

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

O Enfermeiro Especialista Perioperatório em Contexto de
Urgência

The Perioperative Specialist Nurse in the Emergency Context

Autor

Elsa Maria Branco Nunes

Oliveira de Azeméis, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

O Enfermeiro Especialista Perioperatório em
Contexto de Urgência

The Perioperative Specialist Nurse in the
Emergency Context

Orientador(es)

Jorge António Pinto Moreira

Autor

Elsa Maria Branco Nunes

Oliveira de Azeméis, 2025

FRASE OU PENSAMENTO

“Não há saber mais ou saber menos: Há saberes diferentes.”

Paulo Freire

AGRADECIMENTO

Quero agradecer ao Professor Jorge Moreira, meu orientador, pela sua colaboração, disponibilidade e apoio ao longo desta jornada.

Agradeço também às enfermeiras Glória Gonçalves, Ana Sousa e Cláudia Maio, pela orientação e partilha de conhecimento que tanto contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional durante esta especialização.

Ao enfermeiro gestor e à restante equipa, agradeço a forma calorosa como me receberam e integraram e apoiaram.

Agradeço ao Filipe pela compreensão, apoio e respeito durante a minha ausência nesta fase desafiadora.

À minha chefe e à minha equipa, agradeço pela disponibilidade para trocar ideias e por me apoiarem nos momentos de maior cansaço.

A todos, o meu muito obrigado!

RESUMO

Este relatório tem como objetivo descrever o percurso realizado durante o estágio clínico, enfatizando o processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem da pessoa em situação perioperatória.

O estágio decorreu em ambiente hospitalar, nomeadamente no Bloco Operatório Central e no Bloco de Especialidades, proporcionando a integração entre teoria e prática, bem como a aplicação dos conhecimentos adquiridos ao longo da formação académica. Destacou-se a relevância da aprendizagem baseada em casos reais, sustentada pelo raciocínio clínico, com ênfase em cirurgias urgentes, evidenciando a aplicação prática do referencial teórico de Afaf Meleis. Durante este período, foram realizadas análises críticas de casos clínicos e observadas as dinâmicas da equipa multiprofissional no contexto perioperatório, permitindo um aprofundamento na compreensão das necessidades das pessoas submetidas a intervenções cirúrgicas. Na elaboração do presente relatório, o processo de conceção de cuidados tem como objetivo contribuir para o desenvolvimento da representação do conhecimento em enfermagem.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no contexto perioperatório desempenha um papel essencial na gestão e otimização dos cuidados prestados a pessoa e suas famílias ao longo das diferentes fases do processo cirúrgico. A necessidade de profissionais de enfermagem altamente qualificados é enfatizada por organismos internacionais, como o Conselho Internacional de Enfermeiros. O mesmo destaca que investir em enfermeiros resulta em melhorias na qualidade e segurança dos cuidados, levando a melhores resultados para a pessoa em situação perioperatória.

No processo de aquisição de competências, destaca-se a reflexão sobre o papel essencial do enfermeiro especialista em perioperatório, especialmente no contexto de urgência, evidenciando a sua importância na prestação de cuidados qualificados e na otimização da resposta clínica.

Dessa forma, o relatório apresenta uma visão abrangente da trajetória formativa do enfermeiro especialista em enfermagem perioperatória, ressaltando a integração entre teoria e prática, a capacidade de adaptação a desafios e o compromisso com a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem. O projeto desenvolvido evidencia-se como um instrumento relevante para aprimorar a transmissão de informações, colmatando lacunas existentes e alinhando a prática clínica às melhores evidências disponíveis.

Palavras chave: Enfermeiro Especialista; Enfermagem Médico- Cirúrgica; Enfermagem

Perioperatória; Emergência; Competências.

ABSTRACT

This report aims to describe the clinical internship, emphasizing the learning process and skills development within the scope of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing of people in perioperative situations.

The internship took place in a hospital environment, especially in the Surgical Center and in the Specialties Block, providing integration between theory and practice, as well as the application of the knowledge acquired throughout the academic training. The relevance of learning based on real cases, supported by clinical reasoning, with an emphasis on urgent surgeries, was highlighted, demonstrating the practical application of Afaf Meleis theoretical framework. During this period, critical analyses of clinical cases were carried out and the dynamics of the multidisciplinary team in the perioperative context were observed, allowing a deeper understanding of the needs of people undergoing surgical interventions. In preparing this report, the care design process aims to contribute to the development of knowledge representation in nursing.

The Medical-Surgical Nurse Specialist in the perioperative context plays an essential role in the management and optimization of care provided to patients and their families throughout the different phases of the surgical process. The need for highly qualified nursing professionals is emphasized by international organizations, such as the International Council of Nurses. The organization emphasizes that investing in nurses results in improvements in the quality and safety of care, leading to better outcomes for patients in perioperative situations.

In the process of acquiring skills, the reflection on the essential role of the perioperative nurse specialist stands out, especially in the context of emergencies, highlighting their importance in providing qualified care and optimizing the clinical response.

Thus, the report presents a comprehensive view of the training path of the perioperative nurse specialist, emphasizing the integration between theory and practice, the ability to adapt to challenges and the commitment to continuous improvement of nursing care. The project developed is evidenced as a relevant instrument for improving the transmission of information, filling existing gaps and aligning clinical practice with the best available evidence.

Keywords: Specialist Nurse; Medical-Surgical Nursing; Perioperative Nursing; Emergency; Skills.

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

- AESOP - Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses
- AINE - Anti-inflamatório não esteroide
- AORN - Association of PeriOperative Registered Nurses
- ASA - Sociedade Americana de Anestesiologia
- BIS - Índice Bispectral
- CHD - Clorhexidina
- CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- CO2 - Dióxido de Carbono
- CVP - Cateter Venoso Periférico
- DGS - Direção-Geral da Saúde
- DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
- DR - Diário da República
- DRGE - Doença de Refluxo Gastroesofágico
- ECG - Escala de Coma Glasgow
- EEEMCEPSP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória
- EEP - Enfermeiro Especialista Perioperatório
- EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica
- EORNA - European Operating Room Nurses Association
- EV - Endovenosa
- FCG - Fundação Calouste Gulbenkian
- GCL - PPCIRA - Grupo Coordenador Local de Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos

- ICN – Conselho Internacional de Enfermeiros
- IHI – Institute for Health Improvement
- ILC – Infecção Local Cirúrgico
- INR - International Normalized Ratio
- IOT – Intubação Orotraqueal
- ISBAR – Mnemónica (I – Identificação; S – Situação; B – Background/Antecedentes; A – Avaliação; R – Recomendações)
- ISO – Organização Internacional de Normalização
- LP – Lesões por Pressão
- LVSC – Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica
- Mm – Milímetros
- MmHg – Milímetros de Mercúrio
- NVPO - Náuseas e vómitos pós-operatórios
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PSP – Pessoa (s) em Situação Perioperatória
- REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
- SAOS – Síndrome Apneia Obstrutiva do Sono
- SAGES – Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons
- SNS – Sistema Nacional de Saúde
- TCS – Tecido Celular Subcutâneo
- TOF - Train-of-four

ÍNDICE

FRASE OU PENSAMENTO	3
AGRADECIMENTO	5
RESUMO	7
ABSTRACT	9
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS	11
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	15
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	19
3. CASO 1 - COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA	21
3.1. Enquadramento teórico	21
3.2. Clientes	27
3.3. Medicação	27
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	28
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	40
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	42
3.5. Domínios	45
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	45
3.6. Conceção de Cuidados	50
3.7. Especificação das intervenções	52
3.8. Síntese relativa ao caso	53
4. CASO 2 - HERNIOPLASTIA FEMORAL	57
4.1. Enquadramento teórico	57
4.2. Clientes	60
4.3. Medicação	61
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	61
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	63
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	64
4.5. Domínios	66
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	66
4.6. Conceção de Cuidados	71
4.7. Especificação das intervenções	73
4.8. Síntese relativa ao caso	73
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	77
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	103
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105
ANEXOS	115

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2019) no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o Enfermeiro Especialista é *“aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”*. Este título pressupõe ainda que *“estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde”* (OE, 2019).

Neste seguimento, importa também fazer referência ao Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (EEEMCEPSP) que se insere no Regulamento nº 429/2018 (2018), enumera duas competências: *“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”* (p. 19360).

Assim, no âmbito do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, que integra no seu plano de estudos a Unidade Curricular designada *“Estágio de Enfermagem à pessoa em situação perioperatória II”*, surge o presente relatório que pretende desenvolver uma visão integradora e transformadora da saúde, construindo um corpo de conhecimentos e competências na área da enfermagem à pessoa em situação perioperatória (PSP).

É esperado, no final deste percurso, que o enfermeiro especialista demonstre estas competências como adquiridas e responda eficazmente à exigência de gestão complexa que os cuidados de enfermagem prestados à PSP requerem, uma vez que:

A pessoa que necessita, escolhe ou aceita ser submetida a procedimentos cirúrgicos e anestésicos, aceita submeter-se a um estado de consciência alterado, e aos riscos inerentes a esses procedimentos e aceita ficar num estado de vulnerabilidade física e emocional, tendo geralmente a expectativa de melhorar o seu estado de saúde, ou ter melhor qualidade de vida. O enfermeiro perioperatório demonstra competências especializadas no cuidado à pessoa em situação perioperatória e na garantia da segurança congruente com a consciência cirúrgica.

(OE, 2018, p. 19362).

O presente relatório tem como tema "O Enfermeiro Especialista Perioperatório em Contexto de Urgência" e tem como objetivo demonstrar a aquisição e o desenvolvimento de competências

comuns e específicas. As competências comuns abrangem a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. No que se refere às competências específicas, estas incluem a prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória e à sua família ou pessoa significativa, bem como a maximização da segurança da pessoa e da equipa pluridisciplinar, em conformidade com a consciência cirúrgica.

O ambiente perioperatório tem vindo a suscitar um interesse crescente ao longo do percurso académico. A experiência adquirida durante o estágio realizado no segundo semestre reforçou o apreço por esta área e consolidou a motivação para aprofundar a prática de enfermagem no contexto perioperatório. Assim, torna-se essencial investir no aperfeiçoamento contínuo de competências e no desenvolvimento de um conhecimento especializado que possibilite o exercício da enfermagem avançada, promovendo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

Perspetiva-se, no futuro, a possibilidade de integração no serviço de bloco operatório, de forma a dar continuidade ao aprofundamento de conhecimentos na área perioperatória e à sua aplicação na prática clínica. A transferência para este contexto permitiria não apenas a consolidação das competências adquiridas, mas também a oportunidade de contribuir ativamente para a melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória.

O bloco operatório é um local onde o enfermeiro especialista pode fazer a diferença, ao promover o trabalho em equipa e aliando o conhecimento teórico ao pensamento crítico-reflexivo, de forma a garantir a qualidade no atendimento à pessoa em situação perioperatória. É um ambiente dinâmico e estimulante, tendo por base as relações com a equipa multidisciplinar. De facto, a equipa deve estar mais familiarizada com todos os seus membros de forma a tornar a mesma mais eficaz, uma vez que este aspeto afeta diretamente os cuidados prestados à PSP (Bravo et al., 2023).

Trabalhar no bloco operatório significa nunca parar de aprender e ter presente que a única constante neste ambiente é a mudança (Edwards, 2004).

Assim sendo, o enfermeiro especialista no perioperatório desempenha vários papéis e a sua atividade desenvolve-se em diversas áreas, nomeadamente gestão e liderança, educação, investigação, advocacia e prestação direta de cuidados no âmbito da instrumentação, circulação e anestesia (Association for European Operating Room Nurses [AEORN], 2006). O Enfermeiro Especialista Perioperatório (EEP) assume a responsabilidade por grande parte das atividades e intervenções relacionadas com o cuidado à pessoa em situação perioperatória, abrangendo todas as fases deste processo. Para desempenhar eficazmente as suas funções, é essencial que saiba aplicar o conhecimento científico e as competências específicas de forma rigorosa e fundamentada. No período pré-operatório, compete-lhe a avaliação da PSP, a verificação do

cumprimento dos protocolos estabelecidos e a preparação do ambiente cirúrgico, assegurando a disponibilidade dos materiais e equipamentos necessários. Durante o intraoperatório, é responsável pela aplicação das técnicas assépticas, pela monitorização da PSP ao longo do procedimento e pela colaboração com a equipa cirúrgica na gestão dos instrumentos e dispositivos médicos. No pós-operatório imediato, assegura uma transição segura para a unidade de recobro, monitorizando sinais vitais, controlando a dor e prevenindo complicações. Para além da prestação de cuidados diretos, assume ainda a gestão de recursos e a coordenação da equipa multidisciplinar, promovendo um ambiente seguro e eficiente, bem como a continuidade dos cuidados. Paralelamente, desempenha um papel ativo na formação contínua, contribuindo para a atualização de protocolos, para a capacitação de novos profissionais e para a implementação de boas práticas baseadas na evidência científica. Desta forma, o EEP garante uma abordagem holística e qualificada, assegurando a segurança da PSP e da equipa pluridisciplinar, bem como a qualidade dos cuidados prestados em todo o contexto perioperatório.

Segundo Hamlin e Richardson (2009), a filosofia de enfermagem perioperatória engloba uma abordagem holística multidisciplinar que se preocupa em: proporcionar um ambiente seguro; proteger a pessoa de eventos adversos; obter resultados positivos da pessoa; promover o conhecimento e as competências dos membros da equipa multidisciplinar; respeitar a dignidade de todas as pessoas, independentemente da sua origem e cultura. A complexidade dos cuidados de saúde tem vindo a requerer um exercício profissional dos enfermeiros cada vez mais focado em torno dos padrões de qualidade, sobretudo evidenciando a prática especializada como forma de alcançar a melhoria na prestação de cuidados, maior cultura de segurança e satisfação da pessoa e dos profissionais através da criação de contextos de prática favoráveis.

Assim, enveredamos no campo dos ambientes de prática de enfermagem, que constituem um desafio da atualidade uma vez que são influenciados por fatores como a crescente exigência dos cuidados, a evolução tecnológica, a escassez de recursos humanos e a necessidade de promover um trabalho colaborativo e interdisciplinar que garanta a qualidade e a segurança na prestação de cuidados.

Posto isto, os enfermeiros especialistas assumem relevância na construção, implementação e gestão de programas de melhoria contínua da qualidade, na gestão do risco e na construção de ambientes terapêuticos seguros para a PSP, família/pessoa significativa, mas também para os próprios profissionais de saúde. Dando resposta aos diferentes domínios das competências do enfermeiro especialista, este deve também adotar um estilo de liderança, promovendo o bom desempenho dos elementos da equipa, com capacidade de autoconhecimento, fulcral no processo de relação interpessoal e multidisciplinar, assumindo ainda a posição de um elemento de referência, contribuindo para ambientes de prática favoráveis aos processos formativos.

O presente relatório está organizado em cinco capítulos principais. O primeiro apresenta uma

nota introdutória, oferecendo um enquadramento geral do projeto de estágio, cujo objetivo é a aquisição e desenvolvimento de competências específicas, assegurando a prestação de cuidados individualizados e ajustados às necessidades das PSP, conforme regulamentado pela OE no Diário da República (2.ª série — N.º 135, 2018).

No segundo capítulo, procede-se à caracterização dos contextos clínicos onde decorreu o estágio. Em seguida, temos o terceiro capítulo que se destina à análise da conceção de cuidados a partir de dois casos clínicos selecionados tendo por base uma área de interesse comum. Esses casos foram desenvolvidos através da plataforma digital “e4nursing”, fundamentada na Ontologia em Enfermagem.

O quarto capítulo é dedicado à descrição e reflexão sobre o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEEMCEPSP. Essa análise crítica permite compreender como a combinação entre a formação teórica e a prática contribuiu para o planeamento e execução dos cuidados de enfermagem no contexto perioperatório tendo em vista o desenvolvimento e aquisição das competências preconizadas para este período.

Por fim, o quinto e último capítulo consiste numa síntese reflexiva sobre o percurso de aprendizagem ao longo do estágio, destacando de que forma a experiência prática consolidou os conhecimentos adquiridos e promoveu o crescimento profissional.

2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)

O estágio foi realizado num hospital central situado na região norte, que presta assistência a uma população de aproximadamente 344 mil habitantes. Adicionalmente, atua como unidade de referência para os concelhos vizinhos, abrangendo um total de cerca de 700 mil habitantes.

Integrado no Sistema Nacional de Saúde (SNS), este hospital destaca-se pelo seu elevado nível de especialização em diversas áreas médicas e cirúrgicas. A instituição é composta por vários edifícios que albergam a maioria das especialidades médico-cirúrgicas do Centro Hospitalar, bem como o Serviço de Urgência Polivalente com Centro de Trauma, o qual recebe diariamente mais de 500 pessoas.

O estágio decorreu no Bloco Operatório Central, localizado nesta unidade hospitalar, permitindo a vivência prática em um ambiente altamente especializado do contexto perioperatório.

Recursos Físicos e humanos

O Bloco Operatório Central é constituído por oito salas operatórias, uma sala de recobro com capacidade máxima para nove unidades e uma área destinada à admissão das PSP. A sala de urgência, designada como Sala 1, encontra-se equipada para receber PSP de todas as especialidades cirúrgicas, possuindo um sistema de pressão negativa que permite o atendimento de pessoas que necessitam isolamento. As demais salas são direcionadas a especialidades específicas e estão providas de equipamentos adequados a cada área, podendo, contudo, acolher PSP de outras especialidades sempre que tal se revele necessário.

O serviço dispõe de diversas áreas de apoio, incluindo uma sala de pausa e refeições para os profissionais, o gabinete do enfermeiro-gestor, um armazém de material clínico, vestiários e instalações sanitárias para ambos os sexos, uma sala de sujos, um armazém de equipamentos e material esterilizado. Adicionalmente, um serviço de secretariado presta apoio ao bloco operatório e à unidade de recobro. As áreas de circulação de materiais e de profissionais estão devidamente organizadas e identificadas, assegurando a separação entre os circuitos limpos e contaminados.

A coordenação das equipas de trabalho é conduzida de forma eficiente, mediante um planeamento adequado, supervisão rigorosa e avaliação contínua por parte dos responsáveis hierárquicos. Os recursos humanos do serviço incluem médicos, enfermeiros, técnicos auxiliares de saúde, assistentes administrativos e outros colaboradores. No que respeita ao corpo clínico, a equipa médica é composta unicamente pelo diretor de serviço, enquanto os restantes médicos

que desempenham funções no bloco operatório estão vinculados aos respetivos serviços de origem.

A equipa de enfermagem é constituída por um total de 118 enfermeiros, dos quais 19 possuem especialização: um em psiquiatria e 18 em enfermagem médico-cirúrgica, sendo que três destes têm formação complementar na vertente perioperatória. A distribuição dos enfermeiros pelos diferentes turnos segue as recomendações da OE, garantindo a presença adequada de profissionais em cada sala em funcionamento, no recobro, bem como em funções de apoio e coordenação. Durante o período noturno e aos fins de semana, estão destacados três enfermeiros para a sala de urgência e um para o recobro, assegurando assim a continuidade e a eficiência dos cuidados prestados.

Modelo de organização e Método de Trabalho

O início das atividades diárias no Bloco Operatório é precedido por um briefing com o enfermeiro gestor e enfermeiras coordenadoras, no qual são discutidas as ocorrências relevantes do dia anterior, assim como as atividades planeadas para aquele dia. Durante os demais turnos, a coordenação das atividades do Bloco Operatório é assegurada por um responsável de turno, que supervisiona a execução dos procedimentos e a organização do serviço. Para consulta da equipa, encontra-se disponível um quadro contendo os planos de trabalho, a distribuição dos profissionais e a programação cirúrgica.

A equipa de enfermagem inclui profissionais designados para áreas específicas, os quais, além das suas funções habituais, assumem responsabilidades adicionais na garantia da segurança e na melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados, como por exemplo, na gestão de materiais e equipamentos, como referência no controlo de infeção, enfermeiros que trabalham os sistemas de informação. No âmbito do aperfeiçoamento profissional, são promovidas ações de formação todas as sextas-feiras no período da manhã, entre as 8h e as 9h.

A sala de urgência mantém-se em funcionamento ininterrupto, operando 24 horas por dia, ao longo de todo o ano, e encontra-se apta a receber pessoas provenientes de diversas especialidades cirúrgicas.

3. CASO 1 - COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA

PSP de 70 anos recorre ao serviço de urgência por dor abdominal no quadrante superior direito com 2 dias de evolução, sem febre e sem vômitos. Consciente e orientada, com antecedentes de hipertensão, dislipidemia e ansiedade, com medicação habitual de telmisartan + hidroclorotiazida, rosuvastatin, escitalopram, mirtazapina, pregabalin e lansoprazole, nega alergias medicamentosas. Após realização de análises ao sangue (Hemograma, Bioquímica), ecografia abdominal e raio x abdominal e tórax, foi identificado um quadro clínico compatível com colecistite aguda e presença de lama/microlitíase endoluminal. Diante desse diagnóstico foi proposto à pessoa a realização de uma cirurgia laparoscópica que a mesma aceita, foram realizados um electrocardiograma (ECG) e um estudo de coagulação para garantir a segurança do procedimento. O presente estudo de caso encontra-se organizado em duas sessões distintas. A primeira sessão incide sobre o período que se segue à indução anestésica, contemplando os cuidados prestados durante essa fase. A segunda sessão foca-se na fase de recobro, anterior à transferência da pessoa para a enfermaria, evidenciando as intervenções de enfermagem realizadas com vista à estabilidade e segurança da pessoa em situação perioperatória.

3.1. Enquadramento teórico

A enfermagem perioperatória é uma área especializada que se dedica à prestação de cuidados à pessoa durante todo o período cirúrgico, abrangendo as fases pré, intra e pós-operatória. O principal objetivo é garantir a segurança, o conforto e a qualidade de cuidados à pessoa, bem como colaborar com a equipa cirúrgica para a otimização dos resultados clínicos.

Esta baseia-se em princípios científicos e normas de boas práticas para assegurar um cuidado holístico e seguro à PSP. A implementação de protocolos, a utilização de modelos teóricos de enfermagem e a formação contínua da equipa são fundamentais para garantir a excelência na assistência perioperatória. O compromisso dos enfermeiros com a segurança, a humanização dos cuidados e a melhoria contínua dos processos contribui significativamente para desfechos positivos das pessoas submetidas a procedimentos cirúrgicos.

Enquadramento do Tema

A litíase vesicular caracteriza-se pela presença de cálculos na árvore biliar, representando um relevante problema de saúde pública na atualidade. Esta patologia afeta aproximadamente 20%

da população mundial e constitui a condição gastrointestinal com maior número de admissões em serviços de urgência nos países europeus (Guida, 2018).

A colecistectomia laparoscópica foi introduzida em Portugal em 1991. Neste momento está implementada como técnica “gold standard” (Schiappa, 2011).

De acordo com Pinotti et al. (2000), após a realização de diversos estudos e a experiência adquirida em vários hospitais, os autores concluem que o método é seguro e benéfico, apresentando vantagens significativas, como a ausência de dor incisional no pós-operatório. Além disso, o método favorece a realimentação precoce, a alta hospitalar antecipada e um rápido restabelecimento das atividades habituais da PSP.

No entanto, o risco de lesão do ducto biliar continua a ser uma preocupação significativa, uma vez que a colecistectomia laparoscópica ainda tem a taxa de lesão do ducto biliar maior que a abordagem por laparotomia (Hibi et al., 2017).

Segundo Hurtado et al. (2022), “diante do risco de lesão do ducto biliar na colecistectomia laparoscópica, organizações como a Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES) e o American College of Surgeons promoveram um programa seguro de colecistectomia laparoscópica, com o objetivo de fornecer uma estrutura conceitual para os cirurgiões realizarem uma colecistectomia laparoscópica com menor risco de complicações, entendendo os sinais de alerta relacionados à colecistite complicada.”

Gupta (2019) refere que uma colecistectomia segura é aquela que é segura tanto para a pessoa quanto para o cirurgião.

Anatomia e Fisiologia

A vesícula biliar é um órgão em forma de pera, situada junto a face inferior do fígado, que mede aproximadamente 8cm de comprimento e 4 cm de largura. A sua parede é constituída por três túnicas: serosa, muscular e mucosa, e tem uma capacidade para conter 40 a 70ml. O canal cístico liga a vesícula biliar às restantes estruturas das vias biliares – canais hepáticos e canal biliar comum. A função principal da vesícula biliar consiste em armazenar e concentrar a bÍlis. A bÍlis que se forma no fígado, é excretada para os canais hepáticos, que se unem para formar o canal biliar comum, este passa atrás do pâncreas, junta-se ao canal pancreático e esvazia no duodeno. A vesícula não é essencial à vida, já que a bÍlis proveniente do fígado pode ser libertada diretamente no duodeno (Monahan et al., 2010).

Os cálculos biliares podem surgir em qualquer parte das vias biliares. O termo colelitÍase refere-se à formação de cálculos na vesícula, sendo a doença biliar mais frequente, já a inflamação crónica ou aguda, é denominada de colecistite e pode ser precipitada pela presença de cálculos. Quando os cálculos se formam, ou migram para o canal biliar comum, a situação é designada de coledocolitÍase. Os cálculos de colesterol são macios, de cor verde-amarelada e

radioluminescentes, cujo tamanho pode ir de 1mm a 2,5cm. Os cálculos pretos são originados por um aumento da bilirrubina não conjugada e de cálcio com a correspondente diminuição de sais biliares. Estes por norma, são muito pequenos, duros e geralmente em grande número. Os cálculos castanhos desenvolvem-se nos canais intra e extra-hepático e geralmente são precedidos de infeção bacteriana (Monahan et al., 2010).

Embora a maioria das pessoas com cálculos biliares se mantenha assintomática, pode desenvolver-se colecistite a qualquer momento, geralmente por obstrução do canal cístico pelo cálculo ou por edema e espasmos desencadeados pela presença ou eliminação do cálculo. Na colecistite aguda a vesícula biliar está aumentada, tensa e inflamada (Monahan et al., 2010).

Processo Cirúrgico

Antes do início da cirurgia, devemos assegurar que todo o material necessário esteja devidamente disponível para a execução do procedimento. Este material inclui: o equipamento de laparoscopia (componente de câmara, fonte de luz e dois monitores), o insuflador, os trocartes, os instrumentos destinados à dissecação da vesícula biliar (como clipes e bisturi elétrico), bem como os instrumentos adequados para a gestão de eventuais complicações.

A PSP deve ser colocado na posição de Trendelenburg invertido a 30 graus, lateralizando para a esquerda 15 graus, desta forma o omento, o duodeno e o cólon ficam afastados do fígado e da vesícula biliar permitindo o procedimento (Santos, 2018).

Após a incisão da pele na região supra-umbilical, realiza-se a dissecação da aponevrose, a qual é tracionada com o auxílio de pinças de Backhaus, permitindo a suspensão da parede abdominal. Essa manobra de elevação facilita a inserção da agulha de Veress, através da qual é insuflado dióxido de carbono (CO₂), um gás não inflamável, promovendo a criação do pneumoperitoneu. Quando a pressão intra-abdominal atinge 14 mmHg, conforme indicado no painel de controle do insuflador, e com a parede abdominal mantida firmemente suspensa, procede-se à introdução cuidadosa do trocarte de 10 mm, por meio de uma incisão de aproximadamente 12 mm, para a posterior colocação da ótica.

Os demais trocartes são posicionados sob visão direta, guiada pela ótica. Inicialmente, é inserido um trocarte de 5 mm no flanco direito, por meio de uma incisão de igual dimensão, com a finalidade de realizar a tração cranial da vesícula biliar. Subsequentemente, dois outros trocartes são introduzidos ao longo da mesma linha: um de 5 mm no hipocôndrio direito, destinado à apreensão da vesícula, e outro de 10 mm na região epigástrica, à esquerda do ligamento redondo, para procedimentos de dissecação e hemostasia (Pinotti et al., 2000).

Presumindo que o cirurgião utilize a mão esquerda para manipular a câmara e que o assistente realize a retração do campo operatório por meio dos trocartes posicionados à direita, procede-se à colocação da pinça de preensão traumática através do quadrante superior direito, com a finalidade de retração da vesícula biliar. O retrator lateral é então posicionado de forma a fixar o

fundo da vesícula biliar, permitindo a adequada colocação da pinça. A vesícula biliar é, posteriormente, retraída lateral e cefalicamente, promovendo a elevação da borda hepática para exposição do seu colo. Quando a retração for suficiente para expor essa estrutura, a pinça do quadrante superior direito fixa o infundíbulo, que é tracionado lateralmente e em direção caudal, proporcionando a exposição do triângulo de Calot.

Dessa forma, a incisão na linha axilar anterior é utilizada para elevar o fundo da vesícula biliar em direção ao ombro direito, permitindo a exposição do infundíbulo. Já a incisão na linha hemiclavicular possibilita a inserção de um trocarte adicional, cuja função é retraindo o infundíbulo inferior e lateralmente, facilitando a dissecação do triângulo de Calot.

Em casos de colecistite aguda, mucocele ou cirrose hepática a vesícula biliar pode encontrar-se tensamente distendida e com isso o cirurgião encontra dificuldade em agarrar ou retraindo o fundo do olho, para resolver tal situação, a vesícula pode ser descomprimida por aspiração (Hunter, 1991).

O cautério é introduzido através do trocarte posicionado na região xifoide e utilizado para a secção do peritônio ao longo da parede da vesícula biliar. A dissecação prossegue até que restem apenas o ducto e a artéria cística. A identificação precoce da artéria cística pode ser auxiliada pela observação do gânglio subjacente (linfonodo cístico). O ducto e a artéria cística são cuidadosamente isolados e, em seguida, ambos são ocluídos por meio da aplicação de cliques metálicos, sendo seccionados com o uso de gancho ou tesoura reta.

A vesícula biliar é então completamente dissecada e extraída por meio da incisão umbilical, geralmente com o auxílio de um saco de recuperação, o que favorece um melhor resultado estético. O procedimento é finalizado com a remoção do pneumoperitônio e o encerramento das incisões cirúrgicas. Qualquer defeito fascial superior a dez milímetros deve ser devidamente encerrado por meio de suturas, a fim de prevenir a formação de hérnias.

Posicionamento Cirúrgico

Segundo Almeida (2014), “O correto posicionamento do paciente para a cirurgia é “uma arte” essencial para um procedimento seguro e eficiente”.

O posicionamento cirúrgico é um procedimento essencial realizado por toda a equipa envolvida no intraoperatório. Para a sua execução, devem ser consideradas as características individuais da pessoa, as preferências do cirurgião, proporcionando acesso adequado ao local cirúrgico e permitir ao anestesiologista fácil acesso à monitorização e administração de medicamentos. Este deve ser anatômico e fisiológico, garantindo um alinhamento corporal adequado, minimizando a tensão e a pressão sobre os tecidos, preservando as funções ventilatória e circulatória, além de evitar exposição desnecessária. A equipa cirúrgica, incluindo anestesiologista, cirurgião e enfermeiros, devem participar desse processo logo após a indução anestésica para garantir a segurança e conforto da PSP (Trevilato et al., 2018).

A adoção de intervenções baseadas em evidências é fundamental para garantir um posicionamento seguro, confortável e prevenir complicações nos sistemas tegumentar, neurológico, vascular e respiratório.

Neste caso, na cirurgia colecistectomia laparoscópica, o enfermeiro perioperatório desempenha um papel crucial no posicionamento cirúrgico. Sendo necessário que possua conhecimento sobre as alterações anatômicas e fisiológicas decorrentes do posicionamento cirúrgico, bem como sobre os equipamentos e dispositivos disponíveis para auxiliar na sua realização. Dessa forma, pode planejar e implementar estratégias eficazes para minimizar complicações associadas à permanência prolongada da PSP em determinadas posições cirúrgicas (Lopes et al., 2016).

Lesões por pressão (LP) decorrentes do posicionamento cirúrgico são eventos adversos associados ao procedimento, sendo fundamental a sua identificação e prevenção por meio da criação de métricas e padrões. As métricas incluem a utilização de escalas de avaliação do risco, como a Escala de Braden ou a Escala de Avaliação de Risco para Desenvolvimento de Lesão Decorrente do Posicionamento Cirúrgico do Paciente (ELPO), que permitem identificar PSP mais vulneráveis antes da cirurgia, bem como o registo sistemático da avaliação cutânea no período pré e pós-operatório, possibilitando a deteção precoce de sinais de lesão. Adicionalmente, a monitorização da taxa de incidência de LP intraoperatórias constitui um indicador essencial para a adaptação e otimização das estratégias preventivas.

Os padrões de prevenção baseiam-se na aplicação de protocolos e boas práticas, incluindo a utilização de superfícies de apoio adequadas, como colchões e dispositivos de alívio de pressão, o posicionamento correto da PSP de forma a minimizar pontos de pressão excessiva, a monitorização periódica e, sempre que possível, a realização de mudanças de posição durante procedimentos prolongados. Além disso, a capacitação contínua da equipa cirúrgica sobre os fatores de risco e as medidas preventivas assume um papel determinante na redução da incidência deste tipo de lesão. A adoção de métricas e padrões bem definidos contribui, assim, para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, assegurando maior segurança à pessoa em situação perioperatória.

O risco de tais lesões é influenciado pela posição cirúrgica, tipo de anestesia, duração do procedimento, idade e comorbidades da PSP. Dessa forma, os enfermeiros perioperatórios devem avaliar esses fatores para reduzir a ocorrência de eventos adversos (Trevilato et al., 2018).

Segundo a Association of periOperative Registered Nurses (AORN) (2021), existem alguns princípios gerais que devem ser atendidos no posicionamento da PSP:

- Manter a cabeça e o pescoço em posição neutra evitando lesão do plexo braquial;
- Posicionar a cabeça diminuindo a pressão no couro cabeludo e consequente lesão da pele;

- Proteger os olhos evitando abrasão da córnea durante o procedimento, quando a PSP é submetida a anestesia geral;
- Colocar o corpo em alinhamento fisiológico e afastado de partes metálicas da marquesa cirúrgica, bem como utilizar dispositivos, tais como almofadados, nas superfícies duras sobre as quais ficam apoiadas partes do corpo para prevenir lesões da pele;
- Fixar a PSP na marquesa cirúrgica para evitar que partes do corpo não caiam involuntariamente abaixo do nível da mesma.

Na cirurgia de colecistectomia laparoscópica, a posição adotada foi o decúbito dorsal para a indução anestésica. Em seguida, procedeu-se à inclinação da marquesa cirúrgica realizando um ligeiro proclive, seguido de rotação para o lado esquerdo, permitindo uma melhor visualização do campo cirúrgico pelo cirurgião. Os membros superiores foram posicionados em abdução, com um ângulo não superior a 90º, e as palmas das mãos voltadas para cima, sendo apoiados em suportes próprios e com o uso de dispositivos para a prevenção de lesões por pressão.

Ainda com a PSP acordada e colaborante, foi realizada uma avaliação quanto a possíveis desconfortos decorrentes da posição adotada, utilizando como instrumento de avaliação a escala de avaliação da dor, onde a pessoa pode classificar o seu desconforto em uma escala de 0 a 10. Nesse momento, foi colocado um rolo de gel na região poplíteia e proteções de gel nos calcanhares de ambos os membros inferiores, proporcionando maior conforto imediato à PSP.

O enfermeiro perioperatório, utilizando a ELPO, avaliou os riscos associados ao posicionamento, considerando fatores como tempo cirúrgico, tipo de anestesia e condições clínicas da PSP. O valor atribuído pela escala foi devidamente registado nas notas de enfermagem, permitindo a documentação da avaliação e intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros, assegurando a continuidade dos cuidados.

Processo Anestésico

A avaliação pré-anestésica é um procedimento essencial realizado antes de qualquer ato anestésico, sendo da responsabilidade do anestesiológico. Este processo envolve a recolha de informações provenientes de diversas fontes, incluindo a própria PSP, o seu historial clínico e exames complementares de diagnóstico. Sempre que necessário, poderá ser requerida a colaboração de outros profissionais de saúde para obtenção de dados adicionais relevantes. O principal objetivo desta avaliação é identificar PSP com um risco acrescido de morbidade e mortalidade no período perioperatório, permitindo, assim, a definição de estratégias adequadas para minimizar esses riscos (Machado, 2018).

“A anestesia consiste num procedimento médico que envolve a administração de fármacos com o propósito de suprimir a sensibilidade táctil e dolorosa do paciente, seja de forma total ou parcial, podendo ou não implicar a alteração do estado de consciência” (Duarte, 2014).

Neste caso, foi utilizada uma anestesia geral balanceada, com intubação orotraqueal (IOT) e ventilação controlada, sendo a técnica mais segura e frequente nestas cirurgias.

A anestesia geral balanceada caracteriza-se pela associação de perda de consciência (hipnose), analgesia (arreflexia) e relaxamento muscular que pelas suas características (que serão abordadas no capítulo medicação), provocam alterações a nível do sistema nervoso central, respiratório e cardiovascular.

O enfermeiro especialista perioperatório deve assegurar a segurança da PSP durante a anestesia geral balanceada na colecistectomia laparoscópica. Esta tem início na avaliação pré-anestésica, verificando se a PSP se encontra em jejum, a presença de próteses dentárias e possíveis alergias. Deve garantir a existência de um acesso venoso periférico funcional para a administração de medicação e fluidoterapia. Além disso, é fundamental preparar todo o material necessário para a intubação orotraqueal e assegurar que os dispositivos de via aérea difícil estão disponíveis, caso venham a ser necessários.

Durante a anestesia, deve auxiliar na intubação orotraqueal, assegurando a correta fixação do tubo endotraqueal e a insuflação do cuff com uma pressão entre 20-30 cmH₂O, garantindo que esta se mantém dentro dos parâmetros adequados ao longo da cirurgia. Deve monitorizar continuamente a ventilação mecânica por meio da capnografia e oximetria de pulso. A PSP deve estar sob monitorização contínua através do traçado eletrocardiográfico e da medição da pressão arterial não invasiva. O enfermeiro deve permanecer atento a possíveis complicações anestésicas, como hipotensão, bradicardia, hipoventilação e reações adversas a fármacos, garantindo a administração segura dos medicamentos prescritos. Além disso, a manutenção da temperatura corporal é essencial, devendo ser adotadas medidas para prevenir a hipotermia durante o procedimento.

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 70 anos | Feminino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-10-19 20:00:00	Solução Polielectrolitica sem glicose 1000ml, via endovenosa	2024-10-20 00:00:00
2024-10-19 20:00:00	Pantoprazol 40mg, via endovenosa	
2024-10-19 20:00:00	Propofol 1% 120mg, via endovenosa	
2024-10-19 20:00:00	Fentanil 200 microgramas, via endovenosa	
2024-10-19 20:00:00	Rocurónio 80mg, via endovenosa	
2024-10-19 20:00:00	Ceterolac 30mg, via endovenosa	
2024-10-19 20:00:00	Dexametasona 8mg, via endovenosa	
2024-10-19 20:00:00	Paracetamol 1Gr, via endovenosa	
2024-10-19 20:00:00	Tramadol 150mg, via endovenosa	
2024-10-19 20:00:00	Ceftriaxona 1Gr, via endovenosa	
2024-10-19 20:00:00	Sulfato de Magnésio 2Gr, via endovenosa	
2024-10-19 20:00:00	Ondasetron 4mg, via endovenosa	
2024-10-19 20:00:00	Ropivacaina 75% - 75mg, via endovenosa	
2024-10-19 20:00:00	Sugamadex 400mg, via endovenosa	
2024-10-20 00:00:00	Solução Polielectrolítica sem glicose 1000ml, via endovenosa	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017), milhões de pessoas em todo o mundo sofrem anualmente lesões ou falecem devido a cuidados de saúde inadequados. Estima-se que uma em cada dez pessoas seja prejudicada durante a prestação de cuidados hospitalares, sendo que metade desses incidentes poderia ser evitada (OMS, 2023). Na Europa, entre 18,7% e 56% dos eventos adversos relacionados com a administração de medicamentos resultam de erros evitáveis, o que constitui uma preocupação significativa para os sistemas de saúde.

Neste contexto, os profissionais de enfermagem assumem um papel determinante na promoção da segurança da medicação, devendo atuar com rigor e responsabilidade na aplicação dos princípios fundamentais da administração medicamentosa, de forma a reduzir a ocorrência de erros e a prevenir potenciais danos (Teixeira et al., 2024).

A Direção-Geral da Saúde (DGS), com base no Decreto Regulamentar n.º 14/2012, estabelece diretrizes específicas para a segurança na utilização de medicamentos de alerta máximo, impondo às instituições de saúde a implementação de medidas como a elaboração e divulgação de listas de medicamentos críticos, a parametrização de alertas em sistemas informáticos, a definição de protocolos para armazenamento, prescrição, preparação e administração, bem como a limitação das apresentações e concentrações disponíveis. Incluem-se ainda a padronização de acessos, a sinalização de fármacos e abreviaturas, e a promoção de formação

contínua para os profissionais de saúde.

Assim, o enfermeiro deve verificar cuidadosamente a prescrição médica, garantindo a correta identificação do fármaco, dose, via, concentração, diluição e tempo de administração. Deve preparar a medicação em condições assépticas, utilizando soluções compatíveis e respeitando os limites de estabilidade após reconstituição ou diluição. Deve também proceder a monitorização eletrocardiográfica, bem como a avaliação do nível de sedação e da eficácia terapêutica. O registo sistemático de todos os cuidados prestados e a comunicação célere de alterações clínicas relevantes ao médico constituem igualmente responsabilidades fundamentais do enfermeiro, contribuindo diretamente para a segurança da pessoa e para a eficácia da intervenção terapêutica.

De seguida, expomos as particularidades relativas a cada fármaco utilizado neste caso.

Solução Polielectrolítica sem glicose

A solução polielectrolítica sem glicose integra o grupo farmacológico das soluções eletrolíticas, sendo administrada por via endovenosa com o objetivo de tratar situações de desidratação e desequilíbrios hidroelectrolíticos (Indice.EU, 2025). A sua composição inclui eletrólitos essenciais como o sódio, potássio, cálcio e magnésio, os quais desempenham funções cruciais na manutenção do equilíbrio de fluidos corporais, na condução nervosa e na função muscular. O seu mecanismo de ação consiste na reposição dos eletrólitos e fluídos perdidos, promovendo a estabilidade hemodinâmica e o funcionamento fisiológico adequado das células (Indice.EU, 2025).

A dosagem e a velocidade de administração devem ser ajustadas em função da idade, do peso corporal, do estado clínico e biológico da pessoa, bem como de eventuais terapêuticas concomitantes. Em adultos, idosos e adolescentes, a posologia habitual situa-se entre 500 mL e 3 litros por um período de 24 horas (Infarmed, 2025). Apesar do seu benefício terapêutico, a administração desta solução pode originar reações adversas, como sobrecarga volémica, edema periférico ou pulmonar e irritação no local da perfusão (Indice.EU, 2025).

Neste enquadramento, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica assume um papel determinante na gestão segura e eficaz da terapêutica endovenosa. Nos termos do Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, este profissional possui competências que lhe conferem autonomia técnica e científica, bem como capacidade de tomada de decisão clínica fundamentada, devendo adaptar as suas intervenções às necessidades da pessoa em situação clínica e ao respetivo contexto (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A atuação do enfermeiro especialista deve iniciar-se com a observação sistemática de sinais clínicos sugestivos de desidratação e de possíveis desequilíbrios eletrolíticos, tais como mucosas secas, turgor cutâneo diminuído, hipotensão ou taquicardia. Com base na sua competência técnico-científica, deve monitorizar a resposta da pessoa à terapêutica prescrita, identificar

precocemente alterações relevantes e comunicar eficazmente com a equipa médica, assegurando uma atuação integrada e centrada na pessoa. Esta abordagem permite adaptar os cuidados de enfermagem às necessidades específicas de cada situação clínica, promovendo a segurança e eficácia do tratamento instituído.

Deve ainda proceder à validação minuciosa da prescrição médica, considerando a composição da solução, a concentração dos eletrólitos, o volume total a administrar e a taxa de perfusão prescrita. Durante o processo de administração, compete-lhe realizar uma monitorização contínua dos sinais vitais, do balanço hídrico, da ocorrência de sinais sugestivos de sobrecarga de fluidos - como o aparecimento de edema ou dispneia - e de alterações cardíacas associadas a distúrbios eletrolíticos, conforme preconizado por Potter et al. (2021) e Smeltzer et al. (2015). Deve igualmente assegurar a vigilância do local de inserção do cateter venoso, prevenindo complicações como flebite, infiltração ou extravasamento.

Pantoprazol

O pantoprazol é um fármaco pertencente ao grupo dos antiácidos e antiulcerosos, mais especificamente à classe dos inibidores da bomba de prótons (Ferreira, 2023).

Está indicado na diminuição da frequência de recidivas de pirose em pessoas com doença de refluxo gastroesofágico (DRGE), sendo particularmente eficaz no tratamento da esofagite erosiva associada a esta patologia (Ferreira, 2023). A sua administração ocorre por via endovenosa direta, com um tempo recomendado de 2 a 5 minutos, devendo ser previamente diluído, com estabilidade de até 3 horas à temperatura ambiente após preparação (Ferreira, 2023).

A utilização de pantoprazol no período perioperatório, nomeadamente em intervenções cirúrgicas como a colecistectomia laparoscópica, assume especial relevância pela sua ação preventiva na redução da acidez gástrica, contribuindo para minimizar o risco de aspiração gástrica durante a anestesia, bem como para evitar lesões da mucosa gástrica induzidas por fármacos ou exacerbação de refluxo gastroesofágico no pós-operatório. De acordo com as Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration, publicadas pela American Society of Anesthesiologists (2017), o uso de inibidores da bomba de prótons como o pantoprazol pode ser recomendado como medida adjuvante na redução do conteúdo e acidez gástrica em pessoas submetidas a procedimentos eletivos, contribuindo para a prevenção de complicações respiratórias associadas à anestesia.

Entre as reações adversas descritas incluem-se cefaleias, diarreia, hiperglicemia, flatulência e, embora menos frequente, a colite pseudomembranosa (Ferreira, 2023). O seu uso está contraindicado durante a amamentação e em pessoas com hipersensibilidade à substância ativa (Ferreira, 2023). Quanto a incompatibilidades e interações medicamentosas, devem ser evitadas

associações com ampicilina, atazanavir, sais de ferro e varfarina, uma vez que o pantoprazol pode alterar a absorção ou potenciar o efeito de tais substâncias (Ferreira, 2023).

Propofol

O propofol é um anestésico geral intravenoso de ação curta, utilizado na indução e manutenção da anestesia geral, bem como na sedação para procedimentos cirúrgicos e de diagnóstico em adultos, adolescentes e crianças, incluindo a sedação de pessoas ventiladas mecanicamente (Ferreira, 2023). Apresenta-se sob a forma de uma emulsão lipídica isenta de conservantes antimicrobianos, o que favorece o rápido crescimento de microrganismos após a abertura, tornando essencial a adoção de técnica asséptica rigorosa durante a sua manipulação e administração (Infarmed, 2024).

A dose de propofol deve ser sempre individualizada, tendo em conta a resposta da pessoa à administração e a existência de pré-medicação. Para a indução da anestesia em adultos, recomenda-se a administração progressiva de 20 a 40 mg de propofol a cada 10 segundos, até à observação de sinais clínicos compatíveis com o início da anestesia. A maioria das pessoas adultas com idade inferior a 55 anos requer entre 1,5 a 2,5 mg/kg, sendo que uma administração mais lenta, entre 20 a 50 mg/minuto, permite a redução da dose necessária (Índice.EU, 2025). Em pessoas com idade superior a 55 anos, ou pertencentes às classes ASA 3 e 4, a dose deve ser reduzida, sendo habitualmente suficiente 20 mg a cada 10 segundos (Índice.EU, 2025).

A administração de propofol deve ocorrer lentamente, num período de cerca de 10 segundos, e a sua utilização deve ser imediata após a preparação, devido à sua instabilidade química e risco de contaminação microbiológica (Ferreira, 2023). Adicionalmente, devem cumprir-se rigorosamente as recomendações quanto à manipulação segura do fármaco: o uso exclusivo de frascos e seringas para um único doente, o início da perfusão dentro das 6 horas após a abertura e o descarte do produto não utilizado dentro desse mesmo intervalo ou até 12 horas no caso de frascos para administração contínua (Infarmed, 2024).

Entre os efeitos adversos associados ao uso do propofol incluem-se amnésia anterógrada, bradicardia, cefaleias, depressão respiratória, dor no local de administração, hipotensão arterial e náuseas ou vômitos (Ferreira, 2023). As contraindicações absolutas incluem hipersensibilidade à substância ativa, alergia a ovo, amendoim e soja, ausência de suporte ventilatório e disfunção cardíaca grave (Ferreira, 2023). Adicionalmente, o fármaco apresenta interações medicamentosas relevantes com anti-histamínicos, atracúrio, hipnóticos, opiáceos, plasma e sedativos, exigindo um planeamento farmacológico rigoroso (Ferreira, 2023).

Fentanil

O fentanil é um medicamento pertencente ao grupo dos analgésicos estupefacientes, amplamente utilizado pela sua ação analgésica potente em contextos clínicos diferenciados,

sobretudo em ambiente hospitalar (Ferreira, 2023).

Encontra-se indicado para a analgesia de pessoas submetidas a ventilação mecânica, para o controlo da dor em situações pré e pós-operatórias, bem como durante a indução e manutenção da anestesia geral (Ferreira, 2023). A sua administração é efetuada por via endovenosa, devendo a velocidade de perfusão ser cuidadosamente ajustada às necessidades clínicas da pessoa (Ferreira, 2023). Trata-se de um fármaco com início de ação extremamente rápido e com curta duração de efeito, sendo particularmente adequado para intervenções de curta duração que requeiram analgesia imediata.

A administração de fentanil exige precauções rigorosas, uma vez que se encontram descritas diversas reações adversas relevantes, como bradicardia, depressão respiratória aguda, dor no local da administração, alterações da pressão arterial (hipotensão ou hipertensão), náuseas, vômitos, prurido, rigidez musculoesquelética e tremor no pós-operatório (Ferreira, 2023). O seu uso está contraindicado em pessoas com hipersensibilidade à substância ativa, sendo também desaconselhada a sua utilização como agente único para o início da anestesia (Ferreira, 2023).

Este medicamento requer proteção contra a luz e deve ser administrado imediatamente após a sua preparação, de forma a garantir a sua estabilidade e eficácia (Ferreira, 2023). Em relação a interações medicamentosas, recomenda-se precaução quando associado a benzodiazepinas, betabloqueadores ou bloqueadores dos canais de cálcio, uma vez que estas combinações podem potenciar efeitos depressores ao nível cardiovascular e respiratório (Ferreira, 2023).

Compete ao enfermeiro especialista assegurar a administração segura do fentanil. A monitorização eletrocardiográfica e a avaliação contínua dos sinais vitais durante a administração são imprescindíveis, de modo a identificar precocemente qualquer alteração hemodinâmica ou respiratória. Adicionalmente, o enfermeiro deve monitorizar o nível de sedação e a resposta analgésica da pessoa, registar todos os cuidados prestados e comunicar, de forma célere, quaisquer alterações relevantes ao médico responsável.

Brometo de rocurônio

Este fármaco pertence ao grupo farmacológico dos relaxantes musculares e é utilizado em contexto hospitalar, particularmente em unidades de cuidados intensivos e no bloco operatório, com o objetivo de induzir bloqueio neuromuscular temporário (Ferreira, 2023).

Está indicado para facilitar a complacência torácica durante a ventilação mecânica, induzir a paralisia do músculo esquelético e facilitar a intubação endotraqueal após a indução da anestesia em procedimentos cirúrgicos (Ferreira, 2023). A sua administração é realizada por via endovenosa, devendo a velocidade de administração ser ajustada de acordo com a necessidade clínica da pessoa (Ferreira, 2023).

As reações adversas mais frequentemente associadas a este fármaco incluem apneia,

alterações hemodinâmicas como hipotensão ou hipertensão, e taquicardia (Ferreira, 2023). Encontra-se contraindicado em pessoas com ausência de suporte ventilatório, doenças neuromusculares, hipersensibilidade à substância ativa ou ao ião brometo (Ferreira, 2023). Deverá ser evitada a administração concomitante com outros fármacos, devido à potencial incompatibilidade química (Ferreira, 2023).

A administração segura deste fármaco exige uma vigilância rigorosa por parte do enfermeiro especialista. Antes da administração, deve ter assegurado todo o material necessário para intubação endotraqueal, considerando a possibilidade de apneia imediata. Durante a administração, é obrigatória a monitorização eletrocardiográfica e a vigilância contínua dos sinais vitais, de forma a detetar alterações cardiorrespiratórias precoces.

Adicionalmente, é recomendada a utilização de uma técnica de monitorização neuromuscular apropriada, como o método train-of-four (TOF), que permite avaliar o grau de bloqueio neuromuscular e a respetiva recuperação. Esta monitorização é essencial para ajustar adequadamente a dose administrada, prevenir bloqueios prolongados e garantir a reversibilidade completa antes da extubação ou do final do procedimento cirúrgico.

Ceftriaxona

A ceftriaxona é um antibacteriano pertencente ao grupo das cefalosporinas de terceira geração, caracterizado por um amplo espetro de ação contra microrganismos gram-positivos e gram-negativos, sendo frequentemente utilizada em meio hospitalar (Ferreira, 2023).

Está indicada no tratamento de infeções da pele, dos ossos e articulações, do trato urinário e do trato respiratório (Ferreira, 2023). A sua administração é efetuada por via endovenosa, com um tempo de perfusão recomendado entre três a cinco minutos. A solução deve ser utilizada de forma imediata após a preparação, atendendo à sua limitada estabilidade (Ferreira, 2023).

Entre as reações adversas mais comuns associadas à administração de ceftriaxona encontram-se a dor no local de administração, diarreia, erupções cutâneas, flebite, colite pseudomembranosa e, em situações mais graves, reações anafiláticas (Ferreira, 2023). A sua utilização está contraindicada em pessoas com historial de colite associada a antibióticos, assim como em casos de hipersensibilidade conhecida à substância ativa, a outras cefalosporinas, penicilinas ou a antibióticos do grupo dos beta-lactâmicos (Ferreira, 2023).

Do ponto de vista das interações medicamentosas, a ceftriaxona é incompatível com fármacos como aminofilina, clindamicina, dexametasona, diclofenac, fluconazol, octreótido e vancomicina, não devendo ser administrada em simultâneo com estes (Ferreira, 2023).

A administração segura deste antibacteriano requer uma vigilância rigorosa por parte do enfermeiro especialista. É essencial monitorizar sinais e sintomas sugestivos de anafilaxia, sobretudo nos primeiros minutos após o início da perfusão, em virtude do risco de reações de

hipersensibilidade imediata. A vigilância do acesso venoso deve igualmente ser assegurada, dado o risco de ocorrência de flebite, sendo aconselhável a alternância de locais de punção em administrações repetidas. Importa ainda considerar que, por conter sódio, a sua administração deve ser cuidadosamente ponderada em pessoas com restrição à ingestão de sódio, como sucede nos casos de insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão arterial ou doença renal crónica.

No âmbito da colecistectomia laparoscópica, a ceftriaxona pode ser administrada com intenção profilática ou terapêutica. Apesar de a Norma n.º 031/2013 de 31 de dezembro, da Direção-Geral da Saúde, recomendar a cefazolina como antibiótico de primeira linha para profilaxia antibiótica cirúrgica em procedimentos hepatobiliares, a utilização da ceftriaxona poderá ser clinicamente justificada mediante indicação médica fundamentada. Tal decisão pode basear-se na presença de alergia documentada à cefazolina, em situações de doença biliar complicada (como a colecistite aguda), na realização da intervenção em contexto de urgência ou na necessidade de uma cobertura antimicrobiana mais alargada. Adicionalmente, a sua meia-vida prolongada permite a administração de uma única dose eficaz no período pré-operatório, o que constitui uma vantagem prática em determinados contextos clínicos. Assim, embora não constitua a primeira escolha conforme as recomendações normativas, a prescrição de ceftriaxona, quando adequadamente fundamentada, cumpre o princípio da individualização terapêutica, assegurando a eficácia da antibioterapia e a segurança da pessoa, sob supervisão médica.

Sulfato de Magnésio

O sulfato de magnésio é um fármaco pertencente ao grupo dos corretivos das alterações hidroeletrólíticas, atuando na reposição de magnésio no organismo. A sua utilização é indicada na prevenção e tratamento da hipomagnesemia, assim como no controlo da hipertensão em determinados contextos clínicos (Ferreira, 2023).

A administração é efetuada por via endovenosa, devendo a velocidade de perfusão ser ajustada de acordo com a necessidade clínica individual. A solução apresenta estabilidade limitada, pelo que deve ser utilizada imediatamente após a sua preparação (Ferreira, 2023). O fármaco encontra-se contra-indicado em situações de hipermagnesemia, hipocalcemia, desidratação aguda, insuficiência renal grave ou hipersensibilidade à substância ativa (Ferreira, 2023).

Entre as reações adversas mais frequentemente reportadas encontram-se a hipotensão, a bradipneia e a diarreia (Ferreira, 2023).

Ceterolac

O ceterolac, pertencente ao grupo farmacológico dos anti-inflamatórios não esteroides (AINE), é um derivado do ácido acético com potente ação analgésica, sendo indicado para o tratamento a curto prazo da dor de intensidade moderada a severa (Ferreira, 2023).

A sua administração é realizada por via endovenosa, devendo o tempo de administração ser igual ou superior a 15 segundos. Após reconstituição, a solução apresenta uma estabilidade de até seis horas à temperatura ambiente (Ferreira, 2023).

As reações adversas mais frequentemente associadas à utilização de cetorolac incluem anafilaxia, dermatite esfoliativa, hemorragia gastrointestinal, flebite e sonolência (Ferreira, 2023). Está contraindicado em pessoas com hipersensibilidade à substância ativa, história de hemorragia gastrointestinal ou úlcera péptica ativa, bem como em casos de insuficiência cardíaca grave ou insuficiência renal moderada a grave (Ferreira, 2023).

A administração segura deste medicamento exige a atuação rigorosa do enfermeiro especialista, pois deve ser administrado em separado de outros fármacos, preferencialmente através de linha exclusiva, a fim de evitar fenómenos de precipitação. Adicionalmente, deve ser realizada uma monitorização contínua de sinais e sintomas de anafilaxia, particularmente durante os primeiros minutos após a administração.

A administração de cetorolac no final da cirurgia, ainda no período intraoperatório, visa potenciar o controlo da dor pós-operatória imediata. Este fármaco, ao ser administrado antes do despertar da pessoa submetida a colecistectomia laparoscópica, contribui para uma analgesia multimodal eficaz, reduzindo a necessidade de opioides no pós-operatório. Esta abordagem tem demonstrado benefícios na diminuição da intensidade da dor nas primeiras horas após a cirurgia, permitindo uma recuperação mais confortável e acelerada, com menor incidência de efeitos adversos relacionados com opioides, como náuseas, vômitos e sedação excessiva (Motov et al., 2017).

Dexametasona

A dexametasona é um glucocorticoide de longa duração com potente ação anti-inflamatória e imunossupressora. É utilizada em diversas indicações clínicas, como no tratamento de episódios de choque anafilático, no controlo de náuseas e vômitos induzidos por medicamentos ou intervenções cirúrgicas, e na terapêutica de substituição em casos de insuficiência suprarrenal primária ou secundária (Ferreira, 2023).

A administração de dexametasona realiza-se por via endovenosa, com um tempo de administração recomendado entre três a cinco minutos (Ferreira, 2023). Deve ser preparada em ambiente asséptico e utilizada com precaução, respeitando as normas de segurança da terapêutica injetável.

Entre as reações adversas mais frequentemente descritas incluem-se hipertensão arterial, alterações da glicemia (hipoglicemia ou hiperglicemia), flebite, diminuição da cicatrização de feridas, equimoses, petéquias, úlceras pépticas e perda de massa muscular (Ferreira, 2023). A dexametasona está contraindicada em situações de infeções agudas não controladas, vacinação com vacinas vivas, úlcera gástrica ou duodenal ativa e em pessoas com hipersensibilidade à

substância ativa (Ferreira, 2023).

Do ponto de vista das incompatibilidades, este fármaco não deve ser administrado em simultâneo com outros medicamentos na mesma linha de perfusão (Ferreira, 2023), devendo ser garantido um sistema exclusivo ou devidamente lavado entre administrações.

A administração da dexametasona exige cuidados rigorosos por parte do enfermeiro especialista. Um dos seus efeitos adversos bem documentados é a elevação da glicemia, por: aumento da neoglucogénese hepática e redução da sensibilidade à insulina, assim torna-se fundamental a monitorização da glicemia, tendo em conta o potencial para alterações glicémicas significativas, sobretudo em pessoas com antecedentes de diabetes mellitus ou em situações clínicas descompensadas.

No contexto do perioperatório de uma colecistectomia laparoscópica, a dexametasona é frequentemente administrada antes do final da cirurgia, com o objetivo principal de prevenir náuseas e vômitos pós-operatórios (NVPO), uma complicação comum associada à anestesia geral e à manipulação visceral intra-abdominal.

Adicionalmente à sua ação antiemética, a dexametasona exerce uma ação anti-inflamatória relevante no contexto cirúrgico. Durante a colecistectomia laparoscópica, tal como em outras cirurgias, ocorre uma resposta inflamatória sistémica em consequência da manipulação tecidual, lesão cirúrgica e pneumoperitoneu. A administração de dexametasona permite modular essa resposta inflamatória, reduzindo a libertação de citocinas pró-inflamatórias e, conseqüentemente, minimizando a dor pós-operatória, o edema tecidual e outras manifestações inflamatórias (De Oliveira et al., 2011).

A inclusão da dexametasona no protocolo intraoperatório pode, assim, contribuir para uma recuperação mais célere, menor necessidade de analgésicos opioides e menor incidência de efeitos adversos relacionados com a dor e inflamação pós-cirúrgica. A sua utilização justifica-se, portanto, não apenas pelo seu efeito profilático contra náuseas e vômitos, mas também como agente adjuvante na gestão da dor e da inflamação no período perioperatório.

Paracetamol

O paracetamol é um fármaco com propriedades analgésicas e antipiréticas, amplamente utilizado no tratamento da dor ligeira a moderada, bem como na redução da febre (Ferreira, 2023). A sua administração por via endovenosa deve ocorrer ao longo de um período compreendido entre quinze a trinta minutos, conforme as recomendações terapêuticas (Ferreira, 2023). Encontra-se contraindicado em pessoas com hipersensibilidade conhecida à substância ativa e em casos de insuficiência hepatocelular grave (Ferreira, 2023).

Entre as reações adversas mais frequentemente descritas incluem-se hepatotoxicidade, cefaleias, náuseas, vômitos, insónia, fadiga, ansiedade, bem como alterações da tensão arterial,

como hipertensão ou hipotensão ortostática (Ferreira, 2023). Em situações de sobredosagem, a administração de acetilcisteína é considerada o antídoto de eleição, o que reforça a importância do controlo rigoroso da dosagem e do intervalo entre administrações (Ferreira, 2023).

A administração segura de paracetamol implica cuidados específicos por parte do enfermeiro especialista. Antes da perfusão, devem ser verificados os parâmetros hemodinâmicos, a temperatura corporal e a eventual presença de sinais de intolerância ou reação adversa. A solução deve ser cuidadosamente inspecionada, não devendo ser administrada caso se observe opalescência, partículas em suspensão ou qualquer tipo de precipitado.

No contexto da colecistectomia laparoscópica, a administração de paracetamol no final do procedimento cirúrgico, antes do despertar da pessoa, visa assegurar um controlo eficaz da dor no imediato pós-operatório, contribuindo para uma recuperação mais confortável. Um estudo randomizado demonstrou que a administração de 1 g de paracetamol por via intravenosa após a indução anestésica reduz significativamente o nível de dor nas primeiras horas após cirurgia em colecistectomia laparoscópica (Gousheh et al., 2013). Esta estratégia insere-se numa abordagem multimodal de controlo da dor, permitindo reduzir a necessidade de opioides no recobro e minimizar os efeitos adversos associados ao seu uso.

Tramadol

O tramadol é um analgésico opioide de ação central, classificado no grupo dos analgésicos estupefacientes, indicado para o tratamento da dor de intensidade moderada a severa (Ferreira, 2023). A sua administração por via endovenosa deve ser realizada num período compreendido entre 30 a 60 minutos, após diluição adequada, sendo a solução estável durante 24 horas à temperatura ambiente (Ferreira, 2023).

Entre as reações adversas mais frequentemente associadas ao tramadol encontram-se convulsões, náuseas e vômitos graves, obstipação, sonolência, tonturas e vertigens (Ferreira, 2023). Está contraindicado em pessoas com epilepsia não controlada, bem como na utilização para o tratamento da síndrome de privação dos narcóticos (Ferreira, 2023).

O tramadol apresenta interação com a varfarina, sendo que a sua administração concomitante pode potenciar o efeito anticoagulante, resultando no aumento do valor do INR (International Normalized Ratio) e no risco de hemorragia ou aparecimento de equimoses (Ferreira, 2023). Por este motivo, é essencial que o enfermeiro especialista esteja atento ao historial medicamentoso da pessoa, com especial vigilância nos casos de terapêutica anticoagulante.

Além disso, devido ao elevado potencial emético do tramadol, a sua administração deve ser precedida ou acompanhada pela administração de um antiemético, de forma a minimizar o risco de náuseas e vômitos intensos (Ferreira, 2023).

No contexto da colecistectomia laparoscópica, a administração endovenosa de tramadol no final

da cirurgia, antes da pessoa despertar, está indicada como estratégia eficaz de controlo da dor pós-operatória imediata. Segundo Akinci et al. (2008), a administração intravenosa de tramadol a 100 mg demonstrou proporcionar analgesia superior nas primeiras horas após a cirurgia, reduzindo os valores de dor e o consumo adicional de morfina nas primeiras 24 horas. Esta prática integra-se numa abordagem analgésica multimodal, que visa minimizar a dor, reduzir os efeitos adversos dos opioides e facilitar uma recuperação mais rápida e confortável.

Ondasetron

O ondansetrom é um fármaco pertencente ao grupo dos antieméticos e antivertiginosos, amplamente utilizado na prevenção de náuseas e vômitos, nomeadamente em contexto perioperatório (Ferreira, 2023). A sua administração por via endovenosa deve ocorrer ao longo de dois a cinco minutos, sendo a solução, após diluição, estável por até 24 horas sob refrigeração e devidamente protegida da luz (Ferreira, 2023).

As reações adversas associadas à administração de ondansetrom incluem cefaleias, diarreia, obstipação e, em casos menos comuns, reações extrapiramidais (Ferreira, 2023). Está contraindicado em crianças com idade inferior a dois anos (Ferreira, 2023).

Em contexto intraoperatório, o enfermeiro especialista desempenha um papel crucial na administração segura do ondansetrom. Dado que a pessoa se encontra sob efeito de anestesia e não manifesta sintomas subjetivos, a avaliação baseia-se na vigilância rigorosa de sinais clínicos indiretos de resposta adversa.

A administração de ondansetrom no período intraoperatório, antes da conclusão da cirurgia e do despertar da pessoa, tem como objetivo prevenir de forma eficaz as náuseas e os vômitos no pós-operatório (NVPO), uma complicação frequente após procedimentos sob anestesia geral. A evidência clínica indica que a administração profilática do ondansetrom nesta fase permite que o fármaco atue no momento em que o risco de NVPO é mais elevado - após o despertar e nas primeiras horas do pós-operatório - reduzindo o desconforto, o risco de aspiração, as complicações respiratórias e o tempo de recuperação (Gan et al., 2014; Apfel et al., 2004).

Sugamadex

O sugamadex é um agente pertencente ao grupo das ciclodextrinas, especificamente desenvolvido para a reversão do bloqueio neuromuscular induzido pelo rocurónio, utilizado frequentemente em procedimentos cirúrgicos sob anestesia geral (Indice.EU, 2025). A sua administração é realizada por via endovenosa, de forma rápida, em cerca de 10 segundos (Indice.EU, 2025).

As reações adversas mais frequentemente associadas incluem prurido, dispneia e bradicardia, sendo fundamental a monitorização contínua após a administração (Indice.EU, 2025). O seu uso está contraindicado em crianças com idade inferior a dois anos, devendo ser respeitado o limite

etário definido (Indice.EU, 2025).

No que respeita aos cuidados de enfermagem, o enfermeiro especialista deve assegurar a vigilância contínua dos sinais vitais e da função respiratória após a administração. Deve estar particularmente atento à presença de sinais e sintomas de reações de hipersensibilidade, como eritema, broncoespasmo ou alterações hemodinâmicas, uma vez que, embora raras, reações alérgicas podem ocorrer.

A administração de sugamadex durante o período intraoperatório, antes do término da cirurgia e do despertar anestésico, tem como principal objetivo garantir a reversão eficaz do bloqueio neuromuscular induzido por agentes como o rocurónio. Esta abordagem é fundamental para permitir que a pessoa recupere a função respiratória espontânea, o tónus muscular adequado e a capacidade de proteção das vias aéreas, prevenindo assim complicações pós-operatórias como hipoventilação, aspiração e necessidade de reintubação.

O sugamadex atua através de um mecanismo de encapsulamento seletivo da molécula de rocurónio, proporcionando uma reversão rápida e previsível, mesmo em bloqueios profundos. A sua administração antes do final do ato cirúrgico permite que, no momento do despertar e extubação, a pessoa se encontre em condições neuromusculares seguras para a ventilação autónoma e para o regresso progressivo da consciência.

Esta prática está alinhada com as recomendações internacionais sobre a monitorização e gestão do bloqueio neuromuscular no perioperatório, que defendem a utilização de agentes reversores eficazes e a monitorização neuromuscular objetiva como medidas essenciais para a segurança anestésica (Naguib et al., 2018).

Ropivacaína 0,75%

A ropivacaína 0,75% é um anestésico local pertencente ao grupo das amidas, amplamente utilizada na prática clínica para a realização de anestésias locais ou regionais durante procedimentos cirúrgicos (Ferreira, 2023). A sua principal indicação é a anestesia local, conferindo bloqueio sensitivo de forma temporária, permitindo a execução de cirurgias com maior conforto e segurança para a pessoa (Ferreira, 2023).

Entre as reações adversas possíveis destacam-se a ocorrência de convulsões ou espasmos, hipertensão, parestesias e retenção urinária. Está contraindicada em pessoas com hipersensibilidade conhecida à substância ativa ou com hipovolémia significativa (Ferreira, 2023). A administração é feita por via de infiltração local, com tempo de administração variável de acordo com o objetivo pretendido. Não deve ser administrada em conjunto com outros fármacos na mesma seringa ou via de acesso, devido ao risco de incompatibilidades (Ferreira, 2023).

No que respeita aos cuidados de enfermagem, o enfermeiro especialista deve assegurar uma

técnica asséptica rigorosa durante a preparação e administração da ropivacaína, bem como vigiar atentamente sinais de toxicidade sistémica, nomeadamente alterações neurológicas ou cardiovasculares precoces. Apesar de administrada por infiltração local, é fundamental garantir que não existem administrações intravasculares acidentais e que a dose total administrada não excede os limites recomendados, particularmente em procedimentos com infiltração em múltiplos locais. A avaliação da dor e da resposta clínica da pessoa no pós-operatório imediato também integra os cuidados essenciais prestados pelo enfermeiro especialista.

A administração de ropivacaína a 0,75% durante o período intraoperatório, antes do encerramento da ferida cirúrgica e do despertar anestésico, constitui uma prática clínica frequente e fundamentada no controlo eficaz da dor pós-operatória imediata. No contexto específico de uma colecistectomia laparoscópica, a infiltração local de ropivacaína nos locais das incisões trocáricas (portas de entrada dos instrumentos laparoscópicos) permite uma analgesia prolongada e localizada, reduzindo significativamente a necessidade de opioides no pós-operatório precoce (Bisgaard et al., 1999).

A sua administração prévia ao despertar anestésico oferece vantagens claras, tais como a prevenção da sensibilização central, a redução da resposta inflamatória local e a melhoria do conforto imediato da pessoa após a extubação e transferência para a sala de recobro. Este tipo de abordagem está alinhado com os princípios da analgesia multimodal, que visa combinar diferentes mecanismos analgésicos para melhorar o controlo da dor e reduzir o consumo de fármacos com maior potencial adverso, como os opioides (Chou et al., 2016).

Assim, a decisão de infiltrar ropivacaína nos locais de sutura antes da conclusão da colecistectomia laparoscópica insere-se numa estratégia preventiva e personalizada de controlo da dor, promovendo maior conforto, menor necessidade de analgésicos adicionais e, potencialmente, uma alta hospitalar mais célere.

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

19-10-2024 20:00

19-10-2024 20:00 - Ventilação invasiva [RESOLVIDO] 20-10-2024 00:00

19-10-2024 20:00 - Tipo de ventilação invasiva: ventilação controlada por pressão.

19-10-2024 20:00 - Prevenir complicações da ventilação invasiva [FIM]

20-10-2024 00:00

19-10-2024 20:00 - Posicionar para prevenir úlcera de pressão [FIM] 20-10-2024 00:00

19-10-2024 20:00 - Procedimento invasivo

19-10-2024 20:00 - Tipo de procedimento invasivo: Colecistectomia Laparoscópica.

19-10-2024 20:00 - Verificado: antecedentes clínicos, alergias, consentimento informado, próteses, identificação do doente, jejum, preparação pré-operatória.

19-10-2024 20:00 - Perda sanguínea

19-10-2024 20:00 - Cavidade abdominal: Sem perda sanguínea aparente.

19-10-2024 20:00 - Localização do Pulso

19-10-2024 20:00 - Antebraço Direita(o)

19-10-2024 20:00 - Frequência do pulso: 90 pulsações por minuto.

19-10-2024 20:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

19-10-2024 20:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

19-10-2024 20:00 - Membro superior Direita(o)

19-10-2024 20:00 - Pressão sanguínea sistólica: 103 mmHg.

19-10-2024 20:00 - Pressão sanguínea diastólica: 54 mmHg.

19-10-2024 20:00 - Temperatura corporal periférica

19-10-2024 20:00 - Ouvido: 36.70 °C.

19-10-2024 20:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o procedimento invasivo

19-10-2024 20:00 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia

19-10-2024 20:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal

Sondas, Drenos e Cateteres

19-10-2024 20:00

19-10-2024 20:00 - Tubo endotraqueal [RESOLVIDO] 20-10-2024 00:00

19-10-2024 20:00 - Nível de inserção do tubo endotraqueal

19-10-2024 20:00 - Cavidade oral: 21.00 cm.

19-10-2024 20:00 - Presença de cuff

19-10-2024 20:00 - Traqueia: Com cuff.

19-10-2024 20:00 - Pressão do cuff: 26 cmH2O.

19-10-2024 20:00 - Características do dispositivo: Tubo orotraqueal.

19-10-2024 20:00 - Assegurar funcionamento do tubo endotraqueal [FIM]

20-10-2024 00:00

19-10-2024 20:00 - Otimizar tubo endotraqueal [FIM] 20-10-2024 00:00

19-10-2024 20:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o tubo endotraqueal [FIM] 20-10-2024 00:00

19-10-2024 20:00 - Avaliar evolução do nível de inserção do tubo endotraqueal [FIM] 20-10-2024 00:00

19-10-2024 20:00 - Avaliar evolução da pressão do cuff [FIM] 20-10-2024 00:00

19-10-2024 20:00 - Prevenir complicações relacionadas com tubo endotraqueal [FIM] 20-10-2024 00:00

19-10-2024 20:00 - Manter cuff insuflado [FIM] 20-10-2024 00:00

19-10-2024 20:00 - Gerir a pressão do cuff [FIM] 20-10-2024 00:00

19-10-2024 20:00 - Insuflar cuff [FIM] 20-10-2024 00:00

19-10-2024 20:00 - Cateter venoso periférico

19-10-2024 20:00 - Localização do cateter venoso periférico

19-10-2024 20:00 - Mão Direita(o)

19-10-2024 20:00 - Características do dispositivo: Calibre 18G.

19-10-2024 20:00 - Ausência de dor.
19-10-2024 20:00 - Ausência de calor.
19-10-2024 20:00 - Ausência de rubor.
19-10-2024 20:00 - Ausência de tumefação.
19-10-2024 20:00 - Ausência de exsudado.
19-10-2024 20:00 - Ausência de infiltração.

19-10-2024 20:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter

19-10-2024 20:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico

19-10-2024 20:00 - Assegurar funcionamento do cateter

19-10-2024 20:00 - Otimizar cateter venoso periférico

19-10-2024 20:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico

19-10-2024 20:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

19-10-2024 20:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico

20-10-2024 00:00

20-10-2024 00:00 - Dreno

20-10-2024 00:00 - Localização do dreno
20-10-2024 00:00 - Abdómen Direita(o)
20-10-2024 00:00 - Tipo de dreno: fechado de sucção.
20-10-2024 00:00 - Substância drenada: sero hemática.
20-10-2024 00:00 - Sem complicações no local de inserção do dreno.
20-10-2024 00:00 - Características do dispositivo: blacke nº 19.

20-10-2024 00:00 - Determinar evolução da drenagem pela sonda / dreno

20-10-2024 00:00 - Avaliar evolução da drenagem

20-10-2024 00:00 - Assegurar funcionamento do dreno

20-10-2024 00:00 - Otimizar dreno

20-10-2024 00:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o dreno

20-10-2024 00:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do dreno

3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

Segundo a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (AESOP), a enfermagem perioperatória é definida como

O conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro de sala de operações através de um processo programado (ou de várias etapas integradas entre si), pelo

qual o enfermeiro reconhece as necessidades da PSP a quem presta ou vai prestar cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos do trabalho realizado.

(AESOP, 2012 , p.107)

A prática da enfermagem perioperatória engloba todas as intervenções realizadas pelo enfermeiro para responder às necessidades da PSP durante a fase intraoperatória. Este período tem início com a transferência da PSP para a mesa operatória e termina com a sua deslocação para a unidade de recobro ou unidade de cuidados pós-anestésicos. Durante esta etapa, a PSP é submetida a monitorização contínua, anestesia e à realização do procedimento cirúrgico.

As áreas de atuação do enfermeiro concentram-se, essencialmente, na garantia da segurança da PSP, na facilitação do procedimento cirúrgico, na prevenção de infeções e na resposta às necessidades fisiológicas decorrentes da anestesia e da intervenção cirúrgica.

Segundo Pacheco e Almeida (2014), *“posicionar consiste na capacidade de colocar, mover e manter o corpo do paciente numa posição que permita melhorar a exposição cirúrgica, associada a um mínimo de compromisso das funções fisiológicas, com objetivo de evitar lesões”*. O posicionamento é um ato pluridisciplinar que envolve o anestesiológico, o enfermeiro e o cirurgião, sendo que o enfermeiro é responsável por providenciar todo o material, como por exemplo: proteções de calcanhares, rolos de gel, suportes de braços, bandas de segurança, necessário para o posicionamento mais adequado aquele procedimento cirúrgico.

Inicialmente a PSP foi posicionada em decúbito dorsal, com os braços colocados nos apoios corretamente e respeitando o ângulo inferior a 90°. Durante o procedimento cirúrgico, foi realizado um ligeiro proclive e inclinação da marquesa cirúrgica para o lado esquerdo, para que o cirurgião tivesse melhor visualização da área abdominal a operar.

Ventilação invasiva

A ventilação invasiva constitui um procedimento fundamental no intraoperatório, particularmente em intervenções cirúrgicas que requerem anestesia geral, uma vez que assegura a manutenção da permeabilidade da via aérea. Este método permite um controlo preciso da ventilação e da oxigenação da PSP ao longo do procedimento cirúrgico, sendo complementado por uma monitorização contínua dos parâmetros respiratórios e hemodinâmicos, de forma a garantir a estabilidade clínica e a resposta adequada às necessidades da PSP.

A ventilação mecânica possibilita a regulação de parâmetros como o volume corrente, a frequência respiratória e a fração inspirada de oxigénio (FiO₂), garantindo uma ventilação eficaz e prevenindo a ocorrência de hipóxia ou hipercapnia.

Sondas, Drenos e Cateteres

Tubo Orotraqueal

O tubo orotraqueal é um dispositivo médico utilizado para assegurar a permeabilidade da via aérea avançada e possibilitar a ventilação mecânica na PSP que necessitam de suporte respiratório, nomeadamente durante a administração de anestesia geral. Trata-se de um tubo flexível inserido através da cavidade oral até à traqueia, dotado de um balão insuflável na extremidade distal, cuja função é garantir a vedação traqueal, prevenindo fugas de ar e reduzindo o risco de aspiração de secreções ou conteúdos gástricos.

A confirmação da correta colocação do dispositivo deve ser feita com recurso à clínica (expansão torácica bilateral, auscultação torácica bilateral com sons idênticos e adequados e no epigastro com ausência de som), complementada com informação de onda de EtCO₂. (Departamento de emergência médica, 2021)

Cateter venoso periférico

A cateterização venosa periférica é um procedimento de enfermagem que consiste na introdução de um dispositivo (CVP) numa veia periférica, permitindo o acesso à rede venosa. Trata-se de um procedimento que requer cuidados específicos relacionados à seleção do cateter, manutenção do dispositivo, penso utilizado e medidas para a prevenção de possíveis complicações.

O cateterismo venoso periférico é a primeira opção em situação de emergência devido à sua facilidade técnica, variedade de calibres disponíveis e rapidez na punção. Esse procedimento é indicado para tratamentos de curta duração, administração de medicamentos, nutrição parentérica, colheita de amostras sanguíneas e reposição de hemoderivados (OE, parecer nº6/2017)

Dessa forma, conclui-se que o CVP desempenha um papel fundamental na manutenção da anestesia, na estabilidade hemodinâmica e na analgesia da PSP durante o procedimento cirúrgico, bem como na sua recuperação pós-operatória. A escolha do calibre e do local de inserção do CVP deve considerar as características individuais da PSP, o tipo de procedimento cirúrgico e os riscos associados, além do tipo de medicação a ser administrada. No caso específico de uma colecistectomia laparoscópica, optou-se pela inserção de um CVP de calibre 18G no dorso da mão direita, garantindo a sua otimização ao longo de todo o período no bloco operatório.

Dreno

A decisão quanto à colocação e à escolha do calibre do dreno é de competência médica, sendo indicada em determinadas situações para a prevenção e monitorização de possíveis complicações. No presente caso, considerando a ocorrência de perfuração da vesícula biliar com

extravasamento abundante de exsudado purulento e bile transparente, a utilização do dreno tornou-se essencial para minimizar riscos e assegurar uma gestão eficaz no pós-operatório. A drenagem contínua dos fluidos contaminados contribui para a redução do risco de infecção e formação de abscessos intra-abdominais, além de prevenir a peritonite biliar, uma complicação grave associada ao acúmulo de bile na cavidade abdominal. Adicionalmente, o dreno permite a monitorização de eventuais complicações, como fístulas biliares ou infecções persistentes, possibilitando uma intervenção precoce quando necessário. Ao evitar o acúmulo de secreções na cavidade abdominal, a drenagem também favorece o processo de cicatrização e promove uma recuperação pós-operatória mais segura e eficaz, reduzindo, assim, a necessidade de outras intervenções cirúrgicas.

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
19-10-2024 20:00	Consciência	
19-10-2024 20:00	Sistema respiratório	
19-10-2024 20:00	Sistema cardiovascular	
19-10-2024 20:00	Metabolismo	
19-10-2024 20:00	Termorregulação	
19-10-2024 20:00	Atitudes terapêuticas	
19-10-2024 20:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
19-10-2024 20:00	Reflexo corneano	
19-10-2024 20:00	Pele e mucosas	

3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

O presente estudo de caso encontra-se estruturado em duas sessões, sendo que a primeira incide sobre o período subsequente à indução anestésica, enquanto a segunda aborda a fase de recobro antes da transferência para a enfermaria. Na primeira sessão, identificam-se alterações decorrentes do procedimento invasivo e do processo anestésico, as quais exigiram a definição de focos de atenção e a implementação de intervenções de enfermagem durante o intraoperatório. Por sua vez, na segunda sessão, procede-se à avaliação da evolução clínica da PSP, constatando-se a melhoria de alguns dos focos inicialmente identificados e a emergência de novas necessidades, exigindo a adaptação das intervenções de enfermagem de forma a assegurar a continuidade dos cuidados prestados.

Consciência

O conceito de consciência é estudado pelas ciências de enfermagem e classificado como um foco de atenção. Consciência como, "*status neurológico com as características específicas: Capacidade de resposta da mente, resultante de uma combinação dos sentidos de forma a manter a mente alerta, acordada e sensível ao ambiente exterior*" (CIPE, 2011).

O conceito de consciência no intraoperatório está diretamente relacionado à profundidade anestésica, a qual deve ser adequada para assegurar amnésia, analgesia e ausência de resposta aos estímulos cirúrgicos, sem comprometer as funções fisiológicas essenciais.

A anestesia geral, procura garantir a perda da consciência e o bloqueio dos reflexos neuromusculares. Para esse fim, a monitorização da profundidade anestésica é realizada por meio do índice bispectral (BIS), que avalia a atividade elétrica cerebral e permite estimar o nível de consciência da PSP.

O principal objetivo da anestesia, nesse contexto, é manter a PSP em um estado de inconsciência cirúrgica segura, prevenindo qualquer forma de desconforto ou complicação durante o procedimento.

Sistema Respiratório

A colecistectomia laparoscópica pode apresentar implicações significativas sobre o sistema respiratório no intraoperatório. A insuflação do abdômen com dióxido de carbono (CO₂) eleva o diafragma, reduzindo a complacência pulmonar e aumentando a resistência respiratória, podendo resultar em atelectasias e alterações na capacidade residual funcional. Além disso, o pneumoperitôneo compromete o retorno venoso e a hemodinâmica pulmonar, exigindo ajustes na ventilação mecânica para evitar hipercapnia e acidose respiratória. A posição de Trendelenburg reversa é frequentemente utilizada para melhorar a exposição da vesícula biliar, aliviando a compressão diafragmática, mas podendo influenciar a perfusão pulmonar (Machado, 2018).

A vigilância respiratória no intraoperatório é um fator fundamental, incluindo a monitorização contínua da capnografia e da oximetria de pulso para a detecção precoce de hipercapnia, bem como a realização de ajustes na ventilação mecânica com o intuito de otimizar as trocas gasosas. Ademais, a manutenção de uma oxigenação adequada é essencial para a prevenção de hipóxia. A adoção dessas medidas contribui para um intraoperatório seguro e minimiza os riscos associados ao procedimento.

Sistema Cardiovascular

Este domínio foi considerado no sentido de vigilância, uma vez que, apesar de a colecistectomia laparoscópica, constituir uma intervenção minimamente invasiva, pode impactar

significativamente o sistema cardiovascular durante o intraoperatório. A insuflação da cavidade abdominal com CO₂ (pneumoperitoneu) pode levar a alterações hemodinâmicas, incluindo aumento da pressão intra-abdominal, redução do retorno venoso e possíveis variações na pressão arterial e frequência cardíaca.

Portanto, é essencial uma vigilância rigorosa do sistema cardiovascular ao longo do procedimento, que envolva monitorização contínua da pressão arterial, frequência cardíaca, saturação de oxigénio e eletrocardiograma. Na PSP com comorbidades cardiovasculares, a avaliação hemodinâmica deve ser ainda mais criteriosa para prevenir complicações, como arritmias, hipotensão ou hipertensão, resultantes do efeito do pneumoperitoneu e da alteração do posicionamento durante a cirurgia.

Além disso, variações significativas nos valores de referência da PSP, como a frequência cardíaca e a tensão arterial, podem indicar a presença de complicações, nomeadamente hemorragia. Por este motivo, a monitorização contínua durante o intra e o pós-operatório assume um papel fundamental na deteção precoce de eventuais alterações hemodinâmicas, permitindo uma intervenção rápida e eficaz.

Metabolismo

Segundo a Norma Clínica 020/2015 da DGS (2015), deve ser garantida a homeostasia pré/intra/pós-operatória da PSP, assim, manter normoglicemia (≤ 180 mg/dl). Sendo apresentado como um dos fatores de risco modificáveis, apesar de não ser identificado o momento ideal para avaliação da glicemia capilar, foi definida uma avaliação intraoperatória que corresponde à primeira sessão deste caso e outra no final da cirurgia.

Termorregulação

A manutenção da temperatura corporal é uma das medidas necessárias à segurança da PSP. A hipotermia contribui para o aumento do desconforto pós-operatório, hemorragia cirúrgica, alterações cardíacas (isquemia e taquicardia), comprometimento na cicatrização de feridas com aumento do risco de infeção e permanência prolongada na unidade de recuperação pós-anestésica.

As intervenções de enfermagem na manutenção da temperatura corporal da PSP incluem: a identificação dos fatores de risco de hipotermia, manutenção do aquecimento da PSP no pré-operatório, avaliação da temperatura corporal, utilização de mantas de aquecimento com ar forçado na parte superior ou inferior da PSP, dependendo da local da intervenção cirúrgica e no pós-operatório, administração de soros aquecidos desde que não haja contra-indicações. (Duarte e Martins, 2014)

Segundo a Norma Clínica 020/2015 da DGS (2015), *“a Infeção do Local Cirúrgico (ILC) é multifatorial e está relacionada com a condição da psp, com o procedimento cirúrgico e com as*

características do agente patogénico envolvido, ocorre no local da incisão cutânea ou próximo dela (incisional ou órgão/espaço), nos primeiros trinta dias de pós-operatório, ou, até três meses após colocação de prótese". A manutenção da normotermia constitui um dos fatores modificáveis fundamentais no período pré, intra e pós-operatório. Assim, a avaliação contínua da temperatura corporal durante o intraoperatório revela-se indispensável para otimizar a temperatura da PSP, prevenindo o desenvolvimento de hipotermia e garantindo melhores resultados clínicos.

Atitudes terapêuticas

As atitudes terapêuticas no âmbito da colecistectomia laparoscópica requerem uma abordagem metódica e protocolada para minimizar riscos e garantir um pós-operatório seguro. No âmbito do procedimento invasivo, as verificações pré-operatórias como consentimento informado, alergias, uso de próteses, jejum, preparação pré-operatória e identificação da PSP, asseguram a adequada preparação da PSP e reduzem a probabilidade de intercorrências. A vigilância de complicações como sinais de hemorragia e monitorização da temperatura corporal são fatores que o enfermeiro do perioperatório deve ter em foco na prestação de cuidados a PSP. Enquanto a ventilação invasiva desempenha um papel crucial na manutenção da estabilidade respiratória durante o procedimento. O cumprimento rigoroso destes protocolos contribui para uma abordagem cirúrgica eficaz, refletindo-se numa recuperação mais rápida e com menores taxas de complicações.

Sondas, Drenos, Cateteres

A utilização de drenos e cateteres no contexto da colecistectomia laparoscópica assume um papel fundamental na monitorização do estado clínico da PSP e na prevenção de complicações pós-operatórias. A colocação do dreno de Blake, neste caso, foi indicada com o propósito de permitir a drenagem de líquidos remanescentes, prevenindo a formação de coleções e o desenvolvimento de abscessos. Embora a utilização de drenos não seja obrigatória em todos os procedimentos, a sua necessidade é avaliada consoante as particularidades da cirurgia. No presente caso, a sua aplicação justificou-se pela ocorrência de uma perfuração da parede da vesícula biliar, resultante do contacto das pinças cirúrgicas com a mesma.

O cateter periférico constitui outro dispositivo essencial no período perioperatório, sendo utilizado para a administração de fluidos, fármacos e agentes anestésicos. A correta inserção e manutenção deste dispositivo são da responsabilidade do enfermeiro, que deve garantir a permeabilidade do acesso venoso e proceder à monitorização rigorosa de potenciais complicações, tais como flebites ou extravasamento de fluidos. O cateter periférico desempenha, assim, um papel crucial na estabilidade hemodinâmica da PSP e na resposta célere a eventuais intercorrências intra e pós-operatórias.

A intervenção do enfermeiro na gestão e monitorização destes dispositivos revela-se

determinante para a prevenção de infeções, assegurando a sua correta fixação e funcionamento. A avaliação contínua da quantidade e das características do fluido drenado possibilita a deteção precoce de complicações, contribuindo para uma recuperação segura e eficaz da PSP.

Reflexo Corneano

A proteção ocular durante o procedimento cirúrgico é essencial, uma vez que, sob anestesia geral, o reflexo corneano fica suprimido, podendo resultar em lesões oculares, como abrasão da córnea ou úlcera. Como medida preventiva, foram aplicados adesivos transparentes para garantir a oclusão palpebral, assegurando a proteção dos olhos e prevenindo qualquer tipo de lesão.

Pele e Mucosas

No intraoperatório, o posicionamento adequado da PSP é essencial para garantir a segurança, prevenir complicações, como úlceras de pressão, e facilitar a atuação da equipa cirúrgica. O posicionamento deve ser definido de acordo com a abordagem considerada mais vantajosa pelo cirurgião. No presente caso, a PSP foi inicialmente colocado em decúbito dorsal para o procedimento anestésico, sendo posteriormente ajustado para a posição de Trendelenburg invertido, com ligeira rotação para o lado esquerdo, de modo a otimizar a visualização da área cirúrgica.

Compete ao enfermeiro perioperatório a preparação e organização dos materiais necessários para garantir um posicionamento seguro e eficaz, como por exemplo: rolos de gel, almofadas, suportes para os braços e cintos de segurança.

A preservação da integridade cutânea é uma responsabilidade do enfermeiro, que atua ativamente na prevenção de lesões associadas ao posicionamento e à anestesia geral. Embora as úlceras por pressão sejam raras no intraoperatório, os fatores predisponentes frequentemente têm origem neste período, tornando essencial a intervenção precoce do enfermeiro para garantir ganhos em saúde e qualidade assistencial.

Adicionalmente, o uso do bisturi elétrico requer a aplicação de uma placa de dispersão para o fecho do circuito elétrico, prevenindo queimaduras. Esta placa deve ser posicionada numa região com boa vascularização e sem proeminências ósseas, como a coxa, sendo da responsabilidade do enfermeiro a sua correta colocação e monitorização do funcionamento adequado.

Os cuidados com a ferida cirúrgica constituem outra prioridade, exigindo a manutenção de uma assepsia rigorosa para prevenir infeções. De acordo com a CIPE (2011), "a ferida cirúrgica é um corte de tecido produzido por um instrumento cirúrgico cortante, de modo a criar uma abertura num espaço do corpo ou num órgão, produzindo drenagem de soro e sangue que se espera que

seja limpa, ou seja, sem mostrar quaisquer sinais de infecção ou pus". A execução deste procedimento envolve a realização de pequenas incisões para a introdução dos trocartes, a remoção da peça operatória e a inserção de um dreno.

3.6. Conceção de Cuidados

Consciência

19-10-2024 20:00

19-10-2024 20:00 - Com indícios de compromisso da consciência.

19-10-2024 20:00 - Consciência comprometida [RESOLVIDO] 20-10-2024 00:00

19-10-2024 20:00 - Abertura dos olhos: nenhuma.

20-10-2024 00:00 - Abertura dos olhos: espontânea [MELHOROU].

19-10-2024 20:00 - Resposta verbal: nenhuma.

20-10-2024 00:00 - Resposta verbal: orientada [MELHOROU].

19-10-2024 20:00 - Resposta motora: nenhuma.

20-10-2024 00:00 - Resposta motora: obedece a ordens simples [MELHOROU].

19-10-2024 20:00 - Determinar evolução da consciência

19-10-2024 20:00 - Avaliar evolução da consciência

19-10-2024 20:00 - Prevenir úlcera de pressão [FIM] 20-10-2024 00:00

19-10-2024 20:00 - Posicionar para prevenir úlcera de pressão [FIM] 20-10-2024 00:00

20-10-2024 00:00

20-10-2024 00:00 - Consciente.

Reflexo corneano

19-10-2024 20:00

19-10-2024 20:00 - Integridade do reflexo corneano

19-10-2024 20:00 - Bilateral: com encerramento incompleto palpebral.

19-10-2024 20:00 - Reflexo corneano comprometido [RESOLVIDO] 20-10-2024 00:00

19-10-2024 20:00 - Determinar evolução do reflexo corneano [FIM] 20-10-2024 00:00

19-10-2024 20:00 - Avaliar evolução do reflexo corneano [FIM] 20-10-2024 00:00

19-10-2024 20:00 - Prevenir úlcera da córnea [FIM] 20-10-2024 00:00

19-10-2024 20:00 - Manter penso ocular [FIM] 20-10-2024 00:00

20-10-2024 00:00

20-10-2024 00:00 - Integridade do reflexo corneano

20-10-2024 00:00 - Bilateral: sem compromisso [MELHOROU].

Sistema respiratório

19-10-2024 20:00

19-10-2024 20:00 - Frequência respiratória: 15 ciclos/min.

19-10-2024 20:00 - Ritmo respiratório regular.

19-10-2024 20:00 - Movimento respiratório simétrico.

19-10-2024 20:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

19-10-2024 20:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

19-10-2024 20:00 - Sem adejo nasal.

19-10-2024 20:00 - Determinar evolução da ventilação

19-10-2024 20:00 - Avaliar evolução da ventilação

20-10-2024 00:00

20-10-2024 00:00 - Frequência respiratória: 17 ciclos/min.

20-10-2024 00:00 - Saturação do oxigénio no sangue

20-10-2024 00:00 - Periférico(a): 95 %.

20-10-2024 00:00 - Reflexo da tosse: presente.

20-10-2024 00:00 - Sons respiratórios: normais.

Sistema cardiovascular

19-10-2024 20:00

19-10-2024 20:00 - Determinar evolução de sinais de hemorragia

19-10-2024 20:00 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia

19-10-2024 20:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

19-10-2024 20:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

19-10-2024 20:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

19-10-2024 20:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

20-10-2024 00:00

20-10-2024 00:00 - Localização do Pulso

20-10-2024 00:00 - Braço Direita(o)

20-10-2024 00:00 - Frequência do pulso: 78 pulsações por minuto.

20-10-2024 00:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

20-10-2024 00:00 - Membro superior Direita(o)

20-10-2024 00:00 - Pressão sanguínea sistólica: 104 mmHg.

20-10-2024 00:00 - Pressão sanguínea diastólica: 57 mmHg.

Pele e mucosas

19-10-2024 20:00

19-10-2024 20:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

19-10-2024 20:00 - Determinar evolução da integridade dos tecidos

19-10-2024 20:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos

20-10-2024 00:00

20-10-2024 00:00 - Alterações da integridade dos tecidos.

20-10-2024 00:00 - Ferida cirúrgica

20-10-2024 00:00 - Localização da ferida cirúrgica

20-10-2024 00:00 - Abdómen Direita(o)

20-10-2024 00:00 - Abdómen Direita(o)

20-10-2024 00:00 - Abdómen Superior

20-10-2024 00:00 - Abdómen Inferior

20-10-2024 00:00 - Abdómen Direita(o)

20-10-2024 00:00 - Determinar evolução da ferida cirúrgica

20-10-2024 00:00 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica

20-10-2024 00:00 - Promover cicatrização da ferida cirúrgica

Metabolismo

19-10-2024 20:00

19-10-2024 20:00 - Glicemia capilar: 97 mg/dl.

19-10-2024 20:00 - Determinar evolução da glicemia

19-10-2024 20:00 - Avaliar evolução da glicemia

20-10-2024 00:00

20-10-2024 00:00 - Glicemia capilar: 107 mg/dl.

Termorregulação

19-10-2024 20:00

19-10-2024 20:00 - Determinar evolução da temperatura corporal

19-10-2024 20:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal

20-10-2024 00:00

20-10-2024 00:00 - Temperatura corporal periférica

20-10-2024 00:00 - Ouvido: 36.60 °C.

3.7. Especificação das intervenções

Avaliar evolução da consciência

- Monitorizar através da escala de coma de glasgow

Avaliar evolução da glicemia

- Monitorizar glicemia capilar

Avaliar evolução da ventilação

- Vigiar ventilação

Avaliar evolução da temperatura corporal

- Monitorizar temperatura corporal

Avaliar evolução do reflexo corneano

- Vigiar reflexo corneano

Posicionar para prevenir úlcera de pressão

- Colocar Dispositivos de proteção da integridade da pele dos calcâneos
- Aplicar penso ocular

Otimizar cateter venoso periférico

- Monitorizar local de inserção do cateter periférico
- Manter acesso intravenoso

Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico

- Otimizar cateter periférico

Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

- Vigiar sinais de infeção

- Vigiar sinais de flebite

Avaliar evolução de sinais de hemorragia

- Vigiar perda sanguínea
- Monitorizar perda sanguínea
- Vigiar sinais vitais

Avaliar evolução da pressão sanguínea

- Monitorizar pressão sanguínea

Avaliar evolução da integridade dos tecidos

- Vigiar sinais de úlcera de pressão

Gerir a pressão do cuff

- Entre 20 - 30 cm H₂O

Avaliar evolução da pressão do cuff

- Monitorizar pressão do cuff

Avaliar evolução do nível de inserção do tubo endotraqueal

- Vigiar nível de inserção do tubo orotraqueal

Avaliar evolução da ferida cirúrgica

- Vigiar penso ferida cirúrgica

Avaliar evolução da drenagem

- Monitorizar líquido de drenagem

Otimizar dreno

- Vigiar sinais inflamatórios
- Vigiar vácuo

Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do dreno

- Vigiar local de inserção

3.8. Síntese relativa ao caso

A PSP é “uma pessoa que foi ou será submetida a cirurgia, eletiva ou de emergência, para o tratamento de uma doença” (Vieira et al., 2017, p. 4521, como citado em Lopes, 2021). Por conseguinte, todo o processo que envolve hospitalização, procedimento cirúrgico, anestesia e o medo do desconhecido provocam alterações na vida da PSP (Lopes, 2021) .

Durante o período perioperatório existem inúmeras interações entre a PSP e o enfermeiro, pelo que este é o responsável por apoiar a PSP em diversos momentos, o que vai ao encontro dos princípios designados na Teoria das Transições de Afaf Meleis, pelo que selecionamos este

referencial teórico acreditando ser o que mais se enquadra e melhor ajuda a compreender a PSP no período perioperatório.

A Teoria das Transições, desenvolvida por Afaf Meleis, fundamenta-se na compreensão dos processos de mudança vivenciados pelos indivíduos em diferentes contextos de suas vidas. Segundo Meleis, a transição é definida como a passagem de um estado estável para outro, exigindo a incorporação de novos conhecimentos, adaptação de comportamentos e redefinição da identidade pessoal (Guimarães & Silva, 2016).

Dentre os diferentes tipos de transição descritos na teoria, destaca-se a transição saúde/doença, que ocorre quando há uma mudança do estado de bem-estar para um estado de doença. Nesse contexto, a cirurgia representa um marco significativo desse processo, pois impõe transformações físicas, emocionais e sociais ao indivíduo. O período perioperatório, desde a decisão pela cirurgia até a recuperação, envolve múltiplas dimensões de transição, caracterizadas por fatores como consciencialização, adaptação e superação das mudanças impostas pelo procedimento (Guimarães & Silva, 2016).

Durante o processo cirúrgico, os enfermeiros desempenham um papel fundamental ao atuar como facilitadores da transição da PSP. A teoria sugere que as transições podem ser influenciadas por fatores pessoais, comunitários e sociais, podendo ser facilitadas ou dificultadas conforme as condições de apoio disponíveis. No ambiente hospitalar, a enfermagem é responsável por garantir uma assistência contínua, promovendo intervenções que auxiliam a PSP a lidar com as incertezas da cirurgia, minimizar riscos e favorecer uma adaptação mais eficaz ao pós-operatório (Guimarães & Silva, 2016).

Além disso, a transição cirúrgica pode ser compreendida através de padrões de resposta do indivíduo ao processo, que incluem aspetos emocionais, cognitivos e físicos. A forma como a PSP lida com a experiência pode determinar a qualidade da recuperação e a reincorporação às suas atividades diárias.

Efetivamente, a PSP está consciencializada e envolvida neste processo de transição, pois reconhece que esta intervenção cirúrgica é imprescindível à sua saúde física e bem-estar emocional.

Como condicionantes facilitadores, entendemos que o conhecimento da PSP em relação à sua situação clínica, assim como a importância e inevitabilidade da cirurgia abonam a favor, tal como o apoio familiar. Já como condicionantes inibidoras da transição consideramos o facto da PSP estar longe de casa e da família, obrigando-a a lidar com uma rutura no seu quotidiano, para além de enfrentar uma experiência cirúrgica que o obriga a reorganizar.

Simultaneamente, a PSP submetida a um procedimento cirúrgico precisa de superar desafios e lidar com mudanças significativas para alcançar a adaptação a novos papéis (Lopes, 2020). Dada a natureza dinâmica e instável desse processo, a atuação da equipa de enfermagem

torna-se essencial, assumindo um papel central como facilitadora da transição. Dessa forma, a intervenção de enfermagem concentra-se na identificação das necessidades da PSP e na sua preparação para a transição, por meio do desenvolvimento de estratégias e ações que contribuam para a sua adaptação e bem-estar (Lopes, 2020).

Assim, a prestação de cuidados e o processo de enfermagem assumem um papel fundamental no atendimento a PSP em contexto operatório, abrangendo todo o período relacionado com a intervenção cirúrgica, desde a decisão de realizar o procedimento até à fase de recuperação pós-operatória.

Em situações de emergência, o período pré-operatório torna-se menos evidente, uma vez que não é possível planejar de forma tão antecipada os cuidados a serem implementados. No entanto, aquando da chegada da PSP ao bloco operatório, o enfermeiro perioperatório procura colmatar essa lacuna, apresentando-se à mesma e estabelecendo-se como um elo de ligação que o acompanhará e apoiará durante o processo de transição. Neste momento, o enfermeiro procede à verificação da identificação da PSP, à recolha de informações sobre antecedentes clínicos e cirúrgicos, alergias, consentimento informado, utilização de próteses, cumprimento do período de jejum e ao esclarecimento do nível de conhecimento da PSP relativamente à intervenção cirúrgica.

Toda esta colheita de informação tem como objetivo a identificação das necessidades para a prestação de cuidados individualizados, permitindo, simultaneamente, o planeamento e mobilização de recursos materiais e humanos, para o intra e pós-operatório, com vista ao atingimento de uma recuperação segura e efetiva (Lopes, 2021) .

A complexidade do procedimento cirúrgico, da anestesia e das tecnologias envolvidas contribui para o aumento do risco ao qual a PSP está exposto durante a experiência perioperatória. Nesse contexto, a equipa de enfermagem desempenha um papel fundamental, estando numa posição privilegiada para identificar, compreender e prevenir a ocorrência de eventos adversos e falhas no processo assistencial.

Nesta situação específica, caracterizada como uma urgência, a PSP foi admitida no Bloco Operatório, onde foi realizada a colheita de informações conforme descrito anteriormente. Além disso, foram fornecidas explicações detalhadas sobre o procedimento cirúrgico, incluindo sua natureza, objetivos e os riscos associados. Da mesma forma, foi discutido o tipo de anestesia a ser administrado, seu mecanismo de ação e a forma como seria conduzida no momento da intervenção. Também foram apresentados os aspetos essenciais do ambiente intraoperatório, permitindo que a PSP compreendesse todas as etapas do processo a que seria submetida.

Já no intraoperatório foi posicionada de forma a que se sentisse confortável, segura, cumprindo limitações que a PSP apresentava. Foi realizado o check list de cirurgia segura, de forma a confirmar a implementação de boas práticas e intervenções de enfermagem que visam

promover a segurança da PSP.

Assim foi realizada, uma individualização do plano de cuidados que tem como finalidade reduzir os riscos, favorecer a recuperação eficaz do estado de saúde e proporcionar uma experiência cirúrgica mais segura e satisfatória. A implementação e a avaliação contínua das intervenções planejadas são etapas fundamentais desse processo, destacando a relevância do enfermeiro na assistência prestada. Essas medidas asseguram uma abordagem holística e personalizada, voltada não apenas para a reabilitação física, mas também para o bem-estar emocional e psicossocial da pessoa e dos seus familiares.

Ao longo das diversas fases do perioperatório, foram estabelecidos objetivos de acordo com as necessidades identificadas em cada etapa do processo. No período pré-operatório, as principais metas estiveram relacionadas à promoção e validação do conhecimento da PSP sobre o procedimento cirúrgico, à avaliação e identificação de fatores de risco, história clínica, alergias e outras condições relevantes.

Durante o intraoperatório, o foco esteve na assistência direta à PSP, garantindo a adequada execução do ato cirúrgico por meio da disponibilização e verificação da conformidade dos recursos necessários ao procedimento. Também foram realizadas a monitorização contínua dos sinais vitais e a administração de medicações conforme as necessidades clínicas da PSP e os protocolos institucionais. As intervenções nessa fase foram direcionadas para garantir segurança, prevenção, vigilância e antecipação de possíveis complicações decorrentes da cirurgia.

No período pós-operatório imediato, na unidade de recobro pós-anestésico, foram mantidas as intervenções voltadas para a vigilância do estado clínico e o controle da dor. No entanto, não foi possível abordar aspectos do pós-operatório tardio, como orientações sobre cuidados com a ferida cirúrgica e dreno, por não ser um momento oportuno para a PSP.

Dessa forma, as intervenções de enfermagem concentraram-se no cuidado da pessoa em situação cirúrgica, contribuindo para a segurança, o sucesso do procedimento e a promoção da recuperação da PSP.

4. CASO 2 - HERNIOPLASTIA FEMORAL

PSP de 36 anos, recorre ao serviço urgência por tumefação dolorosa na região inguinal a direita depois de ter empurrado um carro de costura. Consciente e orientada, com antecedentes de depressão, tabagismo, apendicectomia, com medicação habitual de sertralina 50mg, nega alergias medicamentosas. Após realização de ecografia, confirma-se hérnia femoral a direita com colo de 10mm e saco herniário de 33x 15mm, contendo apenas gordura. Hérnia clinicamente redutível com manobra de valsava, mas com potencial de encarceramento não desprezível. Proposta cirurgia. O presente estudo de caso encontra-se estruturado em duas sessões distintas. A primeira sessão refere-se ao momento de admissão da pessoa em situação perioperatória no bloco operatório, abordando os cuidados prestados nesta fase inicial. A segunda sessão centra-se no período subsequente à extubação, contemplando os cuidados implementados após o termino da cirurgia.

4.1. Enquadramento teórico

A hérnia femoral é uma tumefação na região inguinal, pode-se apresentar de forma assintomática ou mostrar sintomas como desconforto na virilha, dor abdominal, náuseas e vômitos. A hérnia femoral é mais comum no género feminino e surge devido a uma fragilidade dos músculos abdominais na região do canal femoral, fazendo com que parte da gordura do abdómen e intestino consigam atravessar o músculo, formando a herniação.

A hérnia femoral frequentemente necessita de uma abordagem cirúrgica de emergência, devido ao risco de encarceramento ou estrangulamento, além disso, se estas condições se verificarem pode ser necessário uma ressecção intestinal após avaliação da viabilidade dessa secção do intestino. Um diagnóstico pré-operatório definitivo e um plano estratégico para a cirurgia são, portanto, importantes (Mike, 2013).

As hérnias inguinais ocorrem mais frequentemente no lado direito. Segundo Goethals et al. (2023), provavelmente esta questão deve-se a um atraso no desenvolvimento do fecho do processo vaginal ou após a descida mais lenta do testículo direito durante o desenvolvimento fetal. Existe um consenso de que a posição do cólon sigmoide resulta em um efeito de tamponamento no canal femoral esquerdo, diminuindo a probabilidade de formação de hérnia do lado esquerdo.

Anatomia e Fisiologia

Uma hérnia é a protusão de um órgão ou de estrutura da sua cavidade normal, por defeito congénito ou adquirido, geralmente, na parede muscular do abdômen. Dependente da sua localização, a hérnia pode conter peritoneu, epíplon, uma ansa intestinal ou uma parte da bexiga, e designar-se por inguinal, femoral, umbilical ou incisional (Monahan et al., 2010).

Neste caso, as hérnias femorais ocorrem quase exclusivamente na mulher, quando uma ansa do intestino passa através do anel femoral para o canal femoral. Esta forma uma protuberância arredondada, abaixo do ligamento inguinal, e pensa-se que seja causada por pressão e alteração nos ligamentos, associadas a gravidez (Monahan et al., 2010).

As hérnias têm ainda outras denominações que refletem o grau de obstrução hernial:

- Hérnia de deslizamento - desloca-se livremente para dentro e para fora do saco hernial.
- Hérnia redutível - se for possível reintroduzir na sua cavidade natural através de manipulação.
- Hérnia irreductível - se a protusão não poder ser reintroduzida na sua cavidade natural.
- Hérnia encarcerada - designa uma hérnia irreductível em que ocorre oclusão intestinal.
- Hérnia estrangulada - quando há compromisso da corrente sanguínea para o segmento afetado, por constrição do anel muscular circundante. Neste caso pode ocorrer oclusão intestinal e, rapidamente, pode desenvolver-se gangrena da víscera.

Geralmente uma hérnia, forma-se devido ao aumento da pressão abdominal e diminuição da resistência dos tecidos da parede abdominal e presença de espaços na cavidade abdominal. Com a idade, normalmente, verifica-se perda da força e do tônus muscular. O principal problema patológico associado às hérnias é o risco de estrangulamento e de oclusão intestinal. Uma hérnia irreductível pode estrangular e provocar dor intensa e sintomas de oclusão intestinal, como náuseas, vômitos e distensão. Estas complicações requerem cirurgia urgente, sendo que pode ter de ser necessário ressecar parte do intestino (Monahan et al., 2010).

Processo Cirúrgico

As hérnias femorais são incomuns, mas são frequentemente associadas a complicações graves como encarceramento, estrangulamento e fístula intestinal. Estas podem ser tratadas de forma eficaz com uma variedade de técnicas abertas, laparoscópicas e robóticas.

A seleção do procedimento depende da experiência e preferência dos cirurgiões, características relacionadas com a PSP e com a hérnia que apresenta, assim como aos custos associados.

Neste caso foi realizada hernioplastia femoral direita com colocação de Plug por laparotomia. Após a PSP se encontrar anestesiada foi posicionada em decúbito dorsal, por ser a posição que permite melhor exposição da região inguinal e femoral, além de garantir estabilidade e conforto

durante o procedimento. Foram providenciadas proteções para as zonas de pressão de forma a garantir a prevenção de úlceras de pressão. Os braços foram apoiados nos apoios correspondentes, respeitando um ângulo de abertura inferior a 90º relativamente ao ombro.

Foi realizada a limpeza e desinfecção da pele através da fricção com compressa estéril embebida em clorhexidina (CHD) 2% e álcool isopropílico a 70%, com movimentos circulares da zona mais próxima à incisão para a zona mais distal da mesma, durante 1min. Após atuação e secagem durante 1 a 3 minutos, foram colocados os campos cirúrgicos, para se dar início ao procedimento cirúrgico.

Realizou-se uma incisão inguinal à direita, com dissecação do tecido celular subcutâneo até a exposição do ligamento inguinal. Em seguida, procedeu-se à abordagem da região inferior ao ligamento para a identificação e isolamento do saco herniário femoral. O saco herniário e o orifício femoral foram expostos meticolosamente.

Abertura do saco herniário revelou ausência de ansas intestinais ou líquido vinoso sugestivo de isquemia. Optou-se pela secção do saco herniário e posterior encerramento com sutura em vicryl 3/0, garantindo sua adequada redução. Foi então realizado o reforço da parede femoral com a colocação de uma prótese plug de polipropileno, devidamente fixado ao orifício femoral com vicryl 2/0.

Após a verificação da hemostasia, realizou-se o fechamento do tecido celular subcutâneo (TCS) com vicryl 3/0. Para analgesia pós-operatória, foi realizada infiltração local com ropivacaína. O encerramento da pele foi concluído com a aplicação de agrafos.

Processo Anestésico

A escolha da anestesia constitui uma etapa fundamental em qualquer procedimento cirúrgico e essa decisão é da responsabilidade do anestesiológista e do cirurgião, sendo considerada uma ação dependente, cabendo ao enfermeiro assegurar que todos os requisitos se encontram reunidos para a sua execução em segurança. Essa decisão é tomada com base em alguns fatores, como o tipo de cirurgia a realizar, as condições clínicas da PSP e a experiência da equipa médica.

A avaliação pré-anestésica neste caso, devido ao facto de ser uma situação de urgência foi realizada à porta da sala do bloco operatório. O enfermeiro, no exercício das suas competências autónomas, procedeu à verificação da identidade da PSP, confirmação do consentimento informado, validação da lateralidade cirúrgica, recolha de antecedentes médicos e cirúrgicos, identificação de alergias, confirmação do jejum, verificação da presença de próteses dentárias e remoção de adornos — assegurando, assim, os cuidados pré-anestésicos essenciais à segurança da pessoa.

Neste caso clínico, recorreu-se à anestesia geral balanceada. Sendo que esta proporciona à PSP

um quadro de inconsciência reversível, sem qualquer sensação e, simultaneamente, garante um estado de imobilidade e analgesia (Duarte, 2014).

Os agentes anestésicos utilizados neste tipo de anestesia incluem fármacos intravenosos, opioides e relaxantes musculares. Devido às suas propriedades farmacológicas, esses medicamentos podem provocar modificações no funcionamento dos sistemas respiratório e cardiovascular, cujas especificidades serão abordadas no capítulo referente à medicação. A administração destes medicamentos, embora inicialmente da responsabilidade do anestesiológico, implica uma atuação interdependente e coordenada com o enfermeiro, que partilha a responsabilidade na monitorização, deteção precoce de efeitos adversos e garantia da segurança da pessoa submetida a anestesia. A preparação, identificação rigorosa dos fármacos (nome e dose) e a verificação de compatibilidades e condições de segurança são da responsabilidade do enfermeiro, enquadrando-se em ações independentes, em conformidade com os protocolos de boas práticas.

Durante o procedimento, o enfermeiro desenvolve ações interdependentes em articulação com o anestesiológico, garantindo a correta monitorização da PSP com uso de monitorização electrocardiográfica, oxímetro de pulso, pressão arterial não invasiva e capnografia, com o objetivo de garantir a estabilidade hemodinâmica e respiratória ao longo do procedimento.

O enfermeiro presta ainda apoio direto durante a intubação orotraqueal, colaborando na preparação do material necessário (laringoscópio, tubos endotraqueais adequados e material para via aérea difícil), assistindo na execução da técnica e assegurando a correta colocação e fixação do tubo endotraqueal, que, neste caso, foi posicionado a 21 cm da comissura labial. Estas ações são de natureza interdependente e visam prevenir complicações como broncoaspiração ou extubação acidental.

A PSP apresentava uma classificação ASA II de acordo com a Sociedade americana de anesthesiologia, que se refere a uma pessoa com doença sistêmica leve. Foi realizada a intubação orotraqueal com recurso a laringoscópio com lâmina 3 e colocado um tubo orotraqueal de calibre 7 para garantir a via aérea segura e permeável.

A monitorização da pressão do cuff (idealmente entre 20 e 30 cmH₂O), a fixação adequada do tubo e a vigilância contínua da sua posição são ações independentes, realizadas em conformidade com as orientações institucionais e evidência científica atual, sendo fundamentais para a manutenção de uma via aérea segura e eficaz.

Em suma, em contexto perioperatório, o enfermeiro especialista desempenha um papel crucial através da integração de ações dependentes, interdependentes e independentes. A sua prática, pautada por rigor técnico e científico, contribui de forma decisiva para a segurança, estabilidade clínica e recuperação da PSP, refletindo a complexidade e a importância da sua atuação no seio da equipa multidisciplinar.

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 36 anos | Feminino

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-10-24 21:00:00	Paracetamol 1Gr, via endovenosa	
2024-10-24 21:00:00	Metamizol 2000mg/5ml, via endovenosa	
2024-10-24 21:00:00	Polielectrolitico Simples sem glucose 1000ml, via endovenosa	
2024-10-24 21:00:00	Fentanil 150 microgramas, via endovenosa	
2024-10-24 21:00:00	Lidocaína 1% - 20 mg, via endovenosa	
2024-10-24 21:00:00	Propofol 1% - 160mg, via endovenosa	
2024-10-24 21:00:00	Dexametasona 8mg, via endovenosa	
2024-10-24 21:00:00	Rocurónio 80mg, via endovenosa	
2024-10-24 21:00:00	Cefazolina 2Gr, via endovenosa	
2024-10-24 21:00:00	Tramadol 100mg, via endovenosa	
2024-10-24 21:00:00	Ceterolac 30mg, via endovenosa	
2024-10-24 21:00:00	Sugamadex 200mg, via endovenosa	

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

A definição dos protocolos analgésicos é realizada com base numa avaliação criteriosa da PSP e do tipo de procedimento cirúrgico a que irá submetido. Partindo da evidente semelhança com a técnica anestésica previamente descrita no primeiro caso deste relatório (colecistectomia laparoscópica), a análise farmacológica e as implicações terapêuticas dos fármacos comuns encontram-se fundamentadas nesse capítulo.

Destaca-se que a seleção do protocolo anestésico e a dosagem dos fármacos foram ajustadas considerando as especificidades da cirurgia, as características individuais da PSP — incluindo peso, altura, histórico de alergias e antecedentes clínicos — bem como as preferências do anesthesiologista e da equipa cirúrgica. Para evitar repetições desnecessárias, recomenda-se a consulta detalhada das informações contidas no primeiro caso, permitindo uma compreensão

ampla dos fármacos utilizados e da sua aplicação no contexto clínico.

Metamizol Magnésico 2000mg/5ml

O metamizol magnésico é um fármaco com propriedades analgésicas e antipiréticas, amplamente utilizado no controlo da dor intensa (Infomed, 2024). A sua administração é feita por via endovenosa, devendo decorrer ao longo de um período entre 20 a 60 minutos, sendo a solução preparada para utilização imediata (Infomed, 2024).

Entre as reações adversas descritas encontram-se anafilaxia, hipotensão grave, reações cutâneas e trombocitopenia (Infomed, 2024). Este medicamento está contra-indicado em pessoas com disfunção da medula óssea, porfiria ou síndrome de asma induzida por analgésicos (Infomed, 2024). Não deve ser administrado em conjunto com outros fármacos na mesma linha de perfusão, por risco de incompatibilidades físico-químicas (Infomed, 2024).

No contexto da hernioplastia, o metamizol é frequentemente administrado durante o período intraoperatório, com o objetivo de garantir uma analgesia eficaz no pós-operatório imediato. A sua inclusão no plano terapêutico visa minimizar a dor nas primeiras horas após a cirurgia, reduzindo a necessidade de opioides e contribuindo para uma recuperação mais confortável e segura. Um estudo randomizado e duplamente cego demonstrou que a administração intraoperatória de metamizol proporcionou redução significativa da dor após hernioplastia, com boa tolerabilidade clínica (Chaparro et al., 2012).

Lidocaína 1% - 20 mg

A lidocaína é um anestésico local do grupo das amidas, frequentemente utilizado em contexto cirúrgico para promover analgesia localizada. Uma das suas principais indicações em ambiente intraoperatório é a redução da dor associada à administração endovenosa de propofol, fármaco habitualmente utilizado na indução anestésica (Goktug et al., 2015; Ferreira, 2023).

A administração de lidocaína é realizada por via endovenosa, devendo a velocidade de perfusão ser ajustada consoante as necessidades clínicas da pessoa. A monitorização rigorosa é fundamental, uma vez que reações adversas como anafilaxia, arritmias e, em casos mais graves, paragem cardiorrespiratória, estão descritas na literatura (Ferreira, 2023). A lidocaína encontra-se contra-indicada em situações de choque e insuficiência cardíaca descompensada (Ferreira, 2023).

Deve ainda ser garantido que a lidocaína não é administrada em simultâneo com fármacos com os quais apresenta incompatibilidade, como antiarrítmicos, barbitúricos, benzodiazepinas, beta-bloqueadores, cimetidina ou suxametónio (Ferreira, 2023).

No contexto de uma hernioplastia, a lidocaína é geralmente administrada no início do procedimento cirúrgico, pouco antes da injeção de propofol, com o objetivo de minimizar o desconforto associado a esta indução anestésica. De acordo com Goktug et al. (2015), a dor

provocada pela injeção de propofol pode ser significativamente reduzida com a administração prévia de lidocaína, aumentando o conforto da pessoa no momento da anestesia e contribuindo para uma indução mais tranquila e eficaz.

Cefazolina 2 Gr

A cefazolina é um antibacteriano pertencente ao grupo das cefalosporinas de 1.^a geração, amplamente utilizada para profilaxia antibiótica em contexto cirúrgico, devido à sua eficácia contra bactérias Gram-positivas e algumas Gram-negativas (Ferreira, 2023). A sua principal indicação terapêutica é a prevenção de infeções no local cirúrgico, sendo recomendada pelas diretrizes nacionais e internacionais como a primeira escolha em cirurgias limpas ou limpo-contaminadas, como a hernioplastia (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2013).

A administração é feita por via endovenosa, com um tempo de perfusão de 3 a 4 minutos, e deve ocorrer idealmente até 60 minutos antes da incisão cirúrgica para garantir níveis séricos e tecidulares adequados durante o procedimento (Ferreira, 2023; DGS, 2013). Após a preparação, a solução de cefazolina mantém estabilidade até 12 horas à temperatura ambiente (Ferreira, 2023).

As reações adversas mais frequentes incluem dor no local de administração, erupções cutâneas, náuseas, vômitos, diarreia e, em casos mais graves, convulsões e reações de hipersensibilidade como anafilaxia (Ferreira, 2023). Está contraindicada em pessoas com história de hipersensibilidade à substância ativa, a outras cefalosporinas ou a penicilinas, devido ao risco de reatividade cruzada (Ferreira, 2023).

O enfermeiro especialista deve assegurar que a cefazolina não é administrada em simultâneo com medicamentos incompatíveis como a anfotericina, idarrubicina, pentamidina ou probenecida (Ferreira, 2023).

No contexto específico da hernioplastia, a administração intraoperatória da cefazolina – se ainda dentro do tempo ideal de ação – mantém o objetivo profilático, especialmente se houver prolongamento do procedimento ou perda sanguínea significativa. Esta medida previne infeções no local cirúrgico, contribuindo para melhores resultados pós-operatórios e redução das complicações infecciosas (DGS, 2013).

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

24-10-2024 21:00

24-10-2024 21:00 - Procedimento invasivo

24-10-2024 21:00 - Tipo de procedimento invasivo: Hernioplastia femoral.

24-10-2024 23:30 - Tipo de procedimento invasivo: Hernioplastia femoral.

24-10-2024 21:00 - Verificado: antecedentes clínicos, alergias, consentimento informado, identificação do doente, jejum, preparação pré-operatória.

24-10-2024 23:30 - Temperatura corporal central: 35.80 °C.

24-10-2024 23:30 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o procedimento invasivo

24-10-2024 23:30 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia

24-10-2024 23:30 - Avaliar evolução da temperatura corporal

24-10-2024 21:00 - Promover autogestão: procedimento invasivo

24-10-2024 21:00 - Conhecimento sobre procedimento invasivo: facilitador.

24-10-2024 21:00 - Avaliar evolução da autogestão: procedimento invasivo

Sondas, Drenos e Cateteres

24-10-2024 21:00

24-10-2024 21:00 - Cateter venoso periférico

24-10-2024 21:00 - Localização do cateter venoso periférico

24-10-2024 21:00 - Antebraço Esquerda(o)

24-10-2024 21:00 - Características do dispositivo: calibre 18G.

24-10-2024 21:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter

24-10-2024 21:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico

24-10-2024 21:00 - Assegurar funcionamento do cateter

24-10-2024 21:00 - Otimizar cateter venoso periférico

24-10-2024 21:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico

24-10-2024 21:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

24-10-2024 21:00 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico [SOS]

24-10-2024 21:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico

24-10-2024 21:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [SOS]

24-10-2024 21:00 - Trocar cateter venoso periférico [SOS]

4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

As atitudes terapêuticas são intervenções interdependentes, geralmente prescritas por médicos, com o propósito comum de viabilizar o tratamento cirúrgico.

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), afirmou existir dois tipos de intervenções: autónomas e interdependentes. A principal diferença é quem inicia a prescrição -

nas autónomas, sob única e exclusiva responsabilidade, o enfermeiro; – nas interdependentes, a prescrição é de outro profissional ou por protocolos previamente definidos. Todavia, em ambas, o enfermeiro ajuíza da sua realização e decide o que fazer – à luz dos seus conhecimentos científicos e técnicos, da experiência e das suas competências. Na verdade, o enfermeiro realiza sempre intervenções autónomas, no sentido de que auto-rege a sua conduta, decide e assume a responsabilidade pelas decisões que toma e pelos atos que realiza.

Procedimento invasivo

No contexto dos procedimentos invasivos, o enfermeiro especialista em enfermagem perioperatória desempenha um papel fundamental na implementação das verificações pré-operatórias, assegurando a adequada preparação da PSP e a minimização de riscos associados à intervenção cirúrgica.

O enfermeiro é responsável por garantir que o consentimento informado se encontra assinado, verificando se a PSP compreende o procedimento, os seus potenciais riscos e benefícios, bem como esclarecendo eventuais dúvidas. A avaliação de alergias constitui uma das suas funções essenciais, permitindo a identificação de possíveis reações adversas a medicamentos, anestésicos ou materiais utilizados no ato cirúrgico.

Além disso, o enfermeiro especialista deve realizar a verificação da presença de próteses ou dispositivos médicos, assegurando que quaisquer considerações especiais sejam tomadas em conta na preparação cirúrgica. A confirmação do jejum pré-operatório é igualmente de sua responsabilidade, prevenindo complicações como a aspiração pulmonar durante a anestesia.

A preparação pré-operatória, uma vez que é em contexto de urgência a PSP não faz o banho com chd, sendo realizado a tricotomia no momento prévio a cirurgia já dentro da sala do bloco conforme os protocolos institucionais. Por fim, a identificação correta da PSP, do procedimento e da lateralidade, é uma etapa essencial sob a responsabilidade do enfermeiro, prevenindo eventuais erros cirúrgicos.

Ao longo de todo o processo, o enfermeiro especialista no perioperatório desempenha ainda um papel educativo, fornecendo informações claras e acessíveis a PSP, favorecendo a sua adesão às recomendações médicas e promovendo um ambiente cirúrgico mais seguro e eficiente.

Sondas, Drenos e Cateteres

Cateter venoso periférico

O cvp assume um papel fundamental no contexto operatório, permitindo o acesso venoso para a administração de fluidos, fármacos e agentes anestésicos. A sua correta inserção e manutenção são essenciais para garantir a segurança da PSP, prevenindo complicações como infeções, flebites ou extravasamento de medicamentos. No período perioperatório, o CVP revela-se indispensável para a estabilização hemodinâmica da PSP, possibilitando a administração rápida

de fármacos de emergência e assegurando um suporte eficaz durante a intervenção cirúrgica. Além disso, desempenha um papel crucial na administração de soluções intravenosas, contribuindo para a manutenção do equilíbrio hidroeletrólítico e do volume intravascular.

O enfermeiro especialista em enfermagem perioperatória tem a responsabilidade de garantir a correta gestão do cvp, assegurando a sua seleção, inserção, monitorização e manutenção. Compete a este profissional escolher o calibre e o tipo de cateter mais adequado, considerando as necessidades do procedimento e as características da PSP. Durante a sua inserção, deve adotar uma técnica asséptica, minimizando o risco de infeções. A fixação e a identificação do dispositivo devem ser realizadas de forma cuidadosa, garantindo a estabilidade e prevenindo deslocamentos acidentais.

Além disso, a monitorização contínua do local da punção constitui uma etapa essencial na prevenção de complicações, permitindo a deteção precoce de sinais como flebite, extravasamento ou infeção. O enfermeiro especialista deve ainda assegurar um registo detalhado de todas as intervenções associadas ao cateter. Sempre que possível, deve também fornecer informações a PSP sobre os cuidados necessários com o cateter, incentivando a sua colaboração na prevenção de intercorrências.

Deste modo, a correta gestão do cateter venoso periférico pelo enfermeiro especialista no perioperatório constitui um elemento essencial para a segurança e o sucesso da intervenção cirúrgica, assegurando um acesso venoso eficaz e reduzindo potenciais riscos ao longo de todo o processo operatório.

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
24-10-2024 21:00	Sensações somáticas	
24-10-2024 21:00	Atitudes terapêuticas	
24-10-2024 21:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
24-10-2024 23:30	Consciência	
24-10-2024 23:30	Sistema respiratório	
24-10-2024 23:30	Pele e mucosas	
24-10-2024 23:30	Termorregulação	

4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

O presente estudo de caso encontra-se estruturado em duas sessões distintas, de modo a proporcionar uma análise sequencial e contextualizada da situação clínica em questão. A

primeira sessão reporta-se ao momento de entrada da PSP no bloco operatório, sendo destacadas as intervenções de enfermagem realizadas nesta fase, nomeadamente as verificações pré-operatórias, a avaliação da dor, a verificação da existência e do correto funcionamento do cateter venoso periférico, bem como o esclarecimento de dúvidas e a transmissão de informações relativas ao procedimento cirúrgico. Estas ações visaram assegurar a segurança, o conforto e a preparação adequada da PSP para o ato cirúrgico.

A segunda sessão incide sobre o período pós-extubação, momento em que a PSP inicia o processo de despertar. Nesta fase, observaram-se alterações decorrentes do procedimento invasivo e do processo anestésico, as quais exigiram a identificação de novos focos de atenção e a implementação de intervenções de enfermagem específicas, com o objetivo de promover a estabilização clínica e apoiar a recuperação da pessoa.

Sensações somáticas

Segundo a DGS na Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/06/2003, “O controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a humanização e melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados de saúde”. A mesma circular ainda define a dor como uma experiência multidimensional, associada a uma lesão tecidual concreta ou potencial.

A dor é reconhecida como o quinto sinal vital, sendo considerada uma boa prática a sua avaliação sistemática através do uso de escalas padronizadas. Neste contexto, procedeu-se à avaliação da dor da utente mediante a aplicação da escala numérica, na qual lhe foi solicitado que atribuísse um valor de 0 a 10 à intensidade da dor percebida. A PSP referiu um nível de dor correspondente a 5, tendo este valor sido devidamente registado no processo clínico.

O enfermeiro especialista no perioperatório assume um papel essencial na monitorização e controlo da dor, assegurando uma abordagem individualizada e baseada na melhor evidência disponível. A sua atuação envolve não apenas a avaliação rigorosa da dor através de escalas validadas, mas também a implementação de estratégias terapêuticas adequadas, incluindo a administração de analgesia prescrita, medidas não farmacológicas e o acompanhamento contínuo da resposta ao tratamento. Além disso, este profissional desempenha uma função crucial na educação da PSP, promovendo a sua participação ativa no processo de alívio da dor. Desta forma, contribui significativamente para a humanização dos cuidados e para a melhoria da qualidade da assistência prestada no período perioperatório.

Atitudes terapêuticas/Sondas, Drenos e Cateteres

As atitudes terapêuticas, nomeadamente os procedimentos invasivos, como a inserção do cateter venoso periférico, encontram-se diretamente relacionadas com a necessidade da intervenção cirúrgica a que a PSP se encontra proposta. Estas medidas visam não apenas a execução segura do procedimento, mas também a promoção de uma recuperação integral,

tendo como objetivo primordial a capacitação da PSP e a prevenção de possíveis complicações.

A realização de uma cirurgia constitui um evento de grande relevância na vida de qualquer PSP, exigindo uma abordagem diferenciada de pessoa para pessoa, desde a tomada de decisão até ao período de recuperação pós-operatória. Neste contexto, como anteriormente mencionado, o enfermeiro assume a responsabilidade pela verificação pré-operatória, assegurando que todas as condições necessárias à segurança da PSP são cumpridas. Além disso, desempenha um papel fundamental na vertente educativa, promovendo um ambiente cirúrgico mais seguro e eficiente, através da transmissão de informação clara e do incentivo à adesão às recomendações clínicas.

Consciência

Após a extubação, ainda na sala cirúrgica, a PSP submetida à anestesia geral pode apresentar um estado de consciência ligeiramente comprometido. Inicialmente, é possível observar uma resposta reduzida a estímulos verbais e táteis, com períodos de sonolência intercalados por momentos de maior alerta. A perceção do ambiente ao redor encontra-se diminuída, podendo haver um leve atraso na compreensão de perguntas ou comandos simples.

Nos primeiros minutos após a extubação, é comum que a PSP manifeste um certo grau de desorientação, podendo não recordar imediatamente o procedimento realizado ou o local em que se encontra. A fala pode apresentar-se arrastada, e a coordenação motora, temporariamente prejudicada, reflexo da metabolização gradual dos agentes anestésicos.

Para a avaliação do estado neurológico, pode-se utilizar a Escala de Coma de Glasgow (ECG), um sistema de avaliação que mensura o nível de consciência com base em três parâmetros: abertura ocular, resposta verbal e resposta motora. A pontuação total varia de 3 a 15, sendo 3 indicativo de coma profundo e 15 representando uma pessoa consciente e orientada.

Embora a ventilação espontânea já esteja restabelecida, o padrão respiratório pode inicialmente apresentar irregularidades, tornando-se mais estável à medida que o despertar progride. Além disso, reflexos protetores das vias aéreas, como tosse e deglutição, podem estar discretamente diminuídos, exigindo monitorização contínua para prevenir possíveis complicações, como aspiração ou desconforto respiratório.

A PSP pode relatar sensações inespecíficas de desconforto, como pressão ou dor moderada na região operada, as quais devem ser prontamente avaliadas e tratadas conforme necessário. O despertar completo ocorre de forma progressiva, sendo que, na maioria dos casos, a recuperação plena da consciência clara e orientada se dá já na sala de recobro.

Sistema Respiratório

O sistema respiratório desempenha um papel fundamental na enfermagem perioperatória, uma vez que a ventilação e a oxigenação adequadas são essenciais para a segurança da PSP em todas as fases do procedimento cirúrgico. Durante a anestesia geral, a função respiratória pode

ser comprometida devido ao uso de agentes anestésicos e relaxantes musculares, aumentando o risco de hipoventilação, atelectasia e hipoxemia, especialmente em pessoas com histórico de doenças pulmonares (Machado, 2018).

No período pré-operatório, a avaliação do sistema respiratório torna-se essencial para identificar possíveis condições que possam interferir no procedimento, como doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), asma ou SAOS (síndrome de apneia obstrutiva do sono).

Durante a cirurgia, a monitorização contínua da oxigenação e da ventilação mecânica é imprescindível para garantir as trocas gasosas eficientes. Além disso, o posicionamento da PSP deve ser cuidadosamente ajustado para evitar comprometer a ventilação pulmonar, especialmente em procedimentos prolongados. Medidas como a aspiração de secreções e a proteção das vias aéreas também são fundamentais para prevenir complicações como a broncoaspiração.

No pós-operatório, a depressão respiratória pode ocorrer em decorrência do efeito residual dos fármacos anestésicos, tornando necessária uma vigilância rigorosa.

Em cirurgias abdominais ou torácicas, o controle eficaz da dor é essencial para evitar a respiração superficial e favorecer uma recuperação segura.

Desta forma, a abordagem do sistema respiratório na enfermagem perioperatória justifica-se pela necessidade de garantir uma ventilação adequada e prevenir complicações respiratórias, promovendo a segurança e o bem-estar da PSP ao longo do processo cirúrgico.

Pele e mucosas

A preservação da integridade tecidual e a prevenção de complicações associadas à ferida cirúrgica são aspetos essenciais para a recuperação da PSP submetida a uma intervenção cirúrgica. Durante o período operatório, diversos fatores podem comprometer a pele, tornando necessária uma atuação cuidadosa da equipa de enfermagem para minimizar riscos e promover uma recuperação adequada.

O posicionamento intraoperatório representa um dos principais desafios na manutenção da integridade cutânea, uma vez que a pressão contínua sobre determinadas áreas do corpo, especialmente em cirurgias prolongadas, pode resultar no desenvolvimento de lesões por pressão. Para prevenir tais complicações, recomenda-se a utilização de colchões específicos, almofadas de suporte e a realização de mudanças de decúbito sempre que possível. Além disso, o contacto prolongado com substâncias químicas, como antissépticos e adesivos cirúrgicos, pode causar irritações cutâneas, o que reforça a necessidade de cuidados individualizados para evitar danos à pele.

A ferida cirúrgica exige atenção especializada desde a incisão até à cicatrização completa. O uso de técnica asséptica, o manuseio cuidadoso dos tecidos e a utilização de materiais

apropriados para o fecho da incisão são medidas fundamentais para reduzir o trauma tecidual e favorecer um processo de cicatrização eficiente. No período pós-operatório, a avaliação da ferida permite a identificação precoce de complicações, como deiscência, hematomas e alterações na vascularização local, possibilitando intervenções oportunas para evitar o agravamento do quadro.

De acordo com a DGS (2022), a prevenção da Infecção do Local Cirúrgico (ILC) requer a implementação de medidas integradas ao longo de todas as fases do período perioperatório. Na fase pré-operatória, recomenda-se a realização de banho com chd a 2 a 4%, salvo contra-indicações, na noite anterior à cirurgia e novamente no dia do procedimento, com pelo menos duas horas de antecedência.

No período pré e intraoperatório, não se deve realizar tricotomia de rotina, sendo esta indicada apenas quando absolutamente necessária. Nesses casos, o procedimento deve ser realizado imediatamente antes da cirurgia, utilizando uma máquina de corte de uso único. Além disso, deve-se administrar profilaxia antibiótica cirúrgica nos casos indicados, assegurando a repicagem ou readministração conforme necessário. A antisepsia da pele da PSP deve ser realizada imediatamente antes da incisão, com solução antisséptica de clorhexidina a 2% em álcool a 70%, salvo contra-indicação, respeitando sempre as recomendações do fabricante.

Na fase pós-operatória, a realização do penso cirúrgico deve seguir rigorosamente a técnica asséptica, assegurando a adequada proteção da ferida e reduzindo o risco de infecção.

Termorregulação

A termorregulação é um fator essencial no cuidado a PSP, desempenhando um papel crucial na prevenção de complicações e na promoção da recuperação. A manutenção da temperatura corporal dentro de limites fisiológicos adequados contribui para a estabilidade hemodinâmica, a integridade metabólica e o conforto da pessoa, sendo um dos pilares fundamentais da prática de enfermagem perioperatória.

A alteração da temperatura corporal, especialmente a hipotermia perioperatória, pode resultar em diversos efeitos adversos, como aumento do risco de ilc, alterações na coagulação sanguínea, maior consumo de oxigénio, instabilidade cardiovascular e prolongamento do tempo de recuperação anestésica (Duarte e Martins, 2014). Além disso, a sensação de frio e tremores podem gerar desconforto significativo, afetando negativamente a experiência da pessoa no período perioperatório.

A equipa de enfermagem tem um papel fundamental na prevenção e gestão das variações térmicas, através da monitorização contínua da temperatura corporal e da implementação de estratégias para minimizar perdas de calor. Medidas como o uso de cobertores térmicos, a administração de fluidos aquecidos e a redução da exposição desnecessária da pele ao ambiente podem contribuir significativamente para a manutenção da temperatura corporal e a

redução de riscos associados.

Não esquecendo a Norma Clínica 020/2015 da DGS (2015), já referida anteriormente, que enfatiza a importância da manutenção da normotermia como medida essencial para a segurança e o bem-estar da PSP no período perioperatório.

Assim, a atenção à termorregulação é essencial para garantir a segurança, o bem-estar e uma recuperação mais eficaz da PSP, sendo um aspeto indispensável para a qualidade dos cuidados prestados.

4.6. Conceção de Cuidados

Consciência

24-10-2024 23:30

24-10-2024 23:30 - Com indícios de compromisso da consciência.

24-10-2024 23:30 - Consciência comprometida

24-10-2024 23:30 - Abertura dos olhos: ao estímulo verbal.

24-10-2024 23:30 - Resposta verbal: confusa.

24-10-2024 23:30 - Resposta motora: obedece a ordens simples.

24-10-2024 23:30 - Determinar evolução da consciência

24-10-2024 23:30 - Avaliar evolução da consciência

Sensações somáticas

24-10-2024 21:00

24-10-2024 21:00 - Manifesta dor.

24-10-2024 21:00 - Dor

24-10-2024 21:00 - Localização da dor

24-10-2024 21:00 - Abdómen Direita(o)

24-10-2024 21:00 - Determinar evolução da dor

24-10-2024 21:00 - Avaliar evolução da dor

24-10-2024 21:00 - Diminuir dor

24-10-2024 21:00 - Gerir analgesia

24-10-2024 21:00 - Executar técnica não farmacológica de alívio da dor [FIM]

24-10-2024 23:30

24-10-2024 21:00 - Posicionar para aliviar a dor

24-10-2024 21:00 - Promover autocontrolo: dor

24-10-2024 21:00 - Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 21:00 - Conhecimento sobre analgesia controlada pelo cliente: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 21:00 - Capacidade para autocontrolar analgesia: necessita ser

melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 21:00 - Autoeficácia para autocontrolar a analgesia: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 21:00 - Significado atribuído às estratégias não farmacológicas de alívio da dor: não dificultador.

24-10-2024 21:00 - *Avaliar evolução do conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [FIM]* 24-10-2024 23:30

24-10-2024 21:00 - *Avaliar evolução do conhecimento sobre analgesia controlada pelo cliente [FIM]* 24-10-2024 23:30

24-10-2024 21:00 - *Avaliar evolução da capacidade para autocontrolar analgesia [FIM]* 24-10-2024 23:30

24-10-2024 21:00 - *Avaliar evolução da autoeficácia para autocontrolar a analgesia [FIM]* 24-10-2024 23:30

24-10-2024 21:00 - *Avaliar evolução do autocontrolo da dor*

24-10-2024 23:30

24-10-2024 23:30 - Sem manifestação de dor [MELHOROU].

Sistema respiratório

24-10-2024 23:30

24-10-2024 23:30 - Frequência respiratória: 16 ciclos/min.

24-10-2024 23:30 - Ritmo respiratório regular.

24-10-2024 23:30 - Saturação do oxigénio no sangue

24-10-2024 23:30 - Periférico(a): 96 %.

24-10-2024 23:30 - Reflexo da tosse: presente.

24-10-2024 23:30 - Mobiliza as secreções das vias aéreas acumulando-as ao nível supraglótico.

24-10-2024 23:30 - Sons respiratórios: normais.

24-10-2024 23:30 - Secreções em pequena quantidade.

24-10-2024 23:30 - Secreções normais.

24-10-2024 23:30 - Secreções esbranquiçadas.

24-10-2024 23:30 - Limpeza da via aérea comprometida

24-10-2024 23:30 - Determinar evolução da limpeza da via aérea

24-10-2024 23:30 - *Avaliar evolução da limpeza da via aérea*

Pele e mucosas

24-10-2024 23:30

24-10-2024 23:30 - Alterações da integridade dos tecidos.

24-10-2024 23:30 - Ferida cirúrgica

24-10-2024 23:30 - Localização da ferida cirúrgica

24-10-2024 23:30 - Abdómen Direita(o)

24-10-2024 23:30 - Determinar evolução da ferida cirúrgica

24-10-2024 23:30 - *Avaliar evolução da ferida cirúrgica*

Termorregulação

24-10-2024 23:30

24-10-2024 23:30 - Hipotermia

4.7. Especificação das intervenções

Avaliar evolução da dor

- Monitorizar dor
- Avaliar dor

Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico

- Otimizar cateter venoso periférico
- Vigiar sinais de flebite

Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

- Vigiar sinais inflamatórios
- Otimizar cateter periférico

Avaliar evolução do autocontrolo da dor

- Através do posicionamento

Avaliar evolução da consciência

- Monitorizar a escala de coma de glasgow

Avaliar evolução da ferida cirúrgica

- Vigiar penso cirúrgico

Avaliar evolução da temperatura corporal

- Monitorizar temperatura corporal

Avaliar evolução da limpeza da via aérea

- Vigiar reflexo de tosse
- Avaliar reflexo de tosse
- Vigiar secreções

Avaliar evolução de sinais de hemorragia

- Vigiar penso cirúrgico
- Vigiar sinais vitais

4.8. Síntese relativa ao caso

A elaboração de planos de cuidados constitui um elemento essencial na assistência à PSP. Este processo inicia-se com a avaliação pré-operatória, a qual envolve a recolha de dados específicos e pertinentes para a identificação de diagnósticos de enfermagem e para a fundamentação das

intervenções necessárias.

Compete ao enfermeiro especialista obter informações precisas e adequadas, com o intuito de implementar e avaliar continuamente as intervenções durante o planeamento dos cuidados. Ademais, é sua responsabilidade coordenar e executar o plano de cuidados, assegurando uma abordagem holística e personalizada. Este cuidado deve abranger não apenas a recuperação física da pessoa, mas também as suas necessidades emocionais e psicossociais, promovendo o bem-estar integral.

A conceção de planos de cuidados no contexto perioperatório deve pautar-se por uma prática dinâmica e centrada na pessoa, onde a obtenção de dados, a identificação de diagnósticos de enfermagem e a implementação precisa das intervenções constituem elementos fundamentais. A personalização do cuidado visa proporcionar uma experiência cirúrgica mais segura e satisfatória, favorecendo o bem-estar da PSP e de sua família ao longo de todo o processo.

No contexto da hernioplastia femoral, a PSP geralmente tem consciência da necessidade da intervenção cirúrgica para restaurar o equilíbrio da sua saúde, especialmente devido ao desconforto causado pela hérnia. A compreensão da gravidade da situação e da importância do procedimento favorece a transição cirúrgica. Além disso, o apoio familiar e a confiança na equipa de enfermagem atuam como fatores facilitadores desse processo.

Todavia, a distância do domicílio e o afastamento da família podem constituir barreiras à adaptação. A experiência cirúrgica exige uma reorganização temporária da rotina, podendo gerar sentimentos de insegurança e ansiedade. Dado que a cirurgia impõe mudanças significativas no corpo e no quotidiano, torna-se imprescindível a resiliência da PSP e da equipa de enfermagem para garantir uma transição eficaz e tranquila.

Nesse sentido, também neste caso se enquadra a Teoria das Transições de Afaf Meleis, uma vez que a PSP vivencia uma mudança significativa que requer adaptação física, emocional e social. A teoria enfatiza que fatores como o suporte familiar, a confiança na equipa de enfermagem e o conhecimento sobre o procedimento são determinantes para facilitar a transição. Além disso, destaca que mudanças na identidade e no papel social da PSP podem ocorrer, exigindo uma intervenção direcionada da enfermagem para promover uma adaptação mais suave. Em casos de cirurgia emergente, essa necessidade de transição é ainda mais intensa, tornando a intervenção da equipa de enfermagem crucial para fornecer apoio e minimizar as incertezas.

O ambiente cirúrgico e o papel do enfermeiro na fase intraoperatória são determinantes para o sucesso da hernioplastia femoral. O enfermeiro assegura que todos os recursos necessários estejam disponíveis e que a cirurgia decorra sob condições de máxima segurança, minimizando riscos. A monitorização constante dos sinais vitais, o cumprimento rigoroso das boas práticas cirúrgicas e a atenção ao correto desenvolvimento do procedimento são aspetos essenciais para a segurança.

No pós-operatório imediato, a equipa de enfermagem dedica-se à monitorização da recuperação, com ênfase no controlo da dor e na prevenção de complicações. A vigilância contínua é crucial para garantir uma recuperação adequada, sem intercorrências adversas. Além disso, as orientações relativas aos cuidados com a ferida cirúrgica, alimentação, medicação e atividade física devem ser fornecidas de forma progressiva, conforme a evolução.

Em situações de emergência, quando a hernioplastia é realizada sem planeamento prévio, a intervenção da enfermagem torna-se ainda mais crucial. A equipa deve atuar com celeridade na avaliação das condições clínicas, na recolha de dados e na implementação inicial dos cuidados, garantindo um processo seguro e eficiente. A comunicação clara e uma abordagem holística são fundamentais para auxiliar a PSP a lidar com as incertezas inerentes à cirurgia emergente.

A intervenção pré-operatória assume um papel determinante na promoção do conhecimento e no esclarecimento de eventuais dúvidas, bem como na avaliação do estado geral de saúde. Este momento é essencial para o estabelecimento de uma relação de confiança, o que contribui diretamente para uma experiência cirúrgica mais positiva e impacta significativamente na recuperação e na gestão do processo cirúrgico.

Por conseguinte, a atuação da enfermagem no contexto da hernioplastia femoral deve ser orientada por uma abordagem centrada na pessoa, considerando tanto as necessidades físicas quanto emocionais. O cuidado contínuo e personalizado ao longo das fases perioperatórias é fundamental para promover segurança, conforto e recuperação, assegurando uma experiência cirúrgica mais tranquila e eficaz.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Em conformidade com o Regulamento n.º 140/2019, publicado no Diário da República (DR) de 6 de fevereiro de 2019, o "Domínio de competência" é definido como uma esfera de ação que abrange um conjunto de competências com uma linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados.

O desenvolvimento de competências de enfermagem é essencial para assegurar cuidados de qualidade e seguros à PSP. Este processo implica uma educação contínua, fundamentada em evidências científicas e atualizações constantes em práticas clínicas, tecnologias e resultados de investigação, conforme destacado por Meleis (2010), que sublinha a importância da integração da teoria com a prática clínica.

Segundo Benner (2001), o desenvolvimento das competências técnicas e clínicas, tais como a administração segura de medicamentos e a correta monitorização dos sinais vitais, é um processo contínuo que evolui do nível de principiante até ao nível de especialista, destacando-se a relevância da experiência e reflexão crítica ao longo deste percurso.

Paralelamente, competências interpessoais como a comunicação eficaz e a empatia são fundamentais, permitindo uma interação positiva com a PSP e com a equipa multidisciplinar, como referido por Peplau (1991), ao evidenciar que uma comunicação terapêutica eficaz contribui significativamente para resultados positivos em saúde.

Ademais, segundo Alfaró-LeFevre (2016), o desenvolvimento de competências de pensamento crítico é crucial na tomada de decisões informadas, permitindo ao enfermeiro interpretar, analisar e avaliar situações complexas de forma sistemática. Esta competência é especialmente importante em contextos clínicos exigentes, onde decisões rápidas, seguras e bem fundamentadas têm implicações diretas na qualidade dos cuidados prestados.

As competências de liderança e gestão, bem como a adaptação às tecnologias emergentes, são destacadas por Marquis e Huston (2017), que realçam o papel do enfermeiro líder na organização eficaz dos recursos disponíveis e na utilização segura e eficiente das ferramentas tecnológicas.

Por fim, o conhecimento aprofundado das questões éticas e legais, como o respeito pela autonomia da pessoa e a garantia da confidencialidade, é fundamental e está alinhado com as recomendações do Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O enfermeiro, ao adquirir e aplicar conhecimentos específicos, aprimora as suas habilidades profissionais, transformando esse conhecimento em competências que o capacitam a desempenhar as suas funções de forma eficaz e segura. Os avanços tecnológicos e científicos na área da saúde têm possibilitado um grande progresso no diagnóstico e tratamento de doenças, contribuindo para o aumento da longevidade da população. No entanto, é fundamental destacar que a longevidade não está necessariamente associada a uma melhor qualidade de vida.

Entre as competências do enfermeiro especialista destaca-se a capacidade de realizar avaliações completas e precisas da pessoa sob seus cuidados. Conforme o DR, no Regulamento n.º 429/2018 (p. 19360):

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

Além disso, espera-se que o enfermeiro especialista demonstre habilidades de comunicação eficaz, tanto com as pessoas quanto com a equipa de saúde, possua capacidade para tomar decisões rápidas e fundamentadas em situações de emergência, atue com ética e integridade em todas as suas atividades e mantenha-se constantemente atualizado em relação às mais recentes evidências científicas e práticas recomendadas na sua área de atuação.

De acordo com o estabelecido no DR, no Regulamento n.º 429/2018 (p. 19360):

o avanço no conhecimento requer que o Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica desenvolva uma prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo também o líder ideal para projetos de formação, de assessoria e de investigação que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização.

Dessa forma, as competências do enfermeiro especialista abrangem conhecimento técnico e científico especializado, habilidades clínicas avançadas, capacidade de liderança e trabalho em equipa, competências de comunicação e empatia, bem como um compromisso inalienável com a qualidade e segurança no cuidado a PSP. Esses atributos são essenciais para assegurar um cuidado de excelência e segurança, além de contribuir para o avanço da enfermagem e da saúde de forma global.

Nos termos do DR no Regulamento n.º 140/2019 (p. 4744):

o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído, nos termos do disposto na alínea i) do n.º 3 do artigo 3.º do Estatuto da OE.

O mesmo regulamento, na secção II, artigo 3.º (p. 4745), refere:

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

Os quatro domínios das competências comuns definidos pela OE para o exercício profissional da enfermagem na perspectiva do enfermeiro especialista são:

1. Responsabilidade profissional, ética e legal;
2. Melhoria contínua da qualidade;
3. Gestão de Cuidados;
4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Esses domínios refletem a complexidade e a amplitude da atuação do enfermeiro especialista, enfatizando a necessidade de um exercício profissional pautado pelo rigor científico, pela humanização do cuidado e pelo compromisso com a excelência na assistência prestada.

Responsabilidade Profissional, Ética E Legal

O Enfermeiro Especialista deve atuar de forma ética e profissional, fundamentando suas decisões nos princípios deontológicos e na conduta ética exigida pela profissão. Além disso, deve utilizar seu conhecimento especializado para avaliar as melhores práticas de cuidado, considerando as preferências da pessoa e garantindo uma abordagem segura e eficaz. O respeito aos direitos humanos, a capacidade de analisar e interpretar situações complexas no contexto de cuidados especializados e a habilidade de lidar com desafios de maneira adequada são essenciais para assegurar o bem-estar. (Beauchamp & Childress, 2013; ICN, 2000)

O enfermeiro tem sob sua responsabilidade o bem mais precioso do ser humano: a vida. Além disso, na sua conduta profissional, deve preservar os valores mais caros e íntimos do ser humano, como a dignidade e a honra, respeitando suas dimensões ética e afetiva. Nesse sentido de acordo com o artigo 102.º do Estatuto da OE, instituído pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro:

o enfermeiro tem o dever de cuidar da pessoa sem qualquer discriminação econômica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa; salvaguardar os direitos das crianças, das pessoas idosas e das pessoas com deficiência; abster-se de emitir juízos de valor sobre o comportamento da pessoa e de lhe impor seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida; respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa, criando condições para que ela possa exercer seus direitos nessas áreas.

Durante o estágio de natureza profissional, emergiram reflexões éticas e legais que contribuíram para o desenvolvimento de competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, especialmente no contexto do bloco operatório central em situação de urgência. O momento da admissão da pessoa no bloco operatório envolve um conjunto de validações destinadas a garantir a preparação e a segurança do procedimento cirúrgico. No decorrer da experiência clínica, a observação atenta e a reflexão crítica sobre esse momento suscitaram questionamentos acerca da organização da admissão da PSP, uma vez que, em algumas ocasiões, várias pessoas eram reunidas simultaneamente no local de admissão ao bloco operatório.

Essa organização levanta questões éticas relevantes, pois pode expor informações sensíveis das pessoas perante outras pessoas. Muitas vezes, as pessoas estavam acompanhadas apenas pelo técnico auxiliar de saúde responsável pela sua transferência do serviço de urgência para o bloco operatório, exceto em casos de instabilidade hemodinâmica, nos quais o enfermeiro do serviço de urgência os acompanhava. A chegada simultânea de diversas pessoas ao bloco operatório dificulta a preservação da privacidade e da confidencialidade dos dados sensíveis. Apesar da existência de cortinas no setor de admissão para proporcionar maior privacidade, a exposição de informações ainda ocorre, uma vez que outras pessoas podem ouvir as questões realizadas durante o processo de admissão. Esta prática fere diretamente os princípios consagrados no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (UE, 2016/679), bem como os preceitos éticos e deontológicos da profissão (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A prática de expor questões pessoais perante outras pessoas pode comprometer diretamente o direito à privacidade, reduzindo a confiança da pessoa. Dessa forma, é fundamental que os enfermeiros adotem uma abordagem cautelosa e diligente na proteção da privacidade da pessoa, garantindo a segurança e a integridade dos seus dados pessoais, em conformidade com os mais elevados padrões profissionais e regulatórios. Para mitigar esse risco, todas as interações sensíveis devem ocorrer em um ambiente privado e controlado, como na entrada da sala de operações, onde há um espaço reservado com cortinas que possibilita a realização das questões necessárias à pessoa, minimizando a exposição de informações e eventuais constrangimentos. Dessa maneira, todas as práticas estarão em estrita conformidade com os requisitos legais e éticos, promovendo um ambiente de cuidado seguro e respeitoso para todos os envolvidos.

Outro ponto essencial no contexto perioperatório refere-se ao consentimento informado, esclarecido e livre relativo aos procedimentos cirúrgicos e anestésicos, bem como às suas implicações, conforme estabelecido pela Direção-Geral Saúde (DGS, 2015). Durante o estágio, foi possível observar diferentes situações nesse âmbito. Enquanto algumas pessoas demonstravam estar informadas e conscientes de sua situação clínica, em muitos casos de urgência e emergência tal não ocorria. Nessas situações, foram realizadas diversas intervenções junto da equipa multidisciplinar para garantir que a pessoa recebesse as informações mais relevantes, possibilitando o exercício de sua autonomia. O papel do enfermeiro perioperatório nesse contexto é proporcionar condições para que a informação seja transmitida de forma clara, em um ambiente calmo e privado, utilizando uma linguagem acessível e considerando a personalidade, o grau de instrução e as condições clínicas e psíquicas da PSP. Essa abordagem está alinhada com as diretrizes da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) da DGS (2013), reforçando a importância da comunicação eficaz e do respeito à autodeterminação da PSP.

Durante o estágio, sempre foi priorizado o respeito à dignidade humana, compreendendo que a pessoa em situação perioperatória encontra-se em um estado de vulnerabilidade, marcado por incertezas, medos e preocupações. Cabe ao enfermeiro compreender essas emoções e buscar estratégias para amenizá-las, estabelecendo uma relação terapêutica que auxilie as pessoas a superarem suas angústias (Meleis, 2010). Assim, sempre que possível, foi adotada uma postura acolhedora, apresentando-se a pessoa, esclarecendo dúvidas e transmitindo tranquilidade com base no conhecimento profissional. Além disso, buscou-se criar uma atmosfera de conforto emocional ao abordar temas de interesse da pessoa, como sua família, viagens ou hobbies, permitindo que se sentisse mais à vontade e seguro.

Um dos momentos em que a dignidade da pessoa se encontra mais fragilizada ocorre durante a exposição corporal. Dessa forma, foi demonstrado constante cuidado para minimizar qualquer desconforto, adotando medidas como a utilização de lençóis para preservar a privacidade da pessoa e garantir que a exposição fosse reduzida ao mínimo necessário. Essas atitudes refletem a preocupação em respeitar a pessoa em sua totalidade, considerando seus valores e crenças, sem qualquer forma de discriminação.

Assim, ao longo do estágio, foram seguidos rigorosamente os princípios éticos e morais, assegurando o respeito à pessoa e à sua dignidade em todas as práticas realizadas no contexto hospitalar.

Melhoria Contínua Da Qualidade

O Enfermeiro Especialista desempenha um papel fundamental no impulsionamento e apoio às iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. Colabora ativamente na conceção e implementação de projetos ligados à qualidade, assegurando a disseminação

necessária para a sua integração a nível prático. Desenvolve práticas de qualidade e participa ativamente em programas de melhoria contínua, reconhecendo a importância da avaliação constante das práticas e da implementação de medidas de correção quando necessário.

Além disso, o Enfermeiro Especialista garante a criação de um ambiente terapêutico e seguro, entendendo que a gestão centrada na pessoa é essencial para o sucesso do tratamento e a prevenção de incidentes. Atuando de forma proativa, promove a participação da pessoa no seu processo de cuidado e gere os riscos de forma eficiente para garantir o bem-estar de todos os envolvidos.

A gestão da qualidade “é uma decisão estratégica de uma organização que pode ajudar a mudar o seu desempenho global e proporcionar uma base sólida para iniciativas de desenvolvimento sustentável” (ISO 9001: 2015, p. 22).

Face às preocupações das pessoas, às suas preferências e circunstâncias, torna-se necessário que as instituições e os seus profissionais estabeleçam princípios de boas práticas e garantam a qualidade dos cuidados, incluindo a sua efetividade, a segurança da PSP e o papel deste em todo o processo (Castro, 2018, p. 29).

No bloco operatório há que pensar e agir sobre a totalidade dos seus fenómenos, combiná-los e fazê-los crescer para realizar a mudança.

A organização do serviço, os recursos, o sistema de inteligência e a gestão do risco, constituem a espinha dorsal do moderno bloco operatório, e são essenciais para garantir a integração e implementação de padrões de boa governação.

A definição de qualidade depende de vários elementos desde a performance dos profissionais e passando pelos cenários em que ocorre o cuidado e os seus receptores: a pessoa, a família e a comunidade (Donabedian, 1988).

Os indicadores de qualidade utilizados atualmente são propostos por Donabedian (2015) que considera três abordagens para avaliação da qualidade, que corresponde a três categorias: estrutura, processo e resultados.

Assim sendo, cabe ao enfermeiro especialista ter um papel dinamizador na melhoria da qualidade, desenvolvendo uma prática baseada nas mais recentes evidências científicas, realizando projetos de formação, que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências. Segundo Thompson e Stapley (2011), a capacidade de decisão do enfermeiro está intrinsecamente ligada ao acesso e interpretação da evidência, bem como à sua aplicação no contexto real, sendo essencial para a segurança clínica.

No decorrer do estágio, procurei sempre desenvolver uma melhoria dos cuidados, debatendo com a tutora algumas experiências e ideias.

Uma das ideias discutida foi a prática de isolamento dos materiais na sala em casos de pessoas

submetidos a cirurgia e que se encontram em isolamento de contacto. O protocolo adotado no referido bloco consiste na proteção de monitores e torres com celofane antes da entrada da pessoa. No entanto, verificou-se que, durante o procedimento cirúrgico, essa barreira frequentemente necessita ser perfurada para permitir a visualização adequada dos parâmetros vitais e a manipulação dos equipamentos. Essa prática compromete a eficácia do isolamento inicial, tornando questionável a sua real utilidade.

Considerando a presença de múltiplos pontos de acesso a luvas e soluções desinfetantes dentro da sala cirúrgica, a adoção de medidas alternativas, como a substituição frequente de luvas e a higienização das mãos, poderia ser mais eficaz na prevenção da transmissão de agentes infecciosos. Essa abordagem foi debatida com um dos elos de ligação do Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA). Apesar do reconhecimento de que a prática vigente não constitui a estratégia mais adequada e da existência de estudos que corroboram essa conclusão, a equipe optou por manter o protocolo atual, fundamentando sua decisão na sensação subjetiva de maior segurança.

Essa postura evidencia um conflito entre a aplicação de evidências científicas e a resistência à mudança baseada em percepções individuais. No entanto, apesar do esforço para demonstrar a inconsistência da prática, não foi possível promover a alteração do protocolo vigente.

Outra ideia discutida foi, a contagem de compressas em salas de cirurgia seria a utilização de quadros brancos, permitindo a implementação de um protocolo uniforme e padronizado, a fim de minimizar erros. Atualmente, a entrega das compressas ao enfermeiro instrumentista é realizada, por norma, pelo enfermeiro circulante, que regista a quantidade fornecida em um papel. No entanto, em determinadas situações, como a necessidade de o enfermeiro circulante se ausentar para obter materiais em falta ou realizar outros procedimentos, o enfermeiro de anestesia pode assumir essa função e posteriormente comunicar ao circulante a quantidade entregue.

Diante de emergências ou múltiplas tarefas simultâneas, pode ocorrer a omissão dessa comunicação, resultando em falhas na contagem. A adoção de um quadro branco na sala de cirurgia permitiria que qualquer profissional que fornecesse compressas ao enfermeiro instrumentista regista-se, de imediato, a quantidade entregue, garantindo maior precisão no controle. Além disso, essa solução proporcionaria ao enfermeiro instrumentista um acesso visual rápido e contínuo às quantidades já disponibilizadas, facilitando a contagem e reduzindo o risco de equívocos (WHO, 2009).

A contagem de compressas é um procedimento crítico para a segurança cirúrgica, pois visa prevenir a retenção inadvertida de materiais dentro do corpo do doente, um erro raro, mas potencialmente fatal. Segundo as Orientações da OMS para a Cirurgia Segura (2009), as compressas devem ser contadas em várias fases do procedimento – antes do início, antes do

encerramento de cavidades e antes do encerramento final da ferida. Devem ainda ser visivelmente organizadas e contadas em pares, por duas pessoas, preferencialmente o enfermeiro circulante e o instrumentista. Esta prática, além de obrigatória, é recomendada por diversas entidades internacionais de enfermagem perioperatória. A adoção de sistemas automatizados de contagem, como códigos de barras ou radiofrequência, embora mais dispendiosos, também tem demonstrado maior precisão. No entanto, o envolvimento atento da equipa e o uso consistente de protocolos manuais padronizados continuam a ser a base essencial para evitar este tipo de erro (WHO, 2009).

Dado que não houve abertura para mudanças, optou-se por aprimorar o trabalho dentro dos protocolos já estabelecidos. Assim, durante este estágio, foram desenvolvidas competências fundamentais relacionadas à melhoria contínua da qualidade, com especial enfoque na segurança da pessoa e na prevenção de infeções. Para tal, foram adotadas as seguintes medidas:

- Garantia da esterilização de todos os materiais cirúrgicos, assegurando a sua correta preparação e utilização conforme as normas vigentes;
- Controlo e Prevenção de Infeção – Stop Infeção 2.0, garantindo que os procedimentos de algaliação fossem realizados de forma asséptica, com a aplicação do fixador conforme estabelecido pela norma. Além disso, foi assegurado que o saco coletor não permanecesse em contacto direto com o chão e que a sua capacidade não ultrapassasse dois terços do volume total;
- Utilização adequada de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) em todos os procedimentos cirúrgicos, promovendo a segurança tanto dos clientes quanto dos profissionais de saúde;
- Cumprimento das diretrizes de segurança cirúrgica, incluindo a aplicação rigorosa da lista de verificação de cirurgia segura, contribuindo assim para a minimização de erros e incidentes durante as intervenções;
- Verificação da correta higienização da sala operatória antes da entrada da PSP, garantindo um ambiente seguro e livre de agentes contaminantes, de acordo com os protocolos de desinfeção hospitalar;
- Implementação da técnica ISBAR como método estruturado de comunicação entre os membros da equipa multidisciplinar, assegurando a transmissão clara e objetiva das informações essenciais antes, durante e após os procedimentos cirúrgicos, otimizando a coordenação e reforçando a segurança do cliente.

Essas ações permitiram não apenas a conformidade com os protocolos estabelecidos, mas também uma melhoria contínua na qualidade da assistência prestada.

Considera-se que a responsabilidade pela qualidade clínica dos cuidados prestados, bem como pelo ambiente em que estes se inserem, deve ser assumida por todos os profissionais de saúde. Reconhece-se que a melhoria contínua é sempre possível e desejável. Para tal, torna-se imprescindível um trabalho em equipa que integre as competências, responsabilidades e valores individuais, de modo a assegurar, de forma contínua, todo o processo assistencial à pessoa e garantir a sua efetiva segurança, através da aplicação de normas, protocolos e da correta execução das boas práticas.

Gestão De Cuidados

De acordo com o DR no regulamento nº 140/2019 o Enfermeiro Especialista tem como competências a gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação com a equipa de saúde. Ele garante a segurança e a qualidade das tarefas delegadas, adaptando a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto. Além disso, ele adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais apropriado para garantir a qualidade da assistência prestada. Segundo Northouse (2021), a liderança eficaz em ambientes clínicos exige flexibilidade situacional, comunicação clara e uma tomada de decisão colaborativa, adequada às necessidades da equipa e do contexto.

No domínio da gestão dos cuidados, o enfermeiro especialista adequa os recursos às necessidades de cuidados, tentando promover a qualidade dos mesmos, encontrando-se numa posição privilegiada que lhe permite, face às conceções de cuidados que defende, ser agente de mudança. De acordo com Potter et al. (2017), o enfermeiro gestor deve alinhar os cuidados prestados com princípios científicos e éticos, assumindo uma postura responsável na alocação de recursos e na organização da prestação de cuidados.

As conceções teóricas e os princípios científicos representam elementos fundamentais na determinação do campo específico e disciplina de enfermagem, sublinhando o mandato social da profissão (Soares, 2017).

Assim, o enfermeiro especialista encontra-se numa posição privilegiada que lhe permite, tendo em conta as suas conceções de cuidados, ser agente de mudança, organizando a prestação de cuidados e incentivando o trabalho coletivo para atingir um nível de qualidade adequado, capaz de servir as necessidades de saúde das pessoas (Peres et al., 2013).

O enfermeiro especialista deve ser capaz de adaptar os recursos disponíveis às necessidades de cuidados, proporcionando uma resposta eficaz em termos de recursos humanos e materiais em cada situação encontrada durante a prestação de cuidados.

O Bloco operatório é um ambiente extremamente técnico e complicado, composto por uma equipa multidisciplinar geralmente numerosa, o que torna a gestão do mesmo desafiadora.

Neste cenário, a distribuição eficiente dos recursos humanos e a otimização dos processos,

incluindo a padronização de procedimentos, a utilização eficaz dos recursos disponíveis e a minimização de desperdícios de tempo e materiais, tornam-se essenciais para maximizar a capacidade de resposta da equipa e reduzir a ocorrência de erros, assegurando assim a qualidade e a segurança dos cuidados prestados (Potter et al., 2017).

Um dos principais desafios ocorre quando se verifica a necessidade de admissão simultânea de várias pessoas urgentes, resultando na abertura de um número de salas operatórias superior ao permitido. Nessas circunstâncias, torna-se indispensável a presença de três enfermeiros por sala, o que compromete a segurança da PSP. O Regulamento n.º 743/2019, publicado no n.º 184 da 2.ª série do Diário da República, na página 142, estabelece que "nas salas de operações de cirurgia programada ou urgente, considera-se a existência dos seguintes postos de trabalho: enfermeiro circulante, enfermeiro instrumentista e enfermeiro de anestesia" (Diário da República, 2019, p. 142). Contudo, com uma equipa reduzida a quatro elementos no Bloco de Urgência, torna-se inviável cumprir esta distribuição sem comprometer a qualidade do atendimento.

Em diversos turnos, verificou-se a necessidade de funcionamento simultâneo de duas ou três salas operatórias, quando, de acordo com o rácio de profissionais de enfermagem, apenas uma deveria estar em funcionamento. Tal realidade exige um ajuste dinâmico da equipa, frequentemente resultando no incumprimento do rácio estabelecido, o que pode comprometer a segurança da pessoa e aumentar o risco de burnout dos profissionais.

Em algumas situações, a abertura de uma segunda sala foi implementada, onde o enfermeiro circulante se encarregava de organizar todo o material necessário para a próxima cirurgia e preparar a sala operatória, enquanto o enfermeiro de anestesia e o instrumentista concluíam a intervenção anterior. Ao final, a equipa transferia-se diretamente para a sala previamente organizada, reduzindo, assim, o tempo de espera entre procedimentos e eliminando a necessidade de aguardar pela limpeza e desinfeção da sala previamente utilizada.

A otimização do tempo de turnover é crucial para manter a eficiência e a fluidez do serviço. Conforme referido por Jericó, Perroca e Penha (2011), o intervalo entre a saída de uma PSP da sala operatória e a admissão do seguinte constitui um indicador de processo relevante, permitindo avaliar a produtividade da unidade e identificar oportunidades de melhoria. A análise adequada destes indicadores permite ao enfermeiro gestor reorganizar fluxos de trabalho, instituir práticas padronizadas e reduzir o tempo de inatividade da sala operatória, aumentando a sua produtividade sem comprometer a segurança da pessoa.

O papel do enfermeiro gestor assume particular importância na articulação entre as necessidades assistenciais e a capacidade de resposta da equipa. A comunicação eficaz constitui um dos pilares essenciais para assegurar que as decisões tomadas sejam claras, objetivas e alinhadas com a realidade do serviço. A transparência na transmissão de informações, a capacidade de delegação adequada e a gestão de conflitos são competências

fundamentais que permitem otimizar a distribuição de tarefas e maximizar a eficiência da equipa (Northouse, 2021)

Diariamente, no início do turno matinal durante a semana, realizava-se um briefing com a equipa e o enfermeiro gestor, permitindo a discussão de problemas existentes, a busca por soluções e a comunicação de alterações nos planos ou procedimentos. Este momento também era utilizado para informar sobre futuras formações, promovendo a atualização contínua dos profissionais.

Outro fator determinante para a qualidade assistencial é o tempo e o modo de integração de novos elementos na equipa. A adaptação a um ambiente de urgência exige um período adequado de formação e supervisão, assegurando tanto a segurança da pessoa quanto a confiança do profissional. Segundo Duchscher (2008), o processo de transição profissional requer acompanhamento estruturado, garantindo a aquisição gradual de autonomia e prevenindo a ocorrência de erros e o esgotamento emocional.

Assim, tornou-se imperativo a existência de protocolos bem definidos para a receção e acompanhamento dos novos enfermeiros, garantindo que adquirissem gradualmente autonomia e competência para atuar no serviço. Neste sentido, enfermeiros experientes no serviço desenvolveram um protocolo de integração para os novos elementos, com o intuito de corrigir falhas e proporcionar uma transição mais estruturada e segura.

A gestão das substituições também se configura como um desafio constante. Quando um profissional necessita de sair mais cedo devido ao cumprimento do horário de amamentação, a redistribuição da equipa torna-se essencial para cobrir essa ausência sem comprometer a assistência. Contudo, a dificuldade em encontrar substituição imediata, especialmente quando todas as salas operatórias estão em funcionamento, obriga o enfermeiro responsável pelo turno a assumir a função em falta até que um profissional esteja disponível.

Dessa forma, a gestão de cuidados no Bloco de Urgência exige um equilíbrio entre capacidade técnica, comunicação eficaz e adaptação dinâmica às necessidades diárias, garantindo um ambiente de trabalho seguro e eficiente para os profissionais e as PSP.

Desenvolvimento Das Aprendizagens Profissionais

Ao longo dos anos, os avanços científicos e tecnológicos impuseram aos profissionais de enfermagem a necessidade de repensar a sua prática, garantindo que esta acompanhasse tais evoluções e assegurasse um atendimento qualificado e eficaz. No âmbito das aprendizagens profissionais, o desenvolvimento de competências requer um esforço individual e contínuo para a atualização face às novas evidências científicas e tecnológicas. Segundo Benner (2001), o crescimento profissional do enfermeiro ocorre por estágios sucessivos, sendo sustentado pela experiência clínica e pela reflexão sistemática sobre a prática. Este investimento pessoal não

apenas promove o crescimento profissional, mas também fomenta o autoconhecimento, o desenvolvimento pessoal e a assertividade, elementos fundamentais na prática da enfermagem especializada.

O enfermeiro especialista reconhece a importância da relação terapêutica e multiprofissional, alicerçando a sua práxis clínica em evidências científicas e na tomada de decisões fundamentadas. Conforme Alfaro-LeFevre (2017), a tomada de decisão clínica requer pensamento crítico, raciocínio clínico e julgamento fundamentado em conhecimento válido e atualizado. O enfermeiro atua como facilitador nos processos de aprendizagem e demonstra uma participação ativa na investigação científica, contribuindo para a evolução do conhecimento e para a melhoria dos cuidados de saúde prestados.

No contexto do bloco operatório, um ambiente altamente especializado e diferenciado, é essencial que o enfermeiro detenha conhecimentos profundos e constantemente atualizados, sustentados em evidência científica. O caráter dinâmico e exigente deste contexto impulsiona o crescimento tanto profissional quanto emocional, exigindo a capacidade de autoconhecimento, de gestão das próprias idiosincrasias e de reconhecimento dos limites pessoais e profissionais. Neste sentido, Boyatzis (2008) sublinha que a inteligência emocional é essencial para o desempenho em contextos de elevada complexidade emocional, como o ambiente cirúrgico. Adicionalmente, a enfermagem perioperatória requer competências para gerir emoções, atuar de forma eficaz sob pressão, antecipar e reconhecer situações de conflito, bem como aplicar estratégias adequadas para a sua resolução (Diário da República, 2019).

A experiência em contexto de estágio clínico possibilita uma compreensão aprofundada do perioperatório e das diferentes realidades que o integram. A reflexão sobre a filosofia dos blocos operatórios convencionais, suas particularidades e limitações, bem como sobre a capacitação e participação das pessoas nos seus processos de recuperação, revela-se essencial. Neste sentido, a presença do enfermeiro especialista nestas unidades deve ser constantemente analisada e valorizada, sendo um desafio que todos os profissionais de enfermagem devem abraçar.

A vivência nos contextos de estágio proporciona experiências formativas fundamentais, contribuindo para a construção de uma prática de enfermagem robusta e significativa. No âmbito do estágio de natureza profissional em bloco operatório, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais alinha-se com as competências delineadas no Artigo 8.º do Regulamento n.º 140/2019. A prática clínica especializada, sustentada em evidência científica, reforça a importância de que as decisões e intervenções do enfermeiro especialista sejam fundamentadas em conhecimento válido, crítico e atualizado (Facione, 2015).

Paralelamente, o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade assume papel central, pois compreender a própria dimensão pessoal e a interação com os outros em contextos profissionais e organizacionais é determinante para o estabelecimento de relações

terapêuticas e multiprofissionais. Assim, o estágio não se limitou ao aperfeiçoamento de competências técnicas específicas do contexto cirúrgico, mas também incentivou uma abordagem reflexiva, baseada em evidências e focada na melhoria contínua da prática profissional.

O processo de aprendizagem durante o estágio revelou-se essencial para a aquisição de novas competências, abrangendo domínios como gestão, investigação, raciocínio clínico e pensamento crítico. A interação constante entre teoria e prática proporcionou oportunidades de desenvolvimento em áreas previamente pouco exploradas, como a instrumentação cirúrgica e a circulação intraoperatória.

Dessa forma, a experiência permitiu a ampliação do conhecimento e o fortalecimento das competências necessárias à atuação do enfermeiro especialista. Ficou evidente que a busca por conhecimento deve ser um processo contínuo, focado na atualização técnica e científica, bem como na participação ativa em projetos de investigação. A aprendizagem profissional, portanto, deve ser uma constante ao longo de toda a carreira, garantindo a excelência na prática de enfermagem.

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOAS EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA

A OE no regulamento n.º 429/2018 (p.19366) refere que:

A área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória tem como alvo de intervenção a pessoa e família/pessoa significativa, a vivenciarem experiência cirúrgica/anestésica. Os cuidados de enfermagem nesta área de especialização são dirigidos aos projetos de saúde da pessoa e família/pessoa significativa a vivenciarem processos de saúde/doença que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, em ambiente perioperatório, à promoção da saúde, à prevenção de eventos adversos e ao tratamento da doença.

A atuação do Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem Perioperatória abrange várias áreas de atividades, incluindo consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós-anestésicos. Essas etapas, englobam as fases pré, intra e pós-operatório.

O período perioperatório é um momento de vulnerabilidade física e emocional, de medo e ansiedade tanto para a pessoa como para a família.

Com o objetivo de aprimorar o cuidado prestado durante o período perioperatório, foi estabelecida a especialidade de enfermagem voltada para esse campo. A formação desses profissionais visa capacitá-los para oferecer cuidados especializados e de alta qualidade a PSP antes, durante e após procedimentos cirúrgicos.

Segundo o DR no regulamento nº 429/2018 (p. 19366):

A Consciência cirúrgica é um princípio ético e moral que orienta o profissional na prática de cuidar à pessoa em situação perioperatória, agindo em seu benefício em qualquer situação independentemente do controlo externo efetuado. É demonstrado pelo comportamento profissional baseado no conhecimento, compreensão e aplicação dos princípios da prática cirúrgica e responsabilidades legais, éticas e morais, para com a pessoa e equipa, pelas quais cada profissional é responsável.

Assim o Enfermeiro Especialista no Perioperatório deve demonstrar competências especializadas no cuidado a pessoa em situação perioperatória e na garantia da segurança congruente com a consciência cirúrgica.

Cuida Da Pessoa Em Situação Perioperatória E Respectiva Família/ Pessoa Significativa

De acordo com a European Operating Room Nurses Association (EORNA),(2012): “os indivíduos submetidos a cirurgia invasiva ou procedimentos anestésicos, têm o direito de serem cuidados por pessoal qualificado num ambiente seguro enquanto estiverem numa unidade perioperatória”, diretriz esta que se mantém cada vez mais atual, numa altura em que as PSP vêm reforçados os seus direitos a cuidados seguros. Esta linha de pensamento, é reforçada em 2020 pela EORNA, quando esta enaltece que “The most important consideration for patients undergoing surgery is to safeguard them and deliver the best care”. De forma a poder assegurar esses cuidados, a referida organização considera a importância de enfermeiros especializados em cuidados perioperatórios (Luís, 2022, pag. 24).

No que concerne a esta área, a OE estabeleceu duas metas principais para o aprimoramento das habilidades do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica (EMC) no contexto da PSP e apresentou algumas estratégias utilizadas para alcançá-las.

Capacita A Pessoa E Família/Pessoa Significativa, Para A Gestão De Experiência Cirúrgica

No contexto da enfermagem perioperatória, o domínio "Cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa" integra-se nas competências específicas do enfermeiro especialista, refletindo a sua capacidade de proporcionar cuidados holísticos e individualizados. No âmbito do estágio, a sua relevância justifica-se pela necessidade de garantir a segurança, o conforto e a humanização da assistência prestada à pessoa submetida a intervenções cirúrgicas urgentes, como a colecistectomia laparoscópica e a hernioplastia femoral.

No processo perioperatório, é essencial que o enfermeiro especialista identifique e compreenda

as necessidades da pessoa e da sua família ou pessoa significativa. Através desta avaliação, é possível elaborar um plano de intervenção personalizado que promova o bem-estar e a recuperação da PSP. Além disso, deve estabelecer-se uma relação terapêutica empática e solidária, utilizando estratégias que facilitem a comunicação, promovam a expressão de emoções e incentivem a autonomia da pessoa. Promover uma esperança realista e aliviar a ansiedade e o medo são medidas fundamentais para garantir o conforto e a segurança do indivíduo.

A comunicação eficaz assume um papel preponderante na prestação de cuidados, sendo responsabilidade do enfermeiro especialista assegurar que a pessoa compreenda todas as informações necessárias para a sua autodeterminação e tomada de decisão informada. Segundo Tanner (2006), a tomada de decisão clínica é um processo complexo que envolve percepção, interpretação e resposta, sendo fundamental no contexto perioperatório. Para tal, deve esclarecer dúvidas, fornecer orientações claras sobre o procedimento cirúrgico e preparar a pessoa para possíveis alterações na sua autoimagem e capacidades funcionais. Além disso, é essencial desenvolver um plano de instrução e treino que capacite o indivíduo para a sua recuperação e autogestão, promovendo a sua reabilitação e independência.

O enfermeiro especialista deve também garantir mecanismos de suporte e acompanhamento para pessoas em situação de vulnerabilidade, incluindo menores e indivíduos com necessidades especiais, de acordo com a legislação vigente e as políticas institucionais. Assim, desempenha um papel crucial no cuidado integral e personalizado da PSP, assegurando uma abordagem humanizada e centrada na pessoa.

A urgência destas cirurgias exige uma abordagem rápida e eficaz, sem comprometer a qualidade dos cuidados. A literatura reforça que a capacidade de decidir com rapidez e precisão está associada à experiência, mas também ao conhecimento sistematizado (Benner, 2001). O enfermeiro especialista assegura a vigilância contínua da pessoa em todas as fases do período perioperatório, desde a admissão até ao pós-operatório, minimizando riscos, prevenindo complicações e promovendo uma recuperação segura. No pré-operatório, avalia o estado clínico da pessoa, identifica fatores de risco e presta informações sobre o procedimento, reduzindo a ansiedade e promovendo a adesão ao plano terapêutico. Durante a cirurgia, participa na monitorização dos sinais vitais, na aplicação de medidas de prevenção de infeções e lesões, e assegura a correta gestão do material cirúrgico, contribuindo para um ambiente operatório seguro. No pós-operatório, realiza a avaliação contínua da dor e da estabilidade hemodinâmica, implementa protocolos de analgesia, previne complicações como infeções e orienta a pessoa e a família para a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar.

A Teoria das Transições de Afaf Meleis sustenta que a experiência de transição é um processo dinâmico que exige adaptação por parte da pessoa e da sua família, sendo o enfermeiro um elemento essencial na facilitação deste processo (Meleis, 2010). A transição perioperatória,

especialmente em contexto de urgência, representa uma mudança significativa que pode gerar ansiedade, medo e incerteza. O enfermeiro especialista desempenha um papel fundamental na facilitação desta transição ao fornecer informações claras e adaptadas à pessoa e à sua família, garantindo um ambiente de apoio e promovendo estratégias que favorecem uma adaptação mais eficaz.

Além disso, a transição não termina com a alta hospitalar, pois a pessoa continua a enfrentar desafios relacionados com o pós-operatório e a recuperação em casa. Assim, o enfermeiro especialista assegura a continuidade dos cuidados, fornecendo orientações sobre sinais de alerta, gestão da dor, cuidados com a ferida cirúrgica e retoma das atividades diárias, promovendo uma recuperação segura e reduzindo o risco de complicações. A comunicação eficaz, a empatia e o incentivo à autonomia da pessoa são fundamentais para facilitar a sua adaptação à nova condição de saúde.

Nesse sentido, o enfermeiro especialista desempenha um papel essencial no empoderamento da pessoa, proporcionando-lhe conhecimento e competências para que este participe ativamente no seu processo de recuperação. O incentivo à autonomia, a promoção da literacia em saúde e a capacitação para a autogestão da sua condição clínica são aspetos fundamentais para garantir uma recuperação eficaz e a manutenção da qualidade de vida após a cirurgia.

Desta forma, a atuação do enfermeiro especialista em enfermagem perioperatória, sustentada pelo domínio em questão e fundamentada na Teoria das Transições de Afaf Meleis, contribui para a otimização dos cuidados prestados, garantindo uma abordagem centrada na pessoa e respeitando os princípios éticos e científicos que orientam a prática clínica.

Promove Cuidados A Pessoa Em Situação Perioperatória

No contexto da enfermagem perioperatória, a prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória constitui uma das competências essenciais do enfermeiro especialista. Durante o estágio, este domínio foi cumprido através da implementação de intervenções direcionadas à segurança, ao conforto e à recuperação da pessoa submetida a intervenções cirúrgicas urgentes.

A enfermagem perioperatória desempenha um papel fundamental na segurança e no bem-estar da PSP ao longo de todo o processo cirúrgico. A sua atuação inclui a verificação da lista de procedimentos, garantindo que todas as etapas necessárias são cumpridas para assegurar a realização da cirurgia de forma segura e eficaz. Além disso, o enfermeiro é responsável pelo cuidado da pessoa em todas as fases do perioperatório, garantindo conforto, integridade, privacidade e respeito pela sua autonomia. Para tal, acompanha a pessoa desde o período pré-operatório até à recuperação pós-anestésica, prestando cuidados individualizados e humanizados.

O desempenho eficaz desta função exige conhecimento especializado, fundamentado na evidência científica e na experiência clínica, permitindo intervir em situações de imprevisto, complexidade e vulnerabilidade. De acordo com Benner (1984), o desenvolvimento de competências em enfermagem é progressivo e centrado na experiência prática e na tomada de decisão clínica contextualizada, evoluindo de um desempenho principiante para um especialista com elevada capacidade de julgamento e intervenção.

A tomada de decisão, enquanto competência essencial, é fortemente influenciada pela capacidade do enfermeiro em integrar conhecimento técnico-científico, experiência acumulada e pensamento crítico-reflexivo (Thompson & Dowding, 2009). No contexto perioperatório, esta competência revela-se crucial, uma vez que o enfermeiro necessita de tomar decisões rápidas, seguras e centradas na pessoa, nomeadamente no posicionamento cirúrgico, na prevenção da hipotermia ou na gestão de complicações pós-anestésicas.

A prática baseada na evidência, como defendido por Melnyk e Fineout-Overholt (2019), deve orientar a tomada de decisão clínica, promovendo cuidados de maior qualidade e segurança. Esta abordagem sustenta-se na integração das melhores evidências científicas disponíveis com a experiência do profissional e as preferências da pessoa, sendo essencial à atuação do enfermeiro especialista.

Adicionalmente, a enfermagem perioperatória assume a gestão da dor associada aos procedimentos cirúrgicos, promove uma comunicação eficaz com as pessoas que apresentem barreiras comunicacionais e assegura uma documentação rigorosa para garantir a continuidade dos cuidados.

Na prestação de cuidados perioperatórios, destaca-se a atenção ao posicionamento cirúrgico, com ênfase na integridade cutânea durante o período intraoperatório. No caso específico da pessoa submetida a anestesia geral, o estado de inconsciência e conseqüente vulnerabilidade aumentam a exposição a riscos, desproteção e impossibilidade de defesa, tornando essencial a intervenção de um profissional qualificado para garantir a sua segurança (Regulamento n.º 429/2018). Entre as principais complicações associadas ao posicionamento cirúrgico incluem-se a dor músculo-esquelética, lesões cutâneas, danos nos nervos periféricos e síndrome compartimental (Lopes et al., 2016).

O enfermeiro assume um papel determinante na definição do posicionamento e na seleção dos equipamentos adequados, respeitando os limites impostos pela abordagem cirúrgica e anestésica. Apesar dessas restrições, no âmbito da atuação interprofissional, este profissional possui a capacidade de estabelecer estratégias de posicionamento que conciliem as exigências do procedimento cirúrgico/anestésico com a otimização da posição da pessoa. Fundamentando as suas intervenções na melhor evidência disponível, assegura a assertividade das decisões tomadas, promove a reflexão sobre o processo de cuidados e garante um posicionamento seguro, prevenindo complicações decorrentes desta prática.

A termorregulação constitui igualmente um foco primordial na vigilância do enfermeiro perioperatório. De acordo com a SPA (2017), a hipotermia perioperatória inadvertida é uma complicação frequente, prevenível e associada a desfechos clínicos adversos. A hipotermia é definida por uma temperatura central inferior a 36°C e, conforme indicado na literatura, pode afetar entre 26% a 90% das PSP submetidos a procedimentos cirúrgicos, ocorrendo em qualquer fase do período perioperatório. Fatores como a inibição das respostas fisiológicas termorreguladoras induzida pela anestesia, a redução do metabolismo basal, os fatores associados ao procedimento cirúrgico e a exposição da PSP às baixas temperaturas do bloco operatório contribuem para o desenvolvimento desta complicação.

Assim, a avaliação intraoperatória da pessoa revela-se fundamental, não só para identificar aqueles em risco acrescido de desenvolver hipotermia e prevenir a sua ocorrência, mas também para detetar sinais e sintomas desta condição, como tremores, extremidades frias e alterações no conforto térmico. Dessa forma, a promoção da termorregulação na pessoa em situação perioperatória contribui para o seu conforto, satisfação e segurança. O enfermeiro especialista em enfermagem perioperatória, conhecendo o contexto de atuação, ajusta a sua intervenção com base no conhecimento científico, implementando medidas de aquecimento e adequando a frequência e o método de monitorização da temperatura, mesmo na presença de um quadro de normotermia.

No pós-operatório, a intervenção do enfermeiro especialista foca-se na vigilância contínua do estado clínico da pessoa, com ênfase no controlo da dor, prevenção de náuseas e vômitos, e redução do risco de complicações, como infeções.

Dessa forma, a promoção de cuidados à pessoa em situação perioperatória foi concretizada através de intervenções baseadas na evidência científica, garantindo uma abordagem holística e humanizada, que assegurou a qualidade e a segurança do processo cirúrgico e a adequada adaptação da pessoa à sua nova condição de saúde.

Desenvolve A Sua Intervenção Numa Perspectiva Interprofissional

A comunicação eficaz é essencial em todos os aspetos da vida, sendo particularmente relevante na área da saúde, especialmente durante procedimentos cirúrgicos. No contexto perioperatório, a clareza e precisão na comunicação entre os membros da equipa interdisciplinar são fundamentais para o sucesso das intervenções cirúrgicas e, sobretudo, para a segurança da PSP. De acordo com Leonard, Graham e Bonacum (2004), falhas de comunicação estão entre as principais causas de eventos adversos em contexto cirúrgico, o que reforça a importância de uma comunicação estruturada e eficaz entre os profissionais.

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica desempenha um papel crucial na articulação entre os diferentes profissionais envolvidos no planeamento e implementação de cuidados baseados em evidência científica. A complementaridade das intervenções da equipa

interdisciplinar é determinante para garantir a qualidade dos cuidados prestados e promover o bem-estar da pessoa submetida ao procedimento cirúrgico. Esta atuação exige competências de liderança, pensamento crítico e tomada de decisão fundamentada. Segundo Alfaró-LeFevre (2020), o raciocínio clínico e a capacidade de tomar decisões informadas são elementos fundamentais para a prática do enfermeiro especialista, sobretudo em ambientes de elevada complexidade como o bloco operatório.

Além disso, a comunicação eficaz contribui para a otimização da segurança cirúrgica, permitindo a identificação precoce de potenciais problemas e a implementação de medidas corretivas de forma célere. A gestão do trabalho em equipa, aliada à promoção da partilha e reflexão sobre os processos de cuidado, melhora a eficiência e a eficácia das intervenções cirúrgicas.

O ambiente cirúrgico pode ser exigente e suscetível a situações de stress e conflito, pelo que é essencial que a equipa esteja preparada para lidar com essas circunstâncias de forma harmoniosa. Assim, o respeito mútuo, a cordialidade e a adaptação da comunicação às particularidades de cada profissional são aspetos fundamentais para manter um ambiente colaborativo. O investimento contínuo na formação e treino da equipa interdisciplinar é também indispensável para assegurar a qualidade dos cuidados prestados e a segurança da PSP. Esta perspetiva vai ao encontro do que Thompson e Dowding (2009) defendem ao afirmar que a tomada de decisão clínica deve ser contextualizada, colaborativa e sustentada em múltiplas fontes de informação.

Neste âmbito, foi elaborado e apresentado um póster científico intitulado “Protocolo ERAS – Um Caminho para a Excelência”, no I Congresso de Enfermagem Perioperatória de Braga, que teve como objetivo analisar a eficácia do protocolo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) na pessoa em situação perioperatória. De acordo com a Anesthesia Patient Safety Foundation (APSF), o protocolo ERAS integra um conjunto de intervenções planeadas e sistematizadas nos períodos pré, intra e pós-operatório, com vista à minimização da dor, redução do uso de opioides, aceleração da recuperação clínica e diminuição das complicações cirúrgicas e do tempo de internamento hospitalar. A revisão bibliográfica realizada destaca os benefícios transversais da aplicação deste protocolo em diversas especialidades cirúrgicas, demonstrando impacto positivo na diminuição do tempo de hospitalização e na melhoria dos índices de satisfação das PSP. Apesar de a evidência atual não ser conclusiva quanto aos efeitos do protocolo ERAS numa abordagem multidisciplinar, nomeadamente no papel específico dos profissionais de enfermagem, considera-se que os enfermeiros perioperatórios podem ter um contributo significativo na capacitação e instrução da PSP, na gestão da dor e na otimização da recuperação pós-cirúrgica. Assim, reconhece-se a pertinência de investigações futuras que aprofundem esta temática no âmbito da prática de enfermagem.

A elaboração deste trabalho permitiu refletir sobre a importância da articulação interprofissional na implementação de protocolos baseados em evidência, como o ERAS, reforçando a relevância

da comunicação eficaz e da colaboração entre os diferentes elementos da equipa de saúde. Esta consciência foi também aprofundada durante a experiência de estágio, onde foi possível integrar uma equipa multidisciplinar e estabelecer relações profissionais baseadas no respeito mútuo e na comunicação clara. A valorização do diálogo e a adaptação à dinâmica da equipa contribuíram para um ambiente de trabalho mais coeso, promovendo uma colaboração eficiente entre os diferentes profissionais.

Entre os exemplos práticos dessa abordagem, destaca-se a colaboração na implementação da Lista de Verificação Cirúrgica da OMS, garantindo que todos os passos essenciais fossem cumpridos antes do início da cirurgia. A correta identificação da PSP, a verificação dos materiais e a comunicação clara sobre os procedimentos a serem realizados contribuíram para a segurança cirúrgica.

Durante os procedimentos, a interação com a equipa de anestesia revelou-se essencial, principalmente na monitorização da pessoa durante a indução anestésica. A comunicação eficaz permitiu relatar alterações hemodinâmicas precocemente, possibilitando a adoção imediata de medidas corretivas pela equipa médica.

Além disso, verificou-se a importância da intervenção interprofissional na gestão de situações de stress na sala operatória. Num momento de tensão devido a uma complicação intraoperatória, a manutenção de uma comunicação objetiva e organizada permitiu que a equipa agisse rapidamente, garantindo a segurança da PSP.

No período pós-operatório imediato, a articulação com a equipa da unidade de recobro foi fundamental para garantir a transição segura da PSP. A transmissão clara de informações sobre a cirurgia, a anestesia utilizada e os cuidados necessários possibilitaram um acompanhamento adequado, prevenindo potenciais complicações e garantindo o conforto da PSP.

Desta forma, reforçou-se a importância do enfermeiro especialista enquanto elemento integrador da equipa, promovendo a colaboração interdisciplinar e garantindo a prestação de cuidados seguros e de qualidade.

Em suma, a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica numa perspetiva interprofissional evidencia-se pela sua capacidade de comunicação, coordenação e articulação entre os diferentes profissionais, assegurando a segurança nos procedimentos cirúrgicos, a qualidade dos cuidados e o bem-estar da PSP.

MAXIMIZA A SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA E DA EQUIPA PLURIDISCIPLINAR, CONGRUENTE COM A CONSCIÊNCIA CIRÚRGICA

A OE destaca no Regulamento n.º 429/2018 (p. 19366) que:

considerando o elevado risco associado aos cuidados perioperatórios, particularmente da ocorrência de eventos adversos decorrente da vulnerabilidade da pessoa, dos procedimentos

realizados e da complexidade do ambiente e dos recursos, o enfermeiro especialista na área de Enfermagem à pessoa em situação Perioperatória mobiliza conhecimentos e habilidades que garantam a segurança da pessoa, profissionais e ambiente, agindo de acordo com a ética profissional.

Demonstra Consciência Cirúrgica Na Promoção De Um Ambiente Seguro Para Todos Os Intervenientes No Período Perioperatório

O enfermeiro especialista em EMC desempenha um papel essencial na maximização da segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, fundamentando a sua atuação na consciência cirúrgica. De acordo com a OE (Regulamento n.º 429/2018, p. 19366), a consciência cirúrgica é um princípio ético e moral que orienta o profissional na prestação de cuidados, garantindo que as suas ações sejam sempre em benefício da pessoa, independentemente do controlo externo efetuado. Dessa forma, o enfermeiro especialista assume a responsabilidade pela prestação de cuidados seguros, baseados em conhecimento científico e alinhados com as normas legais, éticas e morais inerentes à sua função. Esta competência implica capacidade de decisão fundamentada, gestão de riscos e liderança situacional, aspetos cruciais no bloco operatório (Northouse, 2021). A tomada de decisão deve ser sustentada por conhecimento clínico, experiência e evidência científica, considerando o impacto direto na segurança da pessoa (Meleis, 2018).

No contexto perioperatório, a segurança inicia-se no pré-operatório, garantindo a correta identificação da PSP, a realização de exames necessários, a observação das condições clínicas e o cumprimento das recomendações institucionais. No intraoperatório, a implementação da consciência cirúrgica reflete-se na verificação rigorosa da assepsia, na integridade dos materiais e equipamentos e no cumprimento dos protocolos de segurança, como a lista de verificação de cirurgia segura da OMS.

Durante o estágio, verificou-se a importância de garantir a limpeza e desinfeção adequada das salas operatórias, respeitando o tempo de turnover. Em uma das situações observadas, a equipa assistente teve de repetir a limpeza e desinfeção da sala, pois ainda havia locais com resíduos de sangue, evidenciando a necessidade de vigilância contínua por parte da equipa de enfermagem para assegurar a conformidade com os protocolos de higiene e prevenção de infeções.

Outra situação relevante identificada foi a necessidade frequente de abertura de uma segunda sala operatória sem o número adequado de profissionais, comprometendo as dotações seguras e, conseqüentemente, a qualidade e segurança da assistência prestada. Além disso, constatou-se que, em diversas ocasiões, as caixas de material cirúrgico provenientes do serviço de reprocessamento não estavam aptas para utilização, chegando molhadas ou com ausência de material essencial para os procedimentos. Essas não conformidades foram devidamente

reportadas ao risco clínico e discutidas com o gestor, evidenciando a necessidade de um rigoroso controlo de qualidade no processamento de materiais.

Nesse sentido, considerou-se fundamental conhecer a central de reprocessamento de dispositivos médicos, com o objetivo de compreender, de forma mais aprofundada, o circuito que garante a esterilização e a integridade dos materiais cirúrgicos. A visita permitiu observar as diferentes etapas do processo, desde a receção do material contaminado, passando pela sua limpeza, desinfeção e inspeção, até à esterilização e acondicionamento final. Esta experiência possibilitou uma reflexão crítica sobre a importância de uma comunicação eficaz entre os serviços e do cumprimento rigoroso dos protocolos definidos, reconhecendo que eventuais falhas neste circuito podem comprometer a segurança da pessoa em situação cirúrgica e o bom desempenho da equipa intraoperatória. Verificou-se ainda que, apesar da complexidade e responsabilidade inerentes ao reprocessamento dos dispositivos médicos, a central não dispõe de enfermeiros a tempo inteiro, estando apenas presente o enfermeiro gestor durante o turno da manhã. O serviço do bloco operatório conta com um enfermeiro que tem 30% da sua carga horária atribuída à central de reprocessamento, contudo, esse tempo revela-se insuficiente face às exigências e responsabilidades do serviço. Atualmente, encontra-se em fase de implementação um programa computacional que, através da leitura do código da caixa cirúrgica, permite visualizar os instrumentos que a compõem, a quantidade correta de cada um e respetiva imagem, facilitando assim a sua montagem sem falhas. Este sistema possibilita ainda o registo imediato de eventuais faltas, promovendo uma maior segurança e rastreabilidade no processo.

No pós-operatório, a atenção do enfermeiro especialista centra-se na monitorização da pessoa, na gestão da dor e na prevenção de complicações, garantindo um processo de recuperação seguro. Além disso, a comunicação eficaz entre os profissionais e a liderança na gestão de riscos são competências essenciais para minimizar falhas e promover uma cultura de segurança. A tomada de decisão clínica é, assim, um processo dinâmico, que exige reflexão crítica, competência técnica e liderança ética (Meleis, 2018; Northouse, 2021).

Dessa forma, a atuação do enfermeiro especialista em EMC na enfermagem perioperatória reflete um compromisso contínuo com a segurança da pessoa e da equipa, assegurando que os cuidados sejam prestados de acordo com elevados padrões de qualidade, ética e boas práticas.

Lidera O Processo De Prevenção E Controlo De Infeção Associado Aos Cuidados Perioperatórios

O enfermeiro especialista em EMC desempenha um papel essencial na liderança do processo de prevenção e controlo da infeção no contexto perioperatório, sendo responsável pela implementação e supervisão de medidas que visam minimizar o risco de infeções do local cirúrgico e outras infeções associadas aos cuidados de saúde. O exercício desta função exige

competências avançadas de decisão clínica, suportadas por conhecimento técnico-científico e orientadas por normas nacionais e internacionais.

Com vista à promoção da segurança da pessoa em situação perioperatória, este profissional assegura o cumprimento rigoroso das normas institucionais e das diretrizes de organismos como a Direção-Geral da Saúde (DGS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS). A sua atuação compreende a implementação de práticas assépticas e antissépticas, a monitorização da esterilização e desinfeção de materiais e superfícies, e a supervisão da adesão às precauções padrão e específicas. Além disso, assegura a administração profilática de antibióticos, quando indicada, contribuindo para a redução da incidência de infeções pós-operatórias.

A tomada de decisão por parte do enfermeiro especialista baseia-se em modelos teóricos, como o proposto por Tanner (2006), que estrutura o raciocínio clínico em quatro fases: noticing, interpreting, responding e reflecting. Tal abordagem permite uma atuação fundamentada e eficaz na identificação de fatores de risco, na interpretação de dados clínicos, na execução de intervenções preventivas e na avaliação dos seus resultados. Por exemplo, perante uma pessoa com antecedentes de diabetes mellitus submetida a uma cirurgia prolongada, torna-se essencial reconhecer o risco acrescido de ILC, ajustando, em conformidade, as estratégias de vigilância e prevenção.

A capacitação da equipa multidisciplinar constitui igualmente uma dimensão relevante da função do enfermeiro especialista, que promove, através de ações formativas, a adoção de boas práticas como a higiene das mãos, o uso correto de equipamentos de proteção individual (EPI), a técnica asséptica, a desinfeção adequada e a deteção precoce de sinais de infeção. Esta vertente pedagógica está intrinsecamente ligada à liderança clínica, conforme descrita por Northouse (2021), que defende que a eficácia da liderança em saúde depende da flexibilidade situacional, da comunicação clara e da tomada de decisão colaborativa.

A segurança da PSP constitui uma prioridade fundamental, sendo assegurada por meio da implementação de medidas de controlo rigorosas, como a utilização adequada de campos estéreis e técnicas de barreira, a restrição do fluxo de pessoas no bloco operatório e a manutenção de condições ambientais que minimizem a proliferação microbiana. Dessa forma, o enfermeiro especialista em EMC assume um papel central na prevenção e controlo da infeção em contexto perioperatório, não apenas supervisionando e executando boas práticas, mas também liderando a formação e sensibilização da equipa de saúde, garantindo a qualidade dos cuidados prestados.

A OMS (2009), reconhece que as complicações decorrentes dos cuidados cirúrgicos representam uma das principais causas de morte e incapacidade a nível global, classificando-as como um problema de saúde pública. Estudos indicam que cerca de metade dos eventos adversos ocorridos no contexto cirúrgico poderiam ser evitados. A ILC está associada a diversos fatores, incluindo a condição clínica da pessoa, o tipo de procedimento cirúrgico e as características do

agente patogénico envolvido. Esta infeção pode manifestar-se no local da incisão ou em regiões próximas, dentro dos primeiros 30 dias após a cirurgia ou até três meses em casos de colocação de prótese.

Embora existam fatores de risco não modificáveis, como a idade, comorbilidades e a gravidade da doença, há outros fatores sobre os quais é possível intervir. A monitorização e o controlo desses fatores podem reduzir significativamente a taxa de ILC, aumentando a segurança da PSP (DGS, 2022). A prevenção dessa infeção é um processo complexo, que envolve múltiplos fatores, sendo que cerca de metade dos casos podem ser evitados com a implementação de medidas baseadas em evidência científica (DGS, 2015).

Neste contexto, a DGS inclui no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 o objetivo estratégico "5.3 - Reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos (RAM)", evidenciando a importância do controlo da infeção no ambiente cirúrgico. A DGS identifica ainda três fatores de risco modificáveis para a ILC sobre os quais é possível intervir: manutenção da normotermia, normoglicemia e oxigenação tecidual. A norma da DGS recomenda a adoção de medidas específicas, incluindo a manutenção de uma temperatura corporal igual ou superior a 36°C, a monitorização da glicemia para garantir valores inferiores ou iguais a 180 mg/dl nas primeiras 24 horas do pós-operatório e a administração de oxigenoterapia para manter uma saturação periférica superior a 95%.

De acordo com a OE (2017), cabe ao enfermeiro perioperatório a responsabilidade de promover e implementar procedimentos que visem a prevenção e controlo da infeção do local cirúrgico. Durante o estágio, procurou-se garantir o cumprimento dessas normas, assegurando que as três intervenções recomendadas fossem implementadas e devidamente documentadas.

No serviço onde foi realizado o estágio, existem profissionais designados para atuar no controlo de infeção em conjunto com o GCL-PPCIRA. Estes profissionais participam ativamente no projeto STOP - Infeção Hospitalar 2.0, desenvolvido em parceria com a DGS e a Fundação Calouste Gulbenkian (FCG), com o apoio técnico-científico do Institute for Health Improvement (IHI).

Deste modo, a responsabilidade pela implementação das medidas de prevenção e controlo da infeção não recai apenas sobre um profissional, mas sim sobre toda a equipa envolvida no procedimento cirúrgico. A colaboração entre os diversos intervenientes é essencial para garantir a segurança da pessoa e a eficácia das intervenções, reduzindo a incidência de complicações infecciosas no período perioperatório.

Promove A Gestão E O Controlo Dos Dispositivos Médicos Utilizados No Perioperatório

O enfermeiro especialista em EMC desempenha um papel essencial na gestão e controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório, assegurando a segurança da pessoa, a eficácia dos procedimentos cirúrgicos e a otimização dos recursos hospitalares. Neste âmbito, é

da sua responsabilidade garantir a disponibilidade, o correto funcionamento e a rastreabilidade dos dispositivos médicos necessários à intervenção cirúrgica, mobilizando competências técnicas, pensamento crítico e tomada de decisão fundamentada (Luís, 2023).

Para tal, todo o material necessário às cirurgias programadas é requisitado ao serviço de reprocessamento de dispositivos médicos no dia anterior ao procedimento, o que permite otimizar os recursos disponíveis e garantir a preparação adequada. No próprio dia da cirurgia, o enfermeiro especialista realiza uma verificação rigorosa da integridade dos instrumentais, identifica eventuais falhas nas caixas de material e confirma a correta esterilização, incluindo a observação dos integradores químicos, conforme os protocolos institucionais (Luís, 2023).

Um dos momentos críticos para a segurança cirúrgica envolve o processo de contagem de todos os dispositivos médicos inseridos no campo operatório, o qual deve ser realizado de forma multidisciplinar e colaborativa, com responsabilidade partilhada entre os enfermeiros instrumentista e circulante (AESOP, 2013). Este procedimento encontra-se atualmente consensualizado a nível internacional, como sustentado por Zejnullahu et al. (2017) e Warwick et al. (2019). Em situações de ausência do enfermeiro instrumentista, outro elemento da equipa estéril é designado para esse papel, atuando conjuntamente com o enfermeiro circulante (Fencl, 2016).

Esta prática está alicerçada em recomendações nacionais e internacionais (DGS, 2010; AESOP, 2013; EORNA, 2020) que defendem uma metodologia rigorosa. Segundo Rothrock (2019), devem ser observadas várias premissas fundamentais, como a realização da contagem antes do início e após o encerramento da ferida cirúrgica, a padronização dos conjuntos instrumentais, a contabilização individual de instrumentos com componentes desmontáveis, bem como a inspeção da integridade de todos os materiais. Nenhum instrumento deve ser removido da sala até à conclusão da contagem, devendo todos os registos ser documentados, incluindo os nomes dos profissionais que executaram o procedimento e as suas funções.

A segurança na utilização dos dispositivos médicos constitui um pilar fundamental na prevenção de complicações intraoperatórias e na minimização dos riscos para a pessoa e para a equipa cirúrgica. Assim, o enfermeiro procede à contagem sistemática, à validação do funcionamento de equipamentos essenciais, como bisturis elétricos, aspiradores e torres de laparoscopia, bem como à supervisão da correta eliminação de materiais descartáveis e reprocessamento dos reutilizáveis, em conformidade com as normas de biossegurança (Luís, 2023).

Relativamente aos dispositivos médicos implantáveis, compete ao enfermeiro assegurar o controlo rigoroso da sua utilização, garantindo a documentação adequada e a rastreabilidade exigida pela legislação. Estas ações requerem decisões clínicas fundamentadas, alicerçadas na avaliação de risco e na liderança contextual do processo assistencial (Luís, 2023).

A segurança global da pessoa em contexto cirúrgico não depende apenas da gestão técnica de

dispositivos, mas também da implementação de protocolos organizados, como a lista de verificação de cirurgia segura da Organização Mundial da Saúde. De acordo com Ferreira et al. (2024), a utilização sistemática de checklists, a monitorização contínua e a adoção de práticas baseadas em evidência são fundamentais para minimizar eventos adversos no perioperatório.

Neste âmbito, foi elaborado um pôster científico intitulado “Desperdício no Bloco Operatório: Contributo dos Enfermeiros”, apresentado no I Congresso de Enfermagem Perioperatória da ULS Entre Douro e Vouga. Este trabalho teve como base a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), que sublinha a importância da sustentabilidade na prestação de cuidados de saúde. Considerando que as salas operatórias são responsáveis por uma grande parte dos resíduos hospitalares, muitos dos quais resultam do uso ineficiente de materiais descartáveis, o estudo procurou evidenciar o contributo dos enfermeiros perioperatórios na redução do desperdício. Estima-se que apenas 1 a 2% dos resíduos classificados como risco biológico necessitariam efetivamente desse destino, o que reforça a importância da intervenção destes profissionais na adoção de práticas mais sustentáveis. A conclusão do trabalho destacou que a consciencialização e o investimento em estratégias educativas são fundamentais para melhorar a eficiência dos cuidados, reduzir custos e minimizar a pegada ecológica das instituições hospitalares.

Outro aspeto relevante da sua atuação envolve a gestão de tecidos e fluidos orgânicos, garantindo que a análise, eliminação, colheita e transplante sejam efetuados de forma cuidadosa e responsável.

Durante o dia da cirurgia, o enfermeiro especialista deve proceder à verificação da integridade do material e identificar possíveis falhas nas caixas de instrumental, assegurando, igualmente, a correta esterilização, incluindo a verificação dos integradores.

Desta forma, a intervenção do enfermeiro especialista na gestão e controlo dos dispositivos médicos em contexto perioperatório revela-se imprescindível para assegurar a qualidade dos cuidados prestados, reduzir riscos clínicos e otimizar os recursos das instituições de saúde, repercutindo-se diretamente na segurança e no sucesso das intervenções cirúrgicas. Ao longo da prática clínica, todas as intervenções foram desenvolvidas com base numa aplicação rigorosa das recomendações descritas na literatura científica, orientando a atuação profissional de acordo com as normas e diretrizes nacionais e internacionais, em conformidade com os contributos dos diversos autores referenciados.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

O estágio realizado no Bloco Operatório Central constituiu uma etapa fundamental na consolidação da formação académica, permitindo a integração efetiva entre a teoria e a prática. Sem experiência prévia em contexto de bloco operatório, esta vivência revelou-se particularmente desafiadora, mas também profundamente enriquecedora. A imersão num ambiente altamente técnico e dinâmico possibilitou o desenvolvimento de competências clínicas, técnicas e interpessoais essenciais à prática profissional de enfermagem no contexto perioperatório.

A participação ativa nas atividades da equipa multiprofissional permitiu a aplicação dos conhecimentos adquiridos ao longo da formação, reforçando a importância do raciocínio clínico, da comunicação eficaz e do trabalho em equipa na prestação de cuidados seguros e de qualidade. A experiência em situações de urgência evidenciou, de forma particular, o papel do enfermeiro especialista na tomada de decisões rápidas e fundamentadas, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados e para o bem-estar da pessoa em situação de procedimento.

Durante o estágio, foram também identificadas algumas limitações que, em certos momentos, condicionaram o processo de aprendizagem. A inexistência de experiência prévia neste contexto exigiu uma adaptação célere às rotinas e especificidades do bloco operatório. A conciliação entre o estágio e o exercício profissional em simultâneo no local de trabalho traduziu-se, por vezes, em cansaço físico e mental, impactando a disponibilidade para o estudo autónomo e para a reflexão crítica. Apesar da estabilidade assegurada pela tutora de estágio, a constante rotatividade dos restantes elementos da equipa dificultou a criação de vínculos profissionais e a continuidade na supervisão clínica, exigindo uma adaptação permanente a diferentes estilos de trabalho e comunicação. Estas dificuldades, embora desafiantes, revelaram-se promotoras de crescimento pessoal e profissional, reforçando competências como a resiliência, a gestão do tempo e a autonomia.

Os desafios enfrentados ao longo do estágio foram encarados como oportunidades de aprendizagem, promovendo o desenvolvimento da autonomia, do pensamento crítico e da capacidade de adaptação a contextos exigentes. Cada obstáculo superado representou um passo significativo no percurso formativo, permitindo não só a consolidação de conhecimentos prévios, como também a aquisição de novas competências relevantes para a prática de enfermagem.

No âmbito do projeto de desenvolvimento de competências, os objetivos inicialmente propostos foram, em grande parte, alcançados com sucesso. Contudo, não foi possível concretizar o

objetivo relativo à confrontação do processo de reprocessamento de material instituído com as práticas recomendadas. Esta limitação dá-se devido à inexistência de enfermeiros a desempenhar funções diretamente nesta área específica, inviabilizando a observação e análise pretendidas.

A elaboração do presente relatório refletiu a complexidade desta etapa formativa, exigindo uma análise aprofundada do crescimento profissional e pessoal alcançado. Esta experiência despertou um interesse genuíno pela enfermagem perioperatória, reforçando a motivação para continuar a evoluir e a contribuir de forma ativa para a qualidade dos cuidados de enfermagem em contexto hospitalar.

O estágio constituiu uma experiência transformadora, marcando de forma significativa o percurso formativo e preparando o estudante para os desafios da prática profissional, sempre com o foco na segurança, na qualidade e na humanização dos cuidados.

Finalizo, reiterando, o presente relatório apresenta uma análise abrangente do processo de desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista, evidenciando a sua aplicação prática no contexto da enfermagem perioperatória. Destaca-se, particularmente, a atenção dedicada às especificidades da intervenção cirúrgica em situações de urgência, bem como a reflexão crítica sobre os casos clínicos acompanhados e a concretização do projeto individual delineado. Estes elementos testemunham, de forma clara, o progresso profissional alcançado ao longo deste percurso formativo. Neste sentido, perspetiva-se uma futura integração no bloco operatório como uma oportunidade para aplicar, consolidar e aprofundar os conhecimentos e competências adquiridos ao longo deste percurso. Assumindo, ainda o compromisso com a melhoria contínua da prática profissional, através do aperfeiçoamento técnico-científico e da valorização dos cuidados de enfermagem em contexto perioperatório.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Akinci, S. B., Ayhan, B., Aycan, I. O., Tirnaksiz, B., Basgul, G., Abbasoglu, U., & Sayek, I. (2008). The postoperative analgesic efficacy of intraperitoneal tramadol compared to normal saline or intravenous tramadol in laparoscopic cholecystectomy. *European Journal of Anaesthesiology*, 25(5), 375–381. <https://doi.org/10.1017/S0265021508003694>

Alfaro-LeFevre, R. (2016). *Pensamento crítico, julgamento clínico e processo de enfermagem* (5ª ed.). Lusociência.

Alfaro-LeFevre, R. (2017). *Critical thinking, clinical reasoning, and clinical judgment: A practical approach* (6th ed.). Elsevier.

Alfaro-LeFevre, R. (2020). *Applying nursing process: The foundation for clinical reasoning* (9th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Alfaro-LeFevre, R. (2020). *Critical thinking, clinical reasoning, and clinical judgment: A practical approach to outcome-focused thinking* (7th ed.). Elsevier.

American Society of Anesthesiologists Task Force on Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents. (2017). Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: Application to healthy patients undergoing elective procedures: An updated report. *Anesthesiology*, 126(3), 376–393. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000001452>

Apfel, C. C., Korttila, K., Abdalla, M., Kerger, H., Turan, A., Vedder, I., ... Roewer, N.; IMPACT Investigators. (2004). A factorial trial of six interventions for the prevention of postoperative nausea and vomiting. *New England Journal of Medicine*, 350(24), 2441–2451. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa032196>

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses [AESOP]. (2006). *Enfermagem perioperatória: Da filosofia à prática dos cuidados* (1ª ed.). AESOP

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2013). *Práticas recomendadas para o bloco operatório*. Espaço Gráfico.

Azenha, M., Rocha, C., Oliveira, E., Cruz, L., Pascoal, M., Macedo, A. L., & Gomes, M. (2025). Consensos de Manutenção da Normotermia no Período Perioperatório. *Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2013). *Principles of biomedical ethics* (7ª ed.). Oxford

University Press.

Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Addison-Wesley.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Lusociência.

Bisgaard, T., Klarskov, B., Kristiansen, V. B., Callesen, T., Schulze, S., Kehlet, H., & Rosenberg, J. (1999). Multi-regional local anesthetic infiltration during laparoscopic cholecystectomy in patients receiving prophylactic multi-modal analgesia: A randomized, double-blinded, placebo-controlled study. *Anesthesia & Analgesia*, 89(4), 1017. <https://doi.org/10.1213/00000539-199910000-00036>

Bravo, D., Thiel, C., Bello, R., Moses, A., Paksima, N., & Melamed, E. (2023). What a Waste! The Impact of Unused Surgical Supplies in Hand Surgery and How We Can Improve. *HAND*, 18(7),1215-1221. <https://doi.org/10.1177/15589447221084011>

Boyatzis, R. E. (2008). Competencies in the 21st century. *Journal of Management Development*, 27(1), 5-12. <https://doi.org/10.1108/02621710810840730>

Chaparro, L. E., Lezcano, W., Alvarez, H. D., & Joaqui, W. (2012). Analgesic effectiveness of dipyrone (metamizol) for postoperative pain after herniorrhaphy: A randomized, double-blind, dose-response study. *Pain Practice*, 12(2), 142-147. <https://doi.org/10.1111/j.1533-2500.2011.00463.x>

Chou, R., Gordon, D. B., de Leon-Casasola, O. A., Rosenberg, J. M., Bickler, S., Brennan, T., ... Wu, C. L. (2016). Management of postoperative pain: A clinical practice guideline from the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists. *The Journal of Pain*, 17(2), 131-157. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.12.008>

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2022). *Enfermeiros: Uma voz para liderar – Investir em enfermagem e respeitar os seus direitos para garantir a saúde global*. Conselho Internacional de Enfermeiros.

https://www.icn.ch/system/files/2022-05/ICN%20International%20Nurses%20Day%20Report%202022_Portuguese.pdf

De Oliveira, G. S., Almeida, M. D., Benzon, H. T., & McCarthy, R. J. (2011). Perioperative single dose systemic dexamethasone for postoperative pain: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Anesthesiology*, 115(3), 575-588. <https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e31822511e8>

Portugal. (1996). Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro: Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de

abril). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2010). Manual de Implementação - Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS 2009: Cirurgia Segura Salva Vidas. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2/manual-de-implementacao-da-lista-de-verificacao-de-seguranca-cirurgica-da-oms-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2011). Estrutura concetual da classificação internacional sobre segurança do doente. DGS. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2013). Norma n.º 031/2013 de 31/12/2013 - Profilaxia antibiótica cirúrgica na criança e no adulto. <https://normas.dgs.min-saude.pt>

Direção-Geral da Saúde (2013). Cirurgia Segura, Salva vidas. <https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Norma-Cirurgia-Segura-Salva-Vidas-.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2015). Norma n.º 013/2015 - Prevenção da infeção do local cirúrgico. <https://www.dgs.pt>

Direção-Geral da Saúde. (2015). Norma n.º 015/2013 de 03/10/2013: Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito (Atualização de 04/11/2015). <http://www.aenfermagemleis.pt/wp/wp-content/uploads/2015/11/Norma-015-DGS-Consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito-04-11-20151.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2022, 17 de novembro). Feixe de intervenções de prevenção de infeção de local cirúrgico (Norma n.º 020/2015, atualizada). <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-de-local-cirurgico/>

Direção-Geral da Saúde. (2022). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. <https://www.dgs.pt>

Duchscher, J. E. B. (2008). A process of becoming: The stages of new nursing graduate professional role transition. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(10), 441-450. <https://doi.org/10.3928/00220124-20081001-03>

European Operating Room Nurses Association. (2019). Common core curriculum for perioperative, (3ª ed.), 1-50. <https://eorna.eu/eorna-common-core-curriculum-for-perioperative-nursing-third-edition-2019/>

Facione, P. A. (2011). Critical thinking: What it is and why it counts. Insight Assessment. <https://www.researchgate.net/publication/251303244>

Feijó, L. (2015). Avaliação do estado de consciência: Tradução e validação da escala FOUR (Full

Outline of UnResponsiveness) [Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto]. Repositório da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/90400/2/37410.pdf>

Fencel, J. (2016). Guideline Implementation: Prevention of Retained Surgical Items. *AORN Journal*, 104, 37–48. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2016.05.005>

Fernandes, A. F. F. (2022). Intervenções interdependentes de enfermagem como indicadores sensíveis de qualidade: Cuidados em ventilação mecânica não invasiva [Relatório final de estágio profissional, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Bragança.

Ferreira, A. (2023). Preparação de terapêutica farmacológica: Manual prático para enfermeiros (1ª ed.). Lidel.

Ferreira, J. N. da S., Nascimento, M. R. S. do, Santos, C. Y. L. dos, Teixeira, M. M. de S., Sampaio, A. G. P., & Coelho, H. P. (2024). Enfermagem e segurança do paciente no perioperatório: uma revisão integrativa. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 17(1), 5740–5761. <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.1-343>

Gan, T. J., Diemunsch, P., Habib, A. S., Kovac, A., Kranke, P., Meyer, T. A., ... Chung, F. (2014). Consensus guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting. *Anesthesia & Analgesia*, 118(1), 85–113. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000000002>

Gousheh, S. M., Nesioonpour, S., Foroosh, F. J., Akhondzadeh, R., Sahafi, S. A., & Alizadeh, Z. (2013). Intravenous paracetamol for postoperative analgesia in laparoscopic cholecystectomy. *Anesthesia & Pain Medicine*, 3(1), 214–218. <https://doi.org/10.5812/aapm.9880>

Goethals A, Azmat CE, Adams CT. Femoral Hernia. [Updated 2023 Jul 31]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535449/>

Goktug, A., Gulec, H., Takmaz, S. A., Turkyilmaz, E., & Basar, H. (2015). Lidocaína é mais eficaz do que metoprolol e nitroglicerina para o alívio da dor relacionada à injeção de propofol. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 65(5), 338–342. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2014.01.006>

Guimarães, M. S. F., & Silva, L. R. (2016). Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem. <https://journaldedados.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>

Gupta, V., & Jain, G. (2019). Safe laparoscopic cholecystectomy: Adoption of universal culture of safety in cholecystectomy. *World Journal of Gastrointestinal Surgery*, 11(2), 62–84. <https://doi.org/10.4240/wjgs.v11.i2.62>

Gustafsson, U. O., et al. (2019). Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: ERAS Society recommendations: 2018. *World Journal of Surgery*, 43(3), 659–695. <https://doi.org/10.1007/s00268-018-4844-y>

Hachisuka, T. (2003). Femoral hernia repair. *Surgical Clinics of North America*, 83(5), 1189–1205. [https://doi.org/10.1016/S0039-6109\(03\)00120-8](https://doi.org/10.1016/S0039-6109(03)00120-8)

Hibi, T., Wakabayashi, G., Ebata, T., Sasaki, R., Asbun, H. J., Cherqui, D., ... & Han, H.-S. (2017). The “right” way is not always popular: Comparison of surgeons’ perceptions during laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis among experts from Japan, Korea and Taiwan. *Hepatobiliary & Pancreatic Sciences*, 24(1), 24–32.

Hunter, J. G. (1991). Avoidance of bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy. *American Journal of Surgery*, 162(1), 71–76. [https://doi.org/10.1016/0002-9610\(91\)90207-t](https://doi.org/10.1016/0002-9610(91)90207-t)

Hurtado, P. L. B., & Machado, M. S. S. (2022). Técnicas e referências anatômicas para uma colecistectomia laparoscópica segura: Uma revisão de literatura. *Research, Society and Development*, 11(10), e363111032811. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i10.32811>

Índice.Eu. (2025). Solução polielectrolítica S sem glucose: Informação geral. Obtida em Fevereiro 2025, de <https://www.indice.eu/pt/medicamentos/medicamentos/solucao-polielectrolitica-s-sem-glucose/saber-mais>

Índice.EU. (2025). Propofol - Informação terapêutica e técnica farmacológica. <https://www.indice.eu>

Índice.Eu. (2025). Sugamadex: Informação geral. Obtida em Fevereiro 2025, de <https://www.indice.eu/pt/medicamentos/DCI/sugamadex/informacao-geral>

Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM]. (2021, setembro 14). ERC guidelines 2021 - Recomendações para as equipas pré-hospitalares. Departamento de Emergência Médica. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/09/ERC-Guidelines-Recomendacoes.pdf>

Infarmed. (2024). Boletim de Farmacovigilância (Vol. 28, N.º 1 e 2, janeiro/fevereiro). Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. <https://www.infarmed.pt>

Infarmed. (2025). Detalhes do medicamento. Extranet Infarmed. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml>

Infarmed. (2025). Resumo das características do medicamento: Solução polielectrolítica sem glicose. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.

International Council of Nurses (ICN). (2000). The ICN code of ethics for nurses.

International Council of Nurses (2005). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE: versão 1.0. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>

Jericó, M. C., Perroca, M. G., & Penha, V. C. (2011). Mensuração de indicadores de qualidade em centro cirúrgico: tempo de limpeza e intervalo entre cirurgias. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(5), [08 telas]. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/yTksbyWrvm9YPqqrQjRthRP>

Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Prentice-Hall.

Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The human factor: The critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and Safety in Health Care*, 13(suppl_1), i85-i90. <https://doi.org/10.1136/qshc.2004.010033>

Lopes, C. M., Haas, V. J., Dantas, R. A., Oliveira, C. G., & Galvão, C. M. (2016). Assessment scale of risk for surgical positioning injuries. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, e2704. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0644.2704>

Lopes, M. (2020). *Padrão de documentação de cuidados de enfermagem no período intraoperatório [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]*. Repositório da Esenfc. <http://web.esenfc.pt/?url=zXLQUZpY>

Luís, V. M. G. (2023). *Desenvolvendo a mestria no cuidado à pessoa em situação perioperatória: A segurança na gestão e controlo dos dispositivos médicos de uso múltiplo [Relatório de estágio de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny]*. Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny.

Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2017). *Liderança e Gestão em Enfermagem: Teoria e Aplicação (8ª ed.)*. Artmed.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.

Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2019). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice (4th ed.)*. Wolters Kluwer.

Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2003, 14 de junho). *A dor como 5.º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da dor (Circular Normativa n.º 09/DGCG)*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/IPOLisboa_NormaClinicaEnfermagem_DorQuintoSinalVital.pdf

Motov, S., Yasavolian, M., Likourezos, A., Pushkar, I., Hossain, R., Drapkin, J., ... Fromm, C. (2017). Comparison of intravenous ketorolac at three single-dose regimens for treating acute pain in the emergency department: A randomized controlled trial. *Annals of Emergency*

Medicine, 70(2), 177-184. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2016.10.014>

Naguib, M., Brull, S. J., Kopman, A. F., Hunter, J. M., Fülesdi, B., Arkes, H. R., ... Todd, M. M. (2018). Consensus statement on perioperative use of neuromuscular monitoring. *Anesthesia & Analgesia*, 127(1), 71-80. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002670>

Northouse, P. G. (2021). *Leadership: Theory and practice* (9th ed.). Sage Publications.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código deontológico. Em Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica: na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA. Aprovado em Assembleia Geral Extraordinária, por maioria, em 03.01.2018, em Coimbra. Aprovado por maioria, com alterações, na 3ª Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizada em sessão extraordinária, no dia 25 de novembro de 2017.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Diário da República*, 2ª série, n.º 135 de 16 julho, (19359-19370) Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 743/2019. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República* 2ª série, nº 184 Parte E de 25 de setembro, (128-154)

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento do perfil de competências do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019). *Diário da República*. <https://www.ordemenfermeiros.pt>

Organização Mundial da Saúde. (2017). Medication without harm. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2017.6>

Organização Mundial da Saúde. Plano de ação global para a segurança do doente 2021-2030 - Rumo à eliminação dos danos evitáveis nos cuidados de saúde. 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>

Pelly, T., Hwang, R., Nirmalan, P., & Perkins, Z. B. (2024, julho). Inguinal and femoral hernias. *The BMJ*, 386, e079531. <https://doi.org/10.1136/bmj-2024-079531>

- Peplau, H. E. (1991). *Interpersonal Relations in Nursing*. Springer Publishing Company.
- Pinotti, H. W., Domene, C. E., Volpe, P., Santo, M. A., & Onar, P. (2000). Colecistectomia laparoscópica - Estruturação de um modelo de trabalho. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 27(2), 94-98.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2017). *Fundamentos de enfermagem* (9ª ed.). Elsevier.
- Richardson-Tench, M., Hamlin, L., & Davies, M. (2009). *Perioperative nursing: An introductory text* (2nd ed.). Elsevier Australia.
- Rothrock, J. C. (2019). *Alexander's care of the patient in surgery* (16ª ed.). Elsevier.
- Santos, G. M. M. (2018). Colecistectomia laparoscópica na abordagem da litíase vesicular [Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/113813/2/276783.pdf>
- Schiappa, J. M. (2011). Colecistectomia laparoscópica. 20 anos depois: Perspectivas e opções actuais - uma visão pessoal. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, (19), 19-25.
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2015). *Brunner & Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica* (13.ª ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Sociedade Portuguesa de Anestesiologia. (2017). *Revista Sociedade Portuguesa de Anestesiologia: Journal of the Portuguese Society of Anesthesiology*, 26(4).
- SPA - Sociedade Portuguesa de Anestesiologia. (2017). *Recomendações para a prevenção da hipotermia perioperatória*.
- Spruce, L. (2021). Positioning the patient. *AORN Journal*, 1.6. <https://aorn.us/jul21-b2b>
- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204-211. <https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04>
- Teixeira, J. P. A., Ribeiro, C., Moreira, L. M., Sousa, F. de, Pinho, A., Graça, L., & Maia, J. C. (2014). Colecistectomia por laparoscopia e por laparotomia na colecistite aguda: Análise crítica de 520 casos. *Acta Med Port*, 27(7), 685-691.
- Thompson, C., & Dowding, D. (2009). *Essential decision making and clinical judgement for nurses*. Elsevier Health Sciences.
- Thompson, C., & Stapley, S. (2011). *Do educational interventions improve nurses' clinical*

decision making and judgment? A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 48(7), 881–893. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.12.005>

Trevilato, D. D., Melo, T. C., Fagundes, M. A. B. G., & Caregnato, R. C. A. (2018). Posicionamento cirúrgico: prevalência de risco de lesões em pacientes cirúrgicos. *Revista SOBECC*, 23(3), 124–129. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201800030003>

Vieira, J., Diniz, A., & Santos, A. (2025). Segurança na preparação e administração de medicamentos: Implementação de um projeto de segurança do doente. *Servir*, 2(11), e38438. <https://doi.org/10.48492/servir0211.38438>

Warwick, V. R., Gillespie, B. M., McMurray, A., & Clark-Burg, K. G. (2019). The patient, case, individual and environmental factors that impact on the surgical count process: An integrative review. *Journal of Perioperative Nursing*, 32(3), 9–19. <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1057>

World Health Organization. (2009). *Guidelines for Safe Surgery: Safe Surgery Saves Lives*. WHO Press. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_por.pdf

Wu, F., Liu, J., Zheng, L., Chen, C., Basnet, D., Zhang, J., Shen, C., Fen, X., Sun, Y., Du, X., Zheng, J. C., & Liu, J. (2024). Preoperative pain sensitivity and its correlation with postoperative acute and chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Anaesthesia*, 133(3), 591–604. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2024.05.010>

Zejnnullahu, V. A., Bicaj, B. X., Zejnnullahu, V. A., & Hamza, A. R. (2017). Retained Surgical Foreign Bodies after Surgery. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 5(1), 97–100. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2017.005>

8. ANEXOS

Anexo I



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ENTRE DOURO E VOUGA

CERTIFICADO

Certifica-se que:

ELSA MARIA BRANCO NUNES

Participou no I Congresso de Enfermagem Perioperatória da ULS Entre Douro e Vouga, que decorreu nos dias 29 e 30 de Novembro no Europarque em Santa Maria da Feira.

O congresso corresponde a um total de 12 horas de formação.

Santa Maria da Feira, 9 de Dezembro de 2024

André Marques
Comissão Organizadora

Isabel Melo
Enf. Gestora BO do Hospital São
Sebastião

Anexo II

I CONGRESSO ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA ULS EDV

Certificado de Presença em Workshop

Certifica-se a participação, como **FORMANDO**

Elsa Maria Branco Nunes

no Workshop Teórico-Prático “**Contagem de Compressas|Socime**” no I Congresso de Enfermagem Perioperatória ULS EDV, que decorreu no 29 de novembro de 2024, no Auditório do Europarque.

Este evento científico teve a duração 3 horas.

Santa Maria da Feira, 30 de novembro de 2024

Presidentes da Comissão Organizadora



Isabel Melo



André Marques

Presidentes da Comissão Científica



Carla Reis



Cármén Soares

Anexo III

I CONGRESSO ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA ULS EDV

Certificado de Apresentação

Certifica-se que o trabalho científico intitulado:

Desperdício no bloco operatório contributo dos enfermeiros

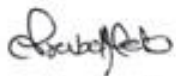
Foi apresentado em formato de: **É-POSTER** no I Congresso de Enfermagem Perioperatória ULS EDV, que decorreu nos dias 29 e 30 de novembro de 2024, no Auditório do Europarque.

1º Autor: **Ana Pires**

Coautores: Elsa Nunes; Isabel Miranda; Luísa Ferreira; Sofia Correia

Santa Maria da Feira, 30 de novembro de 2024

Presidentes da Comissão Organizadora



Isabel Melo




André Marques



Presidentes da Comissão Científica



Carla Reis



Cármen Soares

Anexo IV

ACHEP

ASSOCIAÇÃO DA CIÊNCIA AO HUMANISMO
DOS ENFERMEIROS DE PERIOPERATÓRIO

I CONGRESSO
DE ENFERMAGEM
PERIOPERATÓRIA
DE BRAGA

CERTIFICADO

Certifica-se que:

Elsa Maria branco Nunes

Assistiu ao **I Congresso de Enfermagem Perioperatória—
“*Perioperatório em Perspetiva – no Limiar do Futuro*”**
de Braga, nos dias 20 e 21 de Fevereiro de 2025.

Braga, 21 de Fevereiro

Maria Manuel de Pina

Anexo V

ACHEP

ASSOCIAÇÃO DA CIÊNCIA AO HUMANISMO
DOS ENFERMEIROS DE PERIOPERATÓRIO

I CONGRESSO
DE ENFERMAGEM
PERIOPERATÓRIA
DE BRAGA

CERTIFICADO

Certifica-se que:

Elsa Maria branco Nunes

Participou como **FORMANDO** no Workshop
"INSTRUMENTAÇÃO EM CIRURGIA ENDOVASCULAR"

no I Congresso de Enfermagem Perioperatória de Braga — "Perioperatório em Perspetiva - No Limiar do Futuro"
nos dias 20 e 21 de Fevereiro de 2025, com a duração de 1,5 horas* no Forum Braga.

Braga, 21 de Fevereiro de 2025

Maria Manuel de Pora



*conferem Créditos da Ordem dos Enfermeiros