar uma abordagem ética, centrada nas melhores práticas e nas necessidades individuais do cliente. Estes achados são alinhados com as normas do Regulamento nº.140 e reforçam a exigência de competências avançadas, sobretudo em gestão ética, legal e na tomada de decisão fundamentada no melhor conhecimento científico disponível (Malta et al., 2025).

De acordo com o excerto descritivo deste domínio, no Regulamento nº.140 OE/2019 pretende-se que o EE exerça a sua prática de modo seguro, profissional e ético apresentando capacidades de tomada de decisão, de acordo com os princípios éticos e deontológicos. Neste sentido, o processo de reflexão e tomada de decisão são facilitados pelo conhecimento ético-deontológicos do Enfermeiro. Após a avaliação da sua prática e tendo em conta o contexto onde desenvolve a sua profissão, este zela pelos cuidados prestados ao cliente, conforme as suas preferências. Durante todo o percurso de ensino clínico, demonstrei uma tomada de decisão fundamentada em princípios, valores e normas deontológicas, integrando consistentemente a ética no exercício profissional.

No processo de resolução de problemas, construí estratégias em estreita colaboração com o cliente, promovendo a sua participação ativa na definição das soluções. A minha decisão foi suportada por um juízo sólido ancorado no conhecimento científico e na experiência adquirida, reforçando o rigor e a segurança das intervenções.

Atuei em articulação com a equipa multidisciplinar, participando na construção coletiva das decisões, e selecionei as respostas mais adequadas entre várias opções possíveis, adaptando-as ao contexto específico de cada situação.

O EEMCPSP dedica-se ao cuidado da pessoa e família, adotando uma abordagem holística e individualizada, como é preconizado na prática desta especialidade. Durante o ensino clínico de opção, vivenciei essa realidade ao acompanhar e apoiar famílias no BO, onde acolhi vários pais ansiosos que acompanhavam os filhos em cirurgia pediátrica, de otorrino e estomatologia. Após a entrada da criança na sala cirúrgica, utilizei a escuta ativa para compreender e aliviar os receios manifestados pelos pais. Mais tarde, no serviço de recobro, pude receber os familiares no momento da alta, esclarecendo dúvidas sobre cuidados de enfermagem e orientando sobre a prevenção de possíveis complicações, promovendo segurança e confiança no regresso ao domicílio.

A orientação da tomada de decisão assenta na observação das normas deontológicas da profissão, assegurando que as ações estejam alinhadas com os deveres e princípios que regulam o exercício da enfermagem. Além disso, o profissional integra elementos do enquadramento jurídico no seu julgamento clínico, respeitando os imperativos legais que norteiam a sua atuação. Dessarte, promove a adoção de uma prática permanentemente orientada pela deontologia profissional, fomentando a responsabilidade ética coletiva e individual e contribuindo para a elevação dos padrões de qualidade dos cuidados prestados (Regulamento nº.140 OE/2019; Nunes et al., 2022).

Os enfermeiros deparam-se diariamente com questões que os obrigam a tomar decisões, e estas devem ser as melhores na excelência do exercício profissional. Embora cada caso seja individualizado, cabe ao Enfermeiro que é dotado de um corpo de conhecimentos, atuar perante as variadas situações imprevisíveis, bem como a necessidade de compreensão dos princípios éticos, de modo a antever este tipo de situações e a alcançar a melhor resolução possível visando sempre o interesse da pessoa (Regulamento nº.140 OE/2019; Leal et al., 2022). Na verdade, durante os ensinamentos clínicos nunca me deparei com dilemas éticos, no entanto, surgiram algumas situações pontuais como a falta do consentimento informado e consequentemente a falta de informação acerca da sua situação cirúrgica.

Neste sentido o meu papel em complementaridade com os Enfermeiros Tutores foi esclarecer o cliente sobre a cirurgia/anestesia e as dúvidas relativamente a todo processo, assumindo o respeito e a individualidade da pessoa. O *timing* da decisão é um dos causadores de stress, refletindo-se tanto no cliente como na equipa, pois nesse

intervalo de tempo este pode não ser capaz de tomar a decisão adequadamente e seguir outras soluções. Nos casos que presenciei, os clientes ficaram satisfeitos com a informação prestada e foram envolvidos nas propostas que lhe foram feitas, tendo a equipa respeitado o desejo expresso.

Estas reflexões e experiências com o decorrer do tempo, fizeram-me perceber a complexidade de um Enfermeiro gerir a área de prestação de cuidados neste tipo de contexto clínico. Para além de exigir proficiência, maturidade emocional, de forma a ser capaz de fazer uma observação pormenorizada e acompanhamento contínuo, requer também uma atualização contínua de conhecimentos, espírito de equipa e capacidade de liderança participativa de equipa.

O EE lidera com eficácia os processos de tomada de decisão ética na sua área de atuação, atuando como consultor quando os cuidados exigem competências especializadas. Ele recolhe e integra contributos para fundamentar decisões, incentiva a reflexão crítica e reconhece a sua competência técnica e ética, garantindo decisões seguras e qualificadas. Avalia constantemente os processos e resultados das decisões, promovendo a avaliação coletiva e a partilha desses resultados para aprimorar a prática. Desta forma, assegurei cuidados que respeitam integralmente os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, analisando situações específicas e gerindo potenciais riscos, sempre baseando a minha atuação no respeito à privacidade, às crenças e valores do cliente, e promovendo uma prática ética no ambiente da equipa de enfermagem (Regulamento nº.140 OE/2019; Nunes et al., 2022).

No ensino clínico de opção, em contexto pré-operatório, acompanhei duas mães de crianças de nacionalidade Síria, submetidas a uma intervenção cirúrgica de estomatologia. Considerando suas opiniões e valores culturais, as mães manifestaram a necessidade de manter os braços cobertos (uma vez que o fato descartável é de manga curta) e de permanecer com a cabeça tapada para poderem acompanhar os filhos até o BO. Para respeitar esta exigência cultural e, ao mesmo tempo, garantir as normas de segurança do ambiente cirúrgico, disponibilizei-lhes um casaco de manga comprida e permiti que utilizasse a cobertura habitual da cabeça, complementada pelo barrete cirúrgico. Deste modo, foi possível conciliar a observância dos princípios profissionais e de segurança com o respeito pelos direitos culturais e religiosos da criança e da sua família.

Durante os ensinamentos clínicos, centrado nos cuidados em ambiente operatório, foi possível vivenciar uma ampla variedade de experiências, enfrentando desafios constantes

ao longo de várias semanas. Nesse contexto, tive a oportunidade de colaborar diretamente e com responsabilidade supervisionada junto à equipa de anestesia, setor pelo qual nutro particular interesse, exigindo dedicação e estudo contínuo para atingir metas profissionais estipuladas. Todos os procedimentos foram realizados sob supervisão dos enfermeiros tutores, o que permitiu um desenvolvimento gradual de competências, culminando na capacidade de executar técnicas de maneira autônoma e segura, sempre com o apoio supervisionado necessário. Tal progresso trouxe reconhecimento pessoal e gratidão ao perceber que esforço e empenho resultaram em crescimento profissional significativo.

No decorrer desse percurso, participei em diversos tipos de anestésias, como raquianestesia, bloqueio dos nervos periféricos, anestesia geral com tubo orotraqueal e com máscara laríngea e tipos de cirurgias integrando equipas multidisciplinares, incluindo procedimentos ortopédicos, cirurgias gerais (hérnias inguinais, colecistectomias, apendicectomias e hérnias umbilicais), intervenções cardiorácicas (lobectomia), procedimentos pediátricos (otorrinolaringologia, estomatologia e cirurgia pediátrica) e situações de emergência, como cesarianas.

O EE considera diferentes contributos para fundamentar as decisões, estimula a reflexão crítica da equipa e reconhece as suas competências técnicas e éticas, garantindo decisões seguras. Avalia continuamente os processos e resultados, promovendo a partilha coletiva para melhorar a prática. Atua como referência técnica e ética, orientando a equipa para prestar cuidados individualizados, de qualidade e alinhados às normas profissionais e avanços científicos, contribuindo para a excelência no cuidado em saúde (Regulamento nº.140 OE/2019; Galvão, 2025).

Neste contexto, o EE garante práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, demonstrando uma postura ética na análise e interpretação das situações específicas de cuidados especializados, com gestão adequada de situações que possam comprometer o cliente. Promove a proteção dos direitos humanos assumindo a defesa destes conforme a deontologia profissional, assegurando o direito dos clientes ao acesso à informação, bem como a confidencialidade e segurança das informações obtidas no exercício da profissão, tanto na forma escrita quanto oral. Além disso, fomenta o respeito pelo direito à privacidade, à escolha e à autodeterminação dos clientes, incluindo os seus valores, costumes, crenças espirituais e práticas específicas (Regulamento nº.140 OE/2019; Nunes et al.,2022). Assegurei sempre a confidencialidade e o sigilo da informação clínica, tanto na elaboração dos registos escritos, como na comunicação oral entre a equipe, respeitando escrupulosamente a privacidade dos clientes e das famílias, mantendo as conversas em locais reservados e preservando a integridade dos dados pessoais.

No âmbito da equipa, o EE gere as práticas de cuidado promovendo a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente. Para isso, analisa cuidadosamente as informações com o objetivo de aumentar a segurança das práticas sob a dimensão ética e deontológica, implementa medidas para prevenir e identificar práticas de risco, adota condutas antecipatórias que garantem a segurança, a privacidade e a dignidade, e acompanha incidentes relacionados a práticas inseguras para evitar a sua recorrência. Dessa forma, assegura um cuidado especializado que respeita integralmente os direitos humanos e fortalece a qualidade e a segurança dos cuidados prestados (Regulamento nº.140 OE/2019; Galvão, 2025).

As atividades desenvolvidas permitiram uma abordagem integral à PSP e família, promovendo segurança, bem-estar e conforto em todo o período perioperatório. O fornecimento de informações claras sobre procedimentos, cuidados e sinais de alerta, aliado à CPOE e à consulta telefónica pré-operatória 48h antes da cirurgia, facilitou a identificação precoce de riscos e necessidades individuais, contribuindo para a personalização do cuidado e redução da ansiedade. A utilização de técnicas de comunicação terapêutica foi fundamental para estabelecer vínculo de confiança, esclarecer dúvidas e promover a adesão às orientações, utilizando linguagem acessível e sensível às necessidades emocionais da pessoa e família.

A preparação pré-operatória rigorosa, a identificação correta, aliada à monitorização contínua de sinais vitais e conforto térmico, garantiu a prevenção de complicações como a HPI e reforçou a segurança da PSP. No pós-operatório imediato, a avaliação sistemática do nível de consciência, dor e sinais vitais, bem como o apoio na preparação para alta, asseguraram uma recuperação segura e a estabilidade da pessoa para o retorno ao domicílio. A promoção da participação ativa da pessoa e família nos cuidados, através de educação em saúde e capacitação para uma alta segura, fortaleceu a autonomia e a continuidade do cuidado em casa. O telefonema 24h pós-operatório permitiu-me identificar eventuais complicações, controlar sintomas e esclarecer dúvidas, reforçando a importância do seguimento e da adesão às orientações.

Após a execução, realiza-se a avaliação, com o objetivo de analisar os resultados obtidos e verificar se os objetivos foram alcançados. Ao longo deste percurso, fui desenvolvendo autonomia na tomada de decisão, capacidade de análise crítica e competências relacionais fundamentais para o trabalho em equipa interprofissional, sendo a minha comunicação pautada pela clareza, assertividade e colaboração, contribuindo de forma decisiva para a segurança cirúrgica. Participei ativamente em reuniões e *briefings*,

partilhando informações relevantes e integrando-me nos processos de decisão, o que se traduziu numa atuação coesa e eficiente em prol da PSP.

A prestação de cuidados no BO é complexa e exigente, tendo em conta o ambiente, o fluxo de clientes, a diversidade de problemas e complicações, e que incutem aos enfermeiros grandes responsabilidades num contexto de complexidade crescente, onde o Enfermeiro tem de ser capaz de dar respostas, seja pela constante mudança, pela evolução do conhecimento ou pela informação e tecnologia (Andrade, 2023).

Durante a realização dos ensinamentos clínicos, estabeleci uma relação empática com a pessoa e seus familiares, mostrei-me disponível para responder dúvidas e promove o empoderamento da pessoa ao fornecer informações claras sobre o procedimento, riscos, benefícios e alternativas. Essa abordagem garante que a pessoa compreenda a sua situação e participe ativamente nas decisões sobre os cuidados, respeitando suas preferências e valores. Atuei como defensor da pessoa, facilitei decisões baseadas na evidência científica, partilhei e refleti sobre decisões éticas com a equipe, e contribuí para cuidados seguros, éticos e centrados na pessoa, promovendo autonomia e participação ativa em todo o processo perioperatório (Rarani, 2025).

A humanização no BO envolve atender às necessidades físicas e emocionais da pessoa desde a admissão até o pós-operatório, reduzindo dor, ansiedade e promovendo conforto, integridade e privacidade. A educação continuada dos enfermeiros é fundamental para aprimorar essa abordagem humanizada, que não se limita aos cuidados técnicos, mas inclui também a satisfação da pessoa e sua família, que deve ser envolvida no processo como ponto de apoio essencial para a recuperação. O cuidado humanizado baseia-se na comunicação, interação e responsabilidade de toda a equipe, garantindo um atendimento integral, ético e digno que facilita a transição da pessoa durante o percurso cirúrgico (Bernardes & Quintilio, 2021).

A forma como nos relacionamos com o outro, seja através do olhar, do toque ou mesmo do silêncio, leva-nos à escuta ativa, à empatia, ao uso de uma linguagem acessível e à observação das reações da pessoa perante a situação que está a vivenciar.

Ao envolver e apoiar emocionalmente tanto a pessoa, quanto familiares durante o processo cirúrgico, é possível reduzir a ansiedade, promover maior segurança e satisfação e fortalecer os resultados clínicos, reforçando que a atenção às dimensões humanas é fundamental para a qualidade e segurança da assistência em cirurgias, validando práticas de cuidado baseadas na construção de vínculos e responsabilidade compartilhada entre

equipa de saúde, pessoa e família. Neste contexto, os eventos cirúrgicos provocam transtornos não apenas aos clientes, mas também às suas famílias (Rarani, 2025).

Ao longo dos ensinamentos clínicos fui-me apercebendo, de como a inexistência de contato com as famílias durante o período intraoperatório, causa angústia para ambas as partes. Não esquecendo que a família pode ser o suporte durante as três fases do perioperatório e conseqüentemente um elemento facilitador da condição de saúde do cliente, esta condicionante é merecedora de mais atenção por parte da equipa cirúrgica (Andrade, 2023).

No entanto, na UCA logo após o término da cirurgia, é enviada uma mensagem de texto ao acompanhante, informando que o procedimento foi concluído e que a PSP segue para a UCPA, destacando que este procedimento reduz significativamente a ansiedade dos familiares, proporcionando-lhes conforto e tranquilidade durante o período de espera. Assim que a PSP é transferida para a sala de recobro 2 (fase de recuperação mais avançada, onde já apresenta maior estabilidade clínica), é-lhe devolvido o seu telemóvel, permitindo que comunique diretamente com a família. Esta prática, além de promover a sua autonomia, contribui para o seu bem-estar psicológico. Constatei que a possibilidade de contacto direto com os familiares diminui o stress e facilita a adaptação pós-cirúrgica. Nos casos em que a pessoa não dispõe de telemóvel, assumi a responsabilidade de contactar a família, assegurando que é informado do seu estado. A implementação de estratégias de comunicação pós-cirúrgica, incluindo o envio de mensagens de texto, a devolução do telemóvel na fase de recuperação e o suporte do enfermeiro na ausência de meios de comunicação pessoais, é fundamental para garantir o bem-estar da pessoa e do seu convivente significativo.

O local de transfe dos clientes para a admissão ao BO da instituição onde realizei o primeiro ensino clínico, no BO de ortopedia, consiste num ambiente aberto e local de passagem para o recobro. Muitas vezes o ambiente frenético que se vive neste espaço e o fluxo de clientes e profissionais que ali se deslocam, podem implicar a falta de privacidade e intimidade, impedindo a pessoa de verbalizar as suas necessidades e desconfortos. A solução muitas vezes encontrada para minimizar esta situação, foi levar o cliente para o recobro, onde o ambiente é mais calmo, permitindo-lhe transmitir as suas dúvidas e preocupações. Assim, o Enfermeiro assume o dever de respeitar a intimidade da pessoa e salvaguardar sempre, a privacidade e intimidade, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas delegadas (OE, 2015; Soares et al., 2025).

Verifiquei que a necessidade de avaliação constante do cliente requer, por diversas vezes, uma exposição corporal para a prestação de cuidados. Nesses momentos, a passagem no transfere para a mesa cirúrgica são utilizadas estratégias para promover o conforto e dignidade deste, até adquirir a capacidade para o fazer, assumindo o papel de “advogado” do cliente, defendendo os seus direitos, desejos e vontades a ser respeitados. Na tentativa de procurar preservar a intimidade e a privacidade da pessoa usei lençóis, cobrindo partes do corpo para não ficarem expostas durante a transferência.

No que respeita à privacidade dos clientes e ao direito à confidencialidade, os profissionais de saúde têm o dever de praticar qualquer ato no respeito pela intimidade da pessoa e guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão. A informação pertinente só deve ser partilhada com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, estando, apenas presentes as pessoas necessárias para a prática dos cuidados. O BO por norma é um serviço com muita atividade cirúrgica onde se encontram clientes com uma maior vulnerabilidade e suscetibilidade pelos eventos cirúrgicos (OE, 2015; Soares et al., 2025).

Limitei a presença no ambiente apenas às pessoas necessárias para a execução do plano cirúrgico. Assegurei o segredo profissional, evitando divulgar informações confidenciais a terceiros que não estivessem envolvidos no cuidado. Utilizei barreiras físicas, como portas fechadas e cortinas, e realizei as comunicações de forma discreta para preservar o ambiente privado. Além disso, sensibilizei e orientei a equipa para valorizar a privacidade, promovendo um cuidado ético, humanizado e seguro, sempre respeitando a dignidade da pessoa.

Nos ensinamentos clínicos, todas as informações comunicadas verbalmente entre enfermeiro de anestesia e anesthesiologista, são submetidas a uma dupla confirmação, incluindo as doses de terapêutica a administrar, especialmente durante as induções anestésicas. Também é feita a validação do material necessário para cada procedimento e a confirmação dos procedimentos a executar. Esse rigor assegura que as condições de segurança sejam mantidas tanto para o cliente quanto para toda a equipa multidisciplinar. A verificação cuidadosa e a validação das informações, garantindo que estejam apropriadas para cada pessoa, contribuem para a segurança geral e para a consciência cirúrgica. Essas práticas refletem a importância da atuação competente e da responsabilidade profissional para assegurar ambientes seguros e eficazes no contexto cirúrgico.

Além disso, a atuação da equipa de enfermagem, alicerçada no planeamento estruturado e na avaliação contínua das condições térmicas da pessoa, reflete a adoção de critérios de qualidade para assistência humanizada. A prevenção da hipotermia reforça não apenas o aspeto técnico, mas também a dimensão ética do cuidado, respeitando a dignidade, o respeito e o conforto da pessoa, o que contribui para aumento da satisfação e melhores resultados clínicos (Mendes et al., 2022).

### 3.2 MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE

As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade focam-se na sustentação de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área de governação clínica; gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade desenvolvendo práticas de qualidade, bem como, manter um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento nº.140 OE/2019).

A liderança dos enfermeiros é fundamental para impulsionar a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, gerando benefícios como maior autonomia profissional, melhor integração entre serviços, satisfação das equipas e avanços constantes na assistência prestada. O EE exerce um papel estratégico na governação clínica ao promover práticas inovadoras, operacionalizar projetos de qualidade e disseminar experiências bem-sucedidas, contribuindo de forma decisiva para uma cultura organizacional pautada pela excelência, inovação e valorização profissional na enfermagem (Ferreira et al., 2025).

O EE desempenha um papel crucial na avaliação contínua das práticas clínicas, utilizando evidências científicas, normas e indicadores para garantir a qualidade dos cuidados. Ele planeia e lidera programas de melhoria contínua, identificando oportunidades, definindo prioridades, selecionando estratégias estratégicas e elaborando orientações de boas práticas. Além disso, supervisiona os processos de melhoria, promovendo a normalização e a atualização das soluções, garantindo avanços consistentes e eficazes na qualidade e segurança do atendimento á pessoa (Bispo et al. 2023).

Deste modo, o EE garante um ambiente terapêutico e seguro ao promover a segurança física, psicossocial, cultural e espiritual da pessoa, envolvendo as suas famílias e respeitando suas necessidades. Atua na administração segura de medicamentos, na prevenção de danos, assegurando a aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológico

e na promoção da saúde ocupacional e segurança dos dados. Na gestão de riscos, colabora na organização de recursos, prevenção de incidentes, investigação de falhas sem culpas, redução de erros humanos, manutenção preventiva, controle de infecção e planos de emergência, garantindo o bem-estar e a segurança integral no cuidado (Filipe, 2024).

Tratando-se da qualidade em saúde como uma tarefa multiprofissional de aplicação local, esta evidencia a importância da criação e definição dos padrões de qualidade para o exercício profissional dos enfermeiros (Bispo et al., 2023).

No período perioperatório, o Enfermeiro tem uma função relevante na equipa multidisciplinar, na construção, no estabelecimento e na execução de protocolos assistenciais. Tais procedimentos visam evitar incidentes e com isto prevenir os danos à saúde da pessoa e segurança a toda equipa. Todos os profissionais, incluindo os enfermeiros, presentes na sala de operações tem obrigação de agir com consciência cirúrgica, regendo-se por um conjunto de valores individuais para garantir um ambiente cirúrgico seguro, desempenhando as suas funções da forma mais correta possível. É através do rigor, exigência e objetividade que os enfermeiros atuam nos cuidados de assepsia, manutenção de normotermia e na prevenção de eventos adversos, que contribuem para a diminuição das taxas de infecção, diminuição dos custos por internamentos prolongados ou reinternamentos e rápida recuperação da pessoa (Andrade, 2023).

A enfermagem perioperatoria requer um conhecimento especializado sobre orientações e normas de cuidados relacionados com a cirurgia, a anestesia, os procedimentos invasivos, os equipamentos cirúrgicos e os instrumentais, as infeções e a segurança da pessoa, entre outros. Além disso, é fundamental que os enfermeiros tenham qualidades humanas, excelentes habilidades interpessoais e sociais no ambiente cirúrgico, além de liderança e boa comunicação (Salazar, 2022).

Demonstrar competências comunicacionais com a equipa interprofissional na garantia da segurança cirúrgica implica uma abordagem integrada, baseada em práticas de comunicação claras, empáticas e estruturadas entre todos os profissionais envolvidos no processo cirúrgico. Isso inclui a escuta ativa, a parafraseação, o resumo e a formulação de perguntas para confirmar e esclarecer informações, minimizando o risco de erros e promovendo a segurança da PSP (Miranda et al., 2023).

A comunicação interprofissional eficaz foi fundamental para a segurança cirúrgica, pois facilitou a partilha de informação relevante, a identificação precoce de riscos e a tomada de decisão colaborativa. Utilizei checklists de segurança, protocolos

padronizados e garanti a transmissão de informação oral apoiada por registos escritos, como estratégias essenciais para evitar omissões e assegurar a continuidade do cuidado. Além disso, a comunicação estruturada contribuiu para a construção de um ambiente de trabalho harmonioso, onde reconheci fragilidades e pontos fortes, promovendo a notificação de incidentes e o feedback construtivo entre a equipa. A estratégia de comunicação que utilizei garantiu a articulação entre os membros da equipa interdisciplinar e multidisciplinar. Realizei briefings de segurança que permitiram reduzir o risco de erros e melhorar a qualidade dos cuidados nas organizações de saúde, usando ferramentas como a Lista de Verificação de Cirurgia Segura e a mnemónica ISBAR. Com o envolvimento de toda a equipa, foi possível complementar a reflexão sobre a atuação dos profissionais e implementar estratégias de melhoria.

Outra competência comum do EE para a melhoria contínua da qualidade é manter um ambiente terapêutico e seguro. Assim, propus-me a desenvolver competências ao nível da segurança e controlo de infeção através da manutenção da normotermia e da normoglicemia, perante a PSP, tendo em conta a complexidade do ambiente e a necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Tal como as restantes valências a anestesia é uma área associada a riscos, visto conduzir o cliente a um estado de inconsciência, analgesia, amnésia, relaxamento muscular e perda de reflexo e é constituída pelas seguintes fases anestésicas: indução, manutenção e reversão (Andrade, 2023).

O Enfermeiro de anestesia em colaboração com o anestesista prepara e administra fármacos com o objetivo de anestésiar o cliente para o procedimento cirúrgico sem complicações, atuando de forma a garantir um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento nº.140 OE/2019). A fim de evitar danos decorrentes da administração de terapêutica e procedimentos anestésicos, usei estratégias e medidas de segurança conforme as normas da instituição, como: a rotulagem da medicação com a respetiva diluição, o uso de etiquetas com código de cores por classe de fármacos e a comunicação com o anestesista foi efetuada de forma clara, repetindo sempre a indicação deste e administrando o fármaco posteriormente à sua confirmação (Carleti et al., 2025).

O EE é dotado de um corpo de conhecimentos no qual assentam competências, identifica oportunidades de melhoria, avaliando sistematicamente as melhores práticas, criando estratégia para a resolução de problemas e tomada de decisão em equipa de forma a obter respostas mais apropriadas através da implementação de medidas preventivas e identificação de práticas de risco (Regulamento nº.140 OE/2019).

O contato prático e supervisionado do ensino clínico é essencial para traduzir o conhecimento teórico em competências reais, promovendo o desenvolvimento técnico, crítico e ético do estudante de enfermagem. A vivência em ambiente intraoperatório permite não apenas melhorar a qualidade dos cuidados perioperatórios, mas também estimula o aperfeiçoamento de práticas interprofissionais e institucionais, à medida que os estudantes são incentivados a propor e implementar melhorias colaborativas em processos de segurança, comunicação e gestão do cuidado. A integração progressiva dos ensinamentos clínicos no BO potencializou o crescimento profissional, fortaleceu a prática colaborativa e contribuiu para mudanças positivas tanto no meu desempenho individual quanto no contexto institucional da enfermagem perioperatória (Siciliano et al., 2024).

Na minha prática como enfermeira de anestesia, assegurei a verificação rigorosa dos protocolos de cirurgia segura e a promoção de procedimentos para prevenção e controle da ILC, gerindo adequadamente o ambiente e os circuitos para manter a assepsia. Verifiquei a funcionalidade, a integridade e a rastreabilidade dos equipamentos de anestesia, incluindo sistemas de ventilação, monitores e dispositivos de aspiração, garantindo a sua prontidão e esterilização, bem como a gestão rigorosa dos medicamentos anestésicos, durante toda a anestesia mantive a vigilância contínua dos parâmetros da pessoa e do estado dos dispositivos, promovendo uma comunicação eficaz com a equipa, para antecipar e responder a eventos adversos, fomentando assim uma cultura coletiva de segurança cirúrgica e contribuindo para a segurança global da pessoa no bloco operatório.

### 3.3 GESTÃO DOS CUIDADOS

No que diz respeito a este domínio, o Regulamento nº.140 OE/2019 descreve que ao EE compete um papel na gestão dos cuidados, aprimorando a resposta de enfermagem em articulação com a equipa multidisciplinar, tendo em vista a segurança e a qualidade das tarefas delegadas. Além disso, este deve adequar os recursos às necessidades de cuidados, reconhecendo o estilo de liderança mais apropriado para a promoção da qualidade dos cuidados.

O EE desempenha um papel essencial na gestão dos cuidados hospitalares, otimizando as intervenções de enfermagem e coordenando a equipa de saúde para garantir a segurança e a qualidade das tarefas delegadas. Também oferece assessoria técnica e participa ativamente nas decisões multiprofissionais, além de supervisionar as tarefas delegadas através de protocolos, orientações e demonstrações práticas, avaliando

continuamente a sua execução. Adapta os métodos organizacionais conforme o contexto, aplica as políticas institucionais, gere os recursos de forma eficiente, promove um ambiente de trabalho positivo, motiva a equipa e ajusta seu estilo de liderança de acordo com a maturidade dos colaboradores, sempre incentivando a inovação e garantindo a satisfação e segurança dos clientes (Bardella, 2024).

Ao longo dos ensinamentos clínicos, participei ativamente na gestão dos cuidados ao cliente e acompanhei os enfermeiros chefes no desempenho das suas funções. Como estudante da especialidade, assumi responsabilidades práticas sob supervisão, aplicando conhecimentos teóricos na elaboração e execução de planos de cuidado individualizados. Desenvolvi competências técnicas, colaborando na organização do ambiente, avaliação da pessoa e implementação das intervenções apropriadas. Também me envolvi na reflexão crítica e no aprimoramento contínuo da prática, procurando consolidar a minha capacidade de atuar de forma segura, eficaz e responsável na área de enfermagem médico-cirúrgica.

Quer na assistência direta quer na indireta, foi visível o trabalho desenvolvido na gestão de todos os problemas observados, ao longo da jornada de trabalho. Este acompanhamento contribuiu para a aquisição da competência de gestão dos cuidados, de forma a ter maior perceção de que os chefes de equipa têm um trabalho acrescido, estão mais despertos e dispõem de competências mais alargadas para exercer esta função. Tendo outra visão, sabem lidar e reagir com as intercorrências e/ou problemas que possam surgir durante os diversos turnos, como por exemplo, falta de materiais, a gestão de falta de recursos, entre outros. Tudo isto ocorre porque cada chefe de equipa normalmente é perito, ou é enfermeiro especialista ou tem formação específica na área de gestão. Cada enfermeiro responsável pelos clientes que lhes são atribuídos tem um papel fulcral de orientar e gerir os cuidados que irão ser prestados, organizando o seu plano de trabalho diário junto dos mesmos (Faria, 2023).

Desta forma, tive oportunidade de participar na organização e gestão do serviço, acompanhei e colaborei com a Enfermeira Gestora na coordenação dos materiais e instrumentais do BO o que permitiu uma compreensão aprofundada sobre a organização dos recursos, distribuição de tarefas e priorização de necessidades, facilitando a tomada de decisão informada e ágil (Regulamento nº.140 OE/2019).

Esta experiência permitiu-me consolidar uma prática de excelência, baseada em conhecimento científico, ético, trabalho em equipa e compromisso com a segurança, bem-estar e benefício da PSP, contribuindo para a qualidade global dos cuidados prestados e

o bem-estar da equipa. Dando-me a possibilidade de perceber a importância do EE na gestão e organização do serviço no que diz respeito a todo o material necessário para cada intervenção cirúrgica e desempenhando atividades de organização do serviço.

Durante o período em que acompanhei o Enfermeiro Gestor, colaborei na gestão diária dos recursos humanos, alinhada ao plano cirúrgico, contribuindo para garantir um ambiente seguro. Percebi que, devido às particularidades das especialidades cirúrgicas, as equipas são organizadas segundo essas áreas específicas. Além disso, como a prestação de cuidados perioperatórios exige alta qualificação e continuidade, é comum que o enfermeiro de anestesia seja especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Por isso, procurei focar o meu desenvolvimento nessa área, sem deixar de aproveitar oportunidades no setor da circulante para ampliar minhas competências.

Relativamente às funções dos enfermeiros em sala operatória, cada um possui funções específicas características da atividade que está a desempenhar, seja ela de anestesia, circulação ou instrumentação. Esta especificidade permite ao Enfermeiro desenvolver competências e conhecimentos em cada área, tornando a sua prática mais segura e aperfeiçoada. A atividade no BO depende do correto desempenho de cada profissional, pelo que cada qual deve conhecer quais as suas funções e a forma mais correta de as executar (Andrade, 2023).

A integração na equipa multidisciplinar como enfermeira de anestesia e circulante, durante os ensinamentos clínicos, permitiu-me desenvolver intervenções de enfermagem nas várias equipas e usufruir sempre de profissionalismo e tranquilidade demonstrando-se como facilitadores na adaptação a vários contextos.

Como enfermeira de anestesia, desempenhei funções inerentes, incluindo a validação da operacionalidade da sala (temperatura, humidade, ventilação e higienização), preparação do material e fármacos para indução anestésica e verificação da funcionalidade dos equipamentos (aspirador, módulos de monitorização, compressor térmico, bombas infusoras). Além disso, garanti a gestão adequada do stock do carro de anestesia e preparei os medicamentos conforme indicado pelo anestesiológico, o que contribuiu significativamente para a minha aprendizagem ao consolidar conhecimentos sobre os protocolos de segurança, funcionamento dos dispositivos e gestão adequada dos recursos em contexto perioperatório.

Ao receber o cliente no transfere e levá-lo para a sala de operações, para além de me apresentar e confirmar dados do cliente, tentava esclarecer dúvidas existentes, com o objetivo de deixar o cliente menos ansioso. Ao entrar na sala enquanto o monitorizava,

tinha o cuidado de ir explicando todos os passos. Durante o processo anestésico, explicava-lhe que iria adormecer de forma gradual e no final da cirurgia estava presente no momento da reversão anestésica, por forma a transmitir segurança à pessoa no momento de acordar. Durante toda a cirurgia procedi á avaliação hemodinâmica do cliente, bem como, à manutenção do seu conforto (avaliação e manutenção da temperatura, avaliação da dor, posicionamento correto). Por último, levava o cliente ao recobro, utilizando a técnica ISBAR, como instrumento que aumenta a segurança em situações de transmissão rápida e precisa de informação (Pintado et al., 2021; Andrade, 2023).

No que concerne à função de enfermeira circulante, considero que esta tem um papel fundamental no desempenho do seu cargo de segurança do cliente, pois através dos seus conhecimentos e competências e da observação direta, garante a manutenção da técnica asséptica. Esta, é um elemento-chave no que diz respeito à prevenção da infeção e de todos os riscos que possam ocorrer durante a intervenção cirúrgica, competindo-lhe a função de preparar, organizar e gerir a sala para a cirurgia. O desempenho das atividades inerentes à responsabilidade da enfermeira circulante permitiu-me adquirir competências nas normas de boa prática e de segurança atribuídas a esta função (Pintado et al., 2021; Andrade, 2023).

Durante os ensinamentos clínicos, participei ativamente na tomada de decisões da equipa multidisciplinar, sobretudo na vertente da gestão dos cuidados, sempre sob a supervisão dos enfermeiros tutores. Paralelamente, prestei cuidados de enfermagem de forma ponderada e estruturada, fundamentando a minha prática no processo de enfermagem. Dessa forma, consegui identificar os problemas de saúde apresentados, recolher e analisar os dados específicos de cada situação, estabelecer diagnósticos de enfermagem, planear as intervenções necessárias e executar os cuidados de modo correto, avaliando continuamente os resultados e ajustando as ações sempre que necessário.

Considero que durante todo o percurso, assumi responsabilidade na gestão dos cuidados, contribuindo para as decisões da equipa multidisciplinar, sempre atuando em estreita colaboração com os enfermeiros responsáveis. Prestei cuidados de enfermagem de forma refletida e metódica, baseada no processo de enfermagem. Fui capaz de identificar os problemas de saúde, recolher e avaliar dados específicos de cada situação, formular diagnósticos de enfermagem, elaborar um plano de cuidados individualizado, executar corretamente as intervenções necessárias e avaliar continuamente os resultados, ajustando as ações sempre que necessário.

### 3.4 DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o EE deve desenvolver o autoconhecimento e assertividade, bem como, assentar a prática clínica especializada em evidência científica. A formação e a aquisição de competências em enfermagem são um processo contínuo de aprendizagem, que através de experiências vividas e a sua partilha, assim como das experiências e conhecimentos transmitidos por outros profissionais nos fazem evoluir no campo profissional (Regulamento n.º.140 OE/2019).

As pesquisas e leitura de literatura são a base para o conhecimento e aprendizagem, direcionados por referenciais teóricos que justificam a prática. Tendo isto em consideração, o EE deve assentar as suas intervenções nas competências deste domínio (Regulamento n.º.140 OE/2019).

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais pelo EE envolve o cultivo do autoconhecimento, assertividade e capacidade crítica, que são essenciais para estabelecer relações terapêuticas e multiprofissionais eficazes. Este processo abrange a facilitação da aprendizagem contínua, seja em contexto académico ou no local de trabalho, promovendo a incorporação da evidência científica atualizada na prática clínica. A aprendizagem é entendida como um percurso ao longo da vida, que requer motivação, pro-atividade e suporte organizacional, visando a renovação e atualização constante de conhecimentos, habilidades e atitudes para garantir cuidados seguros e de qualidade. Desta forma o EE atua também como facilitador e promotor da aprendizagem dos demais profissionais, identificando necessidades formativas, promovendo a aquisição e aplicação do conhecimento científico e avaliando o impacto dessas formações na prática (Cantante et al., 2020).

Na enfermagem, a excelência passa indiscutivelmente, por um percurso profissional que promova o desenvolvimento de competências dos enfermeiros, ancorado na aprendizagem, no pensamento e atitude crítica e reflexiva, bem como na autoformação de modo que estes contribuam para o desenvolvimento da ciência de enfermagem (Cantante et al., 2020).

No âmbito da unidade curricular Enfermagem Perioperatória I inerente ao conteúdo programático "Empoderamento da PSP" a convite da minha orientadora participei num seminário onde partilhei com os estudantes do curso de Mestrado Enfermagem Médico-cirúrgico na área á PSP, a decorrer na Escola Superior de

Enfermagem São José de Cluny, a minha experiência pessoal enquanto PSP, sobre a minha transição na vivência de um cancro colo retal.

Durante a minha intervenção, relatei o percurso que vivi ao ser confrontada com a necessidade de realizar uma colostomia. Inicialmente, encarei esta situação com medo, insegurança e uma sensação de perda de controlo sobre a minha vida. No entanto, foi através da capacitação proporcionada pela equipa de enfermagem que consegui transformar esta experiência. As enfermeiras, com o seu conhecimento, empatia e dedicação, não só me transmitiram informações essenciais sobre os cuidados a ter com a colostomia, mas também me ajudaram a compreender e aceitar a nova realidade.

Através de sessões educativas, apoio emocional e acompanhamento contínuo, durante todo este processo senti-me cada vez mais capaz de gerir a minha condição. Este processo de capacitação permitiu-me não só aceitar a colostomia, mas também encará-la como uma solução e não como um problema. Passei a perceber que, graças à intervenção cirúrgica e ao suporte da equipa de enfermagem, tive a oportunidade de continuar a viver e de procurar a melhor qualidade de vida possível.

Esta participação teve como objetivo ilustrar, de forma prática e experiencial, a importância do empoderamento da pessoa e o papel fundamental do enfermeiro neste processo. O feedback obtido pelos colegas permite-me afirmar que demonstrei, em prática, a relevância do empoderamento da pessoa e evidenciei o papel essencial do enfermeiro neste processo.

O enfermeiro não é apenas um prestador de cuidados técnicos, mas um agente facilitador do processo de adaptação, aceitação e superação. O empoderamento promovido pela enfermagem vai muito além da transmissão de conhecimento, envolve o fortalecimento da autonomia, da autoestima e da confiança da pessoa, permitindo-lhe ser protagonista do seu próprio processo de recuperação e adaptação. A minha experiência pessoal reforça a necessidade de valorizar e investir na capacitação dos enfermeiros, pois são eles que, muitas vezes, fazem a diferença entre um processo de doença vivido com sofrimento e um processo vivido com esperança, dignidade e qualidade de vida.

Já no âmbito do ensino clínico “Cuidar na Sala Operatória”, foi proposto a realização de um estudo de caso sustentado numa teórica de enfermagem que em muito colocou à prova a minha capacidade de reflexão crítica. Este trabalho teve como objetivos primordiais, desenvolver todas as etapas do processo de enfermagem, evidenciando a elaboração de um plano de cuidados de enfermagem, capaz de responder às necessidades da pessoa submetida a uma artroscopia do ombro, refletindo sobre a tomada de decisão

do EE; recolha de dados relevantes para a construção dos focos, diagnósticos e intervenções de enfermagem com integridade referencial entre si; avaliar e refletir sobre o resultado das intervenções planeadas e os ganhos em saúde decorrentes das intervenções. A elaboração do estudo de caso possibilitou não só operacionalizar a Teoria das transições em Enfermagem de Afaf Meleis, mas também expor com clareza e argumentar os resultados do meu próprio raciocínio, demonstrar um nível aprofundado de conhecimento e desenvolvimento de juízo clínico e abordar questões complexas de modo sistemático e reflexivo.

A análise do estudo de caso sublinhou a importância das intervenções autónomas do enfermeiro no contexto do perioperatório. A abordagem baseada na teoria das transições, permitiu uma visão holística, proporcionando uma base sólida para a implementação de cuidados individualizados e focados na promoção de segurança e autonomia, concomitantemente. A aplicação de intervenções autónomas, aliada a um plano de cuidados, bem estruturado, pode não só reduzir as complicações e o tempo de internamento, mas também melhorar a qualidade de vida no pós-operatório, evidenciando o impacto positivo do papel autónomo dos enfermeiros na gestão de condições complexas como a HPI e a ILC.

Em seguimento e como forma de conclusão deste estudo de caso, resultou a participação como palestrante no seminário “Cuidar da Pessoa em Situação Perioperatória” na ESSSM, que permitiu desenvolver competências na responsabilização como facilitador da aprendizagem. A experiência contribuiu para a incorporação de novo conhecimento na prática especializada e reforçou sobretudo as habilidades comunicacionais, com o objetivo de transmitir saberes e estimular a reflexão e mudança de comportamento na prática diária (Regulamento n.º.140 OE/2019).

Durante este percurso fomentei a autoaprendizagem e aprendizagem aos pares através da partilha de conhecimentos, e raciocínios de uma forma clara, promovendo-se momentos de formação informal, de troca de pensamentos, ideias, vivências e experiências. Efetuei três formações em serviço, uma em dezembro de 2024 no BO central, a segunda em janeiro de 2025 no BO complementar e a terceira em março de 2025 na UCA, estando a temática integrada nos feixes de intervenção na prevenção de ILC (DGC, 2022). O tema apresentado foi “Termorregulação e manutenção da normotermia na pessoa adulta em situação perioperatória”, abordando a justificação de manter a normotermia, os fatores causais da hipotermia e potenciais efeitos, mecanismos causais da hipotermia, recursos disponíveis para a avaliação da temperatura corporal,

dispositivos passivos/ativos para otimização da temperatura corporal, boas práticas na manutenção da normotermia. Plano de sessão (ANEXO I).

No ensino clínico de opção, na UCA constatei que na fase pré-operatória, na sala na preparação só era avaliada a glicemia capilar às pessoas diabéticas, deixando uma incongruência na satisfação dos feixes de intervenção, faltando avaliar a glicemia aos não diabéticos, uma vez que a ansiedade e o stress cirúrgico provocado pela proximidade da intervenção cirúrgica provocam um aumento da libertação de cortisol pelas glândulas suprarrenais e inibição da produção de insulina, aumentando assim, os níveis sanguíneos de glicose durante e após a cirurgia. Desta forma, a hiperglicemia está associada a um risco aumentado de ILC e, portanto, um risco aumentado de morbidade, mortalidade e de custos inerentes de cuidados de saúde em pessoas diabéticas e não-diabéticas e nos diferentes tipos de cirurgia, é recomendado o uso de protocolos intensivos para o controlo perioperatório da glicemia para diabéticos e não diabéticos adultos, submetidos a procedimentos cirúrgicos com o intuito de reduzir o risco de ILC (World Health Organization, 2021).

Sendo assim, realizei uma formação em serviço sobre o tema, a “Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico: Foco na Normoglicemia”, abordando a infecção associada aos cuidados de saúde; a ILC, feixes de intervenções de prevenção ILC-Foco na normoglicemia em contexto da UCA. Plano de sessão (ANEXO II). Esta formação sensibilizou os enfermeiros para a implementação da avaliação de glicemia capilar na sala de preparação a todas as pessoas submetidas a CA, uma prática que anteriormente não era habitual para pessoas não diabéticas. Esta medida visa garantir o rastreio precoce de alterações glicémicas, permitindo intervenções atempadas e a prevenção eficaz de complicações associadas à ILC. Esta abordagem integrada reforça a importância da vigilância e da atuação multidisciplinar no contexto perioperatório.

A formação contínua promove competências na facilitação da aprendizagem com base na prática baseada em evidências, impulsionando os cuidados especializados, sendo ao mesmo tempo um dever e um fator de crescimento pessoal e profissional (Regulamento nº.140 OE/2019). Nos ensinamentos clínicos, partilhei conhecimentos e normas com as equipas e reforcei a importância da atualização de protocolos para assegurar cuidados seguros e de qualidade. A área do perioperatório tornou-se um entusiasmante desafio, obrigando-me a refletir e a colocar-me em contextos pouco experienciados e a consulta de bibliografia e protocolos foram um investimento acrescido, que culminaram no desenvolvimento do meu autoconhecimento.

#### **4. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIO**

O EEEMCPSP é dotado de um conjunto de competências específicas, que permitem assegurar a prestação de cuidados, considerando a especificidade das necessidades de saúde da pessoa e família, de uma forma segura e individualizada, bem como considerando o elevado risco associado aos cuidados perioperatórios decorrentes da vulnerabilidade da pessoa, procedimentos e complexidade do ambiente, garantindo a segurança congruente com a consciência cirúrgica. Assim, os cuidados de enfermagem nesta área especialização são dirigidos aos projetos de saúde da pessoa e família/pessoa significativa a vivenciarem processos de saúde/doença que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, em ambiente perioperatório, à promoção de saúde, à prevenção de eventos adversos e ao tratamento de doença (Regulamento n.º 429 OE/2018).

Tais competências encontram-se expressas no regulamento n.º 429/2018 da OE, e definem o perfil do EEEMCPSP, como aquele que atua em cinco áreas de intervenção: na consulta perioperatória, na anestesia, na circulação, na instrumentação e nos cuidados pós anestésicos. As competências específicas do EEEMCPSP são: “Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família /pessoa significativa” e “Maximiza a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica” (Regulamento n.º 429 OE/2018).

A vivência dos ensinamentos clínicos, proporcionou-me um desenvolvimento gradual, crítico e integrado, das competências específicas do EE. Diante das necessidades particulares da PSP, o EE mobiliza conhecimentos e habilidades específicas para garantir cuidados focados na segurança cirúrgica, assegurando uma comunicação clara, realizando as verificações exigidas, liderando e colaborando na dinâmica de equipa, promovendo um clima de trabalho positivo e estimulando a cooperação entre os membros da equipa interdisciplinar (Regulamento n.º 429 OE/2018).

Em seguida, evidencio o modo como cada competência específica foi adquirida/desenvolvida, fazendo uso da descrição, análise e reflexão das experiências vivenciadas durante os ensinamentos clínicos, nos diferentes contextos, recorrendo à evidência científica, articulando a prática com os referenciais normativos e formativos da enfermagem especializada.

#### 4.1 CUIDA DA PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA E RESPETIVA FAMÍLIA /PESSOA SIGNIFICATIVA

A competência específica de cuidar da pessoa e da sua família durante o período perioperatório desempenha um papel fundamental na promoção do empoderamento da pessoa na tomada de decisão em relação à sua saúde, pois uma das unidades de competência refere-se à capacitação da pessoa e família/pessoa significativa, para a gestão da experiência cirúrgica. Este é um momento de grande vulnerabilidade e ansiedade para a pessoa e família, uma vez que enfrentam uma série de desafios físicos, emocionais e comportamentais que podem influenciar significativamente a sua experiência e os seus resultados em saúde (AORN, 2021).

O papel do EE vai para além das suas competências técnicas, envolvendo também o suporte emocional, a educação, a advocacia e o empoderamento para garantir uma experiência cirúrgica positiva para todos os intervenientes (AORN, 2021; Regulamento n.º 429 OE/2018).

O empoderamento é compreendido como um processo contínuo no qual a pessoa/comunidade adquire confiança, autoestima, compreensão e o poder necessário para articular os seus interesses e ganhar controlo nas suas vidas. Este tem por objetivo fortalecer as habilidades físicas, mentais ou sociais dos clientes para alcançar a autogestão e a autodeterminação em saúde. Este conceito visa promover a saúde e o bem-estar da pessoa, enfatizando a autoeficácia em tomar decisões informadas sobre os tratamentos e cuidados necessários, melhorando a relação com os profissionais de saúde e assumindo a responsabilidade pelo próprio cuidado. Portanto, o empoderamento para a saúde é essencial na prática da educação em saúde como estratégia para a promoção da saúde (Silva et al., 2021; Yeh et al., 2018).

Para encorajar as pessoas a empoderarem-se, os profissionais de saúde devem estabelecer parcerias com estas, ouvi-las, discutir sobre as suas preocupações, encorajar a fazer perguntas, oferecer sugestões e indagar sobre os seus sentimentos. A educação para o empoderamento deve ser estruturada e integrada às especificações do trabalho de enfermagem dentro do sistema de saúde, alinhando-se com os objetivos da promoção da saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) (Silva et al., 2021; Yeh et al., 2018).

A competência específica em análise, “Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa”, é composta por três unidades de competência que abordam diferentes aspetos do cuidado durante o perioperatório. No que concerne ao

“Capacita a pessoa e família/pessoa significativa, para a gestão da experiência cirúrgica”

no período pré-operatório o EE deve validar/ avaliar se a pessoa compreende as informações relevantes para a sua cirurgia com vista a ter capacidade de autodeterminação e de tomada de decisão livre e esclarecida, garantindo o cumprimento das recomendações éticas e legais no âmbito do consentimento informado. Também, deve preparar a pessoa para as potenciais alterações da autoimagem e compromisso das suas capacidades após intervenção cirúrgica. Depois de avaliar todas as necessidades dos intervenientes importa identificar os focos de atenção, os diagnósticos de enfermagem, as intervenções de enfermagem com vista a instruir, ensinar e treinar as pessoas promovendo a capacitação, autogestão e recuperação (Regulamento nº.429 OE/2018)

A capacitação da pessoa e da família foi um dos pilares do meu desempenho, assegurando uma abordagem educativa e humanizada nos cuidados pré e pós-operatórios. O reforço contínuo da informação e o apoio prestado permitiram reduzir a ansiedade dos clientes e garantir uma recuperação mais segura e eficaz. Procurei atuar de forma a transmitir ao cliente toda a informação pertinente relativamente à prestação dos cuidados, pois só assim é possível, que este decida de forma livre e esclarecida sobre os cuidados que lhe são prestados. Do consentimento informado esclarecido e livre deve constar a afirmação da pessoa sobre o acesso à informação oral e escrita assumindo que lhe foram fornecidas todos os esclarecimentos e o tempo necessário de reflexão que surge da necessidade da pessoa em avaliar qualitativamente a informação e o esclarecimento recebidos. Encarado como uma pedra angular de todas as decisões, estas deixam de ser exclusivamente da responsabilidade do profissional e passa a ser partilhada pelo cliente, onde é expressa a sua vontade sobre a estratégia terapêutica sugerida, livre de as aceitar ou não (Moreira et al., 2022).

No ensino clínico cuidar na sala operatória, o contacto pré-operatório com o cliente é geralmente breve, não recebendo a atenção integral que merece, apesar da equipa de enfermagem reconhecer a importância de uma assistência humanizada. Na prática profissional, esta assistência é difícil de implementar, pois não existem consultas nem visitas pré-operatórias de enfermagem, o que fragiliza a preparação emocional, informativa e relacional do cliente. Esta realidade aplica-se a todas as áreas de especialidade. A equipa revela que era uma mais-valia, a existência de uma visita pré-operatória, para o conhecimento e capacitação do cliente durante o processo cirúrgico, acredita que a visita desmistifica o BO, e que apesar da sua vulnerabilidade, chega ao BO menos ansioso e esclarecido das suas expectativas e necessidades. Reforçam que a

transmissão da informação durante a visita pré-operatória facilita a aprendizagem do cliente, promovendo a sua segurança e o conforto psicológico e emocional, salientando ainda a importância de envolver a família ou pessoa significativa no processo.

Em contrapartida, no ensino clínico de opção, tive a oportunidade de acompanhar e presenciar todo o período perioperatório, desde o contato pré-operatório, iniciado na CPOE, onde é dada toda a atenção merecida e uma assistência humanizada, na prática profissional, o conhecimento e capacitação durante o processo cirúrgico à PSP e família/pessoa significativa, desmistificando o BO. Reforço, que a transmissão da informação nesta consulta facilitou a aprendizagem do cliente, promoveu a segurança e conforto psicológico e emocional, acrescentando ainda que envolve a família/convivente significativo. Esta consulta garante um momento privilegiado para esclarecer dúvidas, informar sobre anestesia, jejum, higiene e cuidados pré e pós-operatórios, contribuindo para reduzir a ansiedade e aumentar a literacia em saúde da pessoa e família, fortalecendo seu empoderamento e garantindo uma transição segura no percurso de ambulatório. Além disso, o EE desempenha papel crucial na gestão do risco ao identificar contraindicações clínicas e encaminhar para avaliações complementares, colaborando estreitamente com a equipa de anestesiologia para fornecer informações clínicas relevantes e envolver a família, o que é fundamental para minimizar riscos anestésicos e personalizar o plano cirúrgico (Andrade et al., 2025).

Após o contato com o cliente no acolhimento e com o propósito de desenvolver competências especializados na área de anestesia, colaborei na indução dos clientes com anestesia geral, com o acompanhamento e orientação do EE nesta área. Visto que este é um momento em que o cliente perde toda a sua autonomia, o Enfermeiro assume o papel de seu advogado, pela vulnerabilidade que é instaurada, defendendo os seus interesses e agindo em seu benefício. Levando a cabo estes fundamentos, é imperativo que o Enfermeiro preste os cuidados de saúde necessários, defenda os seus direitos, garantindo a qualidade do cuidado e permita a articulação entre o cliente e o ambiente de cuidados de saúde (Danski et al., 2023; Sampaio et al., 2025).

Durante a prática clínica realizada, percebi que uma grande parte dos clientes submetidos a uma anestesia geral, relacionam esta experiência com o medo de não acordar. Neste sentido, com a colaboração da equipa de anestesia tentei desmistificar este medo, comunicando com o cliente de forma calma e tranquilizadora, de forma a construir uma relação de confiança entre a pessoa e a equipa.

Durante o ensino clínico na CA, tive a oportunidade de desempenhar funções de EE em todas as fases do período perioperatório. Na fase pré-operatória, destaca-se a CPOE, o contacto telefónico 72 horas antes da cirurgia e acolhimento do doente. Na fase intraoperatória, houve oportunidade de exercer vários papéis, como enfermeiro de anestesia e circulante. O período pós-operatório envolveu cuidados imediatos e tardios após a anestesia, a gestão da alta clínica e acompanhamento telefónico na pós-alta 24h e 30 dias. Estas experiências foram essenciais para o desenvolvimento profissional, promovendo competências em todas as etapas do processo cirúrgico.

A segunda unidade de competência refere-se ao “Promove cuidados à pessoa em situação perioperatória.” O EE deve focar-se na promoção do empoderamento da pessoa durante todo o processo perioperatório, isto inclui garantir a segurança cirúrgica, a monitorização de sinais e sintomas precoces de possíveis complicações, a gestão da dor. Por exemplo, através da verificação da lista de procedimentos e da garantia da responsabilidade pelo conforto, integridade, privacidade e o cumprimento da vontade expressa, até que a pessoa entre no estado de vulnerabilidade, o EE garante a segurança da cirurgia, fazendo com que a pessoa se sinta segura, mais confortável, confiante e respeitada. Importa, também, instruir sobre a importância do posicionamento e garantir um posicionamento adequado antes da cirurgia, fazendo com que a pessoa se sinta parte integrante do processo cirúrgico (Regulamento n.º 429 OE/2018).

O EE ao ter uma atuação abrangente em diversas áreas, desde a CPOE até aos cuidados pós-anestésicos, promove o empoderamento da pessoa não só através do cuidado holístico e coordenado, mas também, através da adequação do processo de enfermagem em cada momento, implementando intervenções de enfermagem realista, mesmo em situações de imprevisibilidade, complexidade e vulnerabilidade. Deste modo, o EE demonstra que tem habilidades e competências adequadas para cuidar da pessoa em situação de vulnerabilidade, promovendo a tranquilidade, segurança e a esperança da pessoa. Assim, o EE ao adotar uma abordagem holística e individualizada, capacita a pessoa a participar ativamente dos cuidados perioperatórios, promovendo sua autonomia e autoeficácia na gestão da saúde (Regulamento n.º.429 OE/2018).

Durante os ensinamentos clínicos, implementei estratégias complementares e alternativas para promover conforto e alívio da dor aos clientes, reconhecendo que o controlo da dor, embora predominantemente farmacológico, deve ser potenciado por intervenções não farmacológicas no pós-operatório, como posicionamento regular, massagem, controlo ambiental, aplicação de frio e musicoterapia (Vicente, 2023). Adotei

uma postura tranquila, empática e explicativa ao longo do período perioperatório, reduzindo a ansiedade dos clientes e potenciando o efeito dos analgésicos. Antecipei ainda a administração de fármacos analgésicos antes de procedimentos dolorosos, promovendo uma abordagem integrada no controlo da dor. Percebi que a combinação destas intervenções comportamentais e ambientais com as terapias farmacológicas amplifica o efeito analgésico e favorece o conforto global do cliente no contexto cirúrgico.

A antecipação da administração de fármacos analgésicos antes de procedimentos potencialmente dolorosos propiciou melhores resultados para os clientes, incluindo uma redução da intensidade da dor pós-operatória, maior conforto e alívio precoce do desconforto imediato. Estes efeitos permitiram uma mobilização mais célere, menor necessidade de doses adicionais de analgésicos e uma experiência cirúrgica menos angustiante para a PSP.

A terceira unidade de competência corresponde ao “Desenvolve a sua intervenção numa perspetiva interprofissional.” O EE trabalha em colaboração com outros profissionais de saúde para garantir uma abordagem integrada e coordenada dos cuidados perioperatórios. O EE contribui para a otimização da complementaridade das intervenções de outros profissionais de saúde em benefício da pessoa. Além disso, desempenha um papel importante na gestão do trabalho em equipa, promovendo a partilha de conhecimentos e a reflexão sobre todas as etapas do processo, garantindo a segurança e eficácia dos cuidados perioperatórios (Regulamento n.º 429 OE/2018).

O sucesso da cirurgia é diretamente influenciado por uma equipa que trabalha de forma organizada e coordenada. Durante a cirurgia há momentos decisivos que exigem da equipa cirúrgica ações específicas que definem a segurança da pessoa. Para que tal aconteça é importante um diálogo construtivo, que pode ser efetuado através de estratégias facilitadoras de comunicação que contribuam para a segurança da pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica. O objetivo destas estratégias é reforçar as práticas de segurança e promover uma melhor comunicação e trabalho de equipa multidisciplinar, reduzindo a mortalidade e evitando complicações cirúrgicas (Sousa et al., 2024).

A adesão à Lista de Verificação de Cirurgia Segura, tem sido uma vantagem para a confirmação positiva da identificação, tanto por parte do cliente como por toda a equipa cirúrgica, por assentar em resultados positivos neste âmbito. Tive a oportunidade de desenvolver esta prática em todas as cirurgias em que estive presente. O *time out* é considerada a verificação de segurança final imediatamente antes da incisão da pele e, da

experiência vivida, nos ensinamentos clínicos percebi que é sempre executado por iniciativa da equipa de enfermagem. Durante este momento a equipa cirúrgica verifica em conjunto a identificação do cliente e o local correto do procedimento. A aplicação da Lista de Verificação de Cirurgia Segura é obrigatória em todos os BO e possibilita uma avaliação rápida e a elaboração de um plano de intervenção alinhado aos resultados obtidos, sendo o seu propósito a melhoria da segurança cirúrgica, evitar mortes e complicações, permitindo a medição do impacto da utilização de instrumentos de gestão de risco na qualidade dos resultados dos procedimentos cirúrgicos (Oliveira et al., 2024).

Em diversas ocasiões, colaborei no preenchimento da Lista de Verificação de Cirurgia Segura no BO, sempre acompanhada pelo meu tutor, focando-me na validação dos aspetos essenciais. A atenção concentrou-se, sobretudo, nos momentos anteriores à indução anestésica, tanto no início da cirurgia como no momento da incisão na pele. A prática da lista de verificação facilita a perceção do aumento da segurança do cliente, devido à dupla validação e verificação sistemática dos pontos críticos, tornando-se uma ferramenta indispensável no contexto perioperatório.

A comunicação desempenha um papel fundamental no cuidado perioperatório, pois a adoção de estratégias eficazes para a transmissão de informações contribui diretamente para a elevação da segurança durante os procedimentos cirúrgicos. Os registos de enfermagem, enquanto forma essencial de comunicação, são instrumentos cruciais que auxiliam no planeamento, execução e avaliação dos cuidados prestados. Além disso, promovem nos profissionais de enfermagem um senso de responsabilidade e autonomia, favorecendo a segurança, a qualidade e a satisfação de todos os envolvidos na prestação de cuidados (Danski et al., 2023).

Durante todo o percurso, percebi que os registos de enfermagem têm um papel fundamental, pois permitem documentar de forma sistemática os cuidados prestados, seguindo o Processo de Enfermagem. Reconheço que esses registos demonstram a minha responsabilidade em relação às ações realizadas e fornecem um meio eficiente de comunicação entre todos os profissionais envolvidos no cuidado, garantindo a continuidade do atendimento.

Ao longo do ensino clínico, assumi a responsabilidade pelo conforto, integridade e privacidade a PSP. Também, foi possível detetar alguns pontos de melhoria, no que diz respeito à segurança da comunicação no contexto perioperatório. Na transferência da pessoa da sala operatória para o recobro, é implementada a técnica de ISBAR. Considerando o uso desta técnica como facilitadora da comunicação, pretende-se

aumentar a segurança nos procedimentos cirúrgicos, obedecendo a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados e na transição de cuidados. Esta transferência de informação entre profissionais de saúde deve ser prioritária em todos os momentos vulneráveis/críticos de transição de cuidados e carece de ser escrita, indicando a clareza e a legibilidade da informação (Kaltoft et al., 2022; Sousa et al., 2024).

A segurança da pessoa é constantemente ameaçada pela ocorrência de eventos adversos evitáveis, erros e riscos relacionados aos cuidados de saúde. Por isso, a comunicação responsável e alinhada entre os membros da equipa, fundamentada em evidências e conhecimento, e expressa através de comportamentos adequados na resolução de problemas, constitui um componente essencial para a gestão eficaz da segurança (World Health Organization, 2021).

Nos ensinamentos clínicos, foram identificados aspetos a melhorar na segurança da comunicação em contexto perioperatório. A técnica ISBAR tem vindo a ser implementada na transferência do cliente da sala operatória para o recobro, e foi aplicada de forma consistente em diferentes situações, como passagens de turno e transferências entre setores. Esta prática permitiu estruturar o pensamento, clarificar o discurso e utilizar uma comunicação objetiva e sucinta, assegurando a continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

Tendo a instituição por base o modelo conceptual de cuidados a Teoria das Transições de Afaf Meleis, o Enfermeiro tem a oportunidade de assumir um papel preponderante em contribuir para uma transição saudável, visto que a hospitalização é um ponto gerador de stress e ansiedade. Durante o período perioperatório, o Enfermeiro tem em conta, não só o cliente, mas também a família/pessoa significativa, preocupando-se com o seu conforto e bem-estar.

No BO integrei-me na equipa multidisciplinar como enfermeira de anestesia, o que me permitiu desenvolver intervenções de Enfermagem nas várias equipas, sempre com profissionalismo e tranquilidade, fatores que facilitaram a adaptação a vários contextos.

A minha integração no BO no ensino clínico I, possibilitou uma adaptação eficiente à dinâmica exigente deste ambiente, facilitada pelo uso de diversas tecnologias avançadas. Aprendi a utilizar sistemas eletrónicos de informação clínica, como o Patient Care, que garantem registos detalhados e seguros, monitorização em tempo real e comunicação eficaz entre a equipa multidisciplinar. Além disso, a incorporação de

softwares para gestão da esterilização e rastreabilidade de instrumentos cirúrgicos assegura a conformidade e a segurança dos processos. A formação em serviço promoveu a minha atualização contínua sobre a aplicação dos métodos mais eficientes de aquecimento ativo para prevenção da HPI, destacando o aquecimento por ar forçado como método seguro, eficaz e amplamente recomendado. Este método, utilizado no pré e intraoperatório e pós-operatório, mantém a normotermia e proporciona conforto térmico à pessoa durante todo o percurso cirúrgico.

Baseei a prestação de cuidados perioperatórios na monitorização rigorosa dos sinais vitais, na gestão adequada da dor e na implementação de medidas de segurança, respeitando os protocolos estabelecidos. O acompanhamento e a participação em cirurgias de diferentes especialidades ampliaram a minha visão sobre a complexidade do processo perioperatório e aprofundaram o meu conhecimento técnico-científico.

A comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar revelou-se essencial para o sucesso da assistência prestada. Demonstrei capacidade de interação profissional, contribuindo ativamente para a tomada de decisão clínica e para a melhoria da coordenação dos cuidados. O respeito pelos princípios da comunicação terapêutica permitiu-me estabelecer relações de confiança com os clientes e familiares.

Um dos principais objetivos no período perioperatório da CA é prevenir complicações e preparar adequadamente a pessoa e sua família para a alta hospitalar, fornecendo informações claras e completas. Na CA, a educação para a alta é um processo dinâmico que exige uma coordenação eficaz entre os profissionais de saúde para assegurar a continuidade dos cuidados. Os Enfermeiros têm um papel fundamental ao informar sobre o processo cirúrgico, identificar necessidades educativas e fornecer orientação, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida do cliente e da sua família (Üstündag et al., 2023).

Neste âmbito, foi gratificante perceber que o envolvimento ativo da pessoa e da família nos cuidados aumentava a adesão ao tratamento, melhorava o seu empoderamento e promovia uma sensação de confiança. Este aspeto foi especialmente evidente na educação para o autocuidado, onde a transmissão de informações claras e personalizadas, entre outros aspetos, ajudou a minimizar a ansiedade e a prevenir complicações no domicílio.

## 4.2 MAXIMIZA A SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA E DA EQUIPA PLURIDISCIPLINAR, CONGRUENTE COM A CONSCIÊNCIA CIRURGICA

Relativamente á competência específica “Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica”, considerando o elevado risco associado aos cuidados perioperatórios, particularmente da ocorrência de eventos adversos decorrente da vulnerabilidade da pessoa, dos procedimentos realizados e da complexidade do ambiente e dos recursos envolvidos (Regulamento n.º 429 OE/2018).

O Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 da OMS e o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 / 2026 dão ênfase à segurança da pessoa (Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde). As boas práticas em saúde são construídas a partir da análise da execução dos cuidados de saúde que permite, posteriormente, realizar um processo de reflexão crítica para verificar se a aplicação dos conceitos, técnicas e procedimentos é adequada ou não, possibilitando desenvolver ações de melhoria contínua (Gutierrez et al., 2018).

O risco inerente aos procedimentos cirúrgicos e anestésicos, o estado de consciência alterado e a inerente vulnerabilidade física e emocional são fatores que apontam para focos de atenção do EE. Neste sentido, durante os momentos do ensino clínico pode explorar e vivenciar algumas das áreas de atenção específica, tendo-se destacado a manutenção da normotermia na PSP, onde a prevenção da HPI se tornou uma intervenção desafiante dada a complexidade de fatores contribuintes e a dificuldade no correto controlo da temperatura corporal. A pertinência desta temática não se esgota na prevenção da ILC, tendo suma importância para o sucesso dos procedimentos, não menos importante a perceção da pessoa acerca do seu conforto térmico.

Face à especificidade das necessidades da PSP, o EE mobiliza conhecimentos e habilidades para promover cuidados com vista à segurança cirúrgica, comunicando de forma eficaz, fazendo as verificações necessárias, gerindo o trabalho em equipa, fomentando um ambiente harmonioso, garantindo a articulação entre os membros da equipa interdisciplinar. Este mobiliza, utiliza e adequa estratégias facilitadoras da comunicação de forma a assegurar o registo e documentação precisa, contribuindo para o aumento da segurança cirúrgica.

A competência em análise integra três unidades de competência: Demonstra consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório; lidera o processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios; e promove a gestão e o controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório (Regulamento n.º 429 OE/2018).

No que concerne à unidade de competência demonstra consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório, o EE atua como referência para a equipa promovendo uma cultura de segurança. Gere riscos, medidas preventivas e corretivas baseadas em dados epidemiológicos e prepara o ambiente para cuidados eficientes e livres de danos. Implementa práticas seguras de mobilização e posicionamento, participa na vigilância dos resultados cirúrgicos e garante condições adequadas para a saúde e segurança de profissionais e clientes. Além disso, colabora na organização do processo cirúrgico e contribui tecnicamente para a melhoria e adaptação dos espaços perioperatórios (Regulamento n.º 429 OE/2018).

O EE na área perioperatória desempenha um papel central na garantia de um ambiente cirúrgico seguro, atuando tanto como referência técnica para a equipa como agente promotor de uma cultura de segurança. Para reduzir riscos e prevenir eventos adversos, os EE aplicam práticas fundamentadas em conhecimento científico e protocolos validados, garantindo a preparação adequada do BO e dos recursos necessários. Destacam-se intervenções como a gestão e mitigação de riscos, a implementação de medidas corretivas a partir da análise de dados e indicadores epidemiológicos, e a adoção de procedimentos seguros de mobilização e posicionamento cirúrgico que tem como objetivo principal facilitar o acesso adequado à área a ser operada. A execução desta técnica deve ser rigorosa para assegurar a segurança da pessoa e prevenir complicações, como lesões nervosas, vasculares ou cutâneas, cujas consequências podem comprometer a estabilidade hemodinâmica e a função ventilatória (Arqueiro, 2021; Caetano et al., 2024).

Desenvolvi competências essenciais como enfermeira de anestesia, cumprindo rigorosamente as medidas de segurança relacionadas com o correto posicionamento cirúrgico nas várias especialidades cirúrgicas, cada uma com a sua especificidade. Familiarizei-me com os diferentes equipamentos disponíveis, assegurando a sua utilização de forma segura e adequada. Aprofundei os meus conhecimentos sobre os vários tipos de posicionamento utilizados nos diferentes procedimentos cirúrgicos, aprendendo a aplicá-los de forma a prevenir lesões na PSP e a garantir a exposição correta da área a ser intervencionada.

Utilizei intervenções de enfermagem fundamentadas na avaliação sistemática do risco de lesões associadas ao posicionamento cirúrgico, recorrendo a ferramentas validadas como a escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico. Procedi ao planeamento e execução de posicionamentos seguros, com a utilização adequada de superfícies de apoio e dispositivos de proteção, de modo a minimizar zonas de pressão e evitar complicações. Monitorizei a pessoa de forma contínua durante o procedimento, ajustando as intervenções sempre que necessário para garantir o conforto e a segurança. Documentei todas as ações realizadas e mantive comunicação eficaz com a equipa multiprofissional, contribuindo para a prevenção de lesões e para a melhoria da qualidade dos cuidados perioperatórios.

A participação ativa em programas de vigilância epidemiológica é essencial para monitorizar resultados e permitir melhorias contínuas na prática perioperatória. Paralelamente, a garantia de condições ergonómicas e de segurança no trabalho para toda a equipa multidisciplinar torna-se fundamental, assim como o envolvimento técnico em projetos de conceção ou renovação dos espaços operatórios, com o objetivo de aumentar a eficiência e prevenir eventuais incidentes (Caetano et al., 2024).

Assegurei condições de trabalho que promoviam a saúde e a segurança dos profissionais. Dessa forma, garanti práticas adequadas e recursos seguros para o início e a continuidade dos procedimentos cirúrgicos e anestésicos. No BO, atentei a questões práticas e elementares, como a colocação de sinalética para alertar o risco de piso escorregadio. Mantive as salas desinfetadas e organizadas, garantindo que estivessem sempre preparadas para receber qualquer situação iminente, proporcionando um ambiente asséptico e seguro para todos os intervenientes nos processos cirúrgicos.

Dada a elevada probabilidade de risco de infeções associadas aos cuidados de saúde, resultantes de doenças agudas ou crónicas, bem como de fatores relacionados com o ambiente e com a complexidade dos procedimentos médicos e/ou cirúrgicos, sejam estes diagnósticos, terapêuticos ou de manutenção da qualidade de vida, o EE atua de forma eficaz na prevenção, no controlo e na intervenção perante infeções, assim como na mitigação da resistência a antimicrobianos no contexto dos cuidados perioperatórios (Regulamento n.º 429 OE/2018).

A vigilância epidemiológica tem evidências robustas que suportam o seu impacto na redução das ILC, que assenta essencialmente na estratégia de promoção das boas práticas, com as Precauções Básicas do Controlo da Infeção e implementação dos Feixes de Intervenção de apoio aos procedimentos e dispositivos invasivos. Ao longo dos ensinamentos clínicos cumpro rigorosamente os protocolos institucionais promovendo práticas

baseadas em evidência, o que se refletiu na redução de riscos e na melhoria dos resultados clínicos.

Observei que eram realizadas várias auditorias para verificar a higienização das mãos, uma vez que estas são reconhecidas como o principal meio de transmissão de microrganismos. Constatei que as mãos dos profissionais de saúde podem originar infecções cruzadas, pelo que a equipa multidisciplinar cumpria rigorosamente as normas estabelecidas. Verifiquei que respeitaram os cinco momentos da higiene das mãos, executando a lavagem com água e sabão ou a fricção com solução antisséptica de base alcoólica, garantindo assim a redução do risco de transmissão de microrganismos.

A este percurso, acresce uma reflexão crítica sobre a importância da prevenção da HPI, reconhecida como uma complicação frequente e potencialmente grave, mas amplamente previsível. A HPI pode levar a complicações como infeções, hemorragias, alterações hemodinâmicas, aumento do tempo de recuperação, maior mortalidade e custos hospitalares. A sua prevenção, através da monitorização rigorosa da temperatura, identificação de fatores de risco, planeamento individualizado e implementação de métodos ativos e passivos de aquecimento, revelou-se fundamental para a segurança, o conforto e a qualidade da recuperação da PSP.

A aplicação de protocolos baseados em evidência, como o pré-aquecimento ativo antes da indução anestésica e o uso de sistemas de aquecimento durante todo o período perioperatório, demonstrou ser eficaz na redução da incidência de hipotermia e das suas complicações. Assim, a prevenção da HPI não só reflete a excelência técnica e científica dos cuidados prestados, como também reforça o compromisso ético do enfermeiro perioperatório com a segurança, o bem-estar e a recuperação da PSP.

Deste modo, deparei-me que o enfermeiro de anestesia enfrenta desafios significativos na preservação da normotermia durante a cirurgia, devido a fatores ambientais como salas frias, á complexidade das técnicas anestésicas e cirúrgicas que dificultam a implementação de medidas preventivas eficazes para prevenir o risco de HPI, tendo deste modo maximizado as intervenções para a sua prevenção e controlo, perante a complexidade das situações, atuando com responsabilidade no cumprimento dos procedimentos estabelecidos, questionando, refletindo e procurando constante atualização.

Para superar estes obstáculos com capacitação contínua, liderança e adoção de estratégias baseadas em evidências para garantir a segurança e o bem-estar da PSP, tive a oportunidade de usar sempre medidas de aquecimento ativas ou passivas mediante o risco de HPI, com o uso de fluidos aquecidos sempre que possível e necessário (como por

exemplo nas especialidades de cirurgia geral, cirurgia pediátrica e ortopedia), utilização de mantas de aquecimento e monitorização contínua da temperatura e utilização da Escala do conforto térmico validada para a população portuguesa onde se encontram algumas afirmações que podem corresponder á situação de maior ou menor conforto que a PSP sente.

A compreensão do *status* térmico no final do ato cirúrgico é fundamental para orientar e dar continuidade do plano de cuidados durante a permanência da pessoa na UCPA e recobro, bem como o planeamento da alta. O conforto térmico é um foco de atenção de enfermagem avaliado através da aplicação da escala de avaliação de conforto térmico, que contribui para prevenir a HPI, possibilitando a identificação precoce de sinais de desconforto relacionados com o frio. A utilização sistemática da escala visual, associada à monitorização objetiva da temperatura corporal, facilita decisões rápidas e personalizadas para manter a normotermia, reduzindo complicações e promovendo maior segurança e satisfação da PSP (AESOP, 2017; Machado, 2024).

Segundo Correia (2023), a atuação do enfermeiro perioperatório contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados e para a gestão eficaz do risco, promovendo práticas seguras e humanizadas. O seu papel é fundamental para assegurar a segurança e fortalecer a autonomia da pessoa e da sua família ou elementos significativos, apoiando-os na gestão de toda a experiência cirúrgica, tendo sempre em consideração a individualidade e a vulnerabilidade presentes nas fases pré, intra e pós-operatória.

No que se refere ao conforto, este é reconhecido como um resultado essencial de uma assistência à saúde de qualidade, amplamente valorizado e presente em diferentes taxonomias profissionais e teorias de enfermagem, sendo considerado uma necessidade humana fundamental no âmbito do cuidado em saúde. Assim, as intervenções devem ser orientadas por uma abordagem de cuidado holístico, que ultrapasse a mera execução de práticas prescritivas, integrando a avaliação da pessoa e a conseqüente promoção do seu bem-estar e conforto (Machado, 2024).

O conforto implica atender às necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência, garantindo um cuidado holístico centrado na pessoa e na sua família. A ausência de diagnóstico e monitorização da temperatura adequados, como no caso do conforto térmico, pode aumentar riscos, incluindo a HPI. Assim, a avaliação contínua e a promoção do conforto são essenciais para assegurar segurança, integridade e bem-estar no contexto perioperatório (Garceau et al., 2023).

Analisei que o EE desempenha um papel estratégico que transcende a componente técnica, abrangendo igualmente a vertente organizacional, na salvaguarda da

normotermia da PSP. Essa atuação envolve a vigilância sistemática e contínua da temperatura corporal, a seleção criteriosa e aplicação adequada dos sistemas de aquecimento e a promoção de ações educativas junto da equipa multidisciplinar para prevenir a HPI. Para além disso, notei que a liderança do EE contribui diretamente para aumentar a eficácia dos cuidados, reduzir riscos de complicações e consolidar uma cultura de segurança centrada na pessoa, sustentada em práticas baseadas na melhor evidência científica disponível (Regulamento n.º 429 OE, 2018; Wright, 2025).

Realizei registos das intervenções de enfermagem no Sclínico, com foco específico no Conforto Térmico e no risco de HPI durante toda a fase perioperatória, o que constitui um avanço relevante na prática de enfermagem e na gestão do cuidado prestado à pessoa e à sua família/cuidador significativo. Este sistema de registo eletrónico em saúde possibilita uma documentação mais rigorosa, acessível e segura sobre o estado clínico da PSP, incluindo a monitorização do conforto térmico.

A documentação organizada das intervenções de enfermagem relacionadas com o conforto térmico favorece a comunicação eficaz entre os membros da equipa multidisciplinar e disponibiliza informação essencial para auditorias de qualidade. Este registo contribui para a melhoria contínua das práticas de enfermagem na UCA, promovendo cuidados mais seguros e eficientes (Machado, 2024).

Destaco que o papel do enfermeiro de anestesia revela-se fundamental, sobretudo na verificação rigorosa da correta administração dos fármacos antes, durante e após o seu uso. Estas ações reforçam a relevância do EE neste contexto, contribuindo para um ambiente seguro em que o bem-estar e a proteção da PSP são prioridades. O percurso que vai desde a preparação pré-operatória até ao recobro constitui uma fase crítica, na qual a comunicação clara e a precisão na execução das tarefas são essenciais para a segurança da pessoa. As frequentes transições de cuidados representam momentos de maior vulnerabilidade, devido ao risco de falhas ou informações incorretas, sendo, por isso, a comunicação eficaz um elemento indispensável para assegurar a qualidade e a segurança nesse processo.

Ao longo de todo o percurso, para além de assegurar a estabilidade hemodinâmica, tive como prioridade a gestão e o controlo da dor, como medida para promover o conforto da pessoa, reconhecendo-a como o 5.º sinal vital. Prestei também cuidados em conformidade com os protocolos instituídos, nomeadamente a profilaxia antibiótica cirúrgica, garantindo a sua administração no intervalo de tempo adequado antes da incisão. Assegurei ainda a correta diluição e compatibilidade dos fármacos administrados e cumpri as recomendações relativas à tromboprolaxia, bem como à profilaxia de náuseas e vómitos, garantindo um cuidado completo, seguro e integrado à PSP.

A segunda unidade de competência refere que o EE lidera o processo de prevenção e controlo de infeção associados aos cuidados perioperatórios, assegurando o cumprimento dos princípios de assepsia e de controlo da contaminação, garantindo o cumprimento dos princípios de manutenção da qualidade e higienização ambiental de acordo com evidências científicas. Elabora recomendações e normas internas de aplicação dos princípios da assepsia e gere a implementação de medidas de contenção, prevenção, transmissão e descontaminação (Regulamento n.º 429 OE/2018).

Durante os ensinamentos clínicos, liderei e apliquei de forma rigorosa medidas de prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados perioperatórios, alinhadas com o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde). Cumprir protocolos baseados em evidência científica, assegurando a assepsia, a preparação adequada da pele, a gestão correta da profilaxia antibiótica, a higienização das mãos, o uso de barreiras protetoras e a esterilização de dispositivos médicos. Mantive a técnica asséptica durante todo o ato cirúrgico, minimizei o traumatismo tecidual, através de um correto posicionamento da pessoa. Na fase de recobro, para os cuidados no pós-operatório, higienizei as mãos antes e após qualquer contacto ou troca de penso no local da incisão e, quando necessário, realizei o tratamento da ferida cirúrgica com técnica asséptica.

Dei particular atenção à educação do cliente e da família, orientando-os sobre os cuidados adequados ao local da incisão, os sinais e sintomas de infeção e a necessidade de comunicarem qualquer alteração, após a alta. Por fim, entreguei a carta de alta, detalhando os cuidados prestados e reforçando a orientação para que retornassem a uma unidade de saúde caso surgisse alguma infeção, garantindo assim a fiabilidade dos dados para a vigilância epidemiológica da ILC. Estas práticas, sustentadas pelas metas deste plano, contribuíram para reduzir riscos, prevenir infeções e promover cuidados seguros, eficazes e humanizados à PSP.

De acordo com a norma da DGS nº 020/2022, os feixes de intervenção, consistem num conjunto de intervenções ou boas práticas fundamentadas na melhor evidência científica disponível que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, proporcionam resultados superiores aos obtidos pela aplicação isolada de cada intervenção. Neste sentido, no ensino clínico de opção, na CPOE realizei ensino do banho com esponja de Clorexidina a 2% no dia anterior à cirurgia e no próprio dia, com pelo menos duas horas de antecedência. Administrei antibiótico para profilaxia cirúrgica dentro dos 60 minutos anteriores à incisão, sempre que indicado, podendo ser em dose

única ou durante um máximo de 24 horas. Evitei a tricotomia e, quando esta foi absolutamente necessária, utilizei máquina de corte imediatamente antes da intervenção cirúrgica. Implementei medidas para garantir a normotermia perioperatória e controlei a glicemia, garantindo que esta se mantivesse  $\leq 180$  mg/dl durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes.

Adquiri consciência que é através do rigor, exigência e objetividade que os enfermeiros atuam nos cuidados de assepsia, manutenção de normotermia, normoglicemia e na prevenção de eventos adversos, que contribuem para a diminuição das taxas de infecção, diminuição dos custos por internamentos prolongados ou reinternamentos e rápida recuperação da pessoa.

A higienização e desinfecção regulares e adequadas das superfícies do BO são fundamentais para prevenir infecções, uma vez que estas podem servir de reservatório de microrganismos e facilitar a transmissão cruzada. A eficácia deste processo depende de protocolos padronizados, técnicas corretas e formação adequada das equipas de limpeza, sendo a sua falha um fator de risco significativo no contexto perioperatório (Yao et al., 2024).

A preparação da sala operatória, deve ainda contemplar a desinfecção criteriosa de áreas e equipamentos de contacto frequente, como mesas instrumentais, focos cirúrgicos, monitores, comandos e puxadores, dado que estes representam pontos críticos para a transmissão cruzada. É fundamental respeitar a sequência de limpeza de superfícies, das mais limpas para as mais sujas e de cima para baixo, evitando a recontaminação de áreas higienizadas. A utilização de produtos desinfetantes com eficácia comprovada contra um amplo espectro de microrganismos, bem como a renovação adequada do ar na sala operatória, complementam as medidas essenciais para a redução da carga microbiana no ambiente cirúrgico. A padronização de protocolos e a formação contínua das equipas são determinantes para assegurar a eficácia do processo e consolidar uma cultura de segurança no contexto perioperatório (Yao et al., 2024).

Neste sentido, recorri aos manuais do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos, focando-me especificamente nas normas relativas ao controlo da infecção no ambiente cirúrgico. Guiei a aplicação correta dos produtos desinfetantes com comprovada eficácia contra um amplo espectro de microrganismos, conforme as recomendações oficiais. Também abordei a importância da renovação adequada do ar na sala operatória como medida complementar para reduzir a

carga microbiana. Esta orientação prática, foi fundamental para fortalecer as competências na prática segura e eficaz no ambiente cirúrgico.

Esta vivência prática permitiu mais do que apenas compreender, possibilitou consolidar e aplicar eficazmente protocolos rigorosos de assepsia, controle ambiental, profilaxia antibiótica e monitorização constante da normotermia. Ademais, destacou a importância crítica do trabalho colaborativo entre equipas multiprofissionais para garantir a segurança do cliente, promovendo práticas seguras, prevenção de infeções e controle de eventos adversos no ambiente cirúrgico.

A terceira Unidade de competência alude que o EE promove a gestão e o controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório, assegurando que estes estão disponíveis, íntegros e funcionais. Participa na conceção e implementação dos processos de reprocessamento de dispositivos médicos de uso múltiplo. Assegura a gestão do risco associado à retenção inadvertida de itens quantificáveis no local cirúrgicos, e dos dispositivos médicos implantáveis assegurando a documentação e rastreabilidade, dos mesmos. Emite pareceres técnicos para a aquisição de dispositivos médicos (Regulamento n.º 429 OE/2018).

A gestão rigorosa dos dispositivos médicos reutilizáveis é vital para garantir a segurança cirúrgica durante o período perioperatório. A descontaminação inadequada pode levar à infeção cruzada e complicações graves, pelo que é indispensável seguir protocolos padronizados de limpeza, desinfeção e esterilização, com supervisão e validação constante. Conforme as diretrizes da AORN, o EE perioperatório desempenha um papel fundamental na supervisão de todo o processo, desde a limpeza inicial até ao controle dos ciclos de esterilização, utilizando indicadores biológicos e químicos para assegurar que os instrumentos retornam ao BO com os mais elevados padrões de segurança (Regulamento n.º 429 OE, 2018; AORN, 2025).

Os enfermeiros perioperatórios são responsáveis pela gestão segura dos dispositivos médicos utilizados no período perioperatório, cumprindo a legislação, protocolos e instruções dos fabricantes, e garantindo a documentação e rastreabilidade (Machado, 2024). Durante os ensinamentos clínicos, adquiri experiência no controle das medidas de higiene, no reprocessamento dos instrumentos cirúrgicos e no correto acondicionamento, rotulagem e registo das peças para exames laboratoriais. Essas atividades ampliaram a minha familiaridade com dispositivos médicos pouco comuns, reforçando a importância da supervisão contínua e da formação para garantir a segurança do cliente e a eficácia dos cuidados no ambiente perioperatório. Aprendi que o

acondicionamento e a rotulagem precisos, assim como o registo detalhado das amostras, são essenciais para assegurar a integridade, a identificação correta e a rastreabilidade das peças, garantindo a fiabilidade dos exames laboratoriais e contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados.

A retenção inadvertida de itens cirúrgicos, como compressas, agulhas ou instrumentos, é um evento grave classificado como “*never event*” por ser totalmente evitável. Embora muitas vezes associada a erros de contagem, resulta normalmente de um conjunto de falhas humanas, organizacionais e de comunicação, agravadas por fatores como pressão temporal, fadiga ou procedimentos complexos. As consequências podem variar de complicações graves até à morte, além de implicações legais e éticas significativas. A prevenção exige contagens rigorosas, registos completos, formação contínua e a promoção de uma cultura de segurança (Gibbs & Romano, 2025).

Neste contexto, o EE desempenha um papel central como gestor do risco, facilitador da comunicação e promotor ativo de uma cultura de segurança. A sua atuação inclui liderar o processo de contagem de materiais e instrumentos, garantir a realização de pausas cirúrgicas formais (time-out e sign-out), aplicar protocolos baseados na evidência científica, promover formação contínua da equipa e assegurar o registo rigoroso de incidentes. Essa abordagem integrada visa contabilizar e rastrear todos os itens introduzidos em sala cirúrgica, preservando a integridade física da pessoa submetida à cirurgia e reduzindo significativamente o risco de eventos adversos (Regulamento n.º 429 OE/2018; Peng et al., 2023).

Durante os ensinamentos clínicos, tive a oportunidade de acompanhar a enfermeira circulante e participar ativamente desse processo, liderando a contagem rigorosa de materiais e instrumentos, colaborando na execução das pausas cirúrgicas para a correta verificação da identidade do cliente e do procedimento, e contribuindo para uma comunicação clara e eficaz na equipa. Através da aplicação de protocolos baseados em práticas seguras, do registo detalhado de incidentes, como o episódio em que um enfermeiro se picou com uma agulha do cliente, aprimorei competências essenciais de gestão do risco e promoção da segurança no perioperatório.

Durante os ensinamentos clínicos, pude envolver-me diretamente em múltiplas práticas ligadas à gestão e controlo de dispositivos médicos, aspetos essenciais para a segurança cirúrgica. Destaco, em particular, a experiência de acompanhar de perto o trabalho desenvolvido na Central de Esterilização, onde tive oportunidade de observar todas as fases do reprocessamento de dispositivos médicos reutilizáveis. Segui o percurso dos

materiais desde a sua receção e lavagem, passando pela embalagem, até ao processo de esterilização, constatando a existência de procedimentos rigorosos de controlo de qualidade e de rastreabilidade, que envolvem etapas fundamentais como a receção, lavagem, desinfeção, secagem, inspeção, embalagem, esterilização, armazenamento e registo detalhado de cada fase do processamento dos dispositivos médicos reutilizáveis. Estes processos incluem a utilização de indicadores físicos, químicos e biológicos para validar a eficácia da esterilização, auditorias regulares, manutenção de equipamentos, controlo da integridade dos dispositivos, rastreabilidade dos materiais e conformidade com normas técnicas e protocolos operacionais, garantindo a segurança, a biossegurança e a prevenção de infeções cirúrgicas (Alves et al., 2025).

Assim, o EEEMCPSP assume um papel central e proactivo no cuidado integral, sendo responsável pela implementação de intervenções clínicas especializadas, gestão eficaz do ambiente e dos processos terapêuticos, promoção da segurança da pessoa e coordenação das equipas multidisciplinares, assegurando uma prática baseada em evidências, orientada para a prevenção de complicações e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, respondendo às necessidades complexas da PSP.

## 5 AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE

No cenário atual dos cuidados de saúde, caracterizado por elevada complexidade clínica, tecnológica e cultural, o enfermeiro com grau de mestre ocupa uma posição estratégica na promoção de boas práticas, particularmente na área da enfermagem perioperatória. Conforme estipula o artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto, este grau académico é atribuído a quem demonstre competências que ultrapassam a execução técnica, exigindo pensamento crítico, visão integradora e capacidade de transformar a prática profissional.

Segundo o disposto no Decreto-Lei n.º 65/2018, o grau de mestre é concedido a quem demonstra um nível consolidado de conhecimento e compreensão que permite aprofundar as competências adquiridas no 1º ciclo de estudos, incluindo a capacidade de aplicar conhecimentos e resolver problemas em contextos novos e multidisciplinares. O mestre deve integrar saberes complexos, emitir juízos críticos fundamentados, comunicar de forma clara com especialistas e não especialistas, e assumir responsabilidade pelo seu desenvolvimento autónomo.

O enfermeiro com grau de mestre deve possuir competências científicas sólidas, domínio técnico avançado, habilidades de liderança, comunicação terapêutica eficaz, capacidade de trabalho em equipa multidisciplinar, além de promover a formação contínua e exercer supervisão profissional, sempre visando a melhoria da qualidade dos cuidados e a inovação. Além do saber-fazer (prática) e saber-saber (conhecimento), valoriza-se o saber-ser e o saber-estar, que dizem respeito ao comportamento, atitudes e à capacidade de estabelecer relações interpessoais eficazes tanto com a equipa quanto com os utentes. O ciclo de estudos para obtenção do grau de mestre inclui não apenas formação teórica, mas também uma prática investigativa (Decreto-Lei n.º 65/2018).

No mestrado em enfermagem, as competências adquiridas capacitam o profissional para gerir e transformar contextos complexos, atuando com elevado julgamento clínico e fundamentando as decisões na melhor evidência disponível. O domínio de práticas de liderança, expresso na supervisão e formação de equipas, está associado à promoção de uma cultura de cuidados seguros e centrados na pessoa. Nesse processo, a comunicação terapêutica assume papel estratégico, reforçando a qualidade da assistência, ao mesmo tempo que os conhecimentos sobre comportamento humano e relações interpessoais potenciam a colaboração eficaz em contextos multidisciplinares (Ramos et al., 2025; Decreto-Lei n.º 65/2018).

A integração entre conhecimento científico, prática clínica, investigação e desenvolvimento pessoal e social é central na formação, permitindo ao enfermeiro mestre

enfrentar cenários inéditos e complexos com capacidade crítica e soluções inovadoras. Esse percurso formativo estimula autonomia, liderança e um compromisso permanente com a aprendizagem contínua, assegurando adaptação e crescimento ao longo da vida (Rocha, 2024, Decreto-Lei n.º 65/2018).

A transição para o 2º ciclo de formação associa-se à edificação de um alto nível de conhecimento processual e de habilidades psicomotoras e interpessoais (Nijkamp et al., 2023), fundamentais à otimização dos cuidados prestados, assegurando intervenções baseadas na evidência científica e no cumprimento de normas e diretrizes vigentes (OE, 2021; Regulamento n.º 429 OE/2018).

Ao término deste percurso formativo, constato que, através da descrição detalhada, reflexão aprofundada e análise crítica das experiências vivenciadas ao longo dos ensinamentos clínicos, foi possível consolidar e expandir conhecimentos fundamentais para o desenvolvimento das competências indicadas para o grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, especialmente na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.

Para além da pesquisa autónoma desenvolvida ao longo do curso de mestrado, as dificuldades emergentes da prática clínica, associadas a uma reflexão sistemática e contínua sobre os cuidados de enfermagem, evidenciaram a centralidade da investigação e a necessidade de fundamentar a prática na melhor evidência científica disponível. Este princípio constitui-se como elemento basilar no processo de tomada de decisão clínica, assegurando a qualidade, a segurança e a adequação dos cuidados prestados à pessoa, à sua família e/ou ao seu contexto relacional significativo (Costa et al., 2025).

Por conseguinte, o planeamento prévio dos ensinamentos clínicos, a aplicação rigorosa do processo de enfermagem, as reflexões críticas e os relatórios elaborados ao longo deste percurso constituíram, simultaneamente, um meio de identificação das minhas necessidades de aprendizagem e um instrumento para delinear as estratégias que permitiram colmatá-las. Nesta etapa, assumem ainda o papel de suporte à avaliação dos resultados obtidos. A elaboração destes documentos representou um desafio significativo, na medida em que exigiu a articulação coerente e integrada de conhecimentos teóricos sólidos com as competências técnico-científicas e relacionais próprias do EEEMCPSP (Costa et al., 2025).

No Ensino Clínico I: Cuidar na Sala Operatória, destaco como uma das estratégias previamente delineadas a aplicação rigorosa e fundamentada do processo de enfermagem, esta metodologia possibilitou-me realizar uma avaliação holística da PSP, identificar e analisar focos de atenção específicos, formular diagnósticos de enfermagem precisos, prescrever e implementar intervenções especializadas, sensíveis aos cuidados de

enfermagem, bem como proceder à avaliação sistemática dos resultados obtidos. Acresce que o desenvolvimento do processo de enfermagem fundamentado proporcionou uma oportunidade valiosa para reflexão e análise crítica da situação clínica, permitindo que as intervenções fossem sustentadas e justificadas tendo por base a evidência científica.

Simultaneamente foram propostas as seguintes atividades, realização do plano de estágio, reflexões críticas, a realização de um seminário e o relatório de estágio. Estas atividades foram desenvolvidas tendo como base um pensamento crítico-reflexivo que permitirão uma tomada de decisão clínica em enfermagem, alicerçada na melhor evidência científica e nos referenciais de enfermagem, visando responder com qualidade aos desafios.

Durante o ensino clínico, no decurso de uma intervenção ortopédica, identifiquei que duas caixas de instrumentação esterilizada apresentavam rasgões nas embalagens, comprometendo a sua esterilidade. Esta falha obrigou à substituição das caixas pela unidade central, causando um atraso de duas horas na cirurgia e o conseqüente cancelamento da operação seguinte. Foi possível identificar falhas nos processos de transporte e armazenamento, sugerindo incumprimento de um protocolo rígido, bem como a falta de stock de reserva na unidade. O atraso inicial provocou um efeito em cascata que comprometeu o fluxo do programa cirúrgico.

Este acontecimento motivou a elaboração de uma reflexão crítica intitulada “Acondicionamento e transporte do instrumental cirúrgico”, desenvolvida segundo a metodologia do Ciclo Reflexivo de Gibbs, que permitiu uma análise estruturada da experiência, abrangendo descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e plano de ação. Este acontecimento levou-me a refletir sobre os fatores que levaram ao atraso e ao cancelamento da cirurgia, propondo melhorias estruturais e operacionais e garantir que os materiais esterilizados cheguem à unidade de destino em condições adequadas e no prazo estipulado, maximizando a segurança do cliente. Propus-me sensibilizar a equipa de enfermagem em parceria com o Enfermeiro Tutor, para implementar um protocolo rigoroso para o transporte e armazenamento das embalagens esterilizadas, incluindo inspeções periódicas para garantir a integridade antes do uso, criação de um stock de reserva na unidade para evitar falta de materiais esterilizados e formação contínua dos profissionais para assegurar o cumprimento dos protocolos. Essas medidas visam evitar atrasos e garantir a segurança do cliente.

Considero que este percurso de aprendizagem contribuiu significativamente para o aprimoramento da minha capacidade de questionar e avaliar as minhas apreciações e

decisões clínicas, incorporando a reflexão e a consideração dos aspectos éticos e deontológicos que norteiam a prática diária. A utilização deste modelo é facilitadora e auxilia na construção do registo, mas também na análise de situações de elevada complexidade na medida em que, as diferentes etapas permitem a segmentação do evento e sua respetiva análise (Gibbs, 2013).

No que concerne ao Seminário intitulado: “Cuidar na Sala Operatória: Competências e Desafios na Enfermagem Perioperatória”, além de ter participado na sua organização, também apresentei o processo de enfermagem concretizado onde explanei o tema “O cuidado especializado no pós-operatório imediato”. Na apresentação abordei os temas: os cuidados na recuperação anestésica (avaliação da dor, sinais vitais e complicações); comunicação eficaz; e promoção da continuidade do cuidado centrado no cliente/família. A organização do evento permitiu o exercício da gestão e coordenação, essencial para a liderança no contexto clínico e académico.

Além disso, a interação com futuros especialistas e mestres proporcionou uma troca enriquecedora de saberes, fortalecendo a competência comunicativa e o pensamento crítico fundamental para uma prática especializada. O seminário contribuiu igualmente para a competência investigativa, ao incitar à reflexão sobre evidências científicas atualizadas e à sua aplicação prática no cuidado especializado, reforçando o papel do mestre como agente inovador e promotor da qualidade na saúde. Assim, como esta experiência integrei e desenvolvi várias dimensões das competências de mestre, desde a liderança, comunicação e trabalho em equipa, até à aplicação crítica do conhecimento para a melhoria dos cuidados de saúde.

Inserido na unidade curricular, Estágio com Relatório, módulo II, foi proposta a elaboração de um Projeto de AutoFormação (PAF), sendo a minha área de opção o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem perioperatória: a manutenção da normotermia na pessoa a vivenciar a experiência cirúrgica.

A visão pedagógica fundamentada de autoformação apresentada por Amaral e Farias (2022) aplica-se perfeitamente à enfermagem e outras áreas da formação superior, confirmando que o projeto de autoformação é a ferramenta-chave para o crescimento profissional e adaptação às demandas do contexto atual. O PAF é estruturado justamente para fortalecer a autonomia, o pensamento crítico e a capacidade de resposta dos profissionais às exigências dinâmicas da área da saúde, através da reflexão sobre práticas clínicas e do aprimoramento contínuo das competências.

Um dos objetivos do PAF foi documentar e refletir sobre as atividades realizadas durante o período de ensino clínico, permitindo uma análise crítica da experiência adquirida. A metodologia utilizada para a sua elaboração envolveu a fase exploratória, onde se identifiquei o problema ou oportunidade e se recolhi informações essenciais para compreender o contexto, de seguida, vem o planeamento, momento de definir os objetivos, estratégias, recursos necessários e cronograma de execução. Com tudo definido, parti para a implementação, onde as ações planeadas foram colocadas em prática. Após a execução, realizei a avaliação, com o objetivo de analisar os resultados obtidos e verificar se os objetivos foram alcançados. Por fim, entra-se na fase de otimização, onde se ajustam processos e estratégias com base nas aprendizagens, garantindo a melhoria contínua e o sucesso do projeto a longo prazo (Júnior et al., 2022).

Este processo de PAF permitiu-me, sistematizar a minha intervenção, promovendo uma prática mais estruturada, fundamentada e coerente com os princípios da enfermagem perioperatória baseada na evidência. De forma convergente, estas experiências contribuíram de modo significativo para o aperfeiçoamento das minhas capacidades clínicas e para o reforço das competências indispensáveis à prestação de cuidados seguros e de qualidade à PSP, atendendo às suas necessidades específicas e ao seu contexto individual.

O PAF revelou-se uma mais-valia para a unidade onde realizei o ensino clínico, ao abordar um tema de extrema relevância: a manutenção da normotermia na pessoa submetida a cirurgia, com impacto direto na prevenção da ILC. Ao promover formação em serviço, contribuí para aumentar a sensibilização dos enfermeiros sobre esta temática, evidenciando que a HPI potencia complicações intra e pós-operatórias, cuja prevenção pode traduzir-se numa significativa redução de custos pessoais e financeiros para a instituição. A implementação do PAF permitiu que a equipa adquirisse conhecimento sobre estratégias eficazes de avaliação do risco de hipotermia, salientando a importância do investimento em dispositivos de aquecimento e em técnicas de monitorização da temperatura, elementos fundamentais para melhorar a qualidade do desempenho dos enfermeiros especialistas. Desenvolvi competências de educação, sensibilização e motivação no serviço, promovendo a adoção de práticas baseadas na evidência e potenciando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados perioperatórios prestados aos clientes da unidade.

Além da prestação de cuidados, a participação ativa em eventos científicos contribuiu decisivamente para o reforço das minhas competências de Mestre. Destaco a

participação, a apresentação de pôsteres e comunicações em diversos congressos nacionais e internacionais durante o percurso académico:

- 1.º Congresso de Enfermagem Perioperatória de Braga, com o póster “A prevenção do delirium no pós-operatório no idoso” (ANEXO III);
- Congresso de Enfermagem de Santa Maria da Feira, com o póster “Intervenções do Enfermeiro Especialista no contexto perioperatório” (ANEXO IV);
- Jornadas Académicas de Enfermagem da Macaronésia, realizadas na Universidade de Santiago, Cabo Verde, com a comunicação livre “O Empoderamento da Pessoa no Perioperatório e a Enfermagem do Futuro: estudo de caso” (ANEXO V).
- “Encontro da Teoria à Prática: Novas Fronteiras no Ensino Clínico”, cujos temas abordados foram: os desafios da supervisão clínica no ensino clínico; a importância da formação académica para o sucesso da prática clínica; e os desafios da evolução tecnológica no ensino clínico (ANEXO VI).

Estas experiências ofereceram oportunidades de partilha de conhecimento, reflexão crítica da prática, integração de novas abordagens científicas e consolidação de competências transversais. O contacto direto com investigação atualizada promove o desenvolvimento de competências críticas e reflexivas, que são fundamentais no contexto perioperatório, onde decisões rápidas e bem fundamentadas têm um impacto direto nos resultados em saúde.

A vivência de diversos contextos científicos e a participação ativa em eventos académicos fortaleceram a minha literacia científica e a aptidão para integrar conhecimento atualizado na prática clínica, contribuindo para prestar cuidados mais seguros, individualizados e fundamentados na melhor evidência disponível (Reato et al., 2025).

Sendo o Enfermeiro o profissional mais próximo dos clientes, que vivem momentos de vulnerabilidade, é necessário dotarmo-nos de conhecimento próprio para conseguirmos cuidar do outro de forma assertiva, oferecendo empatia, confiança e sensibilidade para dar resposta aos problemas da pessoa. Através da aquisição de competências de mestre, procuro hoje prestar cuidados com qualidade, seguros, eficientes e centrados na pessoa suportados sempre na melhor evidência. Ter um papel ativo na recomendação de estratégias, o que implica ser capaz de efetuar uma revisão e avaliação crítica das situações, procedimentos e diretrizes. (Rocha, 2024).

Na incessante procura pela excelência nos cuidados, cultivei competências que me guiam numa aprendizagem eterna e enriquecedora. O encerramento deste relatório

assinala um marco solene na minha carreira profissional, a materialização de um sonho acarinhado. Contudo, o desejo de crescer, aprofundar saberes, questionar com espírito crítico e comunicar transcende o instante presente, tornando-se um compromisso vitalício que se expande para além do quotidiano, iluminando o caminho do meu exercício profissional.

Enfrentei os desafios com resiliência, ajustei estratégias para otimizar o meu desempenho e valorizei o feedback constante, promovendo a partilha de conhecimentos e comprometendo-me com a prática segura e a melhoria contínua. Esta postura tem sido fundamental para o desenvolvimento das minhas competências e para o sucesso nos objetivos propostos.

Posto isto, todo o percurso desenvolvido ao longo do curso de mestrado, em particular nos ensinamentos clínicos, constituiu uma oportunidade privilegiada para a aquisição, consolidação e desenvolvimento de competências inerentes ao EEEMCPSP e ao grau de Mestre, fortalecendo a prática profissional e sustentando-a nos princípios da evidência científica e da excelência em cuidados.

## CONCLUSÃO

O desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem Perioperatória: O conforto térmico da pessoa submetida a intervenção cirúrgica” reflete um percurso de desenvolvimento profissional e pessoal, pautado pela aquisição de competências comuns, específicas e inerentes ao grau de Mestre. Este processo de aprendizagem, de carácter dinâmico e exigente, requereu da minha parte uma participação ativa e contínua. Neste contexto, a dedicação, a disciplina e a persistência demonstradas ao longo do período formativo foram determinantes para o cumprimento integral dos objetivos estabelecidos.

A vivência nos ensinamentos clínicos proporcionou-me uma ampla aquisição de aprendizagens e a partilha de saberes e experiências, impulsionando o desenvolvimento de competências especializadas. A diversidade de cenários em que exerci a prática permitiu aplicar e integrar os conhecimentos teóricos adquiridos no mestrado, mobilizando a teoria na prática de forma fundamentada na evidência científica. Os ensinamentos clínicos foram cruciais para o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e aprendizagem profissional. De forma específica, aprofundei as competências do EEEMCPSP relacionadas com o cuidado à PSP e à sua família/pessoa significativa, assim como a capacidade de maximizar a segurança tanto da PSP como da equipa interdisciplinar, alinhadas com a consciência cirúrgica. Esta consolidação de conhecimentos e habilidades, associada ao nível de mestre, foi essencial para proporcionar cuidados de excelência nos diversos contextos clínicos.

No contexto dos ensinamentos clínicos em UCA, mesmo perante a breve permanência da PSP, estabeleci uma relação de confiança e segurança tanto com esta como com a sua família ou pessoa significativa, promovendo o seu envolvimento ativo e assegurando a continuidade eficaz dos cuidados após a alta. Essa atuação concretiza-se, sobretudo nas CPOE e consulta pós-operatória (follow-up), reforçando o princípio da humanização dos cuidados, centrados na pessoa e na melhoria contínua da sua qualidade de vida. Também, desempenhei um papel crucial na educação e orientação dos clientes e suas famílias contribuindo para promover uma recuperação mais rápida e eficaz ao longo do percurso cirúrgico.

Saliento ainda que em contexto de UCA, participei em todas as fases do perioperatório, desempenhando funções na área da anestesia e realizando intervenções avançadas de enfermagem no conforto térmico da PSP. Esta vivência permitiu-me uma reflexão crítica sobre a enfermagem perioperatória, aumentando a sensibilidade para as necessidades físicas, psicológicas, espirituais e sociais da pessoa e família. Reconheci, assim, a importância de integrar a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, que valoriza o cuidado holístico nas suas dimensões física, psicoespiritual, sociocultural e ambiental. Esta abordagem orientou-me para uma prestação de cuidados centrada na pessoa, facilitando a sua adaptação e bem-estar em todo o processo cirúrgico e potenciando melhores resultados em saúde.

As experiências vivenciadas foram submetidas a um processo de análise e reflexão crítica, evidenciando não apenas as competências inerentes ao exercício como EE, mas também aquelas adquiridas no âmbito do 2.º ciclo de estudos, o Mestrado. Esta consolidação de saberes traduziu-se na aplicação rigorosa do conhecimento científico a diferentes contextos de prática, sustentada por padrões de julgamento clínico e por uma tomada de decisão consciente, fundamentada e tecnicamente informada, aliada a uma comunicação clara, objetiva e coerente.

Pelo exposto, afirmo com convicção que os objetivos previamente definidos foram concretizados, contudo ao longo deste percurso, enfrentei desafios significativos na conciliação das responsabilidades académicas, profissionais e familiares, o que exigiu uma gestão rigorosa do tempo e das prioridades. Apesar destas dificuldades, considero o balanço final amplamente positivo, dado que alcancei os objetivos propostos e adquiri as competências comuns, específicas e de Mestre em Enfermagem Perioperatória. Reconheço a necessidade de desenvolver ainda mais competências técnicas, em contexto intraoperatório, sobretudo em procedimentos que demandam elevada destreza manual, pelo que delinee estratégias futuras de formação e treino contínuos.

Termino este capítulo destacando o aprimoramento da minha capacidade de análise crítica, atenção à segurança, sensibilidade no cuidado e colaboração efetiva com a equipa. Comprometo-me a manter uma postura reflexiva e aberta à aprendizagem permanente, consciente das constantes transformações na enfermagem e das demandas emergentes da PSP.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AESOP (2017). *Práticas recomendadas para bloco operatório: prevenção e controlo da hipotermia perioperatória inadvertida*. Retirado de: <http://www.ulsguarda.minsaude.pt/wpcontent/uploads/sites/6/2018/02/DraftBrochura-AESOP-PR-Hipotermia-Pantone569.pdf>
- Alves E. P. B., Mitre G. P., Andrade M. C. de, Pereira L. de J. M., & Souza A. T. P. (2025). Processamento de artigos da central de materiais e esterilização de uma clínica-escola de odontologia: caracterização e não conformidades. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 25(5), e20006. <https://doi.org/10.25248/reas.e20006.2025>
- Amaral, M. G. B., & Farias, I. M. S. (2022). *Autoformação no ensino superior: a experiência do curso de pedagogia no alto Sertão Paraibano*. *EccoS – Revista Científica*, (62), e21794. <https://doi.org/10.5585/eccos.n62.21794>
- Amini Rarani S. (2025). "One family, one patient": a human-centered approach to safety in the operating room. *Patient safety in surgery*, 19(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s13037-025-00436-0>
- Andrade, G., Pereira, S., Mota, L., & Príncipe, F. (2025). *Comunicação de enfermagem no contexto da cirurgia ambulatorial: revisão de escopo*. *Millenium - Revista de Educação, Tecnologias e Saúde*, 2 (16e), e37389. <https://doi.org/10.29352/mill0216e.37389>
- Andrade, M. G. T. (2023). *Enfermagem em Cirurgia de Ambulatório: Papel da Comunicação na Qualidade dos Cuidados*. [Relatório Final de Estágio, Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa]. Repositório Comum da ESSNorteCVP. <http://hdl.handle.net/10400.26/50091>
- AORN (2021). *Perioperative Nursing: Scope and Standards of Practice*. [https://www.aorn.org/docs/default-source/guidelines-resources/periop-nursing-scope-standards-of-practice.pdf?sfvrsn=c532cdee\\_1](https://www.aorn.org/docs/default-source/guidelines-resources/periop-nursing-scope-standards-of-practice.pdf?sfvrsn=c532cdee_1).
- AORN. (2025). *AORN Guideline in Focus: Sterile Technique in the OR*. AORN. <https://www.aorn.org/article/aorn-guideline-in-focus--sterile-technique-in-the-or>
- Arakelian, E., Swenne, C. L., Lindberg, S., Rudolfsson, G., & von Vogelsang, A. C. (2017). *The meaning of person-centred care in the perioperative nursing context*

- from the patient's perspective: An integrative review*. *Journal of Clinical Nursing*, 26(17-18), 2527-2544. <https://doi.org/10.1111/jocn.13639>
- Arqueiro, I. M. S. (2021). *Avaliação do Risco de Lesão do Posicionamento Cirúrgico no Bloco Operatório*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>
- Association Perioperative Registered Nurses [AORN]. (2021). *Perioperative Nursing: Scope and Standards of Practice*. [https://www.aorn.org/docs/default-source/guidelines-resources/periop-nursing-scope-standards-of-practice.pdf?sfvrsn=c532cdee\\_1](https://www.aorn.org/docs/default-source/guidelines-resources/periop-nursing-scope-standards-of-practice.pdf?sfvrsn=c532cdee_1).
- Azenha, M., Rocha, C., Oliveira, L., Cruz, L., Caralho, P.C., Macedo, A.L., & Gomes, M. (2017). *Proposta de consensos de manutenção da Normotermia no período perioperatório*. *Revista Sociedade da Portuguesa de Anestesiologia*, 26(1), 27. <http://revistas.rcaap.pt/anestesiologia/article/view/10884/8940>
- Bardella, A. C. S. (2024). *O papel do enfermeiro na Gestão Hospitalar e suas competências*. *Scientific Electronic Archives*, 17(3). <https://doi.org/10.36560/17320241877>
- Benze, C., Spruce, L. & Groah, L. (2021). *Perioperative nursing*. AORN. <https://www.aorn.org/docs/default-source/guidelines-resources/periop-nursing-scope-standards-of-practice.pdf>.
- Bernardes, L. H., & Quintilio, M. S. V. (2021). *Humanização da enfermagem em centro cirúrgico: a importância do enfermeiro*. *Revista JRG De Estudos Acadêmicos*, 4(8), 115–126. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4612936>
- Bispo, CA, Rodrigues, AJP, Saldanha, RR de, & Santos, WL dos. (2023). *Atuação do enfermeiro com qualidade e segurança do paciente*. *Revista JRG De Estudos Acadêmicos*, 6(13), 1741–1754. <https://doi.org/10.55892/jrg.v6i13.783>
- Bitencourt, G., & Souza, P. (2023). *Teorias descritivas: descrevendo fenômenos em enfermagem*. In *Teorias de enfermagem e correlações para o cuidado*. Atena Editora. <https://atenaeditora.com.br/catalogo/download-post/88713>
- Brandão, E., Santos, I. (2019). *Theories of Nursing in Promotion of Comfort in Dermatology*. *Revista Enfermagem*, 9(9), 203–205. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.38330>
- Caetano, L. M. F., Cerejo, M. N. R., & Gueifão, L. M. A. O. (2024). *Percepção das práticas do enfermeiro de perioperatório na promoção de um ambiente cirúrgico*

- seguro*. *Revista De Enfermagem Referência*, 6(3), 1–8.  
<https://doi.org/10.12707/RVI24.3.34191>
- Cantante, A. P. S. R., Fernandes, H. I. V. M., Teixeira, M. J., Frota, M. A., Rolim, K. M. C., & Albuquerque, F. H. S. (2020). *Sistemas de saúde e competências do enfermeiro em Portugal*. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(1), 261-272.  
<https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27682019>
- Cardoso, R. B., Caldas, C. P., & Souza, P. A. (2019). *Uso da Teoria do Conforto de Kolcaba na Implementação Do Processo de Enfermagem: Revisão Integrativa*. *Revista Integrativa*, 8(1), 118–128.  
<http://.doi.org/10.18554/reas.v7i2.2758> <https://doi.org/10.18554/reas.v7i2.2758>
- Carleti, M., Wachter, D. A., Giordani, J. N., Caregnato, R. C. A., & Blatt, C. R. (2025). *Segurança nos cuidados de enfermagem com medicamentos sedativos, analgésicos e vasoativos: Revisão de escopo*. *Revista Contexto & Saúde*, 25(50), e15644. <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2025.50.15644>
- Carvalho, R. T., Bampi, L. N. S., Morais, I. A., & Grande, L. F. (2025). *Os direitos do paciente e suas repercussões na relação enfermeiro-paciente: uma revisão de escopo*. *Revista de Enfermagem Evidência*, 27, e78263.  
<https://doi.org/10.5216/ree.v27.78263>
- Cazella, C. T., Dalcól, C., & de Brito Poveda, V. (2022). *Hipotermia intraoperatória e ocorrência de infecção do sítio cirúrgico entre pacientes oncológicos: coorte retrospectiva*. *Revista SOBECC*, 27.  
<https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/835/775>
- Correia C. P. R. (2023). *Competências especializadas em enfermagem perioperatória: O Empowerment da Pessoa a Vivenciar a Experiência Cirúrgica*. [Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny]. Repositório Comum da ESESJC. <http://hdl.handle.net/10400.26/48780>
- Costa, M. M. (2024). *Práticas seguras na prevenção e controlo de infeção na área de anestesia no intraoperatório* (Relatório de mestrado, Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa). Repositório Comum RCAAP. <http://hdl.handle.net/10400.26/50086>
- Costa, P., Sousa, J. P., Nascimento, T., Cruchinho, P., Nunes, E., Gaspar, F., & Lucas, P. (2025). *Leadership Development in Undergraduate Nursing Students: A Scoping Review*. *Nursing reports* (Pavia, Italy), 15(5), 160.  
<https://doi.org/10.3390/nursrep15050160>

- Danski , M. T. R., Silva, C. M. da, & Cunha, M. G. de B. (2023). *Assistência perioperatória de enfermagem voltada à segurança do paciente cirúrgico: uma revisão integrativa*. *Revista SOBECC*, 28. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202328878>
- Decreto-Lei n.º 65/2018. Diário da República I Série. 157 (16-08-2018) 4147-4182. Disponível em WWW: <https://data.dre.pt/application/conteudo/116068879>
- Decreto-Lei n.º 102/2023 de 7 de novembro. (2023). *Procede à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde*. Diário da República, Série I - n.º 215. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa, Portugal. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>
- Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde, Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026), Diário da República: II Série, n.º 187 (24 setembro). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>.
- Direção Geral da Saúde (2022). Norma n.º 020/2015 atualizada a 17/11/2022. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-de-local-cirurgico>
- Direção Geral da Saúde (2017). Norma n.º 001/2017. *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Direção Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Espada, F. A. A. (2023). *Promoção do conforto na pessoa em processo cirúrgico: intervenção do enfermeiro de reabilitação*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum da ESEL. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/45040>
- European Operating Room Nurses Association (EORNA). (2023). *EORNA Best Practice for perioperative care* (3ª ed.), Bruxelas, Bélgica: EORNA. ISBN: 9789082370904. <https://eorna.eu/wp-content/uploads/2023/07/EORNA-Best-Practice-for-perioperative-care2023.pdf>
- Faria, A. M. S. M. (2023). *Ser enfermeiro especialista: O desafio do percurso* (Relatório de estágio, Universidade Católica Portuguesa). Repositório da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/41601>

- Ferreira, MT, Ramalho, S., Silva, T., Oliveira, F., Gonçalves, R., & Araújo, N. (2025). *Impacto da governança clínica em enfermagem: uma revisão sistemática da literatura. Millenium - Revista de Educação, Tecnologias e Saúde*, 2 (27), e40383. <https://doi.org/10.29352/mill0227.40383>
- Filipe, N. (2024). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Repositório da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstreams/6f0289a2-5426-4e79-91de-b1027fcee8a6/download>
- Fuganti, C. C. T., Martinez, E. Z., & Galvão, C. M. (2018). *Efeito do pré-aquecimento na manutenção da temperatura corporal em pacientes cirúrgicos: um ensaio clínico randomizado*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2559.3057>
- Galvão, R. das GB (2025). *Enfermagem humanizada: impactos no cuidado ao paciente e sua relevância no contexto social da saúde*. *Estudos em ciências da saúde*, 6 (1), e13503. <https://doi.org/10.54022/shsv6n1-014>
- Garceau, C., Cosgrove, M. S., & Gonzalez, K. (2023). *Inadvertent Perioperative Hypothermia*. *AANA Journal*, 91(4), 303-309.
- Gibbs, G. (2013). *Learning at the heart of the system: Communities, values and social processes*. Higher Education, 14. ISBN (Kindle Version) 978-1-873576-86-1
- Gibbs, V., & Romano, P. (2025). *Retained surgical items: Causation and prevention*. *Patient Safety Network*. Agency for Healthcare Research and Quality. <https://psnet.ahrq.gov/perspective/retained-surgical-items-causation-and-prevention>
- Gonçalves, M. A., Cerejo, M. D., & Martins, J. C. (2017). *A influência da informação fornecida pelos enfermeiros sobre a ansiedade pré-operatória*. *Revista de Enfermagem Referência*, vol. 4(14), 17-26. <https://doi.org/10.12707/RIV17023>
- Gutierrez, L. S., Santos, J. L. G. D., Peiter, C. C., Menegon, F. H. A., Sebold, L. F., & Erdmann, A. L. (2018). *Boas práticas para a segurança do paciente no centro cirúrgico: recomendações dos enfermeiros*. *Revista brasileira de enfermagem*, 71(6), 2775–2782. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0449>
- Júnior, J. F. C., Bezerra, D. M. C., Medeiros Júnior, J. V., & Sousa Neto, M. V. (2022). *Um estudo sobre os princípios norteadores do ciclo de vida de gerenciamento de*

- projetos*. Revista de Gestão e Projetos, 13(1), 171–188.  
<https://doi.org/10.5585/gep.v13i1.21136>
- Kaltoft, A., Jacobsen, Y. I., Tangsgaard, M., & Jensen, H. I. (2022). *ISBAR as a Structured Tool for Patient Handover During Postoperative Recovery*. Journal of perianesthesia nursing: official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses, 37(1), 34–39. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2021.01.002>
- Kolcaba, K. (2003). *Teoria e prática do conforto: Uma visão para a pesquisa e o cuidado holístico em saúde*. Springer Publishing Company.
- Kolcaba, K., Tilton, C., & Drouin, C. (2006). *Teoria do conforto: Uma estrutura unificadora para aprimorar o ambiente de prática*. The Journal of Nursing Administration, 36(11), 538–544. <https://doi.org/10.1097/00005110-200611000-00010>
- Krindges, A., & Araújo, J. S. (2025). *A teoria das transições como referencial para questões de pesquisa sobre identidade de gênero*. Revista Enfermagem UERJ, 33(1), e87353. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2025.87353>
- Leal, L. A., Henriques, S. H., Castro, F. F. S., & Ribeiro, N. M. (2022). *Refletindo sobre a tomada de decisão como competência do enfermeiro hospitalar*. Revista Enfermagem UERJ, 30(1). <https://doi.org/10.12957/reuerj.2022.69420>
- Leonardsen A. L. (2023). *The Impact of Clinical Experience in Advanced Practice Nursing Education-A Cross-Sectional Study of Norwegian Advanced Practice Nurses' Perspectives*. Nursing reports (Pavia, Italy), 13(3), 1304–1317. <https://doi.org/10.3390/nursrep13030110>
- Link T. (2020). *Guidelines in Practice: Hypothermia Prevention*. AORN journal, 111(6), 653–666. <https://doi.org/10.1002/aorn.13038>
- Machado, P. C. B. (2024). *Intervenções de enfermagem especializada no conforto térmico em contexto de cirurgia de ambulatório* [Relatório final de estágio de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa]. <http://hdl.handle.net/10400.26/57790>
- Malta, A., Braga, C., Oliveira, R., Namora Santos, J., Fernandes, F., Pereira, A., & Sequeira, C. (2025). *Enfermagem especializada no cuidado à pessoa em situação crítica: uma scoping review*. Revista De Investigação & Inovação Em Saúde, 8(1), e335. <https://doi.org/10.37914/riis.v8i1.335>

- Martins, A. G., Sousa, P. P., & Marques, R. M. (2022). *Conforto: contributo teórico para a enfermagem*. *Cogitare Enfermagem*, 27, e85214. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.85214>
- Martins, R. C., Trevilato, D. D., Jost, M. T., & Caregnato, R. C. A. (2019). *Nursing performance in robotic surgeries: integrative review*. *Revista brasileira de enfermagem*, 72(3), 795–800. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0426>
- Mendes, K. M., Silva, N. M., & Silva, V. V. da. (2022). *Ações de enfermagem no controle e prevenção da hipotermia perioperatória inadvertida*. *Revista JRG De Estudos Acadêmicos*, 5(11), 552–560. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7411973>
- Mendonça, F. T., Ferreira, J. dos S., Guilardi, V. H. F., & Guimarães, G. M. N. (2021). *Prevalence of inadvertent perioperative hypothermia and associated factors: A cross-sectional study*. *Therapeutic Hypothermia and Temperature Management*, 11(4), 208–215. <https://doi.org/10.1089/ther.2020.0038>
- Miranda, M. S., Nascimento, F. A. A., Lima, V. N. O., Albuquerque, F. J., Silva, A. L. G., Sales, A. A., Costa, L. M. O., & Barbosa, N. S. (2023). *Communication and safe and effective nursing care in surgical center and intensive care: Integrative review*. *Revista Ciências em Saúde*, 13(3), 42–51. <https://doi.org/10.21876/rcshci.v13i2.1393>
- Moreira, J., Miguel, S., & Frade, A. (2022). *Consentimento informado em pesquisa científica: o que devemos saber?* *Cadernos De Saúde*, 14(2), 55–59. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2022.11469>
- Munday, J., Sturgess, D., Oishi, S., Bendeich, J., Kearney, A., & Douglas, C. (2022). *Implementação de monitoramento contínuo de temperatura durante cuidados perioperatórios: um estudo de viabilidade*. *Patient Safety in Surgery*, 16 (1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s13037-022-00341-w>
- Neto, A., Mateus, J., Pinto, L., Mineiro, M., Cavaco, T., Miranda, L., & Antunes, V. (2024). *Prevenção da hipotermia inadvertida perioperatória*. *Jornal da Egas Moniz*. <https://jem.egasmoniz.edu.pt/wp-content/uploads/2024/11/Prevencao-da-Hipotermia-Inadvertida-Perioperatoria.pdf>
- Nijkamp, N., Calleja, P., & Sahay, A. (2023). *Transition support arrangements to support new graduate & novice nurses entry into perioperative nursing: A scoping review*. *Heliyon*, 10(1), e23316. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e23316>
- Nunes, L., Amaral, G., & Constantino, M. (2022). *Sobre fundamentos do agir profissional em Enfermagem: Manual de Ética, Direito e Deontologia*

- Profissional I* (Volume I). Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde. Departamento de Enfermagem. <http://hdl.handle.net/10400.26/41867>
- Oliveira, MV (2025). *Educação continuada - um componente essencial para a excelência no atendimento de enfermagem em emergência: Revisão narrativa*. Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento, 14 (4), e0914448503. <https://doi.org/10.33448/rsd-v14i4.48503>
- Oliveira, W. R., Oliveira, S. R., Anunciação, T. P. C. da, Marconato, E. L., Sales, S. C. C. M., Corrêa, O. M. S., & Zampieri, T. N. P. (2024). *Segurança do paciente no centro cirúrgico: revisão de literatura*. Revista FT Ciências da Saúde, 29(141). <https://doi.org/10.69849/revistaft/cs10202412311032>
- Ordem dos Enfermeiros - Secção Regional do Sul. (s.d.). *Um enfermeiro que é reconhecido pelos olhos... pelo olhar*. Recuperado em 28 de julho de 2025, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/sul/noticias/conteudos/um-enfermeiro-que-%C3%A9-reconhecido-pelos-olhos-pelo-olhar/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Aviso n. 4511/2021 - *Programa Formativo que integra o ciclo de estudos do curso de Mestrado que visa o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista nas áreas de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Diário da República: 2.ª série, N.º 49 (11 de março). pp. 150-151. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/aviso/4511-2021-159219809>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2025). *Especialização na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/especializa%C3%A7%C3%A3o-na-%C3%A1rea-de-enfermagem-%C3%A0-pessoa-em-situa%C3%A7%C3%A3o-perioperat%C3%B3ria/>
- Penaforte, H., Sá, C., Seara, L., Costa, M. J., & Mendes, A. (2019). *Normotermia no perioperatório: perspetiva do enfermeiro*. Revista De Investigação & Inovação Em Saúde, 2(1), 7–17. <https://doi.org/10.37914/riis.v2i1.43>
- Peng, J., Ang, S. Y., Zhou, H., & Nair, A. (2023). *The effectiveness of radiofrequency scanning technology in preventing retained surgical items: An integrative review*. Journal of Clinical Nursing, 32(1314), 3315–3327.
- Pettersson, M. E., Öhlén, J., Friberg, F., Hydén, L. C., Wallengren, C., Sarenmalm, E. K., & Carlsson, E. (2018). *Prepared for surgery: Communication in nurses'*

- preoperative consultations with patients undergoing surgery for colorectal cancer after a person-centred intervention. Journal of clinical nursing, 27(13-14), 2904-2916. <https://doi.org/10.1111/jocn.14312>*
- Pintado, E., Rodríguez, E., Castillo, J., Martín-Ferreres, M. L., De Juan, M. Á., & Díaz Agea, J. L. (2021). *Perioperative nurses' experiences in relation to surgical patient safety: A qualitative study. Nursing Inquiry, 28(2), e12390. <https://doi.org/10.1111/nin.12390>*
- Ramos, O., Gomes, J., Jesus, Élvio, & Araújo, B. (2025). *Comportamentos e estratégias em liderança clínica em enfermagem: revisão de escopo. Millenium - Revista de Educação, Tecnologias e Saúde, 2 (26), e37839. <https://doi.org/10.29352/mill0226.37839>*
- Reato, F., Ivziku, D., Lommi, M., Bresil, A., Andreotti, A., D'Angelo, C., Gorli, M., Picozzi, M., & Carcano, G. (2025). *Transversal Competencies in Operating Room Nurses: A Hierarchical Task Analysis. Nursing reports (Pavia, Italy), 15(6), 200. <https://doi.org/10.3390/nursrep15060200>*
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). *Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República 2ª série, nº26, (6/2/2019) (4744-4750) [https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019119236195?\\_ts=1667347200034](https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019119236195?_ts=1667347200034)*
- Regulamento n.º 429 OE, 2018 do Diário da República. *Regulamento de competências específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Diário da República: 2.ª série, N.º 135 (16 de julho). p.19359-19370. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe//429-2018-115698617>.*
- Ribeiro, J. C., Bellusse, G. C., Martins de Freitas, I. C., & Galvão, C. M. (2021). *Effect of perioperative hypothermia on surgical site infection in abdominal surgery: A prospective cohort study. International Journal of Nursing Practice. <https://doi.org/10.1111/ijn.12934>*
- Rocha, C. C. da M., Carmo, T. G. do., Moraes, Érica B. de, Primo, C. da S. M., Moura, A. da C., & Monteiro, V. de M. (2022). *Cuidado de enfermagem no reaquecimento seguro de pacientes hipotérmicos: scoping review. Revista Recien - Revista Científica De Enfermagem, 12(37), 243–255. <https://doi.org/10.24276/r.recien2022.12.37.243-255>*
- Rocha, M. P. J. A. da. (2024). *Contributo do programa Enhanced Recovery After Surgery® no controlo da dor à pessoa em cirurgia de ambulatório: Uma revisão*

- sistemática da literatura* [Relatório final de estágio de mestrado, Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa].  
<http://hdl.handle.net/10400.26/57566>
- Salazar Maya Á. M. (2022). *Nursing Care during the Perioperative within the Surgical Context*. *Investigacion y educacion en enfermeria*, 40(2), e02.  
<https://doi.org/10.17533/udea.iee.v40n2e02>
- Sampaio, F. L. de A., Alves, J. B. L., Silva, L. F. da, Costta, M. E. O., Pradi, E. B., Guedes, J. C. F., Souza, G. A. F., Alves, L. D. A., Bacca, L. M. S., Souza, N. L. N. de, Bressan, T. S., Ferreira, A. M. B., Tramontin, K. M., Lamb, I. V., & Weber, J. I. (2025). *Riscos da anestesia geral: informações fundamentais para médicos e estudantes de medicina*. *Caderno Pedagógico*, 22(1), e13261.  
<https://doi.org/10.54033/cadpedv22n1-073>
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. SESARAM (2022). *Processo e importância da acreditação de qualidade com o modelo ACSA*. *Diário de Notícias*.
- Sessler, D. I. (2021). *Perioperative Temperature Monitoring*. *Anesthesiology*, 134(1), 111–118. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000003481>
- Shaw, C. A., Steelman, V. M., DeBerg, J., & Schweizer, M. L. (2017). *Effectiveness of active and passive warming for the prevention of inadvertent hypothermia in patients receiving neuraxial anesthesia: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. *Journal of clinical anesthesia*, 38, 93–104.  
<https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2017.01.005>
- Siciliano, M. E. V., Pinho Carvalheira, A. P., Lima, S. G. S. & Gonçalves, I. R. (2024). *Segurança do paciente no período perioperatório dentro do cenário da enfermagem*. *Revista JRG De Estudos Acadêmicos*, 7(15), e151361.  
<https://doi.org/10.55892/jrg.v7i15.1361>
- Silva, A. D., & Nascimento, S. S. (2023). *Teoria do conforto de Kolcaba no cuidado de enfermagem: uma revisão integrativa*. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, 6(13), 946–969. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8065092>
- Silva, E., Barroso, I., & Martinho, S. (2021). *Empowerment e Governança em Saúde Digital*. *Revista Da UI\_IP Santarém*, 9(1).  
<https://doi.org/10.25746/ruiips.v9.i1.24838>
- Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., Araújo, T., Ribeiro,

- O. & Bettencourt, M. (2019). *Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para enfermagem de reabilitação*. Revista Investigação em Enfermagem. Nº 26, 2ª Série, 35-44. [http://www.sinaisvitais.pt/images/stories/Rie/RIE26\\_s2.pdf](http://www.sinaisvitais.pt/images/stories/Rie/RIE26_s2.pdf)
- SNS. (2024). <https://www.sns.gov.pt/institucional/entidades-de-saude/>
- Soares, GC, Sousa, MNA de, & Almeida, EP de O. (2025). *Cuidados de enfermagem no período perioperatório: uma revisão integrativa*. Revista Ciência Plural, 11(1), 1–23. <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2025v11n1ID37906>
- Sociedade Portuguesa de Anestesiologia. (2022). *Manutenção de normotermia no período perioperatório em pediatria: Recomendações da Secção de Anestesia Pediátrica*. <https://www.spanestesiologia.pt>
- Sousa, G. C., Ribeiro, A. M. N., Silva, F. M. D. e, Oliveira, E. F. P. de, Oliveira, P. H. Q. de, Almeida, S. L. M. de, Amorim, M. do S. R. de, Pinto, C. F. S., Balduino, L. S., Pessôa, R. M. P., Pinheiro, D. M., Santos, A. S. dos, Leonel, L. R. da S., Evangelista, L. A. C., & Araújo, C. A. (2024). *A comunicação efetiva como pilar para a segurança e qualidade no atendimento à saúde*. Contribuciones a las ciencias sociales, 17(13), e14167. <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.13-551>
- Sousa, L. D. F. (2023). *Cuidado especializado, em ambiente perioperatório, à pessoa a vivenciar a cirurgia bariátrica*. [Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/50334>
- Speth J. (2025). *Guidelines in Practice: Patient Temperature Management*. *AORN journal*, 122(1), 33–41. <https://doi.org/10.1002/aorn.14364>
- Thoen, C. W., Saele, M., Strandberg, R. B., Eide, P. H., & Kinn, L. G. (2024). *Patients' experiences of day surgery and recovery: A meta-ethnography*. *Nursing open*, 11(1), e2055. <https://doi.org/10.1002/nop2.2055>
- Üstündag, H., Gül, A., & Özkaya, B. (2023). *The Determination of Patient Learning Needs After Day Surgery: A Cross-Sectional Study*. *Journal of perianesthesia nursing: official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 38(2), 258–263. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2022.06.002>
- Ventura-Silva, J., Martins, M. M. F. P. da S., Trindade, L. de L., & Ribeiro, O. M. P. L. (2021). *Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: Scoping review*. *Journal Health NPEPS*, 6(2). <https://dx.doi.org/10.30681/252610105480>
- Vicente, A. P. G. (2023). *Implementação de intervenções não farmacológicas no âmbito do controlo da dor à pessoa em situação paliativa: Vivências dos enfermeiros*

(Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra).[https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.phpid\\_ficheiro=143879&codigo=3QQSdlvI](https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.phpid_ficheiro=143879&codigo=3QQSdlvI)

- Wongyingsinn, M., & Pookprayoon, V. (2023). *Incidência e fatores associados à hipotermia perioperatória em pacientes adultos em um hospital universitário de atendimento terciário na Tailândia*. *BMC Anesthesiology*, 23, 137. <https://doi.org/10.1186/s12871-023-02084-2>
- World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. Geneva, Switzerland: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
- Wright, R. (2025). *Maintaining Normothermia: Implementing AORN's Updated Patient Temperature Management Guideline*. AORN. <https://www.aorn.org/article/maintainingnormothermia-implementing-aorns-updated-patient-temperature-management-guideline>
- Yang, H., Hu, J., Luo, H., Li, Y., Wang, X., & Chen, Z. (2024). *Efeitos de diferentes sistemas de aquecimento por ar forçado na temperatura central de pacientes: Um estudo clínico multicêntrico e com manequim*. *BMC Anesthesiology*, 24, 351. <https://doi.org/10.1186/s12871-024-02734-z>

## **ANEXOS**

# ANEXO I – PLANO DE SESSÃO “TERMOREGULAÇÃO E MANUTENÇÃO DA NORMOTERMIA NA PESSOA ADULTA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA”

## PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

TEMA	Manutenção da normotermia	
Nº Sessões: 1	Carga horária: 1h	Destinatários: Enfermeiros da UCA
<b>OBJETIVO GERAL:</b> Uniformizar procedimentos sobre a manutenção da normotermia na pessoa submetida a cirurgia e facilitar a integração de novos profissionais.		
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</b> Compreender os benefícios da manutenção da normotermia durante o perioperatório, incluindo a redução de complicações pós-operatórias e a melhoria da recuperação da pessoa submetida a cirurgia. Identificar clientes com maior risco de desenvolver hipotermia durante o perioperatório e as medidas preventivas que podem ser tomadas. Identificar técnicas eficazes para manter a normotermia, como o uso de dispositivos ativos e passivos. Abordar os métodos de monitorização da temperatura corporal durante o perioperatório e sua interpretação para tomar decisões clínicas informadas. Propor linhas orientadoras sob a forma de protocolo como contributo para uniformizar e permitir avaliar a eficácia das intervenções de manutenção da normotermia, utilizando indicadores de desempenho e resultados clínicos para melhorar continuamente as práticas.		
INSTITUIÇÃO: ULS da Região Norte	LOCAL:	DATA: 28/02/2025
FORMADORES: Isabel Moreira	Hora Início: 8:00	Regime: Presencial
		Método: Expositivo

	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	ATIVIDADES	TEMPO	MATERIAIS	AVALIAÇÃO
Introdução	Apresentação da temática. Esclarecer conceitos <ul style="list-style-type: none"> <li>• Normotermia</li> <li>• Hipotermia inadvertida</li> </ul>	Apresentação Powerpoint	10´	Computador portátil + Videoprojetor + Internet	Questionário de satisfação dos participantes
Desenvolvimento	Fatores de risco para hipotermia Complicações Monitorização Dispositivos de aquecimento Recomendações de boa prática Instrução de trabalho & Casos especiais	Apresentação Powerpoint	40´	Computador portátil + Videoprojetor + Internet	
Conclusão	Síntese do conteúdo apresentado	Apresentação Powerpoint	10´		
Discussão	Promover a discussão		15´		

ANEXO II – PLANO DE SESSÃO “PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO - FOCO NA NORMOGLICEMIA”

Dados de Identificação					
Ação de Formação:	Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico - Foco na Normoglicemia				
Formadores:	Enfª. Isabel Moreira	Orientação:	Profª Doutora Noélia Pimenta		
Data:	14/05/2025 às 18:30h	Duração:	30 Minutos		
Objetivos					
Objetivos Gerais da Sessão:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promover a consciencialização da equipa de perioperatório sobre o cumprimento dos Feixes de intervenções para a Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico (ILC).</li> </ul>				
Objetivos Específicos da Sessão:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apresentar a melhor evidência relacionada com a ILC explorando a norma nº. 020/2015 atualizada a 17/11/2022 da DGS;</li> <li>Promover o cumprimento das recomendações para a implementação do feixe de intervenções para a prevenção de ILC, nomeadamente no foco na Normoglicemia;</li> <li>Debater responsabilidades em equipa de forma a uniformizar procedimentos;</li> <li>Identificar necessidades de continuidade de formação neste âmbito.</li> </ul>				
Desenvolvimento da Sessão					
Etapas da sessão	Conteúdos Programáticos	Actividades Didácticas	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Materiais/ Equipamentos	Tempo Previsto
Introdução	- Apresentação dos Formadores e Formandos; - Apresentação oral do tema/conteúdos e objetivos da Sessão;	Dinâmica inicial de Grupo	- Método Expositivo;  - Método Interrogativo;	- Folha de presença;	2 min.
Desenvolvimento	- Infecção associada aos cuidados de saúde;  - Infecção do local cirúrgico  - Feixes de intervenções de prevenção ILC  - Foco na normoglicemia Em contexto unidade cirugia de ambulatório	Exposição de conteúdos teóricos;  Questões ao grupo;		- Portátil  - Projetor multimédia	20 min.
Conclusão	- Síntese das principais ideias;  - Esclarecimento de dúvidas.  - Questionário de avaliação da ação de formação.	Questões de grupo;  Questionário;			8 min.

ANEXO III – CERTIFICADO E PÓSTER “A PREVENÇÃO DO DELIRIUM PÓS-OPERATÓRIO NO IDOSO: O FUTURO HOJE”





## A PREVENÇÃO DO DELIRIUM PÓS-OPERATÓRIO NO IDOSO: O FUTURO HOJE

Miriam Santos<sup>1, 5</sup> (2023106578@santamariasauade.edu.pt); Carla Barros<sup>2, 5</sup>; Isabel Moreira<sup>3, 5</sup>; Sónia Canela<sup>3, 5</sup>; Sónia Oliveira<sup>1, 5</sup>;  
M. Luísa Santos<sup>4</sup>

1. ULS São João | 2. ULS Santo António | 3. ULS Gaia/Espinho | 4. Professora Adjunta na ESESIC e ESSSM | 5. Estudantes do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, da Escola Superior Saúde Santa Maria/Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

### INTRODUÇÃO

O *delirium* pós-operatório (DPO) tem um impacto significativo nos cuidados de saúde, com uma incidência de 37% e 46% nos serviços cirúrgicos.

#### DEFINIÇÃO

O DPO é uma síndrome neuropsiquiátrica comum em idosos submetidos a intervenções cirúrgicas, caracterizada por alterações agudas na atenção, cognição e percepção, resultando em desorientação, confusão e, por vezes, agitação.



#### FATORES DE RISCO

- Idade avançada
- Comorbilidades
- Cirurgias de longa duração
- Uso de múltiplos fármacos e polifarmácia
- Internamento prolongado
- Imobilidade e défices visuais

#### DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de DPO exige observação clínica e uso de ferramentas validadas, como o *Confusion Assessment Method* (CAM). O CAM avalia 4 características principais:

▶ Início agudo e o curso flutuante

▶ Desatenção

▶ Pensamento desorganizado

▶ Alteração da consciência

A presença das duas primeiras características, mais uma das duas últimas, sugere *delirium*.

### OBJETIVO

Identificar estratégias eficazes para a prevenção do DPO em idosos, destacando o papel do enfermeiro especialista (EE) na implementação de intervenções.

### METODOLOGIA

Revisão narrativa da literatura  
Artigos publicados (2014-2024) na PubMed e na CINAHL

Palavras-chave: *Elder; Delirium; Perioperative Care e Nursing Care*

### RESULTADOS

RISCO DE DELIRIUM NO PERÍODO  
PÓS-OPERATÓRIO

-Avaliar *delirium* com recurso a instrumento de avaliação [CAM]

- Identificar fatores de risco de DPO;
- Elaborar protocolo de prevenção do DPO;
- Aplicar protocolo de prevenção do DPO;
- Gerir comunicação;
- Gerir segurança ambiental;
- Incentivar apoio da família;
- Administrar medicação;
- Gerir medicação;
- Referenciar para médico;



### CONCLUSÃO

A formação contínua dos EE e a implementação de protocolos para a prevenção do DPO são fundamentais para reduzir complicações e promover uma recuperação segura e eficaz.

#### REFERÊNCIAS



ANEXO IV – CERTIFICADO E PÓSTER “INTERVENÇÕES DO EE NO CONTEXTO PERIOPERATÓRIO: MAPA CONCEPTUAL”



Certifica-se que o trabalho científico intitulado:

**Intervenções do enfermeiro especialista no contexto perioperatório: Mapa conceptual**

Foi apresentado em formato de: **É-POSTER** no I Congresso de Enfermagem Perioperatória ULS EDV, que decorreu nos dias 29 e 30 de novembro de 2024, no Auditório do Europarque.

1º Autor: **Miriam Santos**

Coautores: Carla Barros; Isabel Moreira; Sónia Canela; Sónia Oliveira; Maira Luísa Santos

Santa Maria da Feira, 30 de novembro de 2024

Presidentes da Comissão Organizadora

Isabel Melo

André Marques



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE  
ENTRE DOURO E VOUGA

Presidentes da Comissão Científica

Carla Reis

Cármen Soares

# INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO CONTEXTO PERIOPERATÓRIO: MAPA CONCEPTUAL

I CONGRESSO ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ENTRE DOURO E VOUGA

Miriam Santos<sup>1,2,3</sup> (2023106578@santamariasaude.edu.pt) | Carla Barros<sup>2,3</sup> | Isabel Moreira<sup>2,3</sup> | Sónia Canela<sup>2,3</sup> | Sónia Oliveira<sup>1,3</sup> | M. Luísa Santos<sup>4</sup>

1. ULS São João | 2. ULS Santo António | 3. ULS Gaia/Espinho | 4. Professora Adjunta na ESES/C e ESSSM | 5. Estudantes do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, da Escola Superior Saúde Santa Maria/Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

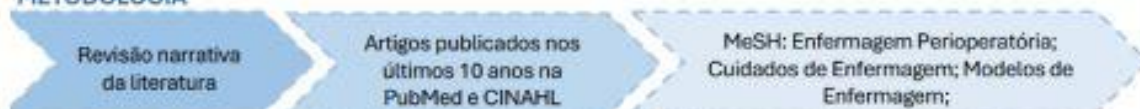
## INTRODUÇÃO

O Enfermeiro Especialista (EE) desempenha um papel crucial num contexto complexo e especializado, fundamentais para garantir a segurança e o bem-estar das pessoas durante o processo cirúrgico, com responsabilidades plasmadas desde o pré-operatório à alta da pessoa em situação perioperatória. O Modelo Perioperatório Centrado no Doente (MPD) da *Association of Perioperative Registered Nurses (AORN)*, destaca-se como um referencial para estruturar as boas práticas do EE e enfatiza o foco na pessoa/família interconectado com cinco eixos principais: avaliação pré-operatória, preparação cirúrgica, cuidados intraoperatórios, recuperação pós-anestésica e educação em saúde. O mapa conceptual, como instrumento didático facilitador da aprendizagem, procura esquematizar, relacionar e hierarquizar um conjunto de preposições que forma o conceito, que proporcionará a identificação das principais intervenções e responsabilidades do EE neste contexto.

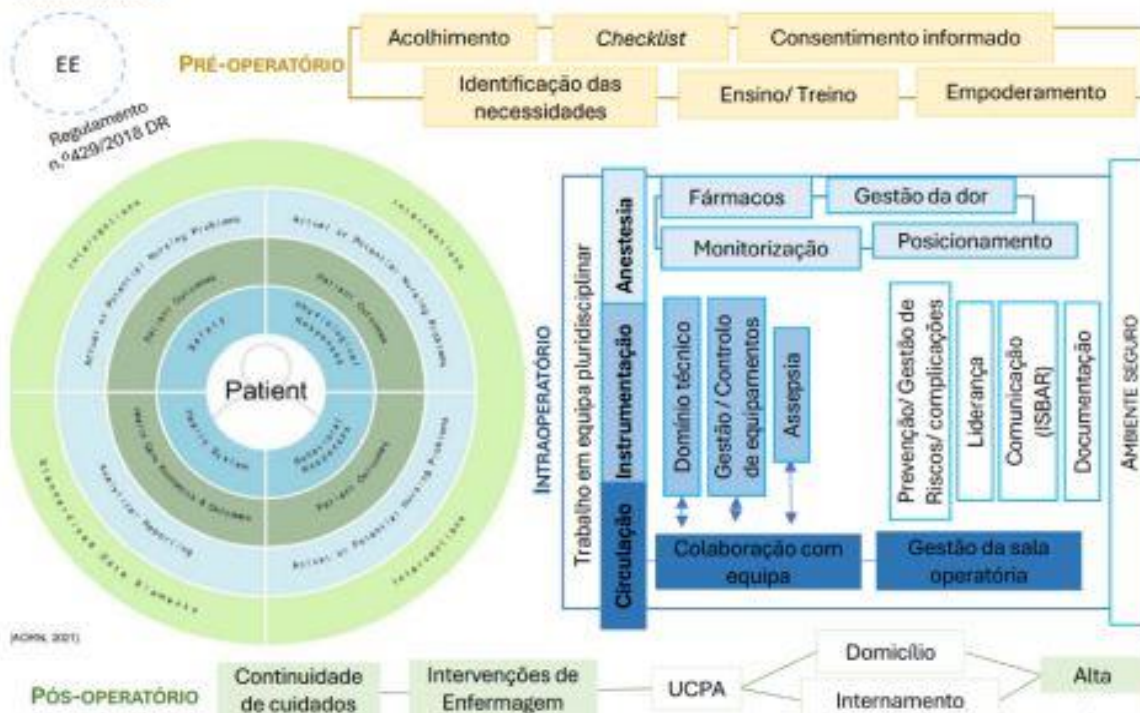
## OBJETIVO

Identificar as intervenções do EE em Enfermagem perioperatória segundo o MPD, com recurso a um mapa conceptual.

## METODOLOGIA



## RESULTADOS



## CONCLUSÃO

O mapa conceptual elaborado é uma ferramenta valiosa para organizar e visualizar os principais conceitos relacionados com as intervenções do EE no perioperatório. O EE é essencial para a segurança e a eficácia dos cuidados cirúrgicos. A valorização deste profissional e o investimento na sua formação contínua são fundamentais para promover uma prática perioperatória segura, eficiente e centrada na pessoa/família. O MPD alicerça a adaptação das práticas de enfermagem perioperatória às necessidades específicas da pessoa/família, permitindo uma prestação de cuidados individualizada de qualidade.

REFERÊNCIAS



ANEXO V – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO DAS JORNADAS ACADÉMICAS DA MACARONÉSIA 2024-2025 E COMUNICAÇÃO LIVRE “O EMPODERAMENTO DA PESSOA NO PERIOPERATÓRIO E A ENFERMAGEM DO FUTURO: ESTUDO DE CASO”

Verifique o código de autenticidade: 15484762.81421276.6.8.04847620142127668 em: <https://www.wave3.com.br/anticormentos>

**IV JEM** JORNADAS ACADÉMICAS DE ENFERMAGEM DA MACARONÉSIA  
ENFERMERÍA DE LA MACARONESIA

## CERTIFICADO

Certificamos que **Isabel Maria Vieira Moreira**, participou nas atividades das **Jornadas Académicas de Enfermagem da Macaronésia 2024-2025**, realizadas nos dias 28, 29 e 30 do mês de maio de 2025, na Universidade de Santiago - Cabo Verde.

Ilha de Santiago, maio de 2025

  
Marcília Fernandes  
Chefe do Departamento de Ciências da Saúde, Ambiente e Tecnologias

  
Cilliavini Varela  
Comissão Organizadora das IV Jornadas Académicas de Enfermagem da Macaronésia



**IV JEM** JORNADAS ACADÉMICAS DE ENFERMAGEM DA MACARONÉSIA  
ENFERMERÍA DE LA MACARONESIA

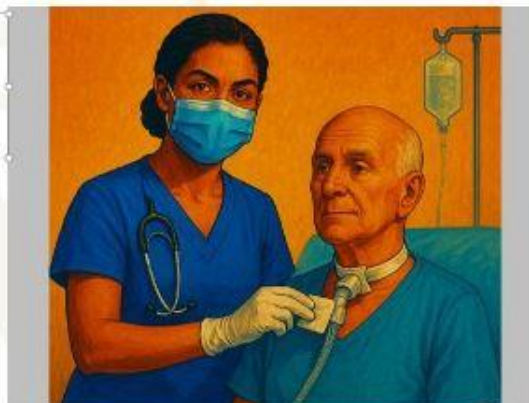
 Escola Superior de Enfermagem  
S. José de Cluny

 UNIVERSIDADE  
DE SANTIAGO

### O EMPODERAMENTO DA PESSOA NO PERIOPERATÓRIO E A ENFERMAGEM DO FUTURO: ESTUDO DE CASO

Miriam Santos 1. 5. ; Carla Barros 2. 5.;  
Isabel Moreira 3. 5.; Sónia Canela 3. 5.;  
Sónia Oliveira 1. 5.; Noélia Pimenta 4

1. ULS São João | 2. ULS Santo António | 3. ULS Gaia/Espinho | 4. Professora Adjunta na ESESJC e ESSSM | 5. Estudantes do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, da Escola Superior Saúde Santa Maria/Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny



## ANEXO VI – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO DO “ENCONTRO DA TEORIA À PRÁTICA: NOVAS FRONTEIRAS NO ENSINO CLÍNICO”



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE  
GAIA E ESPINHO

Cuidamos de si



### CERTIFICADO de PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que

**ISABEL MARIA VIEIRA MOREIRA**

Participou no ENCONTRO DA TEORIA À PRÁTICA: NOVAS FRONTEIRAS O ENSINO CLÍNICA DE ENFERMAGEM, promovido pela Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho (ULSGE), realizado no dia 06 de Junho de 2025, entre as 08h30 e as 17h, no Auditório do Parque Biológico de Gaia.

Pela Comissão Organizadora,

**Fernando Alves**  
Enfermeiro Gestor  
Unidade de Reprocessamento de Dispositivos Médicos