

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

AS MÉTRICAS DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA SUBMETIDA A MASTECTOMIA

Projeto de Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas em
Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa em
Situação Perioperatória

NURSING CARE'S QUALITY METRICS FOR THE PERSON UNDERGOING MASTECTOMY

Clinical Skills Development Project in Medical-Surgical Nursing for the
Person in Perioperative Situation

Autor

Adriana Filipa Ribeiro de Oliveira Peixoto

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

**Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em
Situação Perioperatória**

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Orientador(es)

Natália de Jesus Barbosa Machado
Professor Coordenador s/ Agreg., Doutor

Ana Leonor Alves Ribeiro
Professor Coordenador s/ Agreg., Doutor

Autor

Adriana Filipa Ribeiro de Oliveira Peixoto

Porto, 2024

RESUMO

O presente relatório, elaborado no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, documenta o percurso de aprendizagem e pensamento analítico-reflexivo, levado a cabo no sentido da aquisição e desenvolvimento de competências avançadas, com foco nas respostas humanas aos problemas de saúde e aos processos de vida da pessoa submetida a procedimento invasivo, com a pretensão de evidenciar o contributo dos cuidados de enfermagem para os ganhos em saúde da população.

A qualidade em saúde, mais especificamente a temática das métricas da qualidade, sensíveis à ação profissional dos enfermeiros, foi a bússola que orientou este caminho. Mais do que meros indicadores numéricos, as métricas configuram-se como ferramentas estratégicas para a identificação de áreas de excelência e áreas passíveis de melhoria, possibilitando a implementação de medidas para otimizar a qualidade dos cuidados e promover a segurança do cliente (Agency for Healthcare Research and Quality, 2023).

No âmbito do estágio de natureza profissional foram realizados dois estudos de caso, um deles desenvolvido no bloco operatório central, dirigido à pessoa submetida a mastectomia radical modificada, em regime de internamento, e o outro desenvolvido na unidade de cirurgia de ambatório, dirigido à pessoa submetida a mastectomia parcial, em regime de ambatório, que concretizam a dialética entre a teoria e a prática e refletem o pensamento de enfermagem e a intencionalidade da ação profissional. Estes casos foram desenvolvidos na plataforma e4Nursing, orientada para o processo de conceção de cuidados de enfermagem, com uma construção baseada no processo de tomada de decisão clínica e com uma estrutura assente na Ontologia de Enfermagem.

Apesar da sustentação consolidada pela evidência científica relativa à importância da produção, implementação e monitorização de indicadores de qualidade para a visibilidade e avaliação da ação profissional dos enfermeiros, o caminho a percorrer ainda se prevê longo no que concerne à translação dos resultados para a prática, com impacto nas políticas de saúde.

Palavras-chave: Enfermagem; Situação perioperatória; Indicadores de qualidade; Competências profissionais.

ABSTRACT

This report, drawn up as part of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, in the area of specialization in Nursing for People in Perioperative Situations, aims to document the path of learning and analytical-reflective thinking, carried out in order to acquire and develop advanced skills, with a focus on human responses to health problems and the life processes of people undergoing invasive procedures, with the intention of highlighting the contribution of nursing care to the population's health gains.

Quality in health, and more specifically the issue of quality metrics that are sensitive to the professional actions of nurses, was the compass that guided this journey. More than just numerical indicators, metrics are strategic tools for identifying areas of excellence and areas for improvement, enabling the implementation of measures to optimize the quality of care and promote client safety (Agency for Healthcare Research and Quality, 2023).

As part of the professional internship, two case studies were carried out, one in the central operating theatre, aimed at a person undergoing a modified radical mastectomy on an inpatient basis, and the other in the outpatient surgery unit, aimed at a person undergoing a partial mastectomy on an outpatient basis, which materialize the dialectic between theory and practice and reflect nursing thinking and the intentionality of professional action. These cases were developed on the e4Nursing platform, which is geared towards the process of designing nursing care, with a construction based on the clinical decision-making process and a structure based on the Nursing Ontology.

Despite the consolidated support of scientific evidence regarding the importance of producing, implementing and monitoring quality indicators for the visibility and evaluation of nurses' professional actions, there is still a long way to go in terms of translating the results into practice, with an impact on health policies.

Keywords: Nursing; Perioperative situation; Quality indicators; Professional competences.

ABREVIATURAS

BO - Bloco Operatório

BOC - Bloco Operatório Central

CDC - Center of Disease Control and Prevention

DGS - Direção-Geral de Saúde

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

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

ENP - Estágio de Natureza Profissional

ICN - Conselho Internacional de Enfermeiros

LVSC - Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

MP - Mastectomia Parcial

MRM - Mastectomia Radical Modificada

NVPO - Náuseas e Vômitos Pós-Operatórios

OMS - Organização Mundial de Saúde

UCA - Unidade de Cirurgia de Ambulatório

UCPA - Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	13
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	17
3. CASO 1: MASTECTOMIA RADICAL MODIFICADA	21
3.1. Enquadramento teórico	21
3.2. Clientes	25
3.3. Medicação	26
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	26
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	28
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	28
3.5. Domínios	32
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	32
3.6. Especificação das intervenções	36
3.7. Síntese relativa ao caso	38
4. CASO 2: MASTECTOMIA PARCIAL	41
4.1. Enquadramento teórico	41
4.2. Clientes	43
4.3. Medicação	43
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	44
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	45
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	46
4.5. Domínios	47
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	47
4.6. Conceção de Cuidados	51
4.7. Especificação das intervenções	55
4.8. Síntese relativa ao caso	56
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	59
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	87
7. BIBLIOGRAFIA	89
ANEXOS	103

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Figura 1 - Dreno de baixa pressão.....	31
Figura 2 - Posicionamento da máscara laríngea.....	47

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

A Enfermagem perioperatória desempenha um papel vital no percurso da pessoa submetida a cirurgia, com um foco constante na segurança, coordenação eficiente e qualidade dos cuidados. Estes são elementos fundamentais para alcançarmos os melhores resultados e proporcionarmos uma experiência positiva à pessoa, contribuindo para a sua efetiva preparação e recuperação cirúrgica.

O presente relatório de mestrado visa explicar o percurso de aprendizagem e o desenvolvimento de atividades ao longo da unidade curricular, Estágio de Natureza Profissional (ENP) com relatório - Módulo II, que integra o plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória, da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

O estágio decorreu entre 18 de setembro de 2023 e 26 de janeiro de 2024, em dois contextos distintos da área perioperatória, o Bloco Operatório Central (BOC) e a Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA).

A decisão de ingressar neste mestrado foi motivada por uma reflexão sobre o meu percurso profissional e aspirações futuras. Embora a minha experiência profissional atual se integre na área da pessoa em situação crítica, relacionada muitas vezes com o contexto pós-operatório, percebi como uma oportunidade estratégica, a aquisição de competências teóricas e práticas na área perioperatória.

Conforme refere o regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória (EEEMCPSP), o alvo de intervenção desta especialização é “a pessoa e família/pessoa significativa, a vivenciarem experiência cirúrgica/anestésica”. A sua ação profissional é dirigida “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” (Regulamento nº 429/2018, de 16 de julho, p. 19366).

Os cuidados de saúde e, consequentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem atualmente uma maior importância e exigência técnico-científica. A diferenciação e a especialização são cada vez mais uma realidade que abrange a maioria dos profissionais de saúde. O enfermeiro especialista é reconhecido pela competência científica, técnica e humana na prestação de cuidados de Enfermagem especializados, numa área particular da Enfermagem. Este conhecimento avançado é voltado para a compreensão das respostas humanas, tanto aos processos de vida quanto aos problemas de saúde. O perfil delineia competências comuns e específicas que visam estabelecer diretrizes regulamentares para a certificação de competências e informar os cidadãos sobre o que podem esperar dos cuidados de Enfermagem especializados (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro). Nesse sentido, a especialização visa atender às necessidades individuais e complexas dos clientes e, por conseguinte, contribui para a promoção da qualidade em saúde. Os enfermeiros estão capacitados a compreender as

respostas humanas aos processos de saúde e doença, de forma mais precisa e adaptada ao cliente, o que contribui para a eficácia e eficiência da sua ação profissional. A qualidade em saúde está intrinsecamente ligada à capacidade dos profissionais em oferecer cuidados de elevada qualidade, baseados em evidências e orientados para a pessoa. Portanto, ao investir na especialização e na prestação de cuidados de enfermagem especializados, não apenas se atende às necessidades crescentes da população, mas também se promove a melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde. Neste contexto, este relatório de estágio representa uma oportunidade para explorar a temática da qualidade em saúde, especialmente no que diz respeito às métricas dos cuidados de Enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

As métricas da qualidade dos cuidados de Enfermagem assumem um papel fundamental na avaliação dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória. Mais do que meros indicadores numéricos, as métricas configuram-se como ferramentas estratégicas para a identificação de áreas de excelência e áreas passíveis de melhoria, possibilitando a implementação de medidas para otimizar a qualidade dos cuidados e promover a segurança do cliente (Agency for Healthcare Research and Quality, 2023).

Assim, destaca-se uma ideia que se reporta como basilar - a qualidade implica quantificação/objetivação do seu valor, uma vez que, se não houver exigências claras, a qualidade torna-se algo apenas subjetivo, logo difícil de partilhar (Machado, 2013). Neste seguimento, desde 2004 que a Ordem dos Enfermeiros recomenda a construção de indicadores de qualidade dos cuidados de Enfermagem, concretizando dessa forma a preocupação dos enfermeiros em procurar métricas que orientem a qualidade do seu exercício, dando especial relevância ao seu contributo para os ganhos em saúde da população.

A consolidação da Enfermagem, como disciplina e profissão, está intrinsecamente ligada ao desenvolvimento e à aplicação de indicadores que evidenciem a importância substantiva dos enfermeiros, no contexto dos sistemas de saúde, e acompanhem a evidência orientada para os resultados sensíveis à ação profissional do enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Surge, portanto, a necessidade premente de criar indicadores específicos dos cuidados de Enfermagem, sensíveis e ajustados a cada especialidade, a fim de fortalecer a perceção pública e científica da sua intervenção diferenciada, assim como da contribuição significativa para a melhoria dos resultados em saúde. A este respeito, Pereira (2009, p.71) esclarece que "Há indiscutivelmente a necessidade de, a partir dos dados disponíveis, produzir indicadores capazes de permitir a transformação da informação em ação centrada na melhoria global do desempenho dos serviços de saúde".

A informação desempenha um papel central no contexto organizacional, tornando-se, portanto, imperativo contemplar estratégias que garantam a recolha sistemática e periódica de dados, o que é crucial para gerar indicadores significativos, que impulsionem melhorias contínuas nos cuidados de enfermagem e acrescentem valor à profissão (Machado, 2013).

Os indicadores medem a forma como os enfermeiros concebem, agem e avaliam a sua ação profissional, decorrente da tomada de decisão. Assim, através da avaliação desses indicadores, será possível identificar a necessidade de implementar melhorias na prática, validar a qualidade e melhorar a representação social dos enfermeiros. Por outras palavras, os indicadores de qualidade são como faróis que iluminam áreas onde podemos melhorar. Ao identificar pontos fortes e áreas de oportunidade, podemos implementar mudanças eficazes que impactam diretamente na eficiência dos procedimentos perioperatórios.

A produção de indicadores que reflitam a obtenção de ganhos em saúde por parte da população alvo de cuidados especializados, é crucial. Segundo Mainz (2003), os indicadores fornecem uma base quantitativa para os profissionais, gestores e organizações que visam alcançar a melhoria dos cuidados e dos processos, através dos quais o cuidado é fornecido ao cliente. Os indicadores possibilitam documentar a qualidade dos cuidados, avaliar e estabelecer prioridades, apoiar a responsabilização, regulação e acreditação, suportar a melhoria da qualidade e apoiar a decisão do cliente (Mainz, 2003).

Em relação aos resultados em saúde, é reconhecido que estes não são geralmente atribuíveis a um único grupo profissional. No entanto, há resultados que, correspondendo a diagnósticos específicos de Enfermagem, são mais diretamente afetados pela ação profissional do enfermeiro. Assim, entende-se por indicadores sensíveis aos cuidados de Enfermagem aqueles marcadores que são relevantes, baseados no âmbito e domínio das intervenções da Enfermagem, e para as quais existe evidência empírica que relaciona a ação do enfermeiro e o seu resultado, demonstrando o contributo singular do exercício profissional dos enfermeiros para ganhos em saúde e, conseqüentemente, para a melhoria da qualidade (Doran et al., 2011). Tomando em consideração o exposto anteriormente, entende-se a necessidade do desenvolvimento de conhecimentos, que contribuam para o desenvolvimento profissional, e de competências específicas, que contribuam para aumentar e padronizar boas práticas.

Este relatório tem como objetivo principal analisar as práticas de EMC na área da Pessoa em Situação Perioperatória, orientadas para o desenvolvimento de competências, assim como, refletir sobre a experiência adquirida ao longo do ENP. Adicionalmente, pretende-se como visão identificar áreas passíveis de melhoria, que podem ser pretexto para reflexões mais aprofundadas e, por conseguinte, vir a gerar mudanças, promovendo resultados positivos para as pessoas submetidas a procedimentos cirúrgicos.

A produção deste relatório visou demonstrar a aprendizagem desenvolvida, o crescimento profissional e de que forma as atividades e reflexões realizadas contribuíram para a aquisição de competências. Propomo-nos, assim, a desenvolver uma análise crítico-reflexiva das experiências vividas, explanar as atividades desenvolvidas que demonstram as competências adquiridas e responder ao processo avaliativo, enquadrado no Curso de Mestrado em EMC na área da Pessoa em Situação Perioperatória.

O relatório apresenta uma matriz estrutural assente em 5 pilares: introdução, caracterização dos contextos clínicos, casos clínicos, contributos para o desenvolvimento de competências e síntese final.

A introdução faz um enquadramento do relatório, do estágio, dos objetivos delineados e dos temas centrais que serão abordados.

Relativamente à descrição dos contextos onde decorreram os estágios, serão abordados os recursos físicos, recursos humanos, com referência aos enfermeiros especialistas, modelo de organização, métodos de trabalho e projetos em desenvolvimento.

Quanto aos estudos de caso, um deles acompanhado no âmbito do estágio desenvolvido no BOC, dirigido à pessoa submetida a mastectomia radical modificada (MRM), em regime de internamento, e outro, no âmbito do estágio desenvolvido na UCA, dirigido à pessoa submetida a mastectomia parcial (MP), em regime de ambulatório, concretizam a dialética entre a teoria e a prática e refletem o pensamento de enfermagem e a intencionalidade da ação profissional. Estes casos foram desenvolvidos na plataforma e4Nursing, orientada para o processo de

conceção de cuidados de enfermagem, com uma construção baseada no processo de tomada de decisão clínica e com uma estrutura assente na Ontologia de Enfermagem.

A plataforma educacional e4nursing centra o processo de aprendizagem na conceção de cuidados no sentido de desenvolver competências de tomada de decisão clínica, fundamentação e sistematização dos cuidados, a partir de uma “aprendizagem baseada em problemas” e em casos clínicos (Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2023). Cada sessão representa um contacto com o cliente, num determinado momento, onde são apresentados os dados recolhidos, os diagnósticos/focos de atenção, os objetivos delineados e as intervenções de enfermagem.

No que concerne aos contributos para o desenvolvimento de competências comuns, do enfermeiro especialista em EMC, e específicas, da área da especialidade à pessoa em situação perioperatória, apresentam-se de forma organizada e articulada, com foco na reflexão sobre a temática do projeto de estágio “As métricas da qualidade dos cuidados à pessoa submetida a mastectomia”. Pretende-se, assim, tecer considerações reflexivas ao nível do processo de tomada de decisão dos enfermeiros, bem como dos resultados obtidos, no sentido de demonstrar como esses ganhos em saúde são diretamente influenciados pela qualidade da ação profissional do enfermeiro.

Para terminar o documento, a síntese final engloba considerações sobre os aspetos chave, identificação das principais limitações e sugestões para estudos futuros.

Assim, o presente relatório consubstancia-se num documento escrito que faz prova da consecução dos objetivos estabelecidos e das competências adquiridas, com base numa metodologia descritivo-reflexiva das experiências, através da mobilização do pensamento crítico e pesquisa da melhor e mais atual evidência científica.

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

O ENP concretizou-se numa instituição hospitalar da região norte do país e foi subdividido em dois momentos, desenvolvidos no BOC e na UCA, que integram a unidade funcional do Bloco Operatório (BO). Este hospital assume como missão a prestação de cuidados de saúde com a garantia de oferecer a máxima qualidade, integridade e eficiência. A estrutura de valores rege-se pelo compromisso de que as decisões tomadas são do melhor interesse de todos e abrange os seguintes vetores: qualidade, integridade, pessoas, excelência e comunidade.

Bloco Operatório Central

O BOC trata-se de uma unidade cirúrgica constituída por oito salas operatórias, cada uma com área de desinfeção pré-cirúrgica, área de indução anestésica e sub-esterilização, onde se realizam intervenções cirúrgicas nas diversas valências: cirurgia geral, ginecologia, neurocirurgia, otorrinolaringologia, cirurgia de cabeça e pescoço, ortopedia, cirurgia plástica e reconstrutiva, cirurgia torácica, urologia e cirurgia pediátrica. Uma das salas operatórias é reservada apenas para a cirurgia de urgência e fica disponível 24 horas por dia, com uma equipa de urgência escalada, constituída por três enfermeiros (instrumentista, circulante e enfermeiro de anestesia), sendo que integram, no mínimo, um enfermeiro especialista.

A área física do BOC dispõe, também, de uma sala para acondicionamento de material esterilizado, armazém de consumíveis, duas salas de equipamentos, uma sala dedicada à anatomia patológica, área de admissão de doentes, área de atendimento a familiares, gabinete do diretor, gabinete do enfermeiro gestor, dois vestiários, corredor de sujos, uma biblioteca e uma sala de refeições. A Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) integra o BOC, com capacidade de dez unidades de cuidados.

O BOC também dá apoio a locais remotos para realização de sedação necessária a certos procedimentos de diagnóstico e terapêutica, como é o caso do serviço de gastroenterologia, pneumologia, radiologia de intervenção, medicina nuclear, imagiologia e pediatria. Tive oportunidade de observar e colaborar, na área da anestesia, na realização de mielogramas com sedação, no serviço de pediatria.

A cirurgia eletiva funciona, durante a semana, no período da manhã (das 8 horas às 16 horas), com sete salas operatórias no ativo, e uma sala de urgência. No período da tarde, até às 20 horas, com três salas de produção adicional, e a UCPA até às 21 horas. A cirurgia de urgência é assegurada 24 horas por dia.

A equipa de enfermagem do BOC é composta pelo enfermeiro gestor e 55 enfermeiros. Destes, 31 são enfermeiros especialistas, dos quais 25 são enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica. Alguns dos enfermeiros especialistas acumulam funções como elos de ligação do serviço, com diferentes grupos de trabalho: Gestão de Risco, Dor Aguda, Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) e Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE).

A maioria dos enfermeiros desempenham as diferentes atividades desenvolvidas no BOC (anestesia, circulação, instrumentação e recobro), de forma a permitir a rotatividade e distribuição adequada dos profissionais, segundo o que está preconizado pela Ordem dos Enfermeiros para as dotações seguras (Regulamento nº 743/2019, de 25 de setembro).

Em cada cirurgia, seja eletiva ou urgente, a equipa cirúrgica contempla o enfermeiro de anestesia, o enfermeiro circulante e o enfermeiro instrumentista. O plano de trabalho é realizado no dia útil anterior pelo enfermeiro gestor, tendo em conta as cirurgias programadas, mediante as competências e áreas de intervenção.

A coordenação e gestão do BOC é da responsabilidade de dois cirurgiões, um anestesista e um enfermeiro especialista em EMC a exercer funções de gestão. Além deste, existem dois enfermeiros responsáveis pela coordenação da área de cirurgia e de anestesia.

O modelo organizativo deste BO norteia-se pela metodologia de trabalho Kaizen que se consubstancia numa abordagem sistemática e contínua para a melhoria dos processos e resultados, da eliminação de desperdícios e análise dos dados, com o envolvimento de todos os intervenientes. Tem como pretensão uma gestão mais eficiente, um ambiente mais seguro e maior satisfação do cliente.

No sentido de garantir uma otimização da eficiência, o BOC usufrui de um sistema de gestão que comunica de forma permanente entre os diversos intervenientes do processo. Permite monitorizar todos os tempos de cada etapa do cliente no BO, sendo possível comunicar, em tempo real, o estado de cada episódio entre os diversos serviços.

Os vários projetos em desenvolvimento no BOC permitem inferir preocupação com a melhoria contínua nos processos, com a segurança, com o desenvolvimento profissional, e com a inovação e adoção de cuidados de qualidade. Participa no “STOP infeção 2.0”, um Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências a Antimicrobianos (PPCIRA) desenvolvido pela Fundação Calouste Gulbenkian, pelo Institute for Healthcare Improvement e pela Direção-Geral de Saúde (DGS), que utiliza uma metodologia baseada no modelo de melhoria contínua com o objetivo de reduzir para metade as infeções urinárias associadas a cateter vesical, as infeções relacionadas com cateter vascular central, as pneumonias associadas ao tubo endotraqueal e as infeções do local cirúrgico.

Encontram-se em curso, também, a implementação da escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico do Paciente (ELPO) e da técnica de comunicação na transição de cuidados de saúde ISBAR (Identify, Situation, Background, Assessment and Recommendation).

Unidade de Cirurgia de Ambulatório

Antes de descrevermos o serviço propriamente dito e dada a importância da matéria, decidimos realizar uma breve abordagem concetual sobre a cirurgia de ambulatório.

Nas últimas décadas tem-se verificado uma mudança de paradigma na área da cirurgia e uma necessidade de repensar a forma como os cuidados de saúde são prestados, com ênfase crescente na abordagem à pessoa submetida a cirurgia de ambulatório (Marla e Stallard, 2009) uma vez que esta tem sido reconhecida como sendo uma alternativa económica e segura. Em Portugal, segundo o relatório Benchmarking da ACSS, de novembro de 2023, realizaram-se aproximadamente 473.000 cirurgias programadas em regime de ambulatório.

A cirurgia de ambulatório é definida como “(...) a intervenção cirúrgica programada que, embora habitualmente efetuada em regime de internamento, é realizada em regime de admissão e alta, num período inferior a 24 horas, em instalações próprias e condições de segurança de acordo com a atual prática clínica, incluindo a cirurgia de ambulatório no mesmo dia ou a cirurgia de ambulatório com pernoita” (Diário da República nº 132/2017, de 11 de julho, p.3552). Esta abordagem aos cuidados de saúde tem inúmeras vantagens, incluindo redução dos custos em saúde, maior satisfação dos clientes, benefícios psicológicos e diminuição do risco de infeção. Preconiza que os clientes tenham alta no próprio dia da cirurgia ou num período até 24 horas, pelo que é indispensável uma recuperação rápida da anestesia. Uma vez que o período de observação pós-operatória é curto e a monitorização não é intensiva, a cirurgia de ambulatório é adequada apenas para aqueles que não apresentam antecedentes pessoais graves e para procedimentos cirúrgicos com um baixo risco de complicações pós-operatórias. A alta precoce não compromete os resultados cirúrgicos e tem sido relatado que até beneficia psicologicamente (Mourregot et al., 2021).

À medida que a cirurgia de ambulatório se expande, os critérios de seleção dos clientes também se têm tornado mais flexíveis. Inicialmente eram abrangidos apenas pessoas saudáveis, jovens e sem patologia associada. Atualmente, os estudos têm demonstrado que procedimentos mais complexos e realizados a pessoas com patologias associadas, de faixas etárias mais avançadas, desde que estejam estabilizados, podem ser elegíveis para cirurgia de ambulatório, de forma eficaz e segura (Pek et al., 2016).

A alta clínica não pode ocorrer sem que a pessoa se encontre acompanhada de um adulto responsável que o irá auxiliar nas primeiras 24 horas de pós-operatório. As informações devem ser fornecidas a ambos, cliente e acompanhante, assim como disponibilizadas por escrito, através de folhetos informativos. A avaliação pós-operatória de qualquer cliente cirúrgico é mandatória e deve ser concretizada através de um telefonema de follow-up nas 24 horas que se seguem à cirurgia, com o objetivo de avaliar a evolução do estado clínico e psicológico, assim como a satisfação relativamente ao procedimento e assistência.

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) prevê que em 20 anos, cerca de 70% das cirurgias sejam realizadas em contexto de ambulatório, facto que oferece uma oportunidade para a expressão do conhecimento da disciplina de enfermagem na cirurgia contemporânea. Isto traduz um desafio para o enfermeiro em contexto perioperatório, uma vez que as cirurgias realizadas tenderão a ser mais complexas, com processos adaptativos mais exigentes.

Após esta contextualização da cirurgia de ambulatório, passamos a descrever o ambiente específico do segundo estágio. A UCA é destinada à realização de procedimentos com anestesia loco-regional/geral nas seguintes especialidades cirúrgicas: Pediatria, Plástica, Estomatologia, Ginecologia, Cirurgia geral e Urologia.

A equipa de enfermagem é constituída por enfermeiro gestor e 15 enfermeiros, dos quais três são enfermeiros especialistas em EMC.

O espaço físico da UCA abrange uma área de admissão de clientes e recobro fase dois, uma sala operatória com área de desinfeção pré-cirúrgica e sub-esterilização, uma UCPA, dois vestiários, um gabinete da enfermeira gestora, um gabinete médico e uma sala de refeições. A UCA encontra-se em fase de reestruturação do espaço físico.

Apesar da inclusão do cliente em regime de ambulatório ser uma decisão médica, passo a

explicar os critérios sociais e clínicos exigidos, para alinhamento da equipa multidisciplinar na validação dos mesmos, em vários momentos. Relativamente aos critérios sociais, é essencial que o cliente aceite e compreenda a proposta cirúrgica e as indicações para o pré e pós-operatório, que tenha domicílio fixo com tempo máximo de deslocação para a instituição de 60 minutos e com saneamento básico, contacto telefónico, transporte próprio assegurado, presença de acompanhante e vigilância nas primeiras 24 horas pós-operatório. Quanto aos critérios clínicos incluem clientes clinicamente estáveis, submetidos a cirurgia com uma duração inferior a 120 minutos, com estimativa de perdas sanguíneas mínimas, com menor probabilidade de complicações pós-operatórias e com controlo da dor pós-operatória eficaz por via oral.

O seu modelo de organização baseia-se num sistema bem definido, encadeado e estruturado. Inicialmente é realizado um agendamento em plano cirúrgico. No dia e hora marcado, o cliente é admitido para a devida verificação e preparação cirúrgica, passando de seguida para o BO. No fim da cirurgia é realizado o recobro fase um na UCPA e posteriormente, cumprindo os critérios de transferência, passa ao recobro fase dois, onde é realizado primeiro levantar para cadeirão e reintrodução alimentar. A alta ocorre após cumprimento de critérios de alta anestésicos e sociais e preparação para o domicílio. Neste momento é entregue carta de alta de enfermagem, onde estão especificados cuidados e aspetos de vigilância inerentes à cirurgia realizada, juntamente com carta de alta médica e medicação mediante protocolo de analgesia prescrito. Juntamente com a documentação de alta é entregue inquérito de satisfação que o cliente preenche em casa e entrega na consulta seguinte. É realizada consulta telefónica às 24h após a alta e aos 30 dias após a cirurgia.

A UCA tem, neste momento, dois projetos de enfermagem em desenvolvimento, a implementação da escala ELPO-PT e um projeto de melhoria contínua de formação em serviço.

3. CASO 1: MASTECTOMIA RADICAL MODIFICADA

Cliente do sexo feminino com 61 anos e diagnóstico de carcinoma lobular invasor multicêntrico da mama direita, estadiado como T2N2M0, com recetores hormonais positivos e HER2 negativo. Foi proposta para MRM à direita, a realizar no dia 12/10/2023. Como antecedentes pessoais, apresenta síndrome depressivo.

3.1. Enquadramento teórico

O enfermeiro desempenha um papel essencial no processo cirúrgico e anestésico, assim como na recuperação pós-operatória das pessoas submetidas a MRM. Com a elaboração deste estudo de caso, pretende-se espelhar o processo de tomada de decisão de enfermagem, baseado na melhor e mais atual evidência.

De forma a enquadrar o cancro da mama feminino, de acordo com dados da GLOBOCAN 2020, este corresponde a cerca de 25% das neoplasias e trata-se da principal causa de morte por cancro na mulher, representando um impacto epidemiológico significativo a nível mundial (Sung et al., 2021; World Health Organization, 2023). As estimativas para as próximas décadas indicam um aumento de 17,9% em 2030, mantendo uma tendência crescente para a década seguinte (Sung et al., 2021). A cirurgia conservadora da mama preserva a maioria do tecido mamário e fornece margens de ressecção negativas, tratando-se, assim, da abordagem cirúrgica de eleição para mulheres com cancro da mama, diagnosticado em estadios iniciais (Pilgrim e Holle, 2018). Esta abordagem mais conservadora nem sempre é possível, sendo a MRM a única alternativa, a qual se caracteriza por um carácter mais agressivo, na medida em que existe amputação do órgão e de cadeias ganglionares, com implicações no futuro da pessoa. Para além do sofrimento físico e psicológico causado por esta patologia, a qualidade de vida das mulheres pode ser significativamente afetada devido aos eventos adversos da quimioterapia, às alterações da imagem corporal e à ocorrência de complicações pós-operatórias. As alterações físicas associadas a este procedimento cirúrgico são inúmeras como a perda da amplitude de movimento do ombro, dor, linfedema e diminuição da força muscular, levando a limitações nas atividades de vida diária e no consequente comprometimento da qualidade de vida (Mathieu et al., 2022).

Anatomia da mama

As mamas são estruturas glandulares pares, comuns aos gêneros feminino e masculino, situadas na parede anterior do tórax. Posicionam-se anteriormente aos músculos grande peitoral e serrátil anterior, no intervalo compreendido entre a terceira e sétima costelas, entre o bordo do esterno e a linha axilar média. No centro da face convexa, anterior, apresentam uma saliência, a papila, rodeada por uma área pigmentada circular, a aréola. São formadas por tecido glandular, tecido adiposo e tecido fibroso (Seeley et al., 2005).

A vascularização arterial é proveniente dos ramos da artéria axilar, torácica interna e intercostais posteriores. As veias seguem as artérias mencionadas e drenam para as veias axilares, torácicas internas e veias intercostais (Moore et al., 2006; Seeley et al., 2005).

A linfa proveniente dos lobos, caminha inicialmente da profundidade para a superfície por canais interlobulares. A circulação linfática da mama pode ser realizada por vasos transmuralis e subpeitorais, alcançando os gânglios linfáticos interpeitorais e axilares (Seeley et al., 2005). A drenagem linfática da mama é muito importante, especialmente do ponto de vista da patologia, pois os vasos linfáticos são as principais vias condutoras de metástases. Cerca de 75% da linfa, proveniente da mama, drena para os gânglios linfáticos peitorais e axilares, pelo que estes são removidos cirurgicamente, de acordo com a indicação cirúrgica e considerando o estadiamento da doença (Moore et al., 2006).

Neoplasia da mama

A neoplasia maligna da mama constitui-se um grupo heterogêneo de lesões que difere no comportamento biológico e na aparência microscópica. O carcinoma invasor da mama é o tipo mais frequente de carcinoma na mulher e é composto por um grupo heterogêneo de neoplasias epiteliais malignas. O carcinoma lobular invasor é menos frequente e caracteriza-se pela perda de expressão da molécula de adesão E-caderina e perda da regulação do citoesqueleto, com aparência em filas lineares de células “descoesas”. Apresenta padrão metastático específico, nomeadamente para superfícies serosas do trato gastrointestinal, peritôneo, ovários e órbita (Ribeiro, 2020). Neste caso clínico, a pessoa é portadora de células tumorais com recetores hormonais que, tal como nas células saudáveis do tecido glandular mamário, se ligam às hormonas estrogénio e progesterona, estimulando a proliferação das células.

Os tumores malignos são tradicionalmente classificados segundo a classificação TNM. O T refere-se ao tamanho e extensão do tumor (T1-4). O N refere-se à ausência ou presença de disseminação para gânglios linfáticos e número de gânglios invadidos (N0-3). O M refere-se à ausência ou presença de metástases à distância (M0 e M1) (Amin et al., 2017). O estadiamento baseia-se nesta classificação, descreve a extensão do cancro e identifica, juntamente com outros fatores, o tratamento mais apropriado que poderá ser local e/ou sistémico. O objetivo do tratamento local é a remoção ou destruição do tumor por meio de cirurgia ou radioterapia. Por sua vez, a realização de tratamento sistémico, que se pode constituir em quimioterapia, hormonoterapia ou imunoterapia procura dar resposta ao risco de proliferação tumoral à

distância ou ao seu controle.

Atualmente, e associado à detecção precoce das lesões, as modalidades de tratamento procuram as soluções mais conservadoras, contudo nem sempre é possível preservar o órgão.

Processo cirúrgico

A MRM está indicada a pessoas com carcinomas invasores localmente avançados, lesões multicêntricas, em situações em que a proporção volume da mama versus dimensão do tumor não permite técnica cirúrgica conservadora ou quando existe alguma contraindicação para terapêutica com radioterapia (Alves e Bártolo, 2020).

A MRM diz respeito à remoção integral da mama e fáscia subjacente do músculo peitoral maior, juntamente com os gânglios linfáticos axilares de nível I e II (Alves e Bártolo, 2020).

No que se reporta ao caso clínico em análise, a cirurgia realizada englobou a mastectomia total, a aponevrose do grande peitoral, concomitante a esvaziamento axilar direito, em bloco com a peça de mastectomia, tendo sido identificados e preservados a veia axilar, o feixe neuro-vascular toraco-dorsal e o nervo torácico longo. Foram colocados dois drenos aspirativos de baixa pressão para assegurar a drenagem de sangue e serosidade da região axilar e espaço entre os retalhos cutâneos e a parede torácica. O encerramento foi confeccionado por planos, o primeiro para aproximar os tecidos subcutâneos e o segundo para o encerramento da pele, com sutura intradérmica contínua.

Para esta abordagem cirúrgica, a cliente é posicionada em decúbito dorsal com uma almofada sob a cabeça, para manter o alinhamento corporal, com o membro superior homolateral sob apoio acolchoado, cumprindo uma angulação inferior a 90 graus de abdução da parede torácica, evitando o alongamento do plexo braquial, na articulação do ombro. O braço é posicionado enquanto a cliente se encontra consciente de forma a salvaguardar o seu limiar de conforto e a probabilidade de lesão do plexo. A abdução superior aos 90 graus do membro homolateral à cirurgia e a rotação lateral da cabeça podem causar lesão do plexo braquial com consequente dor, compromisso da mobilidade e sensibilidade de todo o membro superior. O braço contralateral deve ser posicionado junto ao corpo. A utilização de almofadas, apoios e colchões adequados pode ajudar a distribuir o peso do corpo de forma adequada e reduzir o risco de úlceras por pressão, principalmente nas áreas de apoio do corpo na mesa cirúrgica, como a região sacrococcígea, os calcâneos e a região occipital (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses, 2012; Association of periOperative Registered Nurses, 2018).

Podem surgir alterações fisiológicas decorrentes do posicionamento em decúbito dorsal, adotado para realização de MRM, nomeadamente o aumento do débito cardíaco, que resulta frequentemente na diminuição da frequência cardíaca e da resistência vascular periférica, bem como o deslocamento do diafragma na direção cefálica, pela compressão do conteúdo abdominal, originando uma diminuição do volume corrente (Cassorla, 2015).

Relativamente à ferida cirúrgica resultante deste procedimento, é comum ser utilizado o

sistema de Terapia de Feridas por Pressão Negativa (TFPN). O dispositivo mantém a TFPN a 80mmHg na superfície da ferida o que provoca diminuição da tensão da ferida, melhor drenagem linfática e disseminação de fatores locais, essenciais à granulação. A nível celular, converte-se numa modulação de citocinas para um perfil anti-inflamatório com um aumento de concentração de proteínas de sinalização, potenciando a angiogénese, a remodelação da matriz extracelular e a deposição de tecido de granulação (Glass et al., 2014). Por outro lado, este sistema não apresenta diferença significativa comparativamente ao penso oclusivo convencional, no que respeita à formação de seroma e hematoma (Song et al., 2023). A TFPN pode ser mantida até 7 dias e, com uma efetiva preparação e conhecimento, a pessoa submetida a MRM pode manter este sistema mesmo após a alta hospitalar.

As possíveis complicações descritas decorrentes da MRM estão relacionadas com a cicatrização da ferida cirúrgica (hematoma, seroma, infeção do local cirúrgico, deiscência e necrose da pele) e com o procedimento em si (dor na parede torácica, síndrome da mama fantasma e morbilidade do membro superior homolateral). A obesidade, idade avançada, hábitos tabágicos, diabetes mellitus e história de irradiação prévia do tórax podem potenciar a ocorrência dessas complicações (Kuwajerwala et al., 2021).

O seroma é uma das complicações mais comuns e depende de fatores como a técnica cirúrgica, aplicação de pensos compressivos, uso de drenos e momento de início de realização de exercícios do membro superior (Srivastava et al., 2012). A realização precoce de exercícios vigorosos do ombro ou de carga com o membro superior homolateral à cirurgia, podem contribuir para a sua formação, pelo que devem ser evitados até à remoção dos drenos ou resolução de algum eventual seroma (Shamley et al., 2005).

A morbilidade do membro superior homolateral decorrente da MRM, consiste também numa das complicações que podem causar maior impacto na qualidade de vida da pessoa, podendo originar edema, dor, parestesias, rigidez do ombro ou lesão nervosa (Lacombe et al., 2010).

Processo anestésico

A anestesia geral balanceada, técnica anestésica usada neste caso clínico, envolve a administração combinada de vários agentes anestésicos, incluindo anestésicos intravenosos e voláteis, analgésicos e relaxantes musculares, com o objetivo de provocar um estado reversível de depressão generalizada do sistema nervoso central, caracterizado por inconsciência, imobilização, ausência de aprendizagem/memorização e anulação de resposta orgânica à agressão cirúrgica (Morujão, 2013; Tavares, 2013). Esta abordagem visa garantir uma profundidade anestésica adequada e uma recuperação mais suave, minimizando efeitos colaterais e otimizando a segurança do processo anestésico.

Os anestésicos reduzem o estímulo respiratório e os relaxantes musculares provocam paralisia completa o que impede a respiração espontânea. Assim, a pessoa submetida a anestesia é extremamente vulnerável à hipóxia e completamente dependente para a manutenção das vias aéreas e ventilação. A capacidade de manter a função ventilatória fica comprometida, devido

aos efeitos dos fármacos anestésicos, sendo a intubação endotraqueal o método de eleição para uma ventilação mecânica invasiva eficaz, assegurando a permeabilidade da via aérea, durante a cirurgia (Barash et al., 2017; Mexedo, 2013).

A anestesia geral balanceada, sendo imprescindível e indissociável do processo cirúrgico, também pode ter algumas complicações. Estas devem estar descritas no consentimento informado assinado pelo cliente, antes da cirurgia. Vão desde a dor de garganta e náuseas e vômitos no pós-operatório (NVPO), normalmente comuns mas transitórios, às lesões dentárias ou úlcera de córnea, menos comuns, mas autolimitadas ou reparáveis. As complicações mais graves resultam em anafilaxia, consciência intra-operatória ou depressão respiratória (Barash et al., 2017; Tavares, 2013).

A recuperação da anestesia geral é um período de transição da inconsciência para a vigília, com resposta a estímulos e força muscular preservada. A recuperação total dos reflexos das vias respiratórias e da função muscular, minimiza o risco de obstrução das vias respiratórias ou aspiração, durante a extubação, e facilita a avaliação neurológica. O relaxamento muscular residual é revertido, e a pessoa começa a respirar espontaneamente. A vigilância deve ser mantida pois pode ocorrer novo compromisso da consciência e dos reflexos de proteção das vias aéreas, quando a estimulação diminui (Levine et al., 2012).

As complicações pós-operatórias respiratórias precoces estão essencialmente relacionadas com a obstrução da via aérea superior, diminuição do tônus muscular ou faríngeo, laringoespasma e hematoma ou edema. A hipoventilação é outra complicação pós-operatória imediata que surge associada ao uso de opióides e anestésicos inalatórios e intravenosos (Martins, 2013).

Outra complicação frequente é a hipotermia perioperatória que surge associada ao metabolismo retardado dos fármacos, hiperglicemia, vasoconstrição, alterações da coagulação, tremor pós-operatório, taquicardia, hipertensão e aumento do risco infeção do local cirúrgico (Butterworth et al., 2018), daí a importância da sua avaliação, registo e implementação de medidas de prevenção ou tratamento. Os principais mecanismos que concorrem para a hipotermia perioperatória são a inibição central da termorregulação, pela anestesia, e a exposição ao ambiente frio do BO. A indução anestésica é o principal fator responsável pela redução do metabolismo, através da ação vasodilatadora dos anestésicos e da interferência na termorregulação central, inibindo as respostas fisiológicas termorreguladoras (Sessler, 2008). O "shivering" pós-operatório é caracterizado por fasciculações detetáveis ou tremor da face/maxilar/cabeça ou tronco, com duração superior a 15 segundos e surge habitualmente associado à hipotermia. Importa prevenir e tratar por estar associado a um aumento do consumo de oxigénio e da produção de dióxido de carbono (Butterworth et al., 2018).

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 61 anos | Feminino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-10-12 16:30:00	Solução Polieletrolítica 1000ml IV	2023-10-12 20:00:00
2023-10-12 16:30:00	Fentanil 0,15mg IV	2023-10-12 18:30:00
2023-10-12 16:30:00	Propofol 120mg IV	2023-10-12 18:30:00
2023-10-12 16:30:00	Rocurônio 40 mg IV	2023-10-12 18:30:00
2023-10-12 16:30:00	Cefazolina 2g IV	2023-10-12 18:30:00
2023-10-12 16:30:00	Dexametasona 4mg IV	2023-10-12 18:30:00
2023-10-12 16:30:00	Desflurano inalatório	2023-10-12 18:30:00
2023-10-12 18:30:00	Ondansetron 4mg IV	2023-10-13 10:00:00
2023-10-12 18:30:00	Paracetamol 1g IV	2023-10-13 10:00:00
2023-10-12 18:30:00	Sugamadex 200mg IV	2023-10-12 19:15:00
2023-10-12 19:15:00	Morfina 2mg IV	2023-10-13 10:00:00

3.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

A preparação e administração de medicação para uma anestesia geral impõe conhecimentos gerais e específicos, bem fundamentados, sustentando uma prática mais segura e eficaz.

Constituindo-se intervenção interdependente, é importante que o enfermeiro conheça a farmacodinâmica da medicação, no que respeita principalmente aos efeitos terapêuticos e adversos, assim como o modo de preparação e administração (Ferreira, 2023).

A medicação descrita neste capítulo, preparada e administrada pelo enfermeiro, pretende abordar aspectos considerados mais relevantes para a prática de enfermagem e que contribuem para a identificação de focos de atenção.

Os fármacos mais usados na anestesia geral são os anestésicos endovenosos, agentes voláteis e opióides.

Anestésicos gerais

O anestésico endovenoso administrado à cliente, submetida a MRM, foi o **propofol**. Trata-se de

um hipnótico usado na indução e manutenção da anestesia e na sedação para um procedimento cirúrgico. O propofol atua como agonista dos recetores GABA, aumentando a inibição mediada pelo neurotransmissor GABA no sistema nervoso central, o que provoca depressão do sistema nervoso central e indução de sedação e anestesia. O rápido início de ação de fármacos lipossolúveis, deve-se à sua distribuição para os órgãos mais vascularizados, como o cérebro, coração, fígado e rins. As concentrações plasmáticas diminuem à medida que o fármaco é captado pelos restantes tecidos e rapidamente diminui no cérebro. Essa redistribuição juntamente com o seu metabolismo hepático e eliminação renal, determina o final do efeito terapêutico. Como efeitos adversos comuns, pode desenvolver amnésia anterógrada, hipotensão arterial, bradicardia, dor no local da administração e cefaleias (Morujão, 2013; Infomed, 2021). Em associação e para a manutenção do efeito anestésico, são frequentemente usados gases anestésicos como o **desflurano**.

Os anestésicos possuem um efeito depressor do sistema nervoso central que é dose-dependente, reduzindo o consumo cerebral de oxigénio. Concomitantemente aumentam a pressão intracraniana por aumento do fluxo sanguíneo cerebral. Atuam também sobre o aparelho respiratório (depressão respiratória) e sobre o sistema cardiovascular (depressão cardiovascular). A monitorização hemodinâmica é requerida para o despiste atempado de taquicardia e hipotensão arterial (Tavares, 2013).

Analgésicos estupefacientes

Os opióides continuam a constituir o grupo farmacológico mais poderoso de combate à dor e, por essa razão, fazem parte dos medicamentos analgésicos. O **fentanil** é considerado o opióide de eleição, usado como suplemento analgésico, para a indução da anestesia geral e para a sua manutenção. Por ter ligação a recetores específicos no cérebro, medula espinhal e em neurónios periféricos, o seu início de ação ocorre minutos após a administração por via intravenosa (Ferreira, 2023). Importa salientar, possíveis efeitos adversos a atender no caso da administração de fentanil, como náuseas e vômitos, confusão, temperatura e contração da fibra muscular lisa intestinal e urinária, depressão respiratória e cardiovascular (Tavares, 2013).

A **morfina** é utilizada no tratamento da dor aguda e pode ser responsável por sedação e depressão respiratória tardias. Os opióides têm um efeito antidiurético e podem causar retenção urinária. Também pode provocar hipotensão, náuseas e vômitos (Infomed, 2021; Tavares, 2013).

Antieméticos

O propofol geralmente tem uma baixa incidência de causar NVPO, tornando-o uma escolha preferida para pessoas com maior propensão. Por outro lado, os agentes inalatórios halogenados aumentam a probabilidade de NVPO, assim como os opióides. A administração de medicamentos antieméticos, como o **ondansetrom**, no período perioperatório, deve ser utilizada para prevenção e tratamento de NVPO. A **dexametasona** é mais eficaz quando administrada na indução anestésica e não são apresentados efeitos adversos associados à sua administração em dose única. Pelo seu efeito antiemético e anti-inflamatório contribui para a melhoria do bem-estar e diminuição da dor e da fadiga no pós-operatório. A administração de dexametasona diminui em 59% o risco de ocorrência de NVPO (Vieira et al., 2012).

Relaxante muscular

O relaxante muscular administrado para esta cirurgia foi o **rocurónio**, utilizado como adjuvante na anestesia geral para facilitar a intubação endotraqueal e proporcionar relaxamento da musculatura esquelética durante a cirurgia. No final do procedimento cirúrgico, para reversão deste bloqueio, foi utilizado o **sugamadex**, antagonista específico do rocurónio e que atribui a este uma segurança extra. Atua no plasma, formando um complexo com os agentes bloqueadores neuromusculares, o que reduz a sua quantidade disponível para se ligar aos recetores nicotínicos da junção neuromuscular (Ferreira, 2023; Tavares, 2013).

Fluidoterapia

O **soro polieletrólítico** é um cristalóide que se caracteriza por ser uma solução de água esterilizada com moléculas pequenas que atravessam o endotélio, permitindo a sua distribuição pelo espaço extravascular. O objetivo da fluidoterapia é a normovolémia, evitando por um lado a hipoperfusão dos tecidos e por outro o edema (Instituto Português de Oncologia de Lisboa, 2017).

Antibacterianos

A profilaxia antibiótica perioperatória usada nesta cliente foi a **cefazolina**, do grupo farmacológico das cefalosporinas de primeira geração, estrutural e farmacologicamente relacionados com as penicilinas. Provocam inibição da síntese da parede celular ao ligarem-se a proteínas localizadas no interior da parede celular bacteriana. A reconstituição via intravenosa de 1000mg de cefazolina deve ser efetuada em 10ml de água PPI, e administrada a uma velocidade de cerca de 3 minutos, para evitar dor no local de administração e flebite (Ferreira, 2023).

Analgésicos

Para a analgesia pós-operatória e como estratégia analgésica multimodal, foi administrado **paracetamol** no final do procedimento, ainda com a cliente anestesiada para ter efeito no período após o despertar, sendo mantido no pós-operatório em horário regular. O paracetamol é analgésico e antipirético, de ação central, indicado para o tratamento de curta duração da dor ligeira e moderada. O tempo de administração da solução injetável deve estar compreendido entre 15 a 30 minutos no sentido de não potenciar efeitos adversos tais como hipotensão arterial ou NVPO (Ferreira, 2023; Infomed, 2021).

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e

terapêutica médica.

Relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica, serão abordados os aspetos a considerar relativamente às atitudes terapêuticas, no que concerne ao procedimento cirúrgico e aos cuidados inerentes aos dispositivos que derivam de necessidades terapêuticas, como sondas, drenos e cateteres.

Procedimento invasivo

A realização de um procedimento invasivo obriga à verificação de uma série de aspetos para assegurar a máxima segurança do cliente, que se encontra num estado de vulnerabilidade e exposição a várias etapas críticas. O primeiro contacto com a cliente é realizado no momento do acolhimento ao BO, onde são verificados aspetos respeitantes à segurança da cirurgia e preparação pré-operatória, com vista à prevenção de complicações.

A anestesia provoca redução do tónus dos músculos de suporte das vias aéreas superiores que resulta na diminuição dos reflexos protetores e posteriormente no seu colapso, pelo que o cumprimento do jejum, previamente a uma anestesia eletiva, é imperativo no sentido de diminuir a possibilidade de ocorrência de aspiração de conteúdo gástrico, podendo gerar complicações como pneumonite química ou pneumonia (Barash et al., 2017). A Sociedade Europeia de Anestesiologia recomenda jejum de 6 horas para todo o tipo de alimentos e 2 horas para água e sumos sem polpa (Smith et al. 2011).

Para a preparação pré-operatória preconiza-se o banho pré-operatório que deverá ser realizado, com clorexidina 2 a 4%, na noite anterior e no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência (Direção-Geral da Saúde, 2022).

A ausência de objetos de adorno e verniz de unhas deve ser verificada com o objetivo de proporcionar um ambiente cirúrgico mais seguro, contribuindo para o controlo de infeção e ocorrência de riscos evitáveis como, por exemplo, o risco de queimadura provocado pela presença de metais na eletrocirurgia.

As reações de hipersensibilidade a fármacos podem-se manifestar desde exantema e urticária, até formas mais graves como a anafilaxia. Embora possam ocorrer em qualquer tipo de fármaco e a qualquer momento, é indispensável que qualquer história de reação a fármacos e alimentos seja conhecida e divulgada a toda a equipa (Ferreira, 2023), além de validada pelo cliente.

O enfermeiro deve rever e confirmar verbalmente, com o anestesista e o cliente, a sua identificação, o tipo de procedimento e o local cirúrgico, assim como o consentimento informado para a cirurgia e anestesia. A marcação do local cirúrgico também é considerada, neste caso, pela existência de lateralidade.

Previamente à preparação da pele para a cirurgia, deve ser realizada a lavagem cirúrgica das mãos e após, colocação de luvas esterilizadas. A eficácia dos antissépticos depende do estado da pele que se deve apresentar limpa, livre de matéria orgânica e resíduos. A aplicação do antisséptico deve iniciar-se do local da incisão em direção à periferia de forma circular. Ao finalizar a preparação antisséptica da pele e após secagem da mesma, são colocados os campos cirúrgicos (Maya, 2022).

Na eletrocirurgia, a corrente elétrica é transformada numa corrente de alta frequência que percorre o corpo do cliente entre um eletrodo ativo (ponta de corte e/ou coagulação) e um

elétrodo neutro (placa dispersiva), que devolve a corrente ao gerador. A estreita "porta" de entrada da corrente, associada à resistência dos tecidos, provoca um foco de alta temperatura, utilizado para controlar hemorragias por coagulação, ou para corte de tecidos por destruição celular (Massarweh et al., 2006). Embora o recurso à eletricidade por cirurgia seja amplamente útil e efetivo, a prevenção de lesões decorrentes, continua a ser uma preocupação no âmbito da segurança do cliente.

O local de colocação da placa dispersiva está diretamente relacionado à intensidade da corrente. A sua aplicação deve ser efetuada pelo enfermeiro, previamente à colocação dos campos cirúrgicos e o mais próximo possível do local cirúrgico, para que haja menor quantidade de energia perdida no circuito. Os materiais condutores, ou seja, de baixa resistência, como a estrutura metálica da mesa cirúrgica e a presença de adornos metálicos no cliente, podem oferecer um caminho opcional para a saída da corrente elétrica do corpo (Bisinotto et al., 2017). Assim, segundo recomenda a AESOP (2012), devem ser considerados determinados critérios de segurança relativos à aplicação e localização da placa dispersiva, para evitar a ocorrência de queimaduras, nomeadamente: verificar a data de validade do elétrodo neutro e sua integridade; colocar a placa numa zona vascularizada e musculada, de preferência do lado direito do cliente, de forma a evitar a passagem da corrente pelo músculo cardíaco; verificar a ausência de humidade e de pelos no local de aplicação da placa.

Oxigenoterapia

Quanto à oxigenoterapia, trata-se de uma atitude terapêutica iniciada no pós-operatório, perante o comprometimento respiratório e os baixos níveis de saturações periféricas de oxigénio. Segundo a norma de prevenção de infeção do local cirúrgico, após anestesia geral com intubação endotraqueal, em cliente com função pulmonar normal, deve ser implementada a oxigenoterapia para manter SpO2 igual ou superior a 95% (DGS, 2022).

Cateter venoso periférico

A inserção do cateter venoso periférico para administração de terapêutica endovenosa, fluidoterapia e hemoderivados, é uma prática diária do enfermeiro, em ambiente hospitalar, exigindo competências na sua gestão. Pelo facto de ser considerado um procedimento invasivo, a sua inserção, fixação e manipulação pode resultar numa infeção da corrente sanguínea, com repercussões negativas para o cliente (Shastay, 2016). A punção venosa periférica é um procedimento complexo, implicando cuidados específicos: seleção do cateter, otimização, penso utilizado e prevenção de complicações locais e sistémicas, tais como flebite, infiltração, hematoma, extravasamento e obstrução. A migração de organismos da pele para o local de inserção e trajeto do cateter venoso periférico, com colonização da ponta, é a via mais comum de infeção para cateteres de curto prazo (Centers for Disease Control and Prevention, 2017). A seleção do cateter venoso periférico deve considerar a sua finalidade, devendo-se optar pelo de menor calibre, associado ao procedimento a realizar. O tipo de cirurgia, nomeadamente as suas particularidades pelo risco cirúrgico, a idade e a condição clínica do cliente, assim como o tipo de medicação a ser administrada, são condições que devem ser consideradas (Shastay, 2016).

Tubo endotraqueal

O tubo endotraqueal é um dispositivo inserido na traqueia que permite uma abordagem

avançada da via aérea e assegura a oxigenação e ventilação através da ventilação mecânica invasiva.

Relativamente ao cuff, localizado na parte distal do tubo endotraqueal, quando insuflado, exerce uma pressão ao nível da traqueia e tem como função, otimizar a ventilação mecânica, impedindo a fuga e a regurgitação do conteúdo gástrico para os pulmões. A evidência científica demonstra que a pressão da perfusão tecidual da traqueia é de 32 mmHg pelo que o cuff deve ser mantido a uma pressão entre 20 e 30 cm H₂O (DGS, 2022), prevenindo isquemia nos tecidos da traqueia, associada a complicações como: traqueomalácia, fístula traqueoesofágica e estenose (Butterworth et al., 2018).

Drenos de baixa pressão

Os drenos de baixa pressão, utilizados nesta intervenção cirúrgica, realizam uma ligeira aspiração (cerca de 75mmHg) com o objetivo de não traumatizar os tecidos e eliminar conteúdo formado pelos tecidos, para facilitar o processo de cicatrização e prevenir complicações como seroma ou hematoma. Podem permanecer durante 5 a 7 dias ou até a drenagem se tornar serosa e inferior a 20-25 ml, por dia e por dreno (Medioplast, 2019).

O dreno de baixa pressão constitui-se num sistema fechado de drenagem de feridas e inclui um cateter, um bolbo de sucção (reservatório), tubuladuras de entrada e saída e um saco, como pode ser observado na figura 1. Existe uma pinça na tubuladura de entrada do bolbo que é utilizada para esvaziar e reativar o sistema. A segunda pinça na tubuladura de saída do bolbo é utilizada quando o saco é retirado ou mudado. Existem também três válvulas anti-retorno - uma no saco e duas no bolbo. O saco está ligado ao bolbo com um conector de parafuso e, tanto a tubuladura de saída como o saco, têm tampas para selar a saída quando o dreno é utilizado sem o saco.

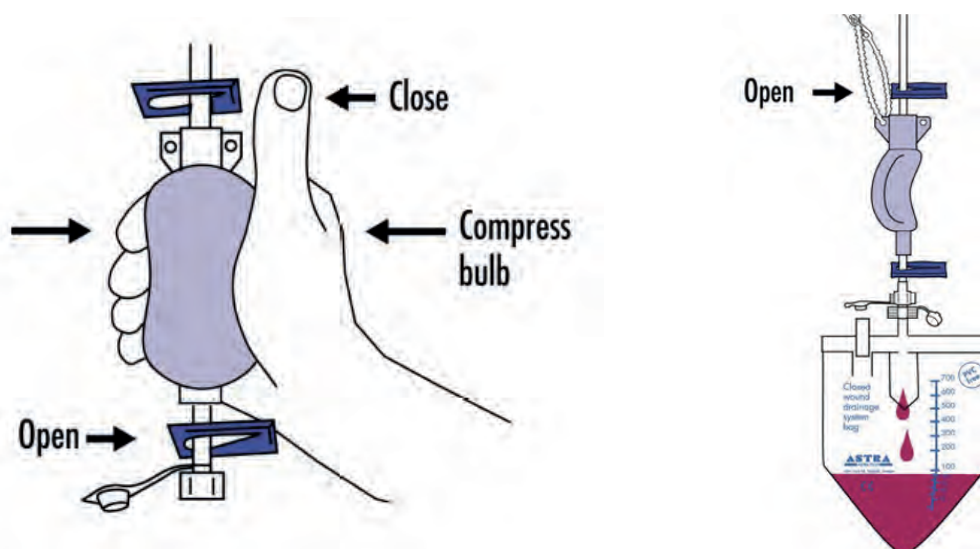


Figura 1 - Dreno de baixa pressão in <https://www.mediplastresourcecentre.com.au/wp-content/uploads/2019/08/Exudrain-Instructions-for-Use.pdf>

Os drenos devem estar acoplados à roupa da cliente, permitindo que se desloque facilmente. As tubuladuras não devem estar sujeitas a angulações, embora possam ficar acima do nível da

ferida. É importante começar a movimentar o braço, sem carga e em movimentos gradualmente mais amplos e limitados pelo desconforto, o mais cedo possível, uma vez que isso irá melhorar a cicatrização, sem afetar a drenagem. Verificar sempre se a pinça superior está aberta, exceto quando esvaziar e reativar o bolbo. Esvaziar duas vezes por dia, antes do bolbo do dreno estar totalmente expandido, embora durante os primeiros dias, possa ser necessário esvaziar o bolbo com maior frequência (American Cancer Society, 2023; Mediplast, 2019).

Os drenos permitem a detecção de hemorragia pós-operatória e são eficazes na redução da formação de seroma, que podem afetar a cicatrização da ferida. No entanto, devido à alta precoce, os clientes têm de saber gerir os drenos em casa. Os cuidados a ter com os drenos são mínimos e os drenos causam pouco desconforto e não interferem com as atividades diárias. As aspirações de seroma podem ser mais frequentes quando os drenos são removidos precocemente ou não são usados, mas a prática padrão de remover os drenos apenas quando a drenagem diminuiu significativamente não elimina completamente o reaparecimento de seroma após a remoção do dreno (Pek et al., 2016).

Posteriormente à alta e segundo o protocolo dos cuidados pós-operatórios da cirurgia da mama, é realizada consulta telefónica, diariamente até à remoção dos drenos, com acompanhamento para despiste de possíveis complicações, monitorização de volumes e características da drenagem.

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
12-10-2023 16:00	Atitudes terapêuticas	
12-10-2023 16:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
12-10-2023 16:00	Termorregulação	13-10-2023 10:00
12-10-2023 16:30	Consciência	12-10-2023 20:00
12-10-2023 18:30	Pele e mucosas	
12-10-2023 19:15	Sensações somáticas	
12-10-2023 19:15	Sistema respiratório	12-10-2023 20:00
12-10-2023 19:15	Eliminação urinária	12-10-2023 20:00
13-10-2023 10:00	Volume de líquidos	

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

Os domínios selecionados têm como principal objetivo responder às necessidades específicas da cliente, tendo por base o processo de tomada de decisão. Neste ponto, serão apresentadas as fundamentações teóricas que sustentam os domínios selecionados.

Atitudes terapêuticas

O domínio referente ao procedimento invasivo está contemplado pois a cliente está proposta

para cirurgia devido ao seu quadro patológico de doença oncológica. A necessidade de realização de MRM à direita é o motivo pelo qual se impõe o procedimento invasivo.

Sondas, drenos e cateteres

O presente domínio remete-se à necessidade de dispositivos que permitam a administração de medicamentos/fluídos e a remoção de líquidos/ar do organismo, sendo que as suas considerações estão descritas no separador anterior correspondente aos Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

Tendo em consideração que a cliente tem alta com drenos de baixa pressão, a tomada de decisão do enfermeiro deve contemplar objetivos como melhorar o conhecimento sobre as precauções gerais e melhorar a capacidade da pessoa para a autogestão destes drenos.

A autogestão consiste na participação ativa da pessoa no autocuidado, na auto-monitorização, na capacidade de resolução de problemas e na contribuição para a tomada de decisões com a equipa de saúde (McCorkle et al., 2011).

A autogestão eficaz dos cuidados de drenagem pelo cliente traduz o conhecimento e a capacidade, o que ajuda a reduzir as complicações relacionadas com a drenagem, nomeadamente, o hematoma, a infeção do local cirúrgico e o seroma (Stoyanov, et al., 2017 como citado em Ali Riad et al., 2021).

Termorregulação

A termorregulação é um processo do sistema regulador que controla a produção e libertação de calor, através de mecanismos fisiológicos, ativados pelo hipotálamo (International Council of Nurses, 2019) e é considerado como domínio de enfermagem, neste caso clínico. A evidência apresentada nos últimos anos é consensual na importância da manutenção da termorregulação no perioperatório, pelo facto de que, se a temperatura corporal não se constituir foco de atenção, a hipotermia tende a ocorrer.

A hipotermia perioperatória inadvertida deriva, não só, da exposição corporal às baixas temperaturas do bloco operatório, como também, do comprometimento do sistema termorregulador, causado pelos fármacos anestésicos, e pode ocorrer em qualquer fase do perioperatório (Hooper, 2010; Sessler, 2008).

A evidência sustenta também a associação entre a hipotermia inadvertida e o desenvolvimento de várias complicações. A hipotermia provoca trombocitopenia e aumento da fibrinólise, potenciando o risco de hemorragia e por conseguinte, necessidade de transfusões sanguíneas. Por outro lado, aumenta o risco de infeção do local cirúrgico pela interferência direta na resposta imunitária, e indireta, pelo efeito vasoconstritor, que provoca hipoperfusão tecidual e menor aporte de oxigénio. Preocupam também as alterações no metabolismo dos fármacos, com consequente aumento na concentração plasmática e o prolongamento da duração de ação dos bloqueadores neuromusculares, aumentando o tempo de permanência na UCPA. De referir ainda os tremores musculares (shivering), que se associam a desconforto do cliente e a um aumento das necessidades metabólicas, com elevação exponencial do consumo de oxigénio (Hooper, 2010; Sappenfield et al., 2013).

Consciência

Neste caso, a consciência está comprometida na relação com o enquadramento do

procedimento cirúrgico e desse comprometimento derivam focos relevantes, pelo que foi contemplada como domínio.

Os fármacos utilizados para anestesia geral deprimem o sistema nervoso central, levando à inconsciência, imobilização e ausência de resposta do organismo durante a cirurgia, o que impacta em vários sistemas corporais da pessoa submetida a anestesia geral balanceada, nomeadamente numa maior suscetibilidade a forças de pressão sobre determinadas áreas corporais e um consequente risco aumentado de úlceras por pressão (AESOP, 2012). Para um correto posicionamento, são requeridos, ao EEEMCPSP, conhecimentos específicos de anatomia e fisiologia, bem como de todo o equipamento necessário para a realização do mesmo.

A anestesia geral também provoca diminuição da produção basal de lágrimas, ausência de sensação dolorosa e diminuição dos reflexos corneanos. Estes fatores concorrem para a evaporação de lágrima e geram um compromisso da superfície epitelial e um ressecamento ocular, expondo a córnea ao meio ambiente, pelo que pode resultar na sua ulceração. Isso pode ser evitado, recorrendo à aplicação de adesivos de forma a garantir que as pálpebras permaneçam encerradas (Abrão e Dutra, 2020).

Pele e mucosas

Este domínio é identificado pois a integridade da pele é interrompida pela incisão cirúrgica resultando numa ferida. A ferida cirúrgica é caracterizada por uma descontinuidade intencional da integridade epitelial da pele e das estruturas subjacentes, produzido por um instrumento cirúrgico cortante, de modo a criar uma abertura num espaço do corpo e que resulta em perda sanguínea (ICN, 2019).

A cicatrização de feridas é um processo biológico que ocorre por primeira intenção e que compreende 4 fases: hemostase, inflamação, granulação e maturação. É esperado que a evolução da cicatrização da ferida cirúrgica ocorra num período de 4 a 6 semanas (Guo e DiPietro, 2010; Velnar et al., 2009).

O enfermeiro deve deter conhecimento sobre as condições favorecedoras da cicatrização da ferida cirúrgica, não só para a sua aplicação na prática como também para a preparação e conhecimento da pessoa com ferida cirúrgica, no sentido da prevenção de complicações e na deteção atempada de sinais de alerta que motivem a procura dos serviços de saúde.

O principal objetivo dos cuidados de enfermagem à pessoa com uma ferida cirúrgica é evitar complicações, como a infeção do local cirúrgico. A sua ocorrência pode atrasar a recuperação, justificar um internamento hospitalar e afetar a qualidade de vida da pessoa (Almeida et al., 2023). O sucesso na prevenção da infeção do local cirúrgico está sujeita à combinação de várias medidas básicas, incluindo a preparação adequada pré-operatória, a técnica cirúrgica asséptica, a profilaxia antibiótica e os cuidados pós-operatórios (DGS, 2022) que englobam a limpeza, proteção e avaliação da pele.

Sensações somáticas

Segundo a Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem, a dor é uma “Percepção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e

perda de apetite” (ICN, 2019).

A dor aguda pós-operatória define-se como a dor presente numa pessoa submetida a algum procedimento cirúrgico e resulta diretamente da agressão cirúrgica ou de complicações associadas. A dor é um dos focos de atenção de enfermagem, a salientar no período pós-operatório pela importância do seu impacto, tanto ao nível dos processos psicológicos como corporais.

Um eficaz controlo da dor facilita a recuperação, tanto ao nível da deambulação precoce, da promoção da cicatrização da ferida cirúrgica e da diminuição da incidência de NVPO e agitação. A dor provoca no imediato, alterações fisiopatológicas e prolongamento do tempo de recobro, e a longo prazo, aumenta a taxa de reinternamento, o risco de complicações pós-operatórias e de dor crónica pós-operatória (Martins, 2013).

A analgesia deve ser multimodal pela ação sinérgica dos diferentes fármacos, permitindo assim uma maior eficácia analgésica, com redução dos efeitos colaterais associados a doses elevadas (Martins, 2013).

Sistema respiratório

A hipoventilação é comum no pós-operatório imediato devido aos efeitos residuais de anestésicos, opióides, sedativos e do bloqueio neuromuscular, presença de dor e obstrução da via aérea (Barash et al., 2017).

A anestesia geral diminui os volumes correntes pulmonares e promove o desequilíbrio ventilação/perfusão, potenciando o aparecimento de atelectasia. A função pulmonar é ainda mais comprometida por dor pós-operatória, presença de drenos, respirações superficiais por receio da dor, o que pode limitar a tosse e a expansão pulmonar. Por outro lado, os opióides, administrados para diminuir a dor, diminuem também a resposta ventilatória à hipercapnia e hipóxia, sendo que os efeitos são mais acentuados se o cliente adormecer. A função pulmonar pós-operatória é afetada pelo local da cirurgia. O volume corrente pode ser reduzido em cerca de 50% após cirurgias abdominais inferiores ou torácicas (Levine et al., 2012; Mexedo, 2013).

A função respiratória da pessoa submetida a cirurgia com anestesia geral pode estar alterada, tanto por diminuição da frequência respiratória como por diminuição do volume corrente devido aos efeitos residuais da medicação que podem ser condicionados na sua metabolização por patologias associadas, hipotermia ou acidose (Mexedo, 2013).

Eliminação urinária

A retenção urinária é outra potencial complicação pós-operatória decorrente do uso de fármacos anestésicos e opióides. Apesar de ser frequente, é transitória quando a patologia urológica está ausente (Jackson et al., 2018; Martins, 2013). A primeira micção é um dado importante no período pós-operatório, sendo que a retenção urinária obriga a uma intervenção de enfermagem.

A retenção urinária pode ser causada por aumento do tônus do esfíncter uretral e inibição do reflexo do detrusor (miccional). Também pode ocorrer por diminuição da consciência da necessidade de urinar pelo efeito residual de alguns medicamentos utilizados durante a anestesia, como opióides (Barash et al., 2017).

Volume de líquidos

Este domínio surge na sequência da remoção dos gânglios linfáticos, o que resulta numa interrupção da cadeia linfática, inibindo a capacidade da linfa regressar ao sistema circulatório, o que pode conduzir à sua acumulação nos espaços extracelulares e edema dos tecidos moles (Ostby et al., 2014), neste caso em particular, designado por linfedema.

A maioria das mulheres desenvolve linfedema secundário no prazo de 12 meses após a cirurgia ao cancro da mama. Está comprovado que alguns exercícios de mobilidade dos membros superiores podem reduzir a intensidade da dor, o risco de linfedema e de incapacidade, assim como melhorar a função do ombro (Lacombe et al., 2010).

O linfedema consiste numa complicação que, uma vez instalada, é difícil de tratar pelo que o foco deve estar dirigido à sua prevenção e deteção precoce, assim como na sensibilização e conhecimento necessários a esta população (Jorgensen et al., 2021). Pode apresentar vários graus e conduzir a uma incapacidade significativa, como limitação da capacidade de executar funções motoras finas com a mão e limitação da amplitude de movimento do membro (Carolyn et al., 2016).

Os investigadores Temur e Kapucu (2019) no seu estudo sobre eficácia da autogestão na prevenção do linfedema e na qualidade de vida das mulheres submetidas a MRM, concluíram que um programa de autogestão de linfedema baseado na educação, aconselhamento e acompanhamento, demonstrou-se eficaz na prevenção do desenvolvimento do linfedema e na melhoria da qualidade de vida.

3.6. Especificação das intervenções

Aplicar penso de ferida

- Lavar ferida cirúrgica com soro fisiológico;
- Secar ferida cirúrgica;
- Aplicar o penso centralmente na ferida cirúrgica;
- Aplicar o penso de forma a que "porta" se posicione superiormente à ferida cirúrgica;
- Ligar o dispositivo ao tubo do penso;
- Pressionar botão do dispositivo para iniciar pressão negativa.

Ensinar sobre sinais de retenção de líquidos

- Destacar a importância da perceção do aumento do volume do braço;
- Valorizar dor ou rigidez no braço;
- Valorizar sensação de peso na mão;
- Valorizar sensação de formigueiro ou dormência na mão.

Ensinar sobre sinais de complicação da ferida cirúrgica

- Referir a importância de sinais como calor, rubor, tumefação ou flutuação na região circundante ao penso;
- Valorizar a dor, no local da ferida cirúrgica, que não cede à medicação analgésica;
- Valorizar febre;
- Contactar o enfermeiro se apresentar algum destes sinais de complicação.

Ensinar sobre medidas de segurança com drenos de baixa pressão

- Informar sobre como transportar drenos;
- Referir a importância do bolbo de sucção ser esvaziado antes de se encontrar totalmente expandido;
- Referir a importância dos drenos se encontrarem livres de forças de tração;
- Manter tubuladuras permeáveis (sem angulações).

Instruir a usar drenos de baixa pressão

- Fechar clampe proximal;
- Abrir clampe distal;
- Apertar o bolbo de sucção na totalidade;
- Abrir clampe proximal.

Ensinar sobre prevenção de lesões tegumentares

- Manter a pele do braço direito hidratada;
- Referir a importância de proteger o braço direito de agressões por trauma ou calor (como por exemplo, usar luvas quando realizar jardinagem);
- Comunicar aos profissionais de saúde, antecipadamente a tratamentos ou intervenções, a realização da MRM à direita.

Ensinar sobre prevenção de compromisso do processo neurovascular

- Referir a importância de evitar transportar objetos com o braço direito;
- Enfatizar a importância de evitar movimentos que geram tensão no braço direito, tais como elevação de pesos ou realização de certas tarefas domésticas (varrer, aspirar, cozinhar).

Ensinar sobre exercícios músculo articulares promotores da perfusão periférica dos tecidos

- Demonstrar a relevância dos movimentos de amplitude do ombro através de certas atividades de vida diária com o braço direito, como pentear-se, tomar banho, vertir-se, para promover a flexibilidade e reduzir a rigidez nas áreas afetadas pela cirurgia;
- Enfatizar a importância de manter a postura correta para prevenir contraturas musculares e rigidez articular do ombro.

Ensinar sobre posicionamento para promoção da drenagem linfática

- Referir a importância de posicionar o braço sob almofada, com a mão mais elevada que o ombro, quando deitada;
- Referir a importância de posicionar o braço, sob almofada em apoio lateral e com o cotovelo livre, até à altura do ombro, quando sentada.

Instruir sobre exercícios para prevenção da retenção de líquidos

- Levantar os braços até à altura que conseguir (sem dor) e baixá-los novamente;
- Abrir e fechar a mão, com o braço levantado;
- Realizar movimentos de flexão e extensão do cotovelo.

Instruir a usar dispositivo de penso de pressão negativa

- Desligar o equipamento e desconectá-lo, antes de tomar banho;

- Certificar que a extremidade da tubuladura se encontra voltada para baixo de forma a que não haja entrada de água no sistema;
- Não expor o penso a jato de água direto ou banho de imersão.

3.7. Síntese relativa ao caso

O presente caso clínico pretende explicar a visão detalhada do processo de tomada de decisão do enfermeiro, em contexto perioperatório, a uma pessoa submetida a MRM. Procura também descrever o caminho percorrido e delinear a intencionalidade subjacente à seleção dos objetivos que se planeia atingir.

O processo de enfermagem assume-se como um processo de raciocínio clínico que vai desde a recolha de dados, identificação de diagnósticos de enfermagem, formulação de objetivos, e planeamento, implementação e avaliação das intervenções de enfermagem (Machado, 2013), no sentido de produzir resultados positivos ou ganhos em saúde. A definição de objetivos de cuidado é permeada por uma intencionalidade clara e centrada na pessoa. Dessa forma, o enfermeiro, em colaboração com outros profissionais de saúde, procura otimizar a experiência perioperatória e minimizar o potencial impacto negativo, nos diferentes domínios.

Neste caso clínico, no período intra-operatório, são mais evidentes objetivos relacionados com a identificação precoce de problemas, no sentido de prevenir complicações, como a prevenção da úlcera de pressão, da infeção e da hipotermia, assim como garantir as medidas de segurança que o processo exige.

No pós-operatório, foi dada ênfase à preparação e aquisição de conhecimento, assim como à adesão às medidas de segurança relativas à TFPN e aos drenos. Ambos estão presentes durante um período limitado, no entanto, e uma vez que acompanham a pessoa para o domicílio, é importante que esta detenha conhecimento e adote comportamentos para prevenir complicações evitáveis. A importância da preparação e conhecimento para a alta da pessoa submetida a MRM também é assumida ao nível da aquisição de competências, de forma a que esta adquira um papel ativo na prevenção de linfedema.

Esta cliente, além de ser submetida a uma cirurgia mutilante, tem uma doença crónica, o cancro da mama, que também influencia o seu futuro e a coloca perante o desafio de gerir a sua doença ao longo da vida. Para tal, é necessário uma responsabilização, envolvimento e mestria para o autocuidado e aquisição de comportamentos adequados à sua situação, no sentido de serem capazes de gerir de forma eficiente o seu processo de saúde-doença. Atendendo a que esta cliente se encontra num processo de doença que se estende por um longo período, deve haver preparação para uma mudança positiva, no sentido de se alcançar uma transição saudável (Meleis et al., 2000). A ação profissional da enfermagem perioperatória pode concorrer para uma transição saudável, ao capacitar as mulheres mastectomizadas para a gestão da sua

recuperação e adaptação à sua condição de saúde.

O recurso a estratégias de autogestão em doentes com cancro é amplamente enfatizado na literatura pelos benefícios percebidos na qualidade de vida das doentes e na sua capacidade de gerir os sintomas relacionados com o tratamento, promovendo uma maior eficiência dos serviços de saúde (Mathieu et al., 2022).

A preparação da pessoa na promoção da cicatrização da ferida cirúrgica, drenos de baixa pressão e retenção de líquidos, visa a sua capacitação para um papel ativo na sua recuperação, promovendo a cicatrização da ferida cirúrgica, o uso de drenos de baixa pressão em segurança, e a prevenção do linfedema. Refletem a intencionalidade do enfermeiro para a adoção de comportamentos facilitadores da recuperação pós-operatória, por parte da pessoa, assim como os contributos para que a pessoa seja capaz de cumprir o processo de autocuidado. O enfermeiro pretende, em momentos posteriores de contacto, constatar a adoção de comportamentos da cliente, adequados à sua situação clínica.

4. CASO 2: MASTECTOMIA PARCIAL

Cliente do sexo feminino de 49 anos e 42 kg, com agrupamento de microcalcificações pleomórficas, com 9 mm de extensão, localizado no quadrante inferior interno da mama direita, diagnosticado na mamografia de rastreio. Estas alterações equivalem a um grau moderado de suspeição pelo que foi proposta para MP à direita, a realizar no dia 15/01/2024, após colocação de guia metálico por estereotaxia. Tem antecedentes de síndrome depressivo, perturbação de ansiedade e hábitos tabágicos.

4.1. Enquadramento teórico

Os enfermeiros desempenham um papel distinto na promoção de um processo perioperatório seguro e eficaz, com base na preparação do cliente e família não só para a autogestão do procedimento cirúrgico de mastectomia parcial, como também na sua preparação e conhecimento para o período pós-operatório. Esta necessidade torna-se ainda mais premente quando se trata de cirurgia de ambulatório. A garantia da continuidade de cuidados, seja na comunidade ou noutros serviços que possam dar resposta a necessidades urgentes ou programadas, também deve ser uma preocupação neste contexto.

O cancro de mama trata-se do cancro não cutâneo mais frequentemente diagnosticado nas mulheres, sendo uma das principais causas de morte nessa população com mais de 40 anos. A deteção precoce do cancro da mama é vital para o prognóstico do tratamento. É consensual que a mamografia é o exame indicado na deteção de sinais precoces de cancro da mama; por conseguinte, este rastreio tem sido recomendado para mulheres a partir dos 40 anos (Howell, 2010).

O rastreio através de mamografia consiste na realização de um exame radiológico a mulheres assintomáticas, em intervalos regulares, com o objetivo de detetar o cancro de mama numa fase inicial e, assim, interromper a progressão da doença. É considerada como o exame mais sensível para rastreio do cancro de mama clinicamente oculto, e o seu uso tem sido descrito como a estratégia mais eficiente para reduzir a mortalidade por esta doença. O espectro de patologias mamárias tem sido ampliado, pois, através da evolução clínica e tecnológica, passou a ser observado um maior número de lesões (Howell, 2010).

Na mamografia de rastreio, frequentemente são detetados agrupamentos de microcalcificações mamárias. As calcificações são as menores estruturas observadas no exame mamográfico, sendo de difícil observação e interpretação, necessitando-se de um exame com alta resolução,

compressão mamária vigorosa e magnificação localizada da área (Martins et al., 2010).

As microcalcificações, por definição, são pequenos depósitos de cálcio com tamanho igual ou menor que 0,5 mm (Coşar et al., 2005). Um agrupamento de microcalcificações, por si só, não é preditivo de malignidade, mas é uma característica muito importante em mulheres assintomáticas, com cancro num estadio inicial, e podem representar o primeiro sinal de carcinoma ductal in situ (Vieira et al., 2010).

Muitas vezes é necessária a realização de mamografia para guiar uma agulha até ao local do agrupamento de calcificações, uma vez que pelas suas dimensões não são palpáveis. A colocação de um guia metálico por estereotaxia é realizada com anestesia local, no serviço de radiologia de intervenção, e previamente à intervenção cirúrgica, no próprio dia.

Processo cirúrgico

A consulta pré-operatória consiste na primeira interação do EEEMCPSP com o cliente e o cuidador e é o momento de eleição para se iniciar a preparação cirúrgica e conhecimento sobre o percurso de cirurgia de ambulatório, com informações que sejam adequadas às necessidades e expectativas da pessoa. Para isso é imperativo uma avaliação prévia relativamente à informação que a pessoa detém no momento, assim como a sua volição e capacidade para entender e reter esse conhecimento.

No intra-operatório, o enfermeiro coordena e gere todas as atividades, tais como preparação do ambiente, transferência e posicionamento do cliente, cumprimento da assepsia, confirmação do correto processamento de materiais cirúrgicos e prevenção de retenção de objetos. Esta gestão é apoiada pelo recurso a listas de verificação cirúrgicas que garantem a redução de eventos adversos e são uma ferramenta de apoio à segurança.

Para a realização do procedimento cirúrgico de mastectomia parcial, a cliente foi posicionada em decúbito dorsal, com recurso a dispositivos de alívio de pressão nas regiões poplíteas, calcâneos e occipital. O braço homolateral é posicionado em abdução de aproximadamente 90°, de modo a proporcionar a exposição da região a ser intervencionada. A adoção de um correto posicionamento durante a cirurgia é fulcral devido à vulnerabilidade da pessoa perante a anestesia, no sentido de evitar a ocorrência de complicações que não são expectáveis, como lesões por pressão ou nervosas. O recurso a dispositivos de alívio da pressão, como almofadas, apoios e colchões que promovem uma distribuição uniforme do peso corporal e reduzem o risco de úlceras por pressão (AESOP, 2012). O objetivo do posicionamento cirúrgico é obter uma exposição ótima da zona a ser intervencionada, o acesso a cateteres e a dispositivos de monitorização, sem comprometer a segurança.

O pós-operatório imediato de mastectomia parcial na sua generalidade ocorre sem problemas, no entanto, as eventuais complicações podem ser súbitas e graves, como em qualquer intervenção cirúrgica. No recobro anestésico realiza-se monitorização e vigilância intensiva, até a pessoa readquirir total consciência. É muito importante a vigilância do nível de consciência,

padrão respiratório, perfusão periférica e do penso da ferida cirúrgica. A monitorização padrão compreende valor de frequência respiratória, eletrocardiograma contínuo, valor de pressão arterial não invasivo e oximetria de pulso, além do valor da temperatura (Levine et al., 2012).

Processo anestésico

No caso particular da cirurgia de ambulatório, a técnica anestésica deve permitir uma rápida e suave indução e boas condições operatórias, com a menor depressão cardiovascular e respiratória possível, assim como, uma rápida emergência anestésica, boa analgesia pós-operatória e controlo de NVPO com o propósito de um rápido recobro, nas suas diferentes fases, otimizando o turnover de doentes (Butterworth et al., 2018).

Neste caso, foi realizada anestesia geral que provoca um estado de inconsciência profunda e reversível, durante a qual a pessoa não reage a estímulos externos e não sente dor.

Os fármacos anestésicos devem ter um perfil de curta duração de ação. Assim, relativamente aos opióides, recomenda-se a utilização de fentanil em baixas doses pelo seu potencial emetogénico, pelo que deve ser planeada uma analgesia multimodal. O propofol é o hipnótico de eleição quando a indução for endovenosa e o sevoflórano quando se tratar de uma indução inalatória (Lemos, 2013).

A administração de fluídos IV é necessária e parece estar associada a uma diminuição de ocorrência de sede, tonturas, náuseas no pós-operatório (Levine et al., 2012).

A máscara laríngea veio revolucionar a abordagem da via aérea na anestesia geral, pelo que são raros os casos que necessitam de intubação endotraqueal (Lemos, 2013).

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 49 anos | Feminino

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-01-15 10:30:00	Solução Polieletrólítica 500ml IV	2024-01-15 13:00:00
2024-01-15 10:30:00	Fentanil 0,1mg IV	2024-01-15 11:30:00
2024-01-15 10:30:00	Propofol 150mg IV	2024-01-15 11:30:00

Início	Medicação	Fim
2024-01-15 10:30:00	Dexametasona 4mg IV	2024-01-15 11:30:00
2024-01-15 10:30:00	Parecoxib 40mg IV	2024-01-15 11:30:00
2024-01-15 10:30:00	Sevoflurano com concentração alveolar mínima de 2%	2024-01-15 11:30:00
2024-01-15 11:30:00	Ondansetron 4mg IV	2024-01-15 12:00:00
2024-01-15 11:30:00	Paracetamol 1g IV	2024-01-15 12:00:00
2024-01-15 12:00:00	Morfina 2mg IV (SOS)	2024-01-15 13:00:00
2024-01-15 13:00:00	Paracetamol 1g PO (6/6h) durante 5 dias	
2024-01-15 13:00:00	Ibuprofeno 400mg PO (8/8h) durante 3 dias	
2024-01-15 13:00:00	Esomeprazol 40mg PO (em jejum) durante 3 dias	
2024-01-15 13:00:00	Ondansetron 8mg PO (em SOS, 12/12h) durante 3 dias	

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Relativamente aos aspetos a considerar no que respeita à medicação prescrita, remete-se para o caso clínico anterior, as considerações tecidas relativamente aos seguintes fármacos: Fentanil, Propofol, Solução polieletrólítica, Dexametasona, Ondansetron e Paracetamol.

Neste caso clínico, o gás anestésico utilizado na indução e manutenção da anestesia geral foi o **sevoflurano**. Apesar da anestesia inalatória com sevoflurano ter o potencial de uma recuperação anestésica mais rápida, quando comparada com a anestesia endovenosa total, a probabilidade de NVPO pode ser maior, se não for administrado medicamento profilático adicional. Durante a manutenção da anestesia, o aumento da concentração de sevoflurano resulta em diminuições da pressão arterial, dependentes da dose. Assim, a ocorrência de hipotensão arterial pode estar relacionada com a profundidade da anestesia e pode ser corrigida com a diminuição da concentração de sevoflurano inspirado (Butterworth et al., 2018).

O **parecoxib** é um anti-inflamatório não esteróide seletivo que potencia o efeito analgésico, reduz o consumo de opióides e apresenta menos efeitos secundários quanto ao risco de hemorragia pós-operatória (Infomed, 2021).

O controlo da dor aguda pós-operatória é um dos aspetos mais importantes para a obtenção de resultados de qualidade no âmbito da cirurgia de ambulatório. Apesar de muitos avanços, a dor permanece como sintoma pós-operatório mais frequente, sendo a principal causa de readmissões hospitalares. A sua ocorrência interfere na satisfação do cliente, na retoma das atividades de vida diária, no prolongamento do período no recobro anestésico, na possibilidade de internamento, no risco de evolução da dor para a cronicidade, o que pode colocar em causa todas as vantagens associadas a este regime cirúrgico (Sarmiento et al., 2013).

Independentemente da estratégia analgésica escolhida, esta deverá ser sempre aplicada de acordo com protocolos (Sarmiento et al., 2013). Assim, foram desenvolvidas normas orientadoras e recomendações na organização de programas de cirurgia de ambulatório para a analgesia pós-operatória e a regulamentação da cedência de medicação analgésica e antiemética para o domicílio de clientes submetidos a cirurgia em regime ambulatório, com o

objetivo de igualar os direitos entre estes clientes e os de regime convencional (Decreto-Lei nº 13/2009, de 12 de janeiro).

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

08-01-2024 09:00

08-01-2024 09:00 - Procedimento invasivo

08-01-2024 09:00 - Tipo de procedimento invasivo: Mastectomia parcial à direita (15/01/2024)..

15-01-2024 10:00 - Verificado: alergias, consentimento informado, próteses, identificação do doente, jejum, preparação pré-operatória.

15-01-2024 10:00 - Temperatura corporal periférica

15-01-2024 10:00 - Ouvido: 35.80 °C.

08-01-2024 09:00 - Promover autogestão: procedimento invasivo [FIM]

15-01-2024 10:00

08-01-2024 09:00 - Conhecimento sobre procedimento invasivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

08-01-2024 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre procedimento invasivo [RESOLVIDO] 15-01-2024 10:00

08-01-2024 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre procedimento invasivo [SOS] [FIM] 15-01-2024 10:00

15-01-2024 10:00 - Conhecimento sobre procedimento invasivo: facilitador [MELHOROU].

08-01-2024 09:00 - Ensinar sobre circuito [SOS] [FIM] 15-01-2024 10:00

08-01-2024 09:00 - Ensinar sobre procedimento anestésico [SOS] [FIM]

15-01-2024 10:00

08-01-2024 09:00 - Ensinar sobre procedimento cirúrgico [SOS] [FIM]

15-01-2024 10:00

08-01-2024 09:00 - Avaliar evolução da autogestão: procedimento invasivo [SOS] [FIM] 15-01-2024 10:00

15-01-2024 10:00 - Refere satisfação com a preparação para a autogestão do procedimento invasivo.

Sondas, Drenos e Cateteres

15-01-2024 10:00

15-01-2024 10:00 - Cateter venoso periférico [RESOLVIDO] 15-01-2024 13:00

15-01-2024 10:00 - Localização do cateter venoso periférico

15-01-2024 10:00 - Antebraço Esquerda(o)

15-01-2024 10:00 - Características do dispositivo: CVP 22G.

15-01-2024 10:00 - Assegurar funcionamento do cateter [FIM] 15-01-2024 13:00

15-01-2024 10:00 - Otimizar cateter venoso periférico [SOS] [FIM] 15-01-2024

13:00

15-01-2024 10:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico [FIM] 15-01-2024 13:00

15-01-2024 10:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [SOS] [FIM] 15-01-2024 13:00

15-01-2024 12:00 - Localização do cateter venoso periférico

15-01-2024 12:00 - Antebraço Esquerda(o)

15-01-2024 12:00 - Ausência de dor.

15-01-2024 12:00 - Ausência de infiltração.

15-01-2024 10:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico [FIM] 15-01-2024 13:00

15-01-2024 10:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [SOS] [FIM] 15-01-2024 13:00

15-01-2024 10:30

15-01-2024 10:30 - Máscara laríngea [RESOLVIDO] 15-01-2024 11:30

15-01-2024 10:30 - Características do dispositivo: i-Gel nº4

15-01-2024 10:30 - Assegurar funcionamento da máscara laríngea [FIM]

15-01-2024 13:00

15-01-2024 10:30 - Otimizar máscara laríngea [SOS] [FIM] 15-01-2024 13:00

15-01-2024 10:30 - Determinar sinais de complicações relacionadas com máscara laríngea [FIM] 15-01-2024 13:00

15-01-2024 10:30 - Avaliar evolução do nível de inserção da máscara laríngea [SOS] [FIM] 15-01-2024 13:00

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

No que concerne ao procedimento invasivo, apesar de se constituírem cirurgias distintas, são realizadas no mesmo órgão, logo as considerações que justificam as verificações são tangentes ao caso clínico anterior. Neste caso, não há necessidade de verificação de marcação da lateralidade da cirurgia por ser inequívoca. A cliente colocou fio metálico por estereotaxia, previamente à admissão na cirurgia de ambulatório, protegido com penso oclusivo, até à intervenção cirúrgica. Também os aspetos a considerar relativamente ao cateter venoso periférico se remetem para o caso clínico antecessor.

Máscara Laríngea

Neste caso, foi selecionada a máscara laríngea como interface da ventilação mecânica invasiva, ao longo do procedimento cirúrgico. Trata-se de um dispositivo supraglótico desenvolvido para a abordagem da via aérea, que dispensa o uso de laringoscopia e de relaxamento muscular. Pode ser facilmente introduzido, permitindo uma ventilação eficaz em procedimentos com anestesia geral de curta duração. Quando colocada, a extremidade distal da ML, constituída por gel,

assenta na hipofaringe, num plano entre os sistemas digestivo e respiratório, formando uma vedação circunferencial de baixa pressão, ao nível da glote (figura 2). A máscara i-gel® é fabricada a partir de um elastómero termoplástico de qualidade médica. Foi concebida com o intuito de criar uma vedação anatómica e não insuflável das estruturas faríngea, laríngea e perilaríngea, evitando simultaneamente o traumatismo por compressão. Apresenta uma marca que indica a medida ideal de inserção do dispositivo. A máscara laríngea i-gel® incorpora um canal gástrico que permite a passagem de uma sonda nasogástrica para aspirar o conteúdo do estômago, em caso de necessidade. Diferencia-se pela sua facilidade e rapidez de inserção, requerendo um treino mínimo (Choi et al., 2015; Instituto Nacional de Emergência Médica, 2020).

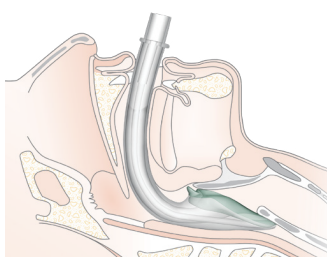


Figura 2 - Posicionamento da máscara laríngea *in* <https://pt.intersurgical.com/info/igel>

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
08-01-2024 09:00	Atitudes terapêuticas	
15-01-2024 10:00	Termorregulação	16-01-2024 11:00
15-01-2024 10:00	Sondas, Drenos e Cateteres	15-01-2024 13:00
15-01-2024 10:00	Emoção	15-01-2024 10:30
15-01-2024 10:30	Consciência	15-01-2024 12:00
15-01-2024 11:30	Pele e mucosas	
15-01-2024 12:00	Sensações somáticas	
15-01-2024 12:00	Sistema respiratório	15-01-2024 13:00
15-01-2024 12:00	Digestão	
15-01-2024 12:00	Eliminação urinária	15-01-2024 13:00
15-01-2024 13:00	Autogestão do regime medicamentoso	

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

Atitudes terapêuticas

O domínio referente ao procedimento invasivo emerge da necessidade da realização de

mastectomia parcial devido à existência de agrupamento de microcalcificações na mama. Contempla a preparação e conhecimento para o procedimento invasivo, iniciado na consulta de enfermagem pré-operatória.

O acesso à informação pode reduzir o nível de ansiedade e afetar positivamente o processo de recuperação (Hernández et al., 2021). Fornecer informação pré-operatória no momento certo e receber apoio e informação pós-operatória do enfermeiro é essencial para uma recuperação positiva e satisfação da cliente (Greenslade et al., 2010 citado por Dawe et al., 2014). Na consulta perioperatória devem também ser utilizadas fontes de informação audiovisual e recursos multimédia, tais como vídeos, imagens e folhetos educativos para oferecer informação no período pré-operatório (Hernández et al., 2021).

As principais razões que contribuem para a ansiedade pré-operatória são a falta de conhecimento e informação, não só sobre a intervenção cirúrgica, mas também sobre a anestesia, possíveis complicações e efeitos secundários, gestão da dor e gestão da ferida cirúrgica (Blöndal, 2022; Gürsoy et al., 2016; Hernández et al., 2021). Neste caso, a cliente apresenta transtorno de ansiedade, controlada por terapêutica medicamentosa. Apesar da autogestão ter sido eficaz, a cliente refere-se ansiosa relativamente ao resultado histológico e à alteração da imagem corporal por apresentar uma mama de pequeno volume.

As capacidades cognitivas e a disponibilidade para aprender devem ser avaliadas, visto que dar mais informação do que o cliente deseja pode exacerbar a ansiedade. A cliente pode pretender informação mais completa e detalhada ou pode preferir a menor informação possível. Por conseguinte, é recomendado conhecer antecipadamente o grau de informação e educação que as pessoas querem receber (Doñate-Marín et al., 2015; Wongkietkachorn et al., 2018 como citado em Hernández et al., 2021).

É expectável que clientes informados sejam tendencialmente capacitados e administrem melhor o autocuidado, o que afetará positivamente a recuperação, a satisfação e a qualidade de vida. O conhecimento pode ser benéfico na redução do risco de complicações pós-operatórias, redução da analgesia, redução da ansiedade, menor taxa de readmissões hospitalares, maior envolvimento do cliente no seu processo perioperatório e maior satisfação no tratamento. Receber informação adequada e compreensível, influencia a segurança dos clientes e os resultados da cirurgia (Blöndal, 2022).

Termorregulação

A avaliação da temperatura corporal tem como principal propósito a deteção precoce da hipotermia inadvertida e a intervenção atempada para a promoção da termorregulação. A hipotermia inadvertida é um evento complexo e com grande impacto, observado em cerca de 60 a 90% das pessoas submetidas a cirurgias com duração superior a 60 minutos (AESOP, 2017). A Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (2017) recomenda que a temperatura do cliente seja $\geq 36^{\circ}\text{C}$ para ser transferido para o BO.

Existem fatores condicionantes, associados ao procedimento cirúrgico, à exposição da cliente a

baixas temperaturas e ao procedimento anestésico, que podem causar hipotermia inadvertida na cliente no período perioperatório, sendo que esta complicação pode ocorrer em qualquer fase.

Neste caso, o dado recolhido na admissão à UCA justifica o diagnóstico de hipotermia, que pode ter sido desencadeado pelo circuito realizado pela cliente, no serviço de radiologia de intervenção. Já na fase de recobro pós anestésico, a hipotermia surge associada ao metabolismo retardado dos fármacos, hiperglicemia, vasoconstrição, alterações da coagulação, tremor pós-operatório, taquicardia, hipertensão e aumento do risco infecção do local cirúrgico (Butterworth et al., 2018), mitigado no presente caso clínico, pelas medidas adotadas para promover a termorregulação.

Emoção

Qualquer evento novo ou desconhecido, como no caso da necessidade de intervenção cirúrgica, pode desencadear na pessoa emoções negativas como a ansiedade que resulta de sentimentos de ameaça, perigo ou angústia (ICN, 2019) e está descrita como uma experiência comum, referida por 60 a 80% das pessoas que serão submetidas a cirurgia (Gürsoy et al., 2016).

A identificação precoce da ansiedade e a implementação de estratégias para reduzi-la podem melhorar os níveis de satisfação e os resultados perioperatórios (Katsohiraki et al., 2020). Assim, esta abordagem deve ser iniciada no período pré-operatório, idealmente na consulta pré-operatória.

Considero a identificação deste domínio, uma vez que foram recolhidos dados que se distanciam de um nível de ansiedade que estará naturalmente presente, perante a ocorrência de um ato cirúrgico.

A incerteza do diagnóstico clínico e o pequeno volume da mama, associados a antecedentes pessoais de transtorno de ansiedade, com todas as implicações e significados que lhe poderão estar associados, concorreram para maiores níveis de ansiedade no momento que se antecipou à intervenção cirúrgica.

Consciência

A consciência está comprometida, sendo considerada como diagnóstico na relação com o enquadramento do procedimento cirúrgico.

Os anestésicos gerais deprimem o sistema nervoso central, induzindo inconsciência, imobilização e ausência de resposta do organismo. Assim, a pessoa anestesiada encontra-se numa situação de vulnerabilidade perante problemas como a lesão por pressão, a úlcera de córnea ou no âmbito do comprometimento neurovascular (sendo a lesão nervosa do plexo braquial a mais exposta a alterações neste caso clínico). Neste contexto, é importante considerar que a anestesia apesar de derivar de prescrição médica, tem impacto em vários sistemas corporais da pessoa.

Os fármacos utilizados na indução anestésica, além de diminuírem a consciência, causam uma

imobilização total e alteração da sensibilidade durante o procedimento invasivo, podendo resultar numa maior pressão sobre determinadas áreas corporais (nomeadamente as proeminências ósseas) e um consequente risco aumentado de úlceras por pressão (AESOP, 2012).

Pele e mucosas

Este domínio é considerado pois a realização da mastectomia parcial implica a confeção de uma incisão cutânea que resulta numa ferida cirúrgica.

O enfermeiro apresenta um papel importante na prevenção de complicações relacionadas com a ferida cirúrgica. As intervenções no âmbito do conhecimento têm uma especial relevância na preparação da cliente, permitindo a deteção precoce de complicações e contribuição para a sua prevenção.

Promover a autogestão da cicatrização da ferida cirúrgica é um objetivo fundamental no processo de tomada de decisão em enfermagem pois capacita as clientes a participarem ativamente no seu processo de recuperação, o que potencia melhores resultados e qualidade de vida (Talboom-Kamp, 2018, como citado em Almeida et al., 2023).

A evidência sustenta que uma informação adequada sobre os potenciais problemas e cuidados a ter no domicílio contribui para uma perceção de segurança do cliente, sendo que deve ser trabalhada ao longo do perioperatório (Mitchell, 2015).

O conhecimento adequado contribui para uma eficaz autogestão dos sintomas, no período após alta hospitalar, fornece maior segurança ao cliente, melhor gestão de expectativas, com o potencial de reduzir ansiedade e melhorar a sua recuperação (Almeida et al., 2023).

Sensações somáticas

A dor é o sintoma mais comumente referido pelas clientes, no pós-operatório de cirurgia de mama, sendo o seu controlo essencial não só porque em si mesma é angustiante para a pessoa como também impede o regresso às atividades normais e pode protelar a alta.

O controlo eficaz da dor aguda pós-operatória é um dos aspetos mais importantes para o êxito de um programa de cirurgia em regime de ambulatório (Sarmiento et al., 2013).

Digestão

As NVPO constituem-se complicações frequentes no pós-operatório, apresentando uma incidência entre 30% e 70% da população submetida a anestesia geral (Gan et al., 2007 como citado em Vieira et al., 2012). Podem desencadear problemas como hemorragia pós-operatória, deiscência da ferida cirúrgica e desequilíbrio hidroeletrólítico. Existem fatores relacionados com o cliente, certos tipos de cirurgias e de métodos anestésicos que potenciam a sua ocorrência (Martins, 2013; Vieira et al., 2012).

As NVPO são particularmente relevantes na cirurgia do cancro da mama, uma vez que os clientes são maioritariamente do sexo feminino, o que por si só é um preditor independente de

NVPO. A dexametasona e o ondansetron, são os principais fármacos utilizados para gerir as NVPO e são administrados profilaticamente (Pek, 2016).

A ocorrência de NVPO tem impacto nos custos diretos e indiretos, associados ao atraso da alta de CA, à conversão para regime de internamento, readmissões hospitalares e atraso no regresso às atividades diárias (Vieira et al., 2012).

Estudos revelam uma elevada incidência de náuseas e vômitos após a alta hospitalar em pessoas que estes sintomas não ocorreram no pós-operatório imediato (Vieira et al., 2012). Por esse motivo, o regime medicamentoso contempla ondansetron em SOS para o domicílio em caso de náuseas ou vômitos.

Autogestão do regime medicamentoso

Após a alta hospitalar, as pessoas devem ser capazes de gerir os sintomas pós-operatórios mais comuns, como a dor, náuseas e vômitos, mas para isso devem estar capacitados para a gestão do regime medicamentoso, o que pode ser influenciado negativamente pelas expectativas e preocupações em relação ao uso dos fármacos (Almeida et al., 2023). Uma eficaz gestão dos sintomas em casa permite que estes sejam autolimitados e não tenham um impacto negativo.

A mesma autora refere que, com base em publicações sobre orientações fornecidas às pessoas sobre a autogestão da dor, após a alta hospitalar, estas são escassas o que não responde à sua elevada importância.

Considerando a MP em contexto de ambulatório, a recuperação pós-operatória é vivenciada em contexto domiciliário, pelo que a preparação e conhecimento, da pessoa e família, relativo ao regime medicamentoso se revela essencial no controlo da dor e NVPO. Neste sentido, cabe ao enfermeiro avaliar o nível de conhecimento do cliente e o seu potencial para melhorar o conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso. Desta forma, o cliente poderá ter uma recuperação pós-operatória ajustada às respetivas necessidades.

Os domínios selecionados, eliminação urinária e sistema respiratório, partilham a sua relação com o quadro teórico, no caso explanado anteriormente.

4.6. Conceção de Cuidados

Consciência

15-01-2024 10:30

15-01-2024 10:30 - Com indícios de compromisso da consciência.

15-01-2024 10:30 - Consciência comprometida [RESOLVIDO] 15-01-2024 12:00

15-01-2024 10:30 - Abertura dos olhos: nenhuma.

15-01-2024 10:30 - Resposta verbal: nenhuma.

15-01-2024 10:30 - Resposta motora: nenhuma.

15-01-2024 10:30 - Determinar evolução da consciência [FIM] 15-01-2024 12:00

15-01-2024 10:30 - Avaliar evolução da consciência [SOS] [FIM] 15-01-2024 12:00

15-01-2024 11:30 - Abertura dos olhos: nenhuma [MANTEVE].

15-01-2024 12:00 - Abertura dos olhos: ao estímulo verbal [MELHOROU].

15-01-2024 11:30 - Resposta verbal: nenhuma [MANTEVE].

15-01-2024 12:00 - Resposta verbal: orientada [MELHOROU].

15-01-2024 11:30 - Resposta motora: nenhuma [MANTEVE].

15-01-2024 12:00 - Resposta motora: obedece a ordens simples [MELHOROU].

15-01-2024 10:30 - Prevenir úlcera de pressão [FIM] 15-01-2024 12:00

15-01-2024 10:30 - Aplicar colchão de alívio de pressão [SOS] [FIM] 15-01-2024 12:00

15-01-2024 10:30 - Posicionar para prevenir úlcera de pressão [SOS] [FIM]

15-01-2024 12:00

15-01-2024 10:30 - Prevenir úlcera da córnea [FIM] 15-01-2024 12:00

15-01-2024 10:30 - Aplicar pensos oculares [SOS] [FIM] 15-01-2024 12:00

Sensações somáticas

15-01-2024 12:00

15-01-2024 12:00 - Sem manifestação de dor.

15-01-2024 12:00 - Determinar sinais de dor

15-01-2024 12:00 - Avaliar evolução de sinais de dor [SOS]

16-01-2024 11:00 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

Sistema respiratório

15-01-2024 12:00

15-01-2024 12:00 - Frequência respiratória: 15 ciclos/min.

15-01-2024 12:00 - Ritmo respiratório regular.

15-01-2024 12:00 - Movimento respiratório simétrico.

15-01-2024 12:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

15-01-2024 12:00 - Saturação do oxigénio no sangue

15-01-2024 12:00 - Periférico(a): 95 %.

15-01-2024 12:00 - Determinar evolução da ventilação [FIM] 15-01-2024 13:00

15-01-2024 12:00 - Avaliar evolução da ventilação [FIM] 15-01-2024 13:00

15-01-2024 13:00 - Saturação do oxigénio no sangue

15-01-2024 13:00 - Periférico(a): 97 %.

Digestão

15-01-2024 12:00

15-01-2024 12:00 - Sem sensação de enjojo.

15-01-2024 12:00 - Sem vômitos.

15-01-2024 12:00 - Determinar vômitos

15-01-2024 12:00 - Avaliar evolução do vomitar [SOS]

16-01-2024 11:00 - Sem vômitos.

15-01-2024 12:00 - Determinar náusea

15-01-2024 12:00 - Avaliar evolução da náusea [SOS]

Eliminação urinária

15-01-2024 12:00

15-01-2024 12:00 - Sem globo vesical.

15-01-2024 12:00 - Determinar evolução de sinais de retenção urinária [FIM]

15-01-2024 13:00

15-01-2024 12:00 - Avaliar evolução de sinais de retenção urinária [SOS] [FIM]

15-01-2024 13:00

15-01-2024 13:00

15-01-2024 13:00 - Urina em moderada quantidade.

Pele e mucosas

15-01-2024 11:30

15-01-2024 11:30 - Alterações da integridade dos tecidos.

15-01-2024 11:30 - Ferida cirúrgica

15-01-2024 11:30 - Localização da ferida cirúrgica

15-01-2024 11:30 - Mama Direita(o)

15-01-2024 11:30 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: contínua.

15-01-2024 11:30 - Material de sutura da lesão tegumentar: fio absorvível.

15-01-2024 11:30 - Determinar evolução da ferida cirúrgica

15-01-2024 11:30 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica [SOS]

15-01-2024 11:30 - Promover cicatrização da ferida cirúrgica

15-01-2024 11:30 - Executar tratamento da ferida cirúrgica [SOS]

15-01-2024 11:30 - Aplicar penso de ferida [SOS]

15-01-2024 13:00 - Promover autogestão: cicatrização da ferida cirúrgica

15-01-2024 13:00 - Conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

15-01-2024 13:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre

promoção da cicatrização da ferida cirúrgica [RESOLVIDO] 16-01-2024 11:00

15-01-2024 13:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica [SOS] [FIM] 16-01-2024 11:00

16-01-2024 11:00 - Conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica: facilitador [MELHOROU].

15-01-2024 13:00 - Ensinar sobre cuidados à ferida cirúrgica [SOS] [FIM]

16-01-2024 11:00

15-01-2024 13:00 - Ensinar sobre sinais de complicação da ferida cirúrgica [SOS] [FIM] 16-01-2024 11:00

15-01-2024 13:00 - Avaliar evolução da autogestão da cicatrização da ferida cirúrgica [SOS]

16-01-2024 11:00 - Adota comportamentos de autogestão da cicatrização da ferida cirúrgica.

16-01-2024 11:00 - Refere satisfação com a autogestão da cicatrização da ferida cirúrgica.

15-01-2024 13:00

Termorregulação

15-01-2024 10:00

15-01-2024 10:00 - Hipotermia [RESOLVIDO] 15-01-2024 12:00

15-01-2024 10:00 - Determinar evolução da temperatura corporal [FIM]

16-01-2024 11:00

15-01-2024 10:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [SOS] [FIM]

16-01-2024 11:00

15-01-2024 10:30 - Temperatura corporal periférica

15-01-2024 10:30 - Ouvido: 36.00 °C.

15-01-2024 12:00 - Temperatura corporal periférica

15-01-2024 12:00 - Ouvido: 36.20 °C.

16-01-2024 11:00 - Temperatura corporal periférica

16-01-2024 11:00 - Região axilar: 36.70 °C.

15-01-2024 10:00 - Promover termorregulação [FIM] 16-01-2024 11:00

15-01-2024 10:00 - Aplicar manta de aquecimento [SOS] [FIM] 16-01-2024 11:00

15-01-2024 10:30 - Providenciar dispositivo de aquecimento de fluídos [SOS] [FIM]

15-01-2024 12:00

Emoção

15-01-2024 10:00

15-01-2024 10:00 - Verbaliza ansiedade.

15-01-2024 10:00 - Ansiedade [RESOLVIDO] 15-01-2024 10:30

15-01-2024 10:00 - Determinar evolução da ansiedade [FIM] 15-01-2024 10:30

15-01-2024 10:00 - Avaliar evolução da ansiedade [SOS] [FIM] 15-01-2024 10:30

15-01-2024 10:30 - Não verbaliza ansiedade [MELHOROU].

15-01-2024 10:00 - Diminuir ansiedade [FIM] 15-01-2024 10:30

15-01-2024 10:00 - Executar técnica de relaxamento [SOS] [FIM] 15-01-2024 10:30

Autogestão do regime medicamentoso

15-01-2024 13:00

15-01-2024 13:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

15-01-2024 13:00 - Não organiza a medicação conforme horário.

15-01-2024 13:00 - Autogestão do regime medicamentoso comprometida

15-01-2024 13:00 - Determinar evolução da autogestão do regime medicamentoso

15-01-2024 13:00 - Avaliar evolução do compromisso da autogestão do regime medicamentoso [SOS]

16-01-2024 11:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

16-01-2024 11:00 - Organiza a medicação conforme horário.

15-01-2024 13:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso

15-01-2024 13:00 - Conscientização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: facilitadora.

15-01-2024 13:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

15-01-2024 13:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador.

15-01-2024 13:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 16-01-2024 11:00

15-01-2024 13:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [SOS] [FIM] 16-01-2024 11:00
16-01-2024 11:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: facilitador [MELHOROU].
15-01-2024 13:00 - Ensinar sobre regime medicamentoso [SOS] [FIM] 16-01-2024 11:00
15-01-2024 13:00 - Ensinar sobre resposta à medicação [SOS] [FIM] 16-01-2024 11:00
15-01-2024 13:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso [SOS] 16-01-2024 11:00 - Adota comportamentos de autogestão do regime medicamentoso.
16-01-2024 11:00 - Refere satisfação com a autogestão do regime medicamentoso.

4.7. Especificação das intervenções

Ensinar sobre circuito

- Localizar serviço de radiologia de intervenção para colocação de guia metálico;
- Referir as diferentes fases do circuito ambulatorio;
- Referir a importância de assegurar o acompanhamento por um adulto, nas 24 horas após a cirurgia.

Ensinar sobre procedimento anestésico

- Referir a importância do jejum de 6 horas para sólidos e de 2 horas para líquidos claros (água, chá, cevada, sumos de fruta sem polpa) antes da cirurgia;
- Destacar a necessidade de remover prótese dentária.

Ensinar sobre procedimento cirúrgico

- Referir a importância de tomar banho pré-operatório com clorexidina no dia anterior e no dia da cirurgia;
- Referir a importância de remover objetos de adorno e verniz das unhas;
- Destacar a necessidade de providenciar soutien.

Executar técnica de relaxamento

- Colocar uma mão no peito (deve permanecer estável) e outra no abdómen (deve oscilar com os movimentos respiratório);
- Inspirar lentamente pelo nariz, de forma a que o ar se mova em direção ao abdómen, elevando a mão;
- Expirar todo o ar, lentamente, ;
- Manter um ritmo constante, evitando respirações curtas e rápidas.

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

- Verificar permeabilidade do cateter;
- Valorizar dor local;
- Verificar sinais inflamatórios;
- Verificar tumefação local.

Ensinar sobre cuidados à ferida cirúrgica

- Referir a importância de manter o penso seco: não expor o penso a jato de água direto ou banho de imersão;
- Referir a importância de usar soutien, adaptado ao tamanho, 24 horas por dia, durante cerca de 1 mês;
- Evitar atividade física intensa nas 2 semanas após cirurgia.

Ensinar sobre sinais de complicação da ferida cirúrgica

- Referir a importância de sinais como calor, rubor, tumefação ou flutuação na região circundante ao penso;
- Valorizar dor, no local da ferida cirúrgica, que não cede à medicação analgésica;
- Valorizar febre;
- Valorizar penso totalmente repassado de sangue ou repassado de conteúdo amarelo/esverdeado;
- Contactar o enfermeiro se apresentar algum destes sinais de complicação.

4.8. Síntese relativa ao caso

Em forma de síntese, este caso distingue-se do anterior pelo facto de espelhar o processo de tomada de decisão de enfermagem, no período perioperatório, a uma mulher submetida a mastectomia parcial, em contexto de ambulatório ao invés de regime de internamento.

No período pré-operatório, a ação profissional do enfermeiro focou a preparação e conhecimento da cliente para a autogestão do procedimento cirúrgico, com posterior avaliação da sua efetividade, demonstrada no momento do acolhimento ao BO.

Na fase intra-operatória, a ação profissional dos enfermeiros relaciona-se com a coordenação e gestão de atividades que incluem o ambiente físico, a transferência e posicionamento do cliente, a promoção da assepsia, a prevenção de complicações e a satisfação das necessidades fisiológicas, em resposta à anestesia geral. A generalidade das intervenções têm o propósito de avaliar a evolução de sinais e sintomas, o que espelha os objetivos neste âmbito, no que respeita à prevenção e deteção precoce de complicações. Assim sendo, as áreas de ação do enfermeiro centram-se na segurança do cliente e na facilitação do processo anestésico e cirúrgico.

No pós-operatório imediato releva a monitorização de complicações e efeitos secundários relacionados com a abordagem cirúrgica e anestésica, nomeadamente a dor, as NVPO, a hemorragia.

O contributo da enfermagem necessita de ser alargado com base no conhecimento e investigação da experiência completa da pessoa submetida a cirurgia de ambulatório, especialmente porque surgem muitos desafios para a pessoa e para o prestador de cuidados. Ao receberem alta hospitalar, os clientes necessitam de continuar no domicílio os tratamentos e cuidados iniciados no hospital, o que exige aos enfermeiros a preocupação com a preparação para a alta, a promoção da recuperação e a prevenção de complicações. Assim a educação da pessoa e do cuidador assume-se como uma prioridade e constitui-se como um indicador de qualidade em cirurgia de ambulatório, apresentado pela Entidade Reguladora da Saúde.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Nos últimos anos, assiste-se a uma exigência crescente da sociedade relativamente à solicitação de confiança, tornando prioritária a fiabilidade dos produtos e serviços. Este fenómeno tem contribuído para que o desenvolvimento e a gestão de competências sejam temas proeminentes, tanto nas discussões académicas quanto nas organizações. A análise desta temática é abordada de forma pluridimensional, abrangendo desde a competência ao nível individual - onde reside o conjunto de habilidades, conhecimentos e atitudes do profissional - até à dimensão coletiva, com o conceito de “core de competências” entendidas como as capacidades essenciais que conferem a uma organização vantagens competitivas sustentáveis. A discussão estende-se ainda aos sistemas de educação e formação profissional, os quais estão cada vez mais focados em fornecer não só os conhecimentos técnicos, mas também em desenvolver as habilidades cognitivas e sociais, necessárias para a adaptação e inovação, no ambiente de trabalho contemporâneo. Nesse contexto, melhorar a gestão de competências tornou-se uma exigência incontornável para a consolidação da confiança e para a garantia da excelência e qualidade nos serviços prestados, ao mesmo tempo em que se procura atender às expectativas e necessidades emergentes da sociedade, em constante transformação.

O conceito de competência tem vindo a ser alvo de múltiplas definições e interpretações, mudando de sentido, de acordo com o domínio em que é utilizado e o contexto a que se refere. O debate em torno do conceito de competência ganhou destaque na década de 70, com a contribuição de diversos autores (Sá e Paixão, 2013). A compreensão de competência evoluiu ao longo do tempo, apresentando-se atualmente como um conjunto de conhecimentos adquiridos que fundamentam a tomada de decisão. De forma geral, exercer competência implica desenvolver operações mentais complexas, apoiadas por esquemas de pensamento que capacitam a escolha e a realização de ações adaptadas à situação (Perrenoud, 1999).

A competência transcende a aquisição isolada de conhecimentos específicos, e não se define enquanto estado; ela é complexa e multifacetada, representando uma confluência de fatores pessoais, formativos e práticos. Le Boterf (2003) concetualiza a competência como uma interseção tridimensional que integra a história pessoal e as interações sociais, a formação académica e a experiência profissional do indivíduo. A verdadeira competência envolve a habilidade de aplicar adequadamente conhecimentos, habilidades e atitudes, em contextos profissionais específicos. Além disso, implica na capacidade de adaptação e implementação eficiente de recursos, ao enfrentar variadas circunstâncias no campo de ação. Considera-se, portanto, alguém competente quando é capaz de combinar e aplicar um leque de saberes complexos, tomar decisões informadas, aprender de forma contínua, assumir responsabilidades

e desenvolver uma percepção estratégica ao lidar com desafios concretos.

Em resposta à constante evolução dos padrões de qualidade no setor da saúde, a Ordem dos Enfermeiros (2017) reconheceu a importância de estabelecer um conjunto definido de competências para o Enfermeiro Especialista. Este conjunto de competências fornece um quadro para a validação de habilidades profissionais, mas também serve para informar o público sobre os níveis de cuidado que podem esperar.

Optou-se por organizar os próximos subcapítulos de acordo com os domínios de competência, subdivididas em competências comuns e específicas, colocando ênfase nas reflexões tecidas, na aprendizagem adquirida e nas atividades desenvolvidas para as atingir.

COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO -CIRÚRGICA

As competências comuns do enfermeiro especialista são designadas como o conjunto de “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” (Regulamento nº 140/2019, 6 de fevereiro, p. 4745).

O mesmo regulamento menciona o termo "domínio de competência" para descrever uma área particular de atividade profissional, que abrange um grupo de competências relacionadas com um tema central e inclui um *cluster* de elementos interligados que determinam a práxis nessa área.

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Os enfermeiros deparam-se diariamente com dilemas que requerem competências de tomada de decisão baseadas numa prática responsável, orientada por princípios éticos, valores e normas deontológicas, com o principal objetivo de promover a proteção dos direitos humanos e, consequentemente, a preservação da dignidade da pessoa.

No exercício das suas funções, e tal como se encontra preconizado no Decreto-lei n.º 161/1996, de 4 de Setembro, artigo 8º, ponto 1, capítulo IV do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, “os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses, legalmente protegidos, dos cidadãos”.

A ética, enquanto reflexão filosófica sobre o agir humano, e a deontologia, que estabelece normas para a conduta de uma profissão, coexistem. Os conhecimentos éticos fornecem uma base de princípios de ação profissional, regulando o comportamento correto do enfermeiro no plano dos valores morais deste, como pessoa, e da enfermagem enquanto profissão (Almeida, 2007).

Atendendo ao exposto e em concordância com a Ordem dos Enfermeiros, é facilmente percebida a necessidade de o percurso de formação de especialização exigir o desenvolvimento

e aquisição de competências de forma a demonstrar um “exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica”, assim como “uma prática que respeita os direitos humanos”, assumindo a responsabilidade de gerir “situações potencialmente comprometedoras para os clientes” (Regulamento n.º 140/2019, 6 de fevereiro, p.4746).

O respeito pela dignidade humana pressupõe reconhecer a pessoa como “um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos de natureza individual” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.98) o que conduz a um princípio bioético fundamental conhecido como autonomia.

A autonomia representa a capacidade do indivíduo para se autodeterminar e se orientar segundo normas que ele próprio estabelece, baseando as suas ações na vontade própria e assegurando que os preceitos da sua atuação tenham origem na sua entidade enquanto indivíduo. O termo autonomia, frequentemente sujeito a interpretações diversas, requer uma definição precisa e deve ser compreendido como a liberdade que cada pessoa possui para tomar decisões, em relação aos aspetos que influenciam diretamente a sua existência. Portanto, encontra-se intimamente associada ao conceito de respeito mútuo entre os indivíduos e é fundamental como critério ético nos cuidados de saúde, conhecido especificamente como “respeito pela autonomia” (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Ao longo do estágio foi uma preocupação constante desenvolver atividades com vista a promover a privacidade dos clientes, respeitar as suas preferências individuais, assegurar a informação adequada à pessoa e família, salvaguardar a confidencialidade e a segurança da informação. Nessa trajetória, o Código Deontológico emergiu como uma bússola essencial para a prática. Este documento normativo da enfermagem enuncia de forma inequívoca os deveres profissionais, fundamentados nos direitos inalienáveis dos cidadãos e das comunidades, aos quais são dirigidos os cuidados de Enfermagem, além de explicitar as responsabilidades que a profissão assumiu no seu mandato social.

O enfermeiro, ao promover a proteção dos direitos humanos, deve assegurar o respeito pelo acesso à informação, confidencialidade e segurança da mesma (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

No contexto clínico, sempre se procurou garantir que o cliente entendesse claramente as informações apresentadas, permitindo-lhe, assim, exercitar a sua autonomia e realizar escolhas conscientes. Referimo-nos ao processo de consentimento informado, que deve ser obtido de forma voluntária e com total clareza, a respeito dos procedimentos aos quais a pessoa se submeterá e as possíveis consequências inerentes.

O direito da pessoa à informação é um pilar essencial da ética e dos direitos das pessoas. Consagrado em várias declarações e códigos éticos, esse direito reconhece a necessidade das pessoas receberem informações claras, compreensíveis e completas sobre o seu estado de saúde, procedimentos propostos, riscos e alternativas disponíveis. Essa informação não é apenas um componente vital para as tomadas de decisão informadas, mas também salvaguarda a autonomia da pessoa.

O consentimento informado, fundamental para o respeito aos princípios éticos e legais, é uma materialização prática do direito à informação. Trata-se do meio pelo qual os clientes, devidamente informados, expressam a sua anuência ou recusa para procedimentos específicos. Este processo não é apenas uma formalidade, mas uma manifestação direta da pessoa em relação às decisões que afetam a sua própria vida. O consentimento informado permite que a pessoa tenha acesso à informação, tome uma decisão esclarecida e participe ativamente no seu processo de cuidado, promovendo assim a autonomia e o respeito à dignidade (Almeida, 2007).

A responsabilidade pela obtenção do consentimento informado, seja ele de índole cirúrgica ou anestésica, recai sobre o médico, no entanto, incumbe ao enfermeiro em contexto perioperatório, como participante nos procedimentos cirúrgicos ou anestésicos, a tarefa de verificar e validar esse mesmo consentimento, no âmbito da verificação para cirurgia segura. O programa "Cirurgia Segura Salva-vidas", instituído pela OMS em 2009, perfila-se como uma estratégia essencial para o incremento da segurança nos procedimentos cirúrgicos, tendo como objetivos primordiais a diminuição da morbidade e mortalidade, associadas a cirurgias e a melhoria da qualidade dos cuidados perioperatórios. Um dos pilares deste programa consiste na implementação da "Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica" (LVSC). A aplicação desta lista é uma medida preventiva cuja eficácia reside na capacidade de estruturar e fixar procedimentos que, embora críticos, correm o risco de ser subvalorizados ou inadvertidamente omitidos.

Na etapa inicial deste procedimento de verificação, o enfermeiro, em conjunto com o anestesista e, quando viável, com o próprio cliente, procede à confirmação verbal da correta identidade do cliente, do procedimento e do local cirúrgico, e assegura que foi concedido o consentimento informado para a intervenção.

É imperativo reconhecer a distinção entre o conceito de consentimento informado e o processo de consentimento livre e esclarecido. O cerne desta questão não reside apenas na entrega de informação e na obtenção de uma assinatura num documento, mas sim em assegurar que a pessoa compreendeu a informação, dispôs de espaço adequado para esclarecimento de dúvidas, e teve a sua compreensão da informação devidamente validada (Nunes, 2007). Neste processo, a nossa prática consiste em validar junto ao cliente se a informação foi corretamente compreendida, assimilada e valorizada. Quando se revela necessário, o enfermeiro promove a articulação com outros profissionais, a fim de proporcionar esclarecimentos adicionais.

Em primeiro lugar, deve ser contextualizado o papel do enfermeiro perante a verificação do consentimento informado. A identificação de falta de compreensão por parte da pessoa, ou qualquer dúvida relativa à cirurgia ou à anestesia, confronta o enfermeiro com uma única intervenção possível, a de referenciar ao cirurgião/anestesista. A abordagem atual, que limita a intervenção do enfermeiro à referência ao médico, destaca a necessidade de uma análise crítica, não pela incumbência de informar convenientemente um cliente por se tratar de um ato médico, mas pela inclusão dessa verificação pelo enfermeiro em listas de verificação cirúrgica, já que a ação de enfermagem neste domínio é muito limitada.

A questão da adequação da verificação do consentimento informado pelo enfermeiro, em

cumprimento de prescrições normativas de um organismo, suscita uma controvérsia relevante neste contexto. O cerne do debate assenta na consideração de que as informações inerentes ao consentimento informado cirúrgico e anestésico, ultrapassam o domínio da enfermagem. O enfermeiro, ao realizar a verificação do consentimento informado, pode ser confrontado com questões que competem a outros profissionais, tornando-se o enfermeiro um mero mensageiro dessa necessidade.

A validação da compreensão por parte do cliente pode colocar o enfermeiro numa posição onde se espera que esclareça dúvidas que não pertencem à sua área de ação. Isso levanta preocupações sobre a eficácia e a ética da prática, sugerindo a necessidade de reavaliação dos procedimentos vigentes para assegurar que a verificação do consentimento informado seja conduzida por profissionais com responsabilidade e autonomia para responder a todas as questões, fortalecendo assim o processo de tomada de decisão esclarecida dos clientes.

Os cuidados de enfermagem, por motivos análogos, requerem igualmente a obtenção do consentimento informado, livre e consciente, apesar de ser um elemento frequentemente descurado na prática quotidiana. De acordo com o artigo 105º dos Estatutos da Ordem dos Enfermeiros (Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro), em homenagem ao direito à autodeterminação do cliente, cabe ao enfermeiro o dever de informar, o indivíduo e seus familiares a respeito dos cuidados de enfermagem, proteger, promover e assegurar o direito à obtenção de um consentimento devidamente fundamentado, responder com diligência e atenção a qualquer solicitação de esclarecimento apresentada pelo cliente, no que concerne à enfermagem, além de providenciar informações sobre os serviços disponíveis e as vias para o seu acesso. Assim, sempre que viável, providenciámos a informação detalhada à pessoa acerca de todas as intervenções de enfermagem, visando obter o seu consentimento e, desta forma, honrar o seu direito à autodeterminação, à liberdade de escolha e à tomada de decisão esclarecida. Foi principalmente durante o acolhimento do cliente ao BO, que se procurou, na medida do possível, assegurar o seu consentimento, manifestado verbalmente, relativamente às práticas de enfermagem. Reconhecemos, contudo, que o período intra-operatório pode não ser o momento mais propício para este processo. A prática ideal seria a integração do processo de consentimento informado na consulta de enfermagem pré-operatória, a qual facilita a comunicação eficaz de informações, promove a clarificação de quaisquer dúvidas ou temores, habilita e prepara a pessoa para a intervenção cirúrgica, e contribui para otimizar a sua recuperação subsequente. A ausência de uma consulta ou de um contacto pré-operatório de enfermagem reduz significativamente o alcance da intervenção do EEEMCPSP, tanto em termos da transferência de conhecimento e preparação da pessoa para a cirurgia, quanto a respeito do apoio emocional fornecido à pessoa em contexto perioperatório.

Domínio da melhoria contínua da qualidade

A qualidade em saúde é determinada pelo “grau em que os cuidados de saúde prestados aos indivíduos e populações promovem os resultados desejados e são consistentes com o

conhecimento profissional mais atual” (IOM, 1990 como citado em Seelbach e Brannan, 2023). Existem várias definições em torno do conceito de qualidade, uma vez que diferentes instituições e pessoas têm frequentemente significados diferentes quando o utilizam. Até certo ponto, isto é inevitável e até desejável, porque a qualidade dos cuidados de saúde tem, de facto, significados diferentes em contextos diferentes. No entanto, esta dependência do contexto também torna particularmente importante a clareza sobre a concetualização exata da qualidade num determinado contexto, antes de se iniciar a medição (Quentin et al., 2019).

Nos serviços de saúde, a ênfase na qualidade assume particular importância devido à sua natureza intrínseca, caracterizada pelo consumo simultâneo à prestação do serviço. Esta característica distintiva, que difere da produção de bens, onde existe a possibilidade de isolar e corrigir produtos com defeito antes de alcançarem o consumidor, impõe a necessidade de assegurar padrões de excelência em todas as fases do atendimento ao cliente (Silva, 1996 como citado em Tronchin et al., 2006).

Em Portugal, o primeiro passo dado pelo Ministério da Saúde para estabelecer um sistema de acreditação da qualidade, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, ocorreu em 1999, sob a tutela do Instituto da Qualidade em Saúde. A instituição onde decorreu o ENP obteve acreditação por entidade internacional e certificação de qualidade pela ISO 9001, o que confirma o cumprimento das melhores práticas e padrões de referência internacional e assegura a qualidade e segurança do cliente.

Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), a segurança constitui um componente fundamental da qualidade nos serviços de saúde e na ação profissional da enfermagem. O fomento da segurança compreende uma ampla gama de estratégias e iniciativas, que vão desde o processo seletivo de profissionais, a sua integração e retenção, até à melhoria do desempenho. Inclui-se também a implementação de protocolos de segurança no ambiente de trabalho, bem como medidas eficazes de gestão e controle de riscos. Isso abrange desde a prevenção de infeções e cumprimento de práticas clínicas seguras até à garantia da segurança dos equipamentos e à manutenção da segurança do ambiente de cuidados. Adicionalmente, a segurança é respaldada por uma base de conhecimento científico especializado, voltado para a segurança da pessoa, com as infraestruturas adequadas para o garantir.

Na esfera da governação clínica, o enfermeiro especialista assume-se como agente facilitador no desenvolvimento e suporte das estratégias institucionais. Nesse contexto, coopera ativamente no planeamento e execução de projetos institucionais, focados na qualidade, e envolve-se na disseminação efetiva da informação, para garantir que estas iniciativas sejam implementadas corretamente ao nível da prática (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro). A melhoria contínua da qualidade, com a visão de atingir a excelência, é um esforço permanente e dinâmico que envolve a identificação e análise dos diversos elementos que influenciam a prática profissional. A qualidade dos cuidados de saúde é difícil de medir diretamente porque se trata de um conceito teórico que pode abranger diferentes aspetos, dependendo da definição exata e do contexto da medição (Quentin et al., 2019). Exige-se a

adoção de medidas concretas e o desenvolvimento de ferramentas metodológicas capazes de realizar avaliações consistentes e periódicas, as quais são fundamentais para medir e melhorar a qualidade dos serviços prestados (Fonseca et al., 2005 como citado em Tronchin et al., 2006). Neste seguimento, a Ordem dos Enfermeiros definiu os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, “de modo a constituir um referencial para a prática especializada, que estimule a reflexão e a criação de projetos de melhoria contínua da qualidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p.5). Os enunciados descritivos, que definem os critérios de qualidade para a prática de enfermagem especializada, em cuidados perioperatórios, estipulam o nível de excelência exigido para a ação profissional. Assim, neste documento, a Ordem dos Enfermeiros define os elementos importantes relativos à satisfação do cliente, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e ao autocuidado, à readaptação funcional, à organização dos cuidados de enfermagem e à segurança da pessoa. Estes orientam a análise crítica e a tomada de decisão em Enfermagem e atuam como modelos para a criação de indicadores, capazes de reconhecer o impacto positivo desses cuidados na melhoria da saúde da população (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Neste alinhamento, as métricas da qualidade também oferecem benefícios para a equipa de enfermagem, empoderando-a e fornecendo ferramentas para tomadas de decisão mais assertivas. Através da análise dos indicadores, os enfermeiros podem identificar áreas de excelência e pontos de melhoria na prática profissional, implementar medidas de melhoria com base em dados concretos, promover a comunicação e o trabalho em equipa, avaliar o impacto dos cuidados prestados na saúde e demonstrar o valor da enfermagem para a instituição de saúde e sociedade.

A prática clínica que seja fundamentada em conhecimento científico e avaliada de forma clara, objetiva e mensurável, favorece e direciona o desenvolvimento de melhorias, além de contribuir para o planeamento e implementação de intervenções que atendam às necessidades dos clientes (Santos e Rennó, 2013).

Os indicadores são entendidos como métricas que refletem a realidade e direcionam a monitorização, avaliação e promoção da qualidade nos cuidados de saúde (Pereira, 2009). Eles funcionam como alertas para desvios em relação aos padrões normativos ou expectativas preestabelecidas, indicando a necessidade de melhoria dos processos para prevenir a consolidação dos problemas (Santos e Rennó, 2013). Todavia, a sua efetiva aplicação como instrumentos primordiais em programas de melhoria da qualidade em saúde está intrinsecamente dependente da disponibilidade das informações, constituindo uma premissa fundamental (Donabedian, 2003) pois “sem dados, e sem dados com qualidade, não estão criadas as condições para a produção e utilização de indicadores de saúde de qualidade” (Pereira, 2009, p. 72).

A documentação rigorosa do processo de cuidados é imprescindível para a construção de indicadores fidedignos que espelhem a contribuição singular da enfermagem, no contexto multiprofissional da prestação de cuidados de saúde. A elaboração de indicadores de qualidade

específicos para a enfermagem deve centrar-se na sua esfera de ação direta, distinta das intervenções de outros profissionais, para salvaguardar a especificidade e a relevância das métricas. A dificuldade da elaboração de um modelo de agregação de dados orientado para a avaliação de resultados ou ganhos em saúde, decorrentes da ação autónoma dos enfermeiros, derivam principalmente do facto desta se desenrolar num contexto multiprofissional e do conceito de resultado sensível aos cuidados de enfermagem (Johnson et al, 2000 como citado em Pereira, 2009). O mesmo autor refere que “focos de atenção mais sensíveis à tomada de decisão dos enfermeiros são aqueles que estão associados a problemas face aos quais, as intervenções de enfermagem contribuem de forma decisiva para os resultados desejados” e que se dirigem “à promoção da independência nas ações realizadas pelo cliente, com base na sua intencionalidade, à aquisição de competências cognitivas e instrumentais, e ao desenvolvimento de respostas adaptativas eficazes” (Pereira, 2009, p. 215).

A qualidade de um indicador de saúde pode ser determinada pela sua validade, ou seja, a capacidade de medir com precisão aquilo a que se propõe. Um indicador com alto grau de validade deve ser capaz de distinguir corretamente um fenómeno de todos os outros e também ser capaz de detetar as mudanças que se verificam temporalmente, no mesmo fenómeno. Outros atributos importantes, que influenciam a qualidade dos indicadores, passam pela fiabilidade, representatividade, simplicidade, custo e preceitos éticos (Pereira, 2009).

Existem várias formas para classificar diferentes tipos de indicadores de qualidade (Mainz, 2003). Uma das abordagens consiste em distinguir entre indicadores baseados em taxas e indicadores simples baseados em “contagens”, normalmente utilizados para acompanhar eventos sentinela, pouco frequentes mas significativos. Os indicadores baseados em taxas, que constituem o tipo mais predominante, são calculados como proporções ou taxas com numeradores e denominadores bem definidos. Por outro lado, os indicadores baseados em contagem são aplicados à operacionalização do aspeto da segurança, no âmbito das medidas de qualidade, identificando eventos específicos que são inerentemente indesejados. Os *never events* são exemplos de tais indicadores, incluindo ocorrências como retenção de itens cirúrgicos ou cirurgia no lado errado do corpo. Quando o objetivo é melhorar a qualidade, cada evento discreto deve suscitar uma análise e investigação detalhadas para evitar problemas recorrentes (Quentin et al., 2019).

Uma abordagem alternativa consiste em distinguir entre medidas genéricas e medidas específicas de cada condição. As medidas genéricas avaliam elementos da qualidade dos cuidados de saúde aplicáveis a todos os clientes, sendo potencialmente significativos para um público maior, contribuintes e decisores políticos. Como por exemplo, a percentagem de demora média antes da cirurgia (indicador de produtividade da ACSS). Por outro lado, as medidas específicas de uma condição são pertinentes apenas para indivíduos com determinadas condições clínicas. Um exemplo seria a percentagem de pessoas com cancro do pulmão que sobrevivem pelo menos 30 dias após a cirurgia.

Contudo, a classificação de Donabedian, reconhecida e enfatizada pela OMS (2009) nas

recomendações para a cirurgia, é o mais frequentemente utilizado para distinguir os diferentes tipos de indicadores. Donabedian elaborou um modelo de avaliação da qualidade dos cuidados de saúde baseado em três elementos fundamentais: estrutura, processo e resultado (2003). Esta tríade refere-se às dimensões das informações que podem ser utilizadas para a avaliação do cuidado em saúde. Perante isto, entende-se que este modelo será o mais adequado para análise desta problemática.

A enfermagem perioperatória deve avaliar a qualidade dos cuidados nas vertentes de estrutura, processo e qualidade, implementando programas de melhoria contínua, planeados a partir da estrutura, executados no sentido da melhoria do processo cirúrgico e avaliados na ótica dos resultados.

De uma forma geral, os indicadores de estrutura são utilizados para avaliar o ambiente dos cuidados de saúde, ou seja, avaliam as características dos recursos requeridos para um determinado serviço de saúde, nomeadamente no que respeita ao número de profissionais e sua qualificação, materiais, equipamentos e sistemas operativos (Oner et al., 2021). Os indicadores de estrutura, relacionados com a eficácia, podem analisar as competências do quadro dos profissionais. Por outro lado, o volume de cirurgias realizadas está frequentemente mais ligado aos aspetos da segurança. Embora o enquadramento de uma instituição seja inegavelmente crítico para a prestação de cuidados de elevada qualidade, estabelecer uma correlação direta entre essas estruturas e processos ou resultados, pode ser arriscado, diminuindo assim, em certa medida, a pertinência das medidas estruturais (Quentin et al., 2019). Apesar de serem aspetos que poderão afetar o desempenho individual dos profissionais de saúde, as atividades dos enfermeiros não têm impacto direto sobre os mesmos (Oner et al., 2021).

Os indicadores de processo traduzem o cuidado efetivamente. Idealmente, os indicadores de processo são construídos com base na evidência científica, o que pressupõe que, a adesão às mesmas se correlaciona com a melhoria dos resultados dos cuidados. Muitas vezes, estes indicadores derivam de diretrizes da prática clínica ou de padrões de excelência reconhecidos. Como exemplo de indicador do domínio da segurança, no contexto cirúrgico, apresentamos a verificação da utilização de uma LVSC. Os indicadores de processo são responsáveis pela maior parte dos programas dedicados à medição da qualidade (Cheng et al., 2014; Fujita et al., 2018; National Quality Forum, 2019 como citado em Quentin et al., 2019). A avaliação deste tipo de indicadores faz-se, principalmente, através da documentação dos cuidados, avaliando o que é documentado nos processos clínicos e considerando o trajeto do que é realizado, no sentido de atingir uma finalidade, que deverá ser o resultado. Todavia, um adequado desempenho na vertente do processo, poderá não conduzir ao resultado desejado (Oner et al., 2021).

Os cuidados de saúde são multifacetados e as medidas de processo centram-se, frequentemente, em intervenções específicas para um grupo específico de clientes. Consequentemente, para avaliar exaustivamente a qualidade dos cuidados prestados por um profissional ou estabelecimento de saúde, é necessário um vasto leque de indicadores.

Depender apenas de um conjunto limitado de medidas de processo pode distorcer a prestação de cuidados de saúde, dando prioridade aos aspetos que estão a ser medidos e, negligenciando outras atividades críticas e até potencialmente mais importantes, embora mais difíceis de monitorizar (Quentin et al., 2019).

Finalmente, os indicadores de resultado traduzem o ganho em saúde alcançado, a recuperação ou a restauração da função, ou seja, podem aferir mudanças de estado de saúde, ou alteração nos conhecimentos, atitudes e comportamentos do cliente, relacionados com saúde. Os indicadores de resultado são normalmente tangíveis e diretamente relevantes para os clientes e políticos pois colocam a tónica nos resultados efetivos da prestação de cuidados de saúde. As medidas de resultado da segurança dos clientes podem registar complicações relacionadas com o tratamento, incluindo infeções do local cirúrgico, retenção de itens cirúrgicos ou úlceras por pressão decorrentes do posicionamento cirúrgico. Relativamente aos cuidados centrados no cliente, as medidas de resultado podem investigar a satisfação do cliente ou a sua probabilidade de recomendar o estabelecimento de saúde. Predominantemente nos Estados Unidos, as medidas de resultado estão a ser mais frequentemente integradas em programas de avaliação da qualidade devido ao seu elevado valor para as pessoas e para os financiadores dos cuidados de saúde (Baker & Chassin, 2017 como citado em Quentin et al., 2019). A utilização destes indicadores pode promover a inovação na prestação de serviços, se conduzir a resultados superiores aos dos processos de cuidados estabelecidos. No entanto, a ligação direta dos resultados aos serviços prestados por organizações ou profissionais é complexa, uma vez que numerosos fatores externos podem afetar os resultados em matéria de saúde. Além disso, a natureza de longo prazo de muitos resultados de saúde representa um desafio para a utilização imediata destas medidas na avaliação da qualidade (Donabedian, 1980 como citado em Quentin et al., 2019).

Os indicadores de avaliação da qualidade, referentes ao processo de enfermagem, são marcadores específicos do estado da saúde das populações, evidenciando o contributo singular do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde da população (Ordem dos Enfermeiros, 2007). No entanto, estes estão omissos dos sistemas de avaliação da qualidade das instituições de saúde pelo que é premente, a reflexão, desenvolvimento e implementação de indicadores que reflitam a ação profissional dos enfermeiros.

Os objetivos estratégicos da governação clínica pretendem manter ativo o processo de melhoria contínua da qualidade assistencial, criando as condições para que esta ocorra. Os indicadores clínicos, emanados pela governação clínica, da instituição onde decorreu o ENP, relacionados com a área cirúrgica são: mortalidade, cirurgias urgentes, cirurgias de produção adicional, cirurgias em ambulatório, cancelamentos cirúrgicos, reintervenções cirúrgicas, infeção do local cirúrgico e acidentes tromboembólicos. Ao nível especificamente do BOC, são monitorizados e analisados dados relativamente ao número de cirurgias realizadas, número de cirurgias realizadas por âmbito e tipo de cirurgia, número de cirurgias por serviço, atividade cirúrgica programada por serviço, atividade cirúrgica adicional por serviço e atividade cirúrgica urgente

por serviço.

Sendo esta uma instituição que se baseia num sistema de gestão da qualidade organizado, a elaboração de normas de atuação torna-se fundamental para garantir a eficiência operacional, a qualidade dos serviços, a conformidade legal e a satisfação dos clientes, contribuindo para a melhoria dos processos da qualidade e a sustentabilidade da organização, a longo prazo. Esta premissa associada ao interesse de desenvolver uma enfermagem representada por indicadores, impeliu-nos à elaboração de uma norma para a manutenção da normotermia no período perioperatório, desenvolvida a partir da evidência científica, que refletisse resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, transversal a diferentes serviços de prestação de cuidados.

A manutenção da normotermia é uma evidência universal no contexto da área perioperatória, concretizada por recomendações da OMS e do Center of Disease Control and Prevention (CDC), bem como do feixe de intervenções da norma da DGS para a prevenção da infeção do local cirúrgico (DGS, 2022), essencial para prevenir complicações e promover uma recuperação mais rápida e efetiva.

Um número considerável dos clientes submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos, apresentam-se hipotérmicos no final da cirurgia, sendo uma complicação que pode ocorrer em qualquer momento do percurso perioperatório (Sessler, 2008; Hooper, 2010; Moola & Lockwood, 2011; NICE, 2016). A literatura aponta para a manutenção da normotermia perioperatória na melhoria dos resultados em saúde e benefícios no processo cirúrgico, tanto para o cliente como para a instituição (Hooper et al, 2010).

A integração da manutenção da normotermia como norma no sistema de qualidade da instituição, além de garantir a conformidade com diretrizes internacionais e nacionais, assegura a segurança e o bem-estar das pessoas submetidas a cirurgia eletiva. Essa iniciativa não apenas contribui para a redução de custos associados a complicações cirúrgicas, mas também promove a melhoria da eficiência operacional, alinhando-se aos objetivos de qualidade da organização. Assim, a manutenção da normotermia no perioperatório não apenas reflete a preocupação com a excelência nos cuidados, mas também se torna um elemento essencial na otimização dos processos de saúde.

Domínio da gestão de cuidados

O enfermeiro especialista desempenha um importante papel na gestão dos cuidados, aperfeiçoando a dinâmica da equipa, assegurando condições favoráveis à prestação de cuidados, com a máxima segurança e elevados padrões de qualidade. Adicionalmente, este profissional harmoniza os recursos disponíveis às necessidades e determina o modelo de liderança mais propício a promover a excelência da ação profissional dos enfermeiros (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro). “Exercer a gestão dos cuidados, das pessoas ou do serviço de saúde/enfermagem com competência implica integração do conhecimento, habilidade, competência técnica, ética, segurança e da qualidade ao serviço prestado”

(Camacho, 2015, p.16).

Para Freitas e Parreira (2013), o conceito de dotações seguras refere-se à estimativa do número de enfermeiros necessários à prestação de cuidados, numa unidade específica, influenciado por uma série de fatores complexos e dificilmente mensuráveis. A alocação de enfermeiros com adequada qualificação e um perfil de competências ajustado, é essencial para alcançar elevados padrões de segurança e qualidade nos cuidados de saúde. Portanto, é fundamental recorrer a metodologias e critérios bem definidos para garantir que os recursos humanos estejam adequadamente alinhados com as necessidades reais da população, em termos de cuidados de saúde.

Na elaboração do plano diário de atividades de enfermagem no BO, é tida em consideração a legislação vigente no Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Este regulamento “tem como finalidade, entre outras, aprovar as normas técnicas e deontológicas respetivas, bem como zelar pelo cumprimento das normas regulamentares que vinculam o exercício da Enfermagem, concorrendo deste modo, para a prossecução do direito fundamental de proteção da saúde consagrado na Constituição da República Portuguesa” (Regulamento nº 743/2019, de 25 de setembro, p. 128).

No que respeita à determinação das necessidades de enfermagem nos blocos operatórios, seja em procedimentos de regime convencional ou de ambulatório, são aplicados princípios comuns que contemplam a complexidade dos cuidados, a capacidade instalada e o modelo de organização dos cuidados. Durante as cirurgias, sejam elas eletivas ou urgentes, são reconhecidos papéis essenciais desempenhados pela equipa de enfermagem: o enfermeiro circulante, o enfermeiro instrumentista e o enfermeiro de anestesia. Os enfermeiros devem ser preferencialmente especialistas em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (Regulamento nº 743/2019, de 25 de setembro).

Nas unidades de recobro ou unidades de cuidados pós-anestésicas, recomenda-se o rácio de um enfermeiro por cada dois clientes em cirurgia convencional e um enfermeiro, por cada três clientes em cirurgia ambulatória, podendo o mesmo ser ajustado em função da complexidade dos cuidados e adequado às necessidades específicas dos clientes (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Em ambos os contextos de estágio, no BOC e na UCA, foi possível verificar a preocupação contínua em respeitar as dotações seguras recomendadas para o BO, reforçando assim o compromisso com a qualidade do atendimento e a segurança de todos os intervenientes.

Apesar de compreendermos que não existe um modelo ideal para alocar os recursos humanos, a prioridade mantém-se em assegurar a prestação de cuidados com qualidade e segurança, ancorada nas melhores práticas e diretrizes internacionais. Para alcançar tal objetivo, torna-se essencial considerar as qualificações e as competências dos enfermeiros. Além disso, o cálculo das dotações seguras não se deve restringir apenas a uma métrica de número de horas dedicadas por cliente ou tempo médio por procedimento.

Assim, o papel do enfermeiro especialista é central para conduzir a análise crítica das

metodologias de trabalho, estimular o ambiente colaborativo, fortalecer as competências da equipa de enfermagem e multiprofissional, encorajar a implementação de práticas baseadas na evidência e cultivar uma cultura de segurança abrangente e integrada, em todos os níveis: pessoal, coletiva e institucional.

O Conselho Internacional de Enfermeiros considera que “a liderança em enfermagem inclui a direção e a orientação dos outros, bem como a criação de um ambiente e condições para o desenvolvimento contínuo e a qualidade dos cuidados” (ICN, 2000, p.1). A Ordem dos Enfermeiros identifica os enfermeiros gestores como proponentes de mudança que valorizam a profissão e as suas organizações, implementando estratégias de liderança que promovam o crescimento profissional e organizacional. São também vistos como os principais defensores da segurança e da qualidade dos cuidados de enfermagem (Regulamento nº76/2018 de 30 de janeiro; Durmus e Kirca, 2020).

O modelo conceitual de Irvine et al. (1998) reconhece que os indicadores estruturais, que englobam variáveis do contexto organizacional como a liderança, podem exercer uma influência direta ou indireta, nos resultados dos clientes através do efeito mediador das variáveis do processo (cuidados de enfermagem). O impacto pode ser particularmente observado nos resultados cirúrgicos, incluindo a prevenção de eventos adversos e complicações como quedas, úlceras de pressão e infeções do local cirúrgico.

A liderança e o ambiente de prática são elementos associados à estrutura organizacional que podem influenciar o desenvolvimento das ações de enfermagem, particularmente naqueles que se refletem nos resultados do cliente. O estudo sobre os ambientes de prática tem importância reconhecida globalmente, em diferentes contextos de cuidado. Lake et al. (2019), na sua meta-análise, identificaram associações significativas entre o ambiente e os resultados, nos profissionais, nos clientes, na qualidade e segurança dos cuidados e na satisfação dos clientes, concluindo que o investimento na melhoria do ambiente de prática promove a qualidade e a segurança dos cuidados e o bem-estar dos enfermeiros e clientes.

Foi-me concedida a oportunidade de participar numa reunião de equipa promovida pela Enfermeira Gestora da UCA, visando a apresentação e discussão do Plano de Atividades para o ano de 2024. Durante a reunião, foram partilhadas as metas e objetivos do Plano de Atividades, destacando a importância de cada iniciativa para a melhoria dos cuidados de enfermagem, alinhado com o planeamento estratégico da instituição. A equipa teve a oportunidade de debater e contribuir para a formulação de estratégias, enfatizando a colaboração e o alinhamento das práticas com as necessidades do contexto. O envolvimento dos enfermeiros nos processos de decisão, que garantam a integração da sua perspetiva, consequentemente, geram uma maior adesão no cumprimento da política interna.

A análise do Plano de Atividades revelou a inclusão de ações específicas relacionadas com a gestão de cuidados, tais como a implementação de protocolos de segurança, a capacitação da equipa para situações de emergência e a promoção de práticas baseadas em evidências. Estas atividades foram identificadas como cruciais para o fortalecimento da competência de gestão de

cuidados, evidenciando o compromisso do serviço em promover a excelência na prestação de cuidados de enfermagem.

A reunião também proporcionou um espaço para a discussão de desafios e oportunidades, fomentando uma abordagem colaborativa na identificação de soluções. O envolvimento e participação da equipa evidenciou um ambiente propício à partilha de conhecimentos e aprendizagem, fundamentais para o desenvolvimento contínuo da competência de gestão de cuidados.

A reflexão conjunta sobre as atividades a desenvolver, enriqueceu a compreensão da equipa sobre a importância da gestão de cuidados na prática clínica, reforçando o compromisso com a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem.

Decorrente de uma preocupação da gestão da UCA para a obtenção de melhores resultados relativamente à preparação e conhecimento das mulheres submetidas a MP, em regime de cirurgia de ambulatório, foi elaborado um folheto informativo (anexo I) que pretende constituir-se um suporte de informação para reforçar as intervenções educativas, no sentido da promoção da autonomia da cliente e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Esta ferramenta configura-se como facilitadora da disseminação de informações pertinentes e fidedignas, essenciais para a preparação e recuperação das clientes submetidas a MP.

A comunicação clara e efetiva é uma premissa na gestão de cuidados, sendo este folheto um canal que assegura a transmissão coerente e compreensiva de informações. A uniformidade da mensagem educativa é vital para evitar discrepâncias e garantir que todas as pessoas tenham acesso às diretrizes de saúde recomendadas.

Na esfera da qualidade dos cuidados de enfermagem, o folheto atua como recurso preventivo, minimizando o risco de complicações pós-operatórias através da educação para o autocuidado. A informação em formato escrito pode ser consultada pelos clientes a qualquer momento, facilitando o processo de memorização e adesão às recomendações. Em termos metodológicos, a elaboração de um folheto exige rigor, precisão e atualização científica, verificando-se uma oportunidade para a investigação e apoio à decisão clínica baseada em dados concretos e validados. A garantia da qualidade dos cuidados em saúde é uma preocupação central das políticas de saúde e das práticas clínicas, sendo os indicadores de qualidade fundamentais para a avaliação e melhoria contínua da prestação de serviços de saúde.

A adoção de uma liderança que privilegia ativamente a cultura de segurança constitui um elemento crucial na gestão dos cuidados de saúde, sustentando a prevenção de incidentes adversos e encorajando a melhoria contínua (Yodang e Nuridah, 2020). Gestores que advogam a relevância de indicadores de qualidade e que se empenham na elaboração de estratégias para a sua otimização, estabelecem um compromisso com a excelência que se difunde por toda a estrutura organizacional.

Os decisores políticos e gestores procuram cada vez mais desenvolver formas sistemáticas para medir e avaliar a qualidade dos cuidados de diferentes prestadores. O crescente interesse na medição da qualidade tem sido acompanhado e apoiado pelo incremento da capacidade de

medir e analisar a qualidade, impulsionada, entre outros fatores, por mudanças significativas nas tecnologias da informação e pelos avanços na metodologia de medição. Assim, os indicadores constituem-se como “ferramentas de gestão usadas para medir, monitorizar e avaliar os resultados de um processo, projeto ou política, a partir de dados registados de forma organizada e estruturada como parte dos sistemas de informação” (Pinto & Ferreira, 2014, p. 383). Os decisores políticos reconhecem que, sem medição, é difícil garantir uma elevada qualidade da prestação de serviços num país, uma vez que é impossível identificar os bons e os maus prestadores ou os bons e os maus profissionais, sem informações fiáveis sobre a qualidade dos cuidados. Sem uma medição sólida da qualidade, é impossível determinar em que medida a nova regulamentação ou as intervenções de melhoria da qualidade funcionam efetivamente e melhoram a qualidade como esperado, ou se existem também efeitos adversos relacionados com essas mudanças (Quentin et al., 2019).

Domínio do desenvolvimento da atividade profissional

Estamos inseridos numa época de transformações aceleradas, sendo a renovação constante, de saberes e métodos, imprescindível em todas as áreas profissionais. Conforme estipulado pelo Código Deontológico dos Enfermeiros, incumbe a cada enfermeiro o compromisso de se manter continuamente atualizado. Este imperativo é reforçado pelo artigo 88º, alínea c), sobre a “excelência no exercício profissional”, que determina que os enfermeiros devem procurar permanentemente a máxima qualidade na sua ação profissional, o que inclui a atualização permanente de conhecimentos e o recurso a tecnologias, não negligenciando a formação permanente, especialmente na área das ciências humanas.

O enfermeiro especialista deve deter uma consciência clara das suas capacidades e limites, fundamentar as suas práticas e intervenções no conhecimento mais relevante e atual, evidenciando a importância do uso criterioso da informação disponível, na sua área de especialidade. Além disso, deve assumir o papel de formador e contribuir para o desenvolvimento e execução de programas formativos (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro).

Em 2004, a OMS recomendou fortemente a tradução do conhecimento em ação, com o intuito de diminuir o hiato entre a investigação e a prática clínica (OMS, 2004 como citado em Rodrigues e Cardoso, 2022). Este distanciamento pode propiciar uma maior exposição dos profissionais de saúde a riscos evitáveis, menores níveis de bem-estar dos clientes comparativamente aos que poderiam ter e desperdício de recursos, que já por si são limitados (Grimshaw et al, 2012 como citado em Rodrigues e Cardoso, 2022).

Posteriormente, em 2012, o ICN defendeu a importância da integração da prática baseada na evidência para promover cuidados de saúde de qualidade, ao menor custo, e a necessidade premente da colaboração mais estreita entre a academia e a prática (Rodrigues e Cardoso, 2022).

A maioria das definições de prática baseada na evidência incluem, no processo de tomada de

decisão clínica, a melhor evidência disponível, a experiência integrada dos profissionais e o envolvimento do cliente (Rodrigues e Cardoso, 2022).

A importância da prática baseada na evidência tem crescido substancialmente no âmbito da saúde, impulsionada, em grande parte, pelos esforços de promoção da qualidade e segurança dos cuidados prestados. Outro fator que fortalece esta necessidade, é o grande número de publicações de estudos científicos que dificultam a atualização e acompanhamento da evolução científica pelos profissionais, o que por sua vez impacta na morosidade da incorporação de novas evidências na prática (Rodrigues e Cardoso, 2022). Atualmente a sociedade tem um acesso imediato a informações relacionadas com a saúde, o que pode diminuir a confiança dos cidadãos para com os profissionais de saúde, pelo que estes devem ter conhecimento sobre as melhores evidências disponíveis, saber informar sobre fontes fiáveis, ensinar sobre como avaliar as informações disponíveis e discutir com os clientes as informações por eles encontradas (El Sherif et al., 2018 como citado em Rodrigues e Cardoso, 2022).

Também no seguimento desta competência, a elaboração dos estudos de caso permitiu uma análise detalhada da prática, fundamentada na melhor evidência através de pesquisa bibliográfica rigorosa em bases de dados indexadas, destacando-se as particularidades envolventes nas intervenções autónomas de enfermagem à pessoa submetida a procedimento invasivo. Sublinha-se a importância da conceção dos cuidados de enfermagem visto que é nela que reside a verdadeira essência da profissão.

No âmbito da temática abordada inicialmente na introdução, “As métricas da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação perioperatória”, foi também realizada pesquisa bibliográfica, em bases de dados científicas, no sentido de suportar na mais atual evidência científica, da qual resultou a sistematização da informação e as referências bibliográficas que dão suporte ao enquadramento teórico sobre o tema e à capacidade crítica deste relatório.

Em contexto paralelo ao percurso do mestrado, e guardando relação com o desenvolvimento da aprendizagem e divulgação do conhecimento produzido aos pares, também se adotou a participação em eventos científicos relevantes para contexto perioperatório. Participei nas I Jornadas de Enfermagem Médico-Cirúrgica do IPO Porto, no II Simpósio Internacional de Inovação, Tecnologias e Jogos em Saúde, nas I Jornadas de Enfermagem Perioperatória em Oncologia do IPO-Porto - Diferenciação da Enfermagem Perioperatória em Oncologia: realidade, futuro e desafios", onde foi apresentado uma comunicação livre “Uso de aplicações móveis e autogestão de sintomas da pessoa em situação pós-operatória: uma revisão integrativa” e realizado um Workshop sobre “Risco de Lesões decorrentes do Posicionamento Cirúrgico -ELPO-PT”.

No evento NursID Spring School 2023, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, e no âmbito do Seminário de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória foi apresentado um trabalho de coautoria com o tema “Autogestão da Dor em Cirurgia de Ambulatório”.

Destaca-se também a participação nas VI Jornadas de Enfermagem Perioperatória de Leiria e a

apresentação do E-poster: “Indicadores de Qualidade em Enfermagem Perioperatória”.

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO - CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA

As competências específicas são um conjunto de “competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.” (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, p. 4745).

A ação profissional do Enfermeiro Especialista na área da Enfermagem à pessoa em situação Perioperatória é multifacetada e abrange cinco áreas interligadas: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos. Este amplo espectro de atuação engloba as fases que precedem, que ocorrem durante e que sucedem a intervenção cirúrgica, até à recuperação da pessoa. Ao longo destas fases, o enfermeiro especialista desempenha um papel crítico, não apenas ao prestar cuidados diretos aos clientes, mas também ao garantir a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados, a comunicação eficaz com outros profissionais e a otimização dos resultados, mantendo sempre a segurança e o bem-estar da pessoa, como prioridades centrais (Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho).

Domínio do cuidado à pessoa em situação perioperatória

O processo de enfermagem, conceito central no domínio da disciplina, compreende várias fases que se interligam: avaliação, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação (Potter e Perry, 2006). Esse processo de raciocínio clínico é cíclico e reflete a natureza dinâmica da ação profissional do enfermeiro, que exige uma abordagem holística e interativa, para garantir qualidade e eficácia dos cuidados prestados aos clientes.

Embora o processo de enfermagem seja frequentemente associado à conceção de cuidados de enfermagem, é importante destacar que são conceitos distintos. O processo de enfermagem é uma estrutura metodológica abrangente, que orienta a ação profissional do enfermeiro, em todas as etapas. Por sua vez, a conceção de cuidados refere-se à aplicação prática desse processo de cuidado a um determinado cliente, utilizando o raciocínio clínico e o conhecimento teórico para formular diagnósticos precisos e prescrever intervenções, face às necessidades em cuidados de enfermagem, identificadas no cliente.

Para desenvolver cuidados de enfermagem que sejam significativos para as pessoas, o enfermeiro inicia o processo com a recolha de dados relevantes para identificar as suas necessidades. Essas são então expressas através de focos/diagnósticos de enfermagem, declarações precisas e descritivas dos potenciais ou reais problemas do cliente. Com base nos diagnósticos inferidos, o enfermeiro estabelece a sua intencionalidade perante o problema ao definir objetivos específicos e mensuráveis para alcançar os resultados desejados para o cliente.

Finalmente, são prescritas intervenções de enfermagem adequadas para abordar os problemas identificados e atingir os objetivos estabelecidos.

É importante salientar que a conceção de cuidados de enfermagem é complexa e multidimensional, indissociavelmente influenciada por determinados referenciais teóricos que fundamentam a sua tomada de decisão, pela qual o enfermeiro se responsabiliza. O enfermeiro deve ser capaz de integrar o conhecimento teórico com a experiência prática e as evidências científicas disponíveis, para tomar decisões informadas e proporcionar cuidados de elevada qualidade.

Não existe uma teoria única e totalitária que se aplique à realidade da enfermagem, menos ainda à especificidade do contexto perioperatório. Contudo, podemos destacar a escola de pensamento das necessidades, desenvolvida por teóricas como Virgínia Henderson e Dorothy Orem, como uma das mais relevantes no período intra-operatório. Aplicando a teoria de Henderson, a ação de enfermagem está focada no cumprimento das necessidades fundamentais que a pessoa faria de forma autónoma, se não estivesse sob influência da anestesia.

A teoria do défice de autocuidado, de Dorothea Orem, poderá também ser considerada adequada ao perioperatório, uma vez que considera a pessoa como o centro de toda a ação e numa condição em que necessita de cuidados totalmente compensatórios, gerada neste âmbito pela anestesia geral, sendo mandatária a sua substituição pelo enfermeiro (Orem, 2001). Gradualmente, com o readquirir da consciência e da capacidade para o autocuidado, no recobro anestésico podemos dizer que se trata de um sistema de enfermagem parcialmente compensatório pois a pessoa necessita dos enfermeiros para ajudá-la naquilo que ainda não é capaz de realizar por si própria.

Na área da pessoa em situação perioperatória, existem situações em que a teoria das transições também pode influenciar a perspetiva concetual do enfermeiro, como é possível verificar no caso clínico 1, dirigido a uma cliente submetida a MRM, já que esta impõe múltiplas e significativas mudanças, às quais a pessoa se tem de adaptar. A transição consiste na passagem de um estado (lugar ou condição) estável para outro estado estável e requer, por parte da pessoa, a incorporação de conhecimentos, alteração dos comportamentos e mudança na definição de si própria (Chick e Meleis, 1986 como citado em Machado, 2013). Esta compreensão é fundamental para a ação profissional da enfermagem perioperatória, onde os enfermeiros devem acompanhar os clientes nos momentos críticos de mudança e numa perspetiva de continuidade.

Paralelamente, a integração de sistemas de informação, eficazes e robustos, desempenham um papel crucial no continuum da ação de enfermagem. Os sistemas de informação permitem a sistematização da informação, a proteção de dados sensíveis e a interoperabilidade entre os vários intervenientes do sistema de saúde (Nascimento et al., 2021). Deste modo, é essencial que, no desenvolvimento dos sistemas de informação, se assegurem os requisitos necessários, tanto estruturais quanto de conteúdo, focando na informação pertinente para facilitar a

coordenação entre os diversos profissionais de saúde envolvidos na assistência ao cliente (Cook et al., 2000). Os sistemas de informação em enfermagem, de onde se extraem os indicadores de qualidade, têm como foco a uniformização dos registos em saúde e o suporte à prática clínica e decisões de gestão, além de permitirem a visibilidade dos cuidados prestados (Nascimento et al., 2021, p.505).

No contexto da enfermagem, esses sistemas foram desenvolvidos com o objetivo de extrair dados necessários para a determinação de indicadores que refletissem a qualidade dos cuidados de enfermagem, com consequente reconhecimento dos serviços prestados, à valorização da profissão e à monitorização da atividade (Nascimento et al., 2021).

De forma a contribuir para a interoperabilidade entre os diferentes sistemas de informação, a linguagem classificada permite que os profissionais de saúde partilhem dados de forma eficaz e compreensível. A adoção de linguagem classificada para definir as necessidades de cuidados de enfermagem, bem como as intervenções e resultados, é essencial para quaisquer mecanismos de comparação e agregação de dados, pois a sua compilação e análise comparativa só são possíveis quando os dados são categorizados e definidos uniformemente (Pereira, 2009). Por sua vez, a utilização de linguagem classificada assenta no percurso de definição da disciplina, enquanto área do conhecimento, funcionando como a estrutura substantiva para a atribuição do conhecimento formal em enfermagem (Silva, 2006).

No desenvolvimento e implementação de um sistema de monitorização de qualidade, uma questão primordial reside na determinação de indicadores, mas para isso, e como já foi mencionado, é necessário documentar. Para que os indicadores encontrem expressão é essencial que sejam corretamente registados, com uma linguagem uniforme que o torne transversal a qualquer região do país e a qualquer contexto de saúde, garantindo a sua adequação e maior impacto. Assim, a ausência de registo de todo o processo de enfermagem, inviabiliza a produção de qualquer tipo de indicador de qualidade, contribui para a opacidade da ação profissional de enfermagem perante a sociedade, assim como, impossibilita o reconhecimento do processo de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Apenas a tecnologia permite gerar indicadores informatizados que se constituem ferramentas de trabalho, que permitem métricas e desenvolver bases de dados organizadas, contribuindo para melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Pinto e Ferreira, 2014).

O recurso concomitante de suporte informático e linguagem padronizadas fornecem informações completas e precisas. De forma mais concreta, por um lado, a qualidade dos cuidados está diretamente relacionada com a qualidade dos registos de enfermagem, por outro, o uso de linguagem padronizada combinada com as ferramentas informáticas contribui para uma melhor tomada de decisão (Pinto e Ferreira, 2014). Por conseguinte, é necessário que os enfermeiros sejam responsabilizados, por mais do que as suas intervenções, pelos resultados que estas proporcionam, permitindo assim que exista uma maior preocupação com seu desempenho.

Em contexto de ENP na UCA foi possível perceber a preocupação pela auscultação da opinião

dos clientes relativamente à sua satisfação com os cuidados de enfermagem prestados, na consulta telefónica de enfermagem realizada no pós-operatório. Porém, este indicador não é revestido de significado para o financiamento, o que traduz a parca valorização ao nível organizacional. Constatou-se também que os indicadores de qualidade relativos ao BO, desta instituição, se orientam para áreas abrangentes de saúde, não considerando o atributo da sensibilidade, em particular, da ação profissional de enfermagem. Este défice deve-se, entre outros fatores, ao facto de a documentação de enfermagem ser realizada ainda em suporte de papel.

É necessária a sistematização da informação que permita inferir indicadores, para além daqueles que foram assumidos pela instituição, e que não conferem a sensibilidade dos cuidados de enfermagem. No entanto para este caminho ser percorrido, os sistemas de informação existentes terão de garantir capacidade para a recolha e análise de dados. Em contexto de ENP, o sistema de informação em uso não está organizado dessa forma, o que impede qualquer possibilidade para gerar indicadores.

Numa revisão da literatura, realizada no âmbito da unidade curricular de Gestão avançada em Enfermagem e apresentada em forma de poster como supramencionado, recolheram-se 152 indicadores distintos. Na sua maioria, os estudos contemplam a tríade de Donabedian ou fazem referência ao autor. Após análise detalhada dos indicadores inventariados, foram destacadas 6 dimensões: recursos humanos, infraestruturas, segurança, performance, foco no doente e prática clínica. Em cada uma delas emergiram subdimensões, salientando-se alguns indicadores relevantes para a prática da enfermagem. A dimensão de segurança é a que abrange mais indicadores, e a cirurgia de ambulatório é a valência que possui mais indicadores específicos validados.

O estudo realizado por Chazapis et al. (2017) identificou indicadores relevantes para avaliar a estrutura e o processo dos cuidados perioperatórios, focando a sua aplicabilidade em todo o período perioperatório. Estes indicadores, predominantemente centrados na eficácia, segurança e eficiência dos cuidados, são amplamente utilizados, apesar de muitos não se basearem em evidências científicas sólidas.

No entanto, Qui Wu et al. (2017) propõem que indicadores de qualidade práticos e confiáveis, sensíveis à enfermagem perioperatória, podem ser estabelecidos através de estudos e consenso de especialistas, utilizando o método Delphi. A implementação desses indicadores de qualidade pode oferecer uma base objetiva e quantitativa para avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem nos blocos operatórios.

Seiffert et al. (2020), validaram quatro indicadores incluindo satisfação do cliente, cirurgias canceladas no dia agendado, recomendação do hospital e envolvimento da pessoa no autocuidado, com elevada consistência interna (0,98), favorecendo assim a avaliação da efetividade da assistência hospitalar centrada na valorização da pessoa.

Além disso, Gomes et al. (2019) validaram uma escala de indicadores de estrutura no bloco operatório que permite avaliar e monitorizar as condições estruturais do bloco operatório.

Podemos afirmar que as políticas de saúde têm por base um modelo que assenta numa vertente maioritariamente médica, não considerando os cuidados prestados pelos enfermeiros na obtenção dos ganhos em saúde para a população (Nascimento et al., 2021).

Considerando as particularidades das necessidades apresentadas pela pessoa submetida a cirurgia, o enfermeiro especialista é chamado a aplicar um vasto espectro de saberes e competências técnicas. A sua atuação estende-se para além do âmbito clínico, abrangendo também o cuidado integral da pessoa e o suporte à sua rede de apoio, seja família ou pessoa significativa, através da facilitação da compreensão sobre o processo experienciado e as etapas subsequentes. Este papel proeminente inclui igualmente a capacitação destes indivíduos para o autocuidado após a intervenção cirúrgica, assim como a sua ótima reinserção no contexto familiar e social (Regulamento nº 429/2018, de 16 de julho). No caso clínico da pessoa submetida a MRM foi desenvolvido um plano pós-operatório de instrução, ensino e treino para preparar a pessoa para a autogestão da retenção de líquidos, mais propriamente, prevenção do linfedema.

Durante o ENP, a capacitação da pessoa e família/pessoa significativa para a gestão da experiência cirúrgica foi desenvolvida em contexto de acolhimento do cliente no BO, uma vez que neste hospital a consulta de enfermagem pré-operatória está alocada às clínicas das diferentes áreas de especialidade médica. A preparação pré-operatória é efetuada nas consultas médicas pré-operatória e de anestesia. Esta identificação de necessidades idealmente deveria ser efetuada numa consulta pré-operatória de enfermagem, porque esta é a base para planificar uma ação individualizada e estabelecer objetivos de atuação (AESOP, 2012).

Na fase pré-operatória, a ação profissional do enfermeiro engloba a recolha de dados acerca do conhecimento do cliente sobre os procedimentos pré e pós-operatórios. Ao identificar falhas no conhecimento, o enfermeiro estabelece diagnósticos de enfermagem focados no potencial para melhorar o conhecimento sobre temas específicos, o que desencadeia a possibilidade de intervenções de ensino.

É de suma importância que o enfermeiro avalie a capacidade cognitiva e a disposição necessárias para a aprendizagem e, consequentemente, para a implementação eficaz do plano de intervenção. O objetivo é recolher informações precisas sobre os conhecimentos que a pessoa necessita para assegurar uma abordagem cirúrgica segura e com o mínimo de complicações possível.

A necessidade de uma intervenção cirúrgica pode influenciar negativamente as emoções dos clientes, podendo desencadear sentimentos de medo, ansiedade e inquietação ao longo do período perioperatório. Outros fatores podem exacerbar estes sentimentos tais como o medo relacionado com a anestesia, dor, ou pela ausência de informação sobre a cirurgia e as possíveis complicações. Recomenda-se que os clientes recebam suporte emocional antecipadamente (Long, 1995), no entanto, na falta de tal preparação, essa assistência deve ser iniciada tão cedo quanto possível, na admissão ao BO. Segundo Medina-Garzón (2019), a intervenção educativa à pessoa que será submetida a cirurgia pode ser um fator determinante na diminuição da

ansiedade pré-operatória. Alacadag e Cilingir (2019) defendem que compreender quais são as necessidades de informação das pessoas submetidas a cirurgia é essencial para mitigar a falta de conhecimento e reduzir a ansiedade. Assim, é imperativo que os enfermeiros adotem uma metodologia organizada no contexto pré-operatório, especialmente nas consultas de enfermagem, para que a disponibilização de informação pertinente e consonante com as necessidades e incertezas do cliente seja efetiva, com impacto ao nível da sua satisfação e da qualidade dos serviços de saúde.

A preparação e conhecimento no período pré-operatório tem como objetivo melhorar os conhecimentos, os comportamentos de saúde e os resultados dos clientes.

O acolhimento foi fundamental para conhecer e avaliar as emoções, os sentimentos e as necessidades do cliente à chegada ao BO. Em alguns casos, os clientes apresentavam-se ansiosos pelo procedimento em si ou pelo pós-operatório, outros apresentavam dúvidas relacionadas com o diagnóstico e prognóstico cirúrgico, pelo que foi proporcionado o contacto com o cirurgião responsável pela cirurgia e anestesista para esclarecimento de dúvidas.

A sala de indução anestésica, provavelmente por apresentar condições que asseguram maior privacidade e menor ruído/interferências, foi o local privilegiado para a identificação de necessidades, para se estabelecer relação de ajuda e serem mobilizadas estratégias facilitadoras da comunicação expressiva de emoções.

Outro foco, de assumida relevância na decisão autónoma dos enfermeiros, dirigido à pessoa submetida a cirurgia é a termorregulação. A sua relevância reside não só na prevenção da ILC (DGS, 2022), bem como na prevenção de complicações decorrentes da hipotermia perioperatória. Este é um fenómeno complexo e com grande impacto que ocorre em cerca de 60 a 90% das pessoas submetidas a cirurgias com duração superior a 60 minutos. É originada pelos efeitos secundários dos fármacos anestésicos e pela exposição física ao ambiente frio da sala de operações (AESOP, 2017).

A hipotermia inadvertida é uma complicação frequente no perioperatório e que está associada a piores resultados (Azenha et al., 2017). Assim, a criação da Norma de qualidade relativa à “Manutenção da normotermia da pessoa em situação perioperatória” vem contribuir para a sistematização da ação dos enfermeiros, enfatizando a manutenção da normotermia ao invés, de uma ação em reação à situação de hipotermia.

Esta norma estabelece diretrizes claras e específicas para garantir que todos os enfermeiros, do internamento e do BO, estejam alinhados quanto às melhores práticas e procedimentos. Também assume como objetivos, simplificar os processos e otimizar os fluxos de ação durante o período perioperatório, para uma utilização mais eficiente dos recursos, redução de custos e um ambiente de trabalho mais organizado e produtivo para a equipa.

Durante o período perioperatório, o enfermeiro assume a responsabilidade pela pessoa, garantindo um ambiente seguro, respeitando a integridade física e emocional, protegendo a privacidade e cumprindo rigorosamente a vontade expressa pela pessoa, até que esta retome a capacidade para o fazer.

A competência do EEEMCPSP abrange a habilidade na realização do posicionamento cirúrgico adequado, considerando fatores ergonômicos, segurança e necessidades específicas da intervenção cirúrgica (Regulamento nº 429/2018, de 16 de julho). Assim, no que concerne a esta área, colaborei com a equipa cirúrgica no sentido de otimizar o acesso ao local cirúrgico, recolher dados e implementar intervenções, com recurso a dispositivos apropriados, para a prevenção de complicações relacionadas com o posicionamento cirúrgico.

O posicionamento cirúrgico pode causar múltiplas complicações, incluindo lesões nervosas, por estiramento ou compressão, lesões cutâneas e vasculares. A úlcera de pressão é a complicação mais frequente, com uma taxa de incidência que varia de 12-25% (Bjorklund-Lima et al., 2019). Esses riscos estão aumentados em cirurgias prolongadas, sob anestesia geral e quando são necessárias alterações de posicionamento, assim como quando são considerados fatores intrínsecos ao cliente, como o peso e a idade (Burlingame, 2017).

Dadas estas potenciais complicações, os EEEMCPSP devem compreender as alterações anatómicas e fisiológicas, decorrentes do posicionamento cirúrgico. Este conhecimento permitirá identificar os fatores de risco, apoiar a tomada de decisão clínica, no contexto perioperatório, e permite o planeamento de cuidados individualizados, que respondam adequadamente às necessidades dos clientes (Costa e Souza, 2010; Gao et al., 2018; Lopes e Galvão, 2010; McDonald e Washington, 2012 como citado em Bjorklund-Lima et al., 2019).

Tive oportunidade de acompanhar alguns clientes no momento do acolhimento ao recobro anestésico e prestar cuidados na UCPA, onde foi possível determinar atempadamente possíveis complicações, e minimizar sinais ou sintomas decorrentes da cirurgia, tais como dor, náuseas e vômitos, com posterior reavaliação da resposta às intervenções implementadas. Na UCA, através da consulta telefónica foi possível avaliar de que modo as intervenções que tiveram como finalidade contribuir para a preparação e conhecimento da pessoa no que concerne aos aspetos da recuperação cirúrgica e quando necessário, adequar ou melhorar esse conhecimento.

Domínio da segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa multidisciplinar

Tendo em consideração o risco substancial inerente aos cuidados no período perioperatório, especialmente devido à suscetibilidade da pessoa, à natureza dos procedimentos, e à complexidade tanto do contexto operatório quanto dos recursos disponíveis, o EEEMCPSP emprega um conjunto de competências para promover a segurança do cliente, dos profissionais envolvidos e do ambiente cirúrgico, agindo de forma alinhada com a ética profissional (Regulamento nº 429/2018, de 16 de julho).

Perante o exposto, é compreensível que a complexidade do contexto perioperatório gere situações de elevado risco, o que justifica que 27% dos incidentes de segurança, verificados nos sistemas de saúde, a nível mundial, estejam associados a procedimentos cirúrgicos (Mota, 2021). Não obstante, a maioria desses incidentes são evitáveis e pode ser prevenida, sendo

imperativo intervir nos ambientes clínicos. Essa abordagem já está refletida na legislação e normas nacionais em vigor, e é esperado que o enfermeiro especialista tenha conhecimento das mesmas, atuando ativamente na sua disseminação e implementação. Com relação à legislação específica, é necessário mencionar o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, documento que estabelece os objetivos estratégicos para a segurança dos clientes no Serviço Nacional de Saúde.

É evidente que a questão da segurança do cliente já está estabelecida de forma clara e com os recursos necessários para apoiar uma prática profissional segura, em alinhamento com as responsabilidades sociais da profissão. Contudo, persistem desafios significativos à segurança do cliente na fase intra-operatória. Assim, das várias reflexões encetadas com os tutores dos contextos clínicos, emergiram aprendizagens, sublinhando que o problema não está na falta de informação, mas sim na dificuldade de sua aplicação prática.

Um aspeto central na prática clínica perioperatória, e que deve servir como fio condutor ao EEEMCPSP, é o conceito de consciência cirúrgica, que determina a obrigação moral de garantir a segurança do cliente, salvaguardando as medidas de assepsia cirúrgica. “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” (Regulamento n.º 429/2018, p.19366).

Um dos fatores que concorrem para a consciência cirúrgica, e que é primordial, é a comunicação. Se a comunicação efetiva com o cliente/pessoa significativa é importante, a comunicação na equipa interdisciplinar no perioperatório é imprescindível para a segurança de todos. No BOC um dos projetos de melhoria da qualidade em curso é a implementação da metodologia ISBAR nos momentos críticos de passagem de informação (da sala operatório para a UCPA e desta para o internamento). Trata-se de uma ferramenta que permite a transmissão estruturada, completa e concisa da informação mais importante para a continuidade dos cuidados. Por outro lado, a LVC exige a partilha de dados relevantes para a manutenção da segurança, entre todos os elementos da equipa cirúrgica, chamados de *briefing* e *debriefing*, em momentos imediatamente prévios e posteriores ao procedimento cirúrgico e anestésico.

O contexto perioperatório representa um cenário onde a gestão do risco assume uma dimensão especialmente crítica, devido às características inerentes ao ambiente cirúrgico. Além disso, a condição das pessoas sob sedação ou anestesia aumenta a suscetibilidade e vulnerabilidade a incidentes (AESOP, 2012). Neste panorama tecnologicamente avançado e altamente especializado, a segurança torna-se fundamental na prestação de cuidados de qualidade. A mitigação do risco pode ser alcançada através de equipas qualificadas, políticas transparentes, processos padronizados e uma eficaz colaboração em equipa. Por conseguinte, é vital a implementação de uma estratégia proativa de gestão do risco que abranja a identificação,

controle, minimização e prevenção dos riscos, bem como a sua avaliação contínua. O enfermeiro especialista no contexto perioperatório deve participar ativamente em grupos de gestão de riscos, abordando tanto o risco clínico — que inclui aspetos como consentimento informado, identificação correta do cliente, continuidade dos cuidados, técnica asséptica e administração segura de medicamentos — quanto o risco não clínico, que contempla a segurança das infraestruturas, proteção contra incêndios, higiene e limpeza, gestão adequada de resíduos, qualidade da água e do ar e a segurança na utilização de gases medicinais risco (AESOP, 2012; Rocha e Ramos, 2021). É essencial que o enfermeiro especialista integre as equipas de gestão de risco e seja capaz de planear e implementar as estratégias definidas para a prevenção e mitigação do risco; contribuindo ainda, para propostas de novas áreas de avaliação do risco, quando aplicável.

A gestão efetiva da prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados perioperatórios é de extrema importância e exige rigor, visto que as infeções associadas aos cuidados de saúde constituem uma séria ameaça à segurança dos clientes. Tais infeções estão frequentemente vinculadas a deficiências nos sistemas e processos da prestação de cuidados, bem como nas ações dos profissionais de saúde e dos próprios clientes (Barroso e Florêncio, 2021).

A prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde e das resistências aos antimicrobianos é operacionalizada pelo Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos. Este promove a articulação com um elo de ligação (enfermeiro do BO), garantindo estrutura e formação adequadas para o cumprimento de medidas, assim, como a divulgação da melhor evidência científica aos profissionais. Assegura também a implementação de precauções básicas de controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde, as precauções baseadas nas vias de transmissão, a implementação de normas e procedimentos, efetuando vigilância epidemiológica, realizando auditorias e emitindo pareceres e propostas de melhoria.

A infeção do local cirúrgico é uma das infeções nosocomiais mais frequentes e está associada a alta morbilidade, aumento de dias de internamento e, por consequência, aumento de custos diretos e indiretos (de acordo com as guidelines da OMS 2016, na Europa o custo será três vezes superior) sendo a sua vigilância recomendada, tanto pelo CDC quanto pela Surgical Infection Society. De acordo com o European Centre for Disease Control and Prevention, a classificação de infeção do local cirúrgico está relacionada com o procedimento cirúrgico, ocorrendo no local da incisão cirúrgica ou próximo dela (incisional superficial/profunda ou órgão/espaco), nos primeiros trinta dias do pós-operatório, ou até noventa dias no caso de colocação de prótese ou implante/transplante.

O risco de infeção depende de muitos fatores relacionados com a pessoa (infeção preexistente, idade avançada, obesidade, diabetes entre outros), assim como de fatores cirúrgicos, tais como a duração do ato cirúrgico e a assepsia do mesmo.

Os microrganismos que geralmente causam infeção do local cirúrgico pertencem à flora microbiana do cliente. Estas bactérias podem estar presentes em pequeno número, mas

encontram na ferida cirúrgica condições favoráveis à sua proliferação, sendo o risco de infeção predominantemente durante o ato cirúrgico, diminuindo o mesmo após o encerramento da ferida. Assim as feridas são classificadas de acordo com a probabilidade e grau de contaminação da ferida no momento da intervenção cirúrgica (classificação de Altemeier), seguindo as definições do CDC (Ferida Limpa, Limpa-Contaminada, Contaminada e Suja/Infetada).

Ao considerar as feridas Limpas-Contaminadas (ferida operatória em que se entra nas vias respiratória, digestiva, genital ou urinária não infetadas em condições controladas e sem contaminação não usual) como sendo de elevado risco para o desenvolvimento de infeção do local cirúrgico, na instituição onde decorreu o ENP é realizada vigilância epidemiológica da infeção do local cirúrgico nas cirurgias de Cólon/Reto.

As infeções associadas aos cuidados de saúde e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos são problemas de saúde pública e hospitalar relacionados, e de importância crescente à escala mundial, sendo que nenhuma unidade de saúde pode ignorar as implicações destas e o seu impacto, resultando em aumento da morbilidade e da mortalidade, prolongamento do tempo de internamento e aumento de custos em saúde.

Os enfermeiros do contexto perioperatório, em particular os enfermeiros que no BO desempenham funções de circulante e instrumentista, são os responsáveis pela gestão e o controlo de dispositivos médicos utilizados no perioperatório, bem como na garantia do cumprimento dos processos de utilização, manutenção e conservação dos dispositivos médicos e da confirmação da esterilidade. Antes do início de cada cirurgia, procedemos à seleção e preparação de todos os dispositivos médicos necessários após validação, junto do cirurgião, da técnica cirúrgica proposta. Apenas permanecem na sala os dispositivos necessários à técnica cirúrgica para se evitar a manipulação excessiva que pode levar a quebra da integridade das embalagens. Antes da abertura de cada material ou caixa de instrumentos verifica-se a sua integridade e a instrumentista verifica a sua funcionalidade.

Ao longo do ENP tive oportunidade de aplicar de forma sistemática a LVSC. A sua aplicação constitui uma prática essencial para a segurança do ambiente intra-operatório e desempenha um papel fundamental na prevenção de erros e na promoção de uma abordagem padronizada e eficiente.

O primeiro passo ocorre antes da admissão do cliente à sala cirúrgica, quando são confirmados: a identidade, o procedimento cirúrgico e o local da intervenção. Na sala operatória, a confirmação destes elementos, é realizada em colaboração com a equipa cirúrgica.

Antes da indução da anestesia, são abordadas informações como alergias, posicionamento cirúrgico e verificação da disponibilidade de materiais necessários. Durante a cirurgia, a manutenção de uma comunicação constante com a equipa cirúrgica e verificações periódicas, asseguram a conformidade com os procedimentos e a segurança contínua do procedimento.

Antes da alta da sala cirúrgica, a última parte da LVSC é implementada, garantindo uma confirmação final de todos os passos realizados durante a cirurgia, incluindo a contagem de

instrumentos e compressas.

Os benefícios desta prática incluem a prevenção de erros cirúrgicos, a melhoria da comunicação entre a equipa, a promoção da segurança do cliente, a padronização de processos e o aumento da consciência da equipa em relação aos procedimentos críticos. Assim, a aplicação da LVSC emerge como uma estratégia eficaz e fundamentada na segurança e qualidade dos cuidados perioperatórios.

A abordagem interprofissional focaliza-se na dependência recíproca e colaborativa entre os diversos profissionais de saúde para atingir um objetivo em comum. Tal cooperação é imperativa no contexto intra-operatório, onde a ação profissional dos enfermeiros se interliga com as funções dos cirurgiões, anesthesiologists, assistentes operacionais, técnicos de diagnóstico e terapêutica, e colaboradores de áreas complementares, como esterilização e hemoterapia.

A colaboração interdisciplinar em equipas cirúrgicas tem sido extensamente estudada como resultado das preocupações relativas ao impacto dos fatores humanos na segurança dos clientes (Torrington et al., 2019).

Tem merecido particular interesse o impacto das falhas na comunicação na qualidade e eficiência dos procedimentos cirúrgicos. Estudos têm também considerado o modo como as percepções sobre erros médicos e a dinâmica do trabalho de equipa afetam esses mesmos parâmetros (Lingard et al., 2004; Mitchell et al., 2011). A segurança dos clientes e a eficácia dos procedimentos cirúrgicos estão intrinsecamente associadas à qualidade da comunicação e à partilha de conhecimentos, desafios estes acentuados pela interdependência das ações, limitações de tempo e a natureza imprevisível dos contextos cirúrgicos. Para além de competências clínicas e técnicas, os membros da equipa cirúrgica necessitam de competências para colaborar em conjunto, compreender a complexidades das diversas situações, tomar decisões acertadas e atuar com eficácia (Torrington et al., 2019). Neste seguimento e com o objetivo de aprimorar a competência relacionada ao desenvolvimento de intervenções numa perspetiva interprofissional, empenhei-me em aperfeiçoar estratégias de comunicação que favorecessem a coordenação entre os elementos da equipa.

No decorrer do estágio procurou-se manter uma postura ética e deontológica, tanto no cuidado à pessoa como na relação com a equipa multidisciplinar, desenvolvendo uma consciência cirúrgica focada no ambiente de segurança para todos os envolvidos no período perioperatório.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

Através de uma variedade de experiências nos contextos clínicos, reflexão sobre a prática e aplicação de conhecimentos teóricos, o ENP proporcionou o desenvolvimento e aquisição de competências científicas, técnicas e humanas necessárias ao enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação perioperatória. Estas competências são detalhadamente abordadas neste relatório.

Os casos clínicos apresentados representam a concretização de um processo de aprendizagem e consolidação de conhecimentos, fundamentados na ontologia de enfermagem e na utilização da evidência científica para a tomada de decisão autónoma do enfermeiro. Através destas experiências, foi possível potenciar o pensamento crítico e reflexivo, essencial para o desempenho futuro como enfermeira especialista.

A disponibilidade e dedicação das professoras orientadoras e dos enfermeiros tutores proporcionaram oportunidades de aprendizagem enriquecedoras, aquisição de conhecimentos e partilha de reflexões e experiências, desempenhando um papel fundamental ao longo deste processo, acrescentando valor em todas as etapas do ENP.

No que diz respeito à produção de indicadores de enfermagem numa perspetiva de qualidade, é necessário identificar de forma concreta, as áreas sobre as quais se pretende a análise, garantindo critérios adequados à sua produção, onde se inclui a documentação adequada. É crucial refletir sobre a importância da medição e em que medida os enfermeiros desejam indicadores que reflitam verdadeiramente o seu trabalho e valor. No entanto, a relevância da documentação do processo de enfermagem sobrepõe-se já que a sua ausência anula a possibilidade de extração de dados, essenciais a qualquer métrica.

Os indicadores são fundamentais para avaliar a forma como os enfermeiros concebem, agem e avaliam a sua prática profissional, possibilitando a identificação de áreas para implementação de melhorias, validação da qualidade e melhoria da representação social dos enfermeiros.

Apesar do incremento nítido e considerável da qualidade em saúde, a conceção de indicadores que avaliam a prestação de cuidados de enfermagem perioperatória é ainda pouco evidente. Mas a verdade é que a qualidade dos cuidados de enfermagem, neste período, interfere nos resultados da cirurgia realizada e, consequentemente, nos resultados do serviço e, o mais importante, interfere nos *outcomes* da pessoa submetida a cirurgia.

É cada vez mais premente que as instituições de saúde definam e validem indicadores que contribuam não só para uma gestão eficiente do contexto perioperatório, mas também para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, o seu impacto em ganhos em saúde e o reconhecimento das organizações.

Este relatório representa o resultado de um extenso e árduo caminho, marcado pela dedicação pessoal e pelo desafio de harmonizar as responsabilidades académicas, familiares e profissionais. Apesar das dificuldades inerentes a tal desafio, a conclusão deste processo impõe-se como um marco de completa satisfação e realização, tanto no âmbito profissional como pessoal. É com confiança que se pode afirmar que os objetivos estabelecidos para o estágio de

desenvolvimento profissional bem como para a produção deste documento foram atingidos, refletindo o sucesso e o comprometimento investidos ao longo deste percurso académico. Em resumo, a importância dos indicadores de qualidade na saúde é incontestável e serve de catalisador para a mudança positiva. A liderança visionária e adaptativa, juntamente com uma gestão de recursos atenta e ágil, são essenciais para fazer frente às complexidades do ambiente cirúrgico. Somente assim será possível sustentar e melhorar a qualidade dos cuidados, assegurando *outcomes* positivos e satisfação por parte dos utentes e profissionais de saúde. Consideramos assim, de enorme relevância, o reconhecimento da lacuna existente na área das métricas da ação profissional dos enfermeiros, o que nos permite sugerir futuras investigações neste âmbito, com vista ao aprofundamento do fenómeno em análise e consequente melhoria contínua da qualidade.

7. BIBLIOGRAFIA

Abrão, J., & Dutra, E. F. (2020). Comparação entre três tipos de oclusão ocular na prevenção de úlcera de córnea. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 42(5), 337-340.

Agency for Healthcare Research and Quality. (2023). Surgical Quality Metrics. Rockville, MD: AHRQ.

Alacadag, M., & Cilingir, D. (2018). Presurgery anxiety and day surgery patients' need for information. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 33(5), 658-668.

Ali Riad, N., Mohamed Abd Elalem, S., Said M.H. Shehata, O., & Kamel Abo Shehata, O. E. (2021). Efficacy of drainage self-care management on mastectomy patients' outcomes. *Egyptian Journal of Health Care*, 12(1), 1253-1267.

Almeida, A. M., Martins, T., & Lima, L. (2023). Orientações terapêuticas da autogestão da dor e ferida cirúrgica após alta hospitalar: uma scoping review. *Onco News* (47), e0207. <https://doi.org/10.31877/on.2023.47.06>

Almeida, O. (2007). *O Consentimento Informado na Prática do Cuidar em Enfermagem*. Faculdade de medicina da universidade do porto. Mestrado em bioética.

Alves, R. & Bártoło, J. (2020) Tratamento cirúrgico do carcinoma da mama in Manual de Oncologia SPO: abordagem e tratamento do cancro da mama. https://www.sponcologia.pt/download/manual_oncologia_spo.pdf

Amin, M. B., Greene, F. L., Edge, S. B., Compton, C. C., Gershengwald, J. E., Brookland, R. K., Meyer, L., Gress, D. M., Byrd, D. R., & Winchester, D. P. (2017). The Eighth Edition AJCC Cancer Staging Manual: Continuing to build a bridge from a population-based to a more "personalized" approach to cancer staging. *CA: a cancer journal for clinicians*, 67(2), 93-99. <https://doi.org/10.3322/caac.21388>

Association of periOperative Registered Nurses (AORN). (2018). *Guideline for positioning the patient*. In: Guidelines for Perioperative Practice. Denver, CO.

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP). (2017). *Práticas recomendadas para bloco operatório: prevenção e controlo da hipotermia perioperatória inadvertida*.

<https://www.ulsguarda.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2018/02/Draft-Brochura-AESOP-PR-Hipotermia-Pantone-569.pdf>.

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP). (2012). *Enfermagem perioperatória: Da filosofia à prática dos cuidados* (1ª ed.). Lusodidacta. ISBN: 978-972-8930-16-5.

Azenha, M., Rocha, C., Oliveira, E., Cruz, L., Pascoal M, C., Macedo, A.L., & Gomes, M. (2017). Proposta de consensos de manutenção da Normotermia no período peri-operatório. *Revista Sociedade da Portuguesa de Anestesiologia*, 26(1), 27-37. Retirado de: <http://revistas.rcaap.pt/anestesiologia/article/view/10884/8940>

Barash, P.G., Cullen, B. F., Stoelting, R. K., Stock, M. C., Ortega, R. & Sharar, S.R. (2017). *Fundamentos de anestesiologia clínica*. Artmed.

Barroso, F. & Florêncio, V. (2021). Prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde. In F. Barroso, L. Sales, S. Ramos, *Guia prático para a segurança do doente* (capítulo 20, pág.217-234). Lidel.

Bisinotto, F. M., Dezena, R. A., Martins, L. B., Galvão, M. C., Sobrinho, J. M., & Calçado, M. S. (2017). Burns related to electrosurgery – Report of two cases. *Brazilian Journal of Anesthesiology (English Edition)*, 67(5), 527-534. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2015.08.018>

Bjorklund-Lima, L., Müller-Staub, M., Cardozo, M. C., De Souza Bernardes, D., & Rabelo-Silva, E. R. (2019). Clinical indicators of nursing outcomes classification for patient with risk for perioperative positioning injury: A cohort study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(23-24), 4367-4378. <https://doi.org/10.1111/jocn.15019>

Blöndal, K., Sveinsdóttir, H., & Ingadottir, B. (2022). Patients' expectations and experiences of provided surgery-related patient education: A descriptive longitudinal study. *Nursing open*, 9(5), 2495-2505. <https://doi.org/10.1002/nop2.1270>

Burlingame, B.L. (2017). Guideline Implementation: Positioning the Patient. *AORN Journal*, 106, 227-237.

Butterworth IV J.F., Mackey D.C., & Wasnick J.D.(Eds.). (2018). *Morgan & Mikhail's Clinical Anesthesiology*. 6e. McGraw Hill.

Camacho, T. S. A. (2015). Gestão: Um Desafio para o Enfermeiro. *XI Congresso Nacional de Excelência em Gestão*. ISSN 1984-9354. <https://portalidea.com.br/cursos/gesto-administrativa-em-enfermagem-apostila04.pdf>

Cassorla, L. & Lee JW. Patient positioning and associated risks. In: Miller RD, Eriksson LI, Fleisher LA, Wiener-Kronish JP, Cohen NH, Young WL. *Miller's Anesthesia*. 8a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015. p.1240-65.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2017). *Guidelines for the Prevention of*

Intravascular Catheter-Related Infections, 2011. Last update: July 2017.

Chazapis, M., Gilhooly, D., Smith, A. F., Myles, P. S., Haller, G., Grocott, M. P. W., & Moonesinghe, S. R. (2018). Perioperative structure and process quality and safety indicators: a systematic review. *British journal of anaesthesia*, 120(1), 51-66. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2017.10.001>

Choi GJ, Kang H, Baek CW, Jung YH, Woo YC, Kim SH & Kim JG (2015). Comparison of streamlined liner of the pharynx airway (SLIPA) and laryngeal mask airway: a systematic review and meta-analysis. *Anaesthesia* 70, 613-622.

Cook, C., Heath, F., & Thompson, R. L. (2000). A meta-analysis of response rates in web- or internet-based surveys. *Educational and Psychological Measurement*, 60(6), 821-836. <https://doi.org/10.1177/00131640021970934>

Dawe, D. E., Bennett, L. R., Kearney, A., & Westera, D. (2014). Emotional and informational needs of women experiencing outpatient surgery for breast cancer. *Canadian oncology nursing journal*, 24(1), 20-30. <https://doi.org/10.5737/1181912x2412024>

Decreto-Lei nº 161/1996, de 4 de Setembro, artigo 8º, ponto 1, capítulo IV do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>.

Diário da República nº 132/2017, de 11 de julho, 1ª série - Anexo I - secção I artigo 3º <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/207-2017-107669157>

Direção Geral de Saúde (DGS). (2022). Norma nº 020/2015 atualizada a 17/11/2022. “*Feixe de Intervenções*” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico.

Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford University Press, Oxford.

Doñate Marín, M., Litago Cortés, A., Monge Sanz, Y., & Martínez Serrano, R. (2015). Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía. *Enfermería Global*, 14(37), 170-180. Recuperado en 30 de marzo de 2024, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000100008&lng=es&tlng=es.

Doran, D. I., Mildon, B., & Clarke, S. (2011). Towards a national report card in nursing: A knowledge synthesis. *Nursing Leadership*, 24(2), 38-57.

<https://doi.org/10.12927/cjnl.2011.22464>

Durmus, S., & Kirca, K. (2020). Leadership Styles in Nursing. *IntechOpen*. doi: 10.5772/intechopen.89679

Escola Superior de Enfermagem do Porto (2023). *Plataforma e4Nursing inova no ensino da Enfermagem*. <https://www.esenf.pt/pt/noticias/plataforma-e4nursing/>.

Ferreira, A. (2023). *Preparação e terapêutica farmacológica*. Lidel.

Freitas, M., & Parreira, P. M. (2013). Dotação segura para a prática de enfermagem: operacionalidade do conceito e o seu impacto nos resultados. *Revista de Enfermagem Referência, III* (10), 171-178.

Glass, G., Murphy, G. F., Esmaili, A., Lai, L. M., & Nanchahal, J. (2014). Systematic review of molecular mechanism of action of negative-pressure wound therapy. *J Br Surg*, 101(13), 1627-1636.

Gomes, J. A., Martins, M. M., Tronchin, D. M. R., & Fernandes, C. S. (2019). Validação de uma escala sobre indicadores de estrutura no bloco operatório: contributos para a enfermagem. *Aquichan*, 19(1). doi:10.5294/aqui.2019.19.1.7

Guo, S., & Dipietro, L. A. (2010). Factors affecting wound healing. *Journal of dental research*, 89(3), 219-229. <https://doi.org/10.1177/0022034509359125>

Gürsoy, A., Candas, B., Güner, S., & Yilmaz, S. (2016). Preoperative stress: An operating room nurse intervention assessment. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 31(6), 495-503. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2015.08.011>

Hernández, C.E., Gómez-Urquiza, J.L., Pradas-Hernández, L., Vargas Román, K., Suleiman-Martos, N., Albendín-García, L., & Cañadas-De la Fuente, G.A. (2021). Effectiveness of nursing interventions for preoperative anxiety in adults: A systematic review with meta-analysis. *Journal of advanced nursing*.

Hooper, V. D., Chard, R., Clifford, T., Fetzner, S., Fossum, S., Godden, B., Martinez, E. A., Noble, K. A., O'Brien, D., Odom-Forren, J., Peterson, C., Ross, J., & Wilson, L. (2010). ASPAN's evidence-based clinical practice guideline for the promotion of perioperative normothermia: second edition. *Journal of PeriAnesthesia Nurses*, 25(6), 346-365. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2010.10.006>

Howell, A. (2010). The emerging breast cancer epidemic: early diagnosis and treatment. *Breast cancer research*, 12(4).

International Council of Nurses (ICN). (2007). *Ambientes favoráveis à prática. Condições no trabalho = Cuidados de qualidade*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2007.pdf

International Council of Nurses (ICN). (2019). Retrieved December 12, 2023, from <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Infomed. (2021). Base de dados de medicamentos de uso humano. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). (2020). *Manual de suporte avançado de vida* 1ª edição.

Instituto Português de Oncologia de Lisboa (IPOL). (2017). Procedimentos 2017: Procedimentos e protocolos utilizados em Anestesia Clínica e Analgesia do Pós-operatório. Baxter Médico Farmacêutica.

Intersurgical. i-gel® - The supraglottic airway with a non-inflatable cuff. <https://pt.intersurgical.com/info/igel>

Irvine, D., Sidani, S., & Hall, L. M. (1998). Linking outcomes to nurses' roles in health care. *Nursing Economics*, 16(2), 58.

Jackson, J., Davies, P., Leggett, N., Nugawela, M. D., Scott, L. J., Leach, V., Richards, A., Blacker, A., Abrams, P., Sharma, J., Donovan, J., & Whiting, P. (2018). Systematic review of interventions for the prevention and treatment of postoperative urinary retention. *BJS open*, 3(1), 11-23.

Jorgensen, M.G., Toyserkani, N.M., Hansen, F.G., Bygum, A., & Sorensen J.A. (2021). The impact of lymphedema on health-related quality of life up to 10 years after breast cancer treatment. *NPJ Breast Cancer*, 7(70).

Katsohiraki, M., Pouloupoulou, S., Fyrfiris, N., Koutelekos, I., Tsiotinou, P., Adam, O., Vasilopoulou, E., & Kapritsou, M. (2020). Evaluating Preoperative Anxiety Levels in Patients Undergoing Breast Cancer Surgery. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 7(4), 361-364.

Kuwajerwala, N., Washburn, B., Widders, K., & Badwe, R. (2021). *Modified radical mastectomy*. Medscape. <https://emedicine.medscape.com/article/1830105-print>

Lacomba, M., Sánchez, M., Goñi, A., Merino, D., Mayoral del Moral, O., Téllez, E., & Mogollón, E. (2010). Effectiveness of early physiotherapy to prevent lymphoedema after surgery for breast cancer: randomised, single blinded, clinical trial. *BMJ* (Clinical research ed.), 340, b5396. <https://doi.org/10.1136/bmj.b5396>

Lake, E. T., Sanders, J., Duan, R., Riman, K. A., Schoenauer, K. M., & Chen, Y. (2019). A meta-analysis of the associations between the nurse work environment in hospitals and 4 sets of outcomes. *Medical care*, 57(5), 353. doi:10.1097/MLR.0000000000001109.

Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed. Editora AS. ISBN: 978-85-363-0129-7

Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República nº 181/2015. Série I, N.º 181. p. 8059 – 8105. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>

Lemos, P. (2013). Anestesia para cirurgia em ambulatório. In H., Machado (Ed.), *Manual de Anestesiologia*, (pp. 590-599). Lidel.

Levine, W. C., Allain, R. M., Alston, T. A., Dunn, P. F., Kwo, J., & Rosow, C. E. (2012). Clinical anesthesia procedures of the Massachusetts General hospital: Department of anesthesia, critical care and pain medicine, Massachusetts General hospital, Harvard Medical School (8th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Lingard, L., Espin, S., Whyte, S., Regehr, G., Baker, G. R., Reznick, R., Bohnen, J., Orser, B., Doran, D., & Grober, E. (2004). Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Quality & safety in health care*, 13(5), 330-334. <https://doi.org/10.1136/qhc.13.5.330>

Long, B. C. (1995). Enfermagem pré-operatória. In Phipps W. J., Long B.C., Woods N.F., Cassmeyer V.L. *Enfermagem Médico-cirúrgica Conceitos e prática clínica* (capítulo 20, pág. 456). Lusodidata.

Machado, N. J. (2013). *Gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem: Um modelo de melhoria contínua baseado na reflexão-ação* (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa.

Mainz, J. (2003). Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(6), 523-530.

<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzg081>

Marla, S., & Stallard, S. (2009). Systematic review of day surgery for breast cancer. *International journal of surgery* (London, England), 7(4), 318-323. <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2009.04.015>

Martins, F. (2013) Unidade de cuidados pós-anestésicos. In Machado, H. *Manual de Anestesiologia*. Lidel. ISBN 978-972-757-870-2.

Martins, L., Barra, A. & Lucena, C. (2010). Microcalcificações Mamárias Suspeitas de Malignidade. *Revista Brasileira De Cancerologia*, 56(2), 251-258. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2010v56n2.1505>

Massarweh, N. N., Cosgriff, N., & Slakey, D. P. (2006). Electrosurgery: History, principles, and current and future uses. *Journal of the American College of Surgeons*, 202(3), 520-530. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2005.11.017>

Mathieu, J., Daneau, C., Lemeunier, N., Doyon, A., Marchand, A., & Descarreaux, M. (2022). Conservative interventions and clinical outcome measures used in the perioperative rehabilitation of breast cancer patients undergoing mastectomy: A scoping review. *BMC Women's Health*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01927-3>

Maya A. M. S. (2022) Nursing Care during the Perioperative within the Surgical Context. *Invest. Educ. Enferm.* ; 40(2):e02. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v40n2e02>.

McCorkle, R., Ercolano, E., Lazenby, M., Schulman-Green, D., Schilling, L. S., Lorig, K., & Wagner, E. H. (2011). Self-management: Enabling and empowering patients living with cancer as a chronic illness. *CA: a cancer journal for clinicians*, 61(1), 50-62. <https://doi.org/10.3322/caac.20093>

Medina-Garzón, M. (2019). Effectiveness of a nursing intervention to diminish preoperative anxiety in patients programmed for knee replacement surgery: Preventive controlled and randomized clinical trial. *Investigación y Educación En Enfermería*, 37(2). doi:10.17533/udea.iee.v37n2e07.

Mediplast Australia (2019). Early discharge with Exudrain wound drains - nursing information on the care of breast surgery patients at home.

Mediplast Australia. (2019). Exudrain® - Low pressure wound drain system - Instructions for use.

<https://www.mediplastresourcecentre.com.au/wp-content/uploads/2019/08/Exudrain-Instructions-for-Use.pdf>

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). *Experiencing transitions: an emerging middle-range theory*. *ANS*, (1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Mexedo, C. (2013). Via aérea e ventilação. In H., Machado (Ed.), *Manual de Anestesiologia*, (pp. 199-222). Lidel.

Mitchell M. (2015). Home recovery following day surgery: a patient perspective. *Journal of clinical nursing*, 24(3-4), 415-427. <https://doi.org/10.1111/jocn.12615>

Mitchell, L., Flin, R., Yule, S., Mitchell, J., Coutts, K., & Youngson, G. (2011). Thinking ahead of the surgeon. An interview study to identify scrub nurses' non-technical skills. *International journal of nursing studies*, 48(7), 818-828. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.11.005>

Moola, S., & Lockwood, C. (2011). Effectiveness of strategies for the management and/or prevention of hypothermia within the adult perioperative environment. *International journal of evidence-based healthcare*, 9(4), 337-345. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1609.2011.00227.x>

Moore, K. L., Dalley, A. F., & Agur, A. M. (2006). *Clinically oriented anatomy* (5th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Morujão, N. (2013) Anestésicos intravenosos, opióides e agentes inalatórios. In Machado, H. *Manual de Anestesiologia*. Lidel. ISBN 978-972-757-870-2.

Mota, A. S. (2021). *Segurança do doente no bloco operatório: contributos do ambiente da prática e da liderança em enfermagem*. Tese de Candidatura ao grau de doutor em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto. Repositório Institucional da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/140139/2/536801.pdf>

Mourregot, A., Leclerc, G., Ducreux, L., Gutowski, M., Delmond, L., Colombo, P., Carrere, S., Zoric, L., De Forges, H., Neron, M., Carrier, G., & Rouanet, P. (2021). Ambulatory mastectomy for cancer: Feasible and safe in consenting educated patients in a care network. *Ethics, Medicine and Public Health*, 18, 100672. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2021.100>

Nascimento, T., Frade, I., Miguel, S., Presado, M. H., & Cardoso, M. (2021). Os desafios dos

sistemas de informação em enfermagem: Uma revisão narrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(2), 505-510. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40802020>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2016). Hypothermia: Prevention and management in adults having surgery. UK: NICE The National Institute for Health and Care Excellence. Retrieved October 8, 2023, from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg65/chapter/Recommendations>

Nunes, L. (2007). Ética das Profissões de Saúde. In J. H. Silveira de Brito, *Ética das Profissões* (pp.99-116). Publicações da Faculdade de Filosofia.

Oner, B., Zengul, F. D., Oner, N., Ivankova, N. V., Karadag, A., & Patrician, P. A. (2021). Nursing-sensitive indicators for nursing care: A systematic review (1997-2017). *Nursing open*, 8(3), 1005-1022. <https://doi.org/10.1002/nop2.654>

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2009). Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009. Organização Mundial de Saúde, 1 - 189. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_por.pdf?sequence=8&isAllowed=y

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem para repositório central de dados de saúde*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. 3a Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica*.

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby

Ostby, P. L., Armer, J. M., Dale, P. S., Van Loo, M. J., Wilbanks, C. L., & Stewart, B. R. (2014). Surveillance recommendations in reducing risk of and optimally managing breast cancer-related lymphedema. *Journal of personalized medicine*, 4(3), 424-447. <https://doi.org/10.3390/jpm4030424>

Pek, C.H., Tey, J., & Tan, E.Y. (2016). Ambulatory surgery for the patient with breast cancer: current perspectives. *Open Access Surgery*. 9:65-70

Pereira, F. (2009). *Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros*. (Tese de doutoramento publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Perrenoud, P. (1999). *Avaliação, da excelência à regulação das aprendizagens, entre duas lógicas*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Pilgrim, J. R. B. M., & Holle, M. R. B. O. (2018). Breast Cancer: Treatment with Surgery. *CINAHL Nursing Guide*.

Pinto, V. R., & Ferreira, S. C. (2014). Computerized tool to calculate nursing quality indicators: a methodological research. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 13, 382-385.

Potter, P. A. & Perry, A. G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem - Conceitos e procedimentos*. Loures, Lusociência.

Quentin, W., Partanen, V. M., Brownwood, I., & Klazinga, N. (2019). Measuring healthcare quality. In: Busse R, Klazinga N, Panteli D, et al., editors. *Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies* [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies. (Health Policy Series, No. 53.) 3. Available from:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549260/>

Regulamento n.º 76/2018, de 30 de janeiro, Diário da República n.º 21/2018, Série II (2018). Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/76-2018-114599547>

Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, Pub. L. No. Diário da República, 2a série, nº26, Diário da República 4744 (2019). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, Pub. L. No. Diário da República: 2a Série, nº135, 19359 (2018). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro, Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>.

Ribeiro, J. (2020). Biologia do carcinoma da mama. In *Manual de Oncologia SPO – Abordagem e tratamento ao cancro da mama*. Sociedade Portuguesa de oncologia.

Rocha, C. N., & Ramos, S. (2021). Segurança na gestão ambiental e das instalações nas unidades de saúde. In F., Barroso, L. Sales, S., Ramos. *Guia prático para a segurança do doente* (capítulo 28, pág.329-342). Lidel

Rodrigues, R. & Cardoso, D. (2022) Prática baseada na evidência, cap 11 in Néné, M. e Sequeira, C. *Investigação em Enfermagem: Teoria e prática*. Lisboa. Lidel.

Sá, P., & Paixão, F. (2013). Contributos para a clarificação do conceito de competência numa perspetiva integrada e sistémica. *Revista Portuguesa de Educação*, 26(1), pp. 87-114. Universidade do Minho.

Santos, M., & Rennó, C. (2013). Indicadores de qualidade da assistência de enfermagem em centro cirúrgico: revisão integrativa da literatura. *Revista de Administração de Saúde*. Vol. 15, N.º 58 – jan-mar. 27-30.

Sappenfield, W., Hong, M., & Galvagno, M. (2013). Perioperative temperature measurement and management: Moving beyond the surgical care improvement project. *Journal of Anesthesiology and Clinical Science*, 2(1), 8. <https://doi.org/10.7243/2049-9752-2-8>

Sarmiento, P., Marcos, A., Fonseca, C., Marques, M. & Lemos, P. (2013). *Recomendações para o tratamento da dor aguda pós-operatória em cirurgia ambulatória*. Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória.

Seelbach, C., Brannan, G. [Updated 2023 Mar 6]. *Quality Management*. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557505/>

Seeley, R. R., Stephens, T. D., & Tate, P. (2005). *Anatomia e Fisiologia*. Lisboa: Lusociência.

Seiffert, L., Wolff, L., Silvestre, A., Mendonça, T., Cruz, E., Ferreira, M., & Amaral, A. (2020). Validação de indicadores de efetividade hospitalar Na dimensão cuidado centrado no doente. *Revista de Enfermagem Referência, V Série*(Nº 2). <https://doi.org/10.12707/riv19098>

Sessler D. (2008). Temperature monitoring and perioperative thermoregulation. *Anesthesiology*, 109(2),318–338. <https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e31817f6d76>

Shamley, D., Barker, K., Simonite, V., & Beardshaw, A. (2005). Delayed versus immediate exercises following surgery for breast cancer: a systematic review. *Breast cancer research and treatment*, 90(3), 263–271. <https://doi.org/10.1007/s10549-004-4727-9>

Shastay, A. (2016). Evidence-based safe practice guidelines for I.V. push medications. *Nursing*, 46(10), 38-44.

Silva, A. (2006). *Sistemas de informação em enfermagem - uma teoria explicativa de mudança*. Coimbra: Formasau.

Smith, I., Kranke, P., Murat, I., Smith, A., O'Sullivan, G., Sreide, E., Spies, C., & In't Veld, B. (2011). Perioperative fasting in adults and children. *European Journal of Anaesthesiology*, 28(8), 556-569. <https://doi.org/10.1097/EJA.0b013e3283495ba1>.

Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (SPA). (2017). *Recomendações da SPA para Manutenção de Normotermia no Período Perioperatório*. Ferramentas SPA guidelines de Conduta clínica - Conselhos da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia.

Song, J., Liu, X., & Wu, T. (2023) Effectiveness of prophylactic application of negative pressure wound therapy in stopping surgical site wound problems for closed incisions in breast cancer surgery: A meta-analysis. *International Wound Journal*, 20(2), 241-250. <https://doi.org/10.1111/iwj.13866>

Srivastava, V., Basu, S., & Shukla, V. K. (2012). Seroma formation after breast cancer surgery: what we have learned in the last two decades. *Journal of breast cancer*, 15(4), 373-380. <https://doi.org/10.4048/jbc.2012.15.4.373>

Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: Globocan estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209-249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>

Tavares, J. (2013). Farmacologia essencial para a anestesiologia. In H. Machado, *Manual de anestesiologia* (pp. 74-81). Lidel.

Temur, K., & Kapucu, S. (2019). The effectiveness of lymphedema self-management in the prevention of breast cancer-related lymphedema and quality of life: A randomized controlled trial. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, 40, 22-35. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.02.006>

Torrington, B., Gittell, J. H., Laursen, M., Rasmussen, B. S., & Sorensen, E. E. (2019). Communication and relationship dynamics in surgical teams in the operating room: an ethnographic study. *BMC Health Services Research*, 19(1), 528. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4362-0>

Tronchin, D. M. R., Melleiro, M. M., & Mota, N. (2006). Indicadores de qualidade de enfermagem. Uma experiência compartilhada entre instituições integrantes do "Programa de Qualidade Hospitalar". *O Mundo da Saúde*, 30(abr./ju 2006), 300-5.

Velnar, T., Bailey, T., & Smrkolj, V. (2009). The wound healing process: an overview of the cellular and molecular mechanisms. *The Journal of international medical research*, 37(5), 1528-1542. <https://doi.org/10.1177/147323000903700531>

Vieira, C. C., Mercado, C. L., Cangiarella, J. F., Moy, L., Toth, H. K., & Guth, A. A. (2010). Microinvasive ductal carcinoma in situ: clinical presentation, imaging features, pathologic findings, and outcome. *European journal of radiology*, 73(1), 102-107. <https://doi.org/10.1016/j.ejrad.2008.09.037>

Vieira, V., Marcos, A., Patuleia, D., & Lança, F. (2012). *Recomendações portuguesas para a Profilaxia e Tratamento das Náuseas e Vômitos no Pós-operatório em Cirurgia de Ambulatório*. Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória.

World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>. Accessed 1 Novembro, 2023.

Wu, Q., Huang, L. H., Xing, M. Y., Feng, Z. X., Shao, L. W., Zhang, M. Y., & Shao, R. Y. (2017). Establishing nursing-sensitive quality indicators for the operating room: A cross-sectional Delphi survey conducted in China. *Australian critical care : official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 30(1), 44-52. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2016.04.003>

Yodang, Y., & Nuridah, N. (2020). Nursing Leadership Models in Promoting and Improving Patient's Safety Culture in Healthcare Facilities; A Systematic Review. *Evidence based health policy, management and economics*. <https://doi.org/10.18502/jebhpme.v4i4.4891>

8. ANEXOS

Anexo I

Resumo do Folheto Informativo para Mulheres Submetidas a Mastectomia Parcial em Regime de Cirurgia de Ambulatório

Este folheto informativo foi elaborado no sentido de fornecer orientações importantes às mulheres submetidas a mastectomia parcial, em regime de cirurgia de ambulatório. A informação inicial consiste numa breve descrição do procedimento cirúrgico. As recomendações pré-operatórias incluem a importância do cumprimento do jejum, remoção de próteses e adornos, e da necessidade de providenciar um soutien confortável e uma mala, com produtos essenciais, para um eventual internamento não programado.

Após a cirurgia, as recomendações passam por não conduzir no próprio dia, pelos potenciais efeitos residuais da anestesia, e de ter acompanhamento de um adulto nas primeiras 24 horas. A dieta deve ser leve e fracionada, e o protocolo da dor deve ser seguido conforme orientado. Outras recomendações pós-operatórias incluem cuidados com o banho, uso contínuo do soutien, restrição de atividades físicas vigorosas e limitação de movimentos do ombro.

São destacados os sinais de alerta que exigem observação clínica, como dor persistente, náuseas, vômitos, perda sanguínea excessiva, alterações na mama operada e febre. As opções de contato para assistência médica são fornecidas, incluindo os serviços de urgência e a Unidade de Saúde Familiar.

Adicionalmente, o folheto informa sobre a data e local do agendamento para tratamento à ferida cirúrgica. Também informa o contacto por parte da equipa de enfermagem da Unidade de Cirurgia de Ambulatório, após 24 horas e após 30 dias, do período pós-operatório, para esclarecimentos, acompanhamento e avaliação da satisfação.

Uma sugestão final é a inclusão de um QR Code que direciona para uma aplicação de questionário de satisfação da experiência em cirurgia de ambulatório, fornecendo uma oportunidade para feedback adicional por parte da pessoa submetida a mastectomia parcial.