

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Padrão de documentação dos cuidados de enfermagem em contexto ambulatorio à pessoa submetida a salpingectomia via laparoscópica: Desenvolvimento de Competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem Perioperatória

Nursing care documentation standard in outpatient context for the person undergoing laparoscopic salpingectomy:
Development of Skills in Medical-Surgical Nursing, in the area of Perioperative Nursing

Autor

Carla Nancy Lima Peixoto

Porto, 2025

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

Padrão de documentação dos cuidados de enfermagem em contexto ambulatorio à pessoa submetida a salpingectomia via laparoscópica: Desenvolvimento de Competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem Perioperatória

Nursing care documentation standard in outpatient context for the person undergoing laparoscopic salpingectomy: Development of Skills in Medical-Surgical Nursing, in the area of Perioperative Nursing

Orientador(es)

Paulo Alexandre Puga Machado
Professor Coordenador s/ Agreg., Doutor

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

Autor

Carla Nancy Lima Peixoto

Porto, 2025

RESUMO

O presente relatório representa a caracterização do percurso formativo desenvolvido no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Este consiste na explanação do processo crítico e reflexivo que experimentei em contexto de prática clínica, sobre a aquisição e consolidação das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas da área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória. Este percurso de estágio ocorreu numa Unidade de Cirurgia Ambulatória, repartido entre o Bloco Operatório e a Unidade de Cuidados Pós Anestésicos .

A par do desenvolvimento de competências, foi implementado um projeto de desenvolvimento profissional intitulado “Padrão de documentação dos cuidados de enfermagem em cirurgia ambulatória à pessoa submetida a salpingectomia via laparoscópica” focado na documentação dos cuidados de enfermagem em cirurgia ambulatória na sua completude enquanto imperativo legal e fundamental para a promoção da melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem. Esta documentação tem sido integrada nos sistemas de informação em enfermagem mas mantêm-se fragilidades que comprometem a sua potencialidade como ferramenta agregadora de valor aos cuidados de enfermagem. Assim foi desenvolvida uma reestruturação do suporte documental à prática de enfermagem baseado na evidência mais atual e tradutora da tomada de decisão do enfermeiro na forma intencional e sistematizada com recurso à Ontologia de Enfermagem e à CIPE®.

Palavras Chave: Enfermagem perioperatória; documentação de cuidados; linguagem classificada; sistema de informação em enfermagem.

ABSTRACT

This report represents the characterization of the training path developed in the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, in the Area of Nursing for the Person in Perioperative Situation at the Porto School of Nursing. This consists of explaining the critical and reflective process that I experienced in the context of clinical practice, on the acquisition and consolidation of common skills of the specialist nurse and specific to the area of nursing for the person in a perioperative situation. This internship took place in an Outpatient Surgery Unit, divided between the Surgical Center and the Post-Anesthetic Care Unit.

Alongside the development of skills, a professional development project entitled "Nursing care documentation standard in outpatient surgery for the person undergoing laparoscopic salpingectomy" was implemented, focusing on the documentation of nursing care in outpatient surgery in its entirety as a legal imperative and fundamental for promoting continuous improvement in the quality and safety of nursing care. This documentation has been integrated into nursing information systems, but weaknesses remain that compromise its potential as a tool that adds value to nursing care. Thus, a restructuring of documentary support for nursing practice was developed based on more current evidence and translating the nurse's decision-making in an intentional and systematized way using the Nursing Ontology and ICNP®.

Keywords: Perioperative nursing; care documentation; classified language; nursing information system.

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

APCA - Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória

ASA - American Society of Anesthesiologists

BO - Bloco operatório

BOC - Bloco operatório central

CA - Cirurgia ambulatória

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNADCA - Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório

CPOE - Consulta pré-operatória de enfermagem

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

DGS - Direção Geral de Saúde

NVPO - Náuseas e vômitos pós-operatórios

OE -Ordem dos Enfermeiros

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

SIE - Sistema de informação em enfermagem

SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

UCA - Unidade de Cirurgia Ambulatória

UCPA - Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

ÍNDICE

RESUMO	3
ABSTRACT	5
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS	7
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	11
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	15
3. 10557_2_PESSOA SUBMETIDA A HEMORROIDECTOMIA	23
3.1. Enquadramento teórico	23
3.2. Clientes	28
3.3. Medicação	28
3.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	28
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	32
3.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	35
3.5. Domínios	39
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	40
3.6. Conceção de Cuidados	47
3.7. Especificação das intervenções	54
3.8. Síntese relativa ao caso	56
4. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	59
5. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	83
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

A atualidade tem redefinido as necessidades e expectativas em saúde das pessoas, o que impõe aos enfermeiros a aquisição e consolidação de competências avançadas com vista à especialização dos cuidados prestados, garantindo a sua qualidade e segurança. A Ordem dos Enfermeiros (OE) incorporou a relevância desta realidade aos cuidados de enfermagem perioperatórios aprovando em 2018 o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica especificado em diferentes áreas de enfermagem, nomeadamente na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

É neste âmbito que o presente relatório se insere como o produto final do meu percurso formativo desenvolvido no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, inserido na formação pós-graduada da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP).

O referido curso é composto por uma componente teórica assente no Regulamento n. 429/2018 de 16 de julho da OE, onde foram abordadas as temáticas fundamentais para a aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista e por um tronco de unidades curriculares específicas da área de especialização.

Uma outra componente foi o estágio de natureza profissional constituído pelo Módulo I e Módulo II, que me permitiu enquanto estudante incorporar os conhecimentos adquiridos e aprofundados na prática, consolidando as competências a que me obrigo enquanto futura enfermeira especialista.

Assim, este relatório pretende explanar o processo crítico e reflexivo que experimentei em contexto de prática clínica, sobre a aquisição e consolidação das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas da área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

Este percurso de estágio ocorreu numa unidade de cirurgia ambulatória (UCA), repartindo-se entre o bloco operatório (BO) e a Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA), pelo interesse individual de explorar uma realidade do contexto perioperatório diferente do meu contexto habitual. Em ambos os contextos fui tutorada por uma enfermeira especialista na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, aspeto fulcral para uma formação robusta da área de especialização.

Durante o módulo I, a par do desenvolvimento de competências, foi delineado um projeto de desenvolvimento profissional focado na documentação dos cuidados de enfermagem em

cirurgia ambulatoria (CA). O Módulo II correspondeu à implementação do projeto delineado mantendo-se a consolidação de competências da especialidade. O projeto resultou da confluência de uma fragilidade identificada em ambos os contextos de estágio com o interesse individual em aprofundar a temática do sistema de informação em enfermagem (SIE).

Um SIE comporta grandes oportunidades configurando-se como ferramenta incrementadora da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem mas importa ultrapassar alguns desafios associados à heterogeneidade dos dados comprometendo a extração de dados fiáveis e a interoperabilidade entre sistemas (Liyanage et al., 2015).

Assim é imprescindível que o SIE seja estruturado com base numa linguagem padronizada de enfermagem que permita documentar adequadamente o processo de cuidar e assim permitir extrair indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem fidedignos e essenciais para a melhoria contínua dos mesmos (Rutherford, 2008).

O contexto de experiência profissional a par da realidade encontrada nos contextos de estágio elencam fragilidades dos SIE em uso. A parametrização é inadequada, reflete falta de atualização da evidência assim como inclui campos de linguagem comum impedindo a documentação dos cuidados de enfermagem na sua completude e que traduza a tomada de decisão fundamentada do enfermeiro.

Estas considerações foram o mote para o desenvolvimento do projeto intitulado “Padrão de documentação dos cuidados de enfermagem em CA à pessoa submetida a salpingectomia via laparoscópica” e resultou num desafio da procura da representação do conhecimento da disciplina de enfermagem e do domínio autónomo do exercício profissional do enfermeiro neste contexto específico.

A organização do relatório inicia-se com a caracterização dos contextos clínicos onde foram desenvolvidos os estágios, seguido da explanação do caso clínico e da conceção de cuidados associada. O caso clínico refere-se à pessoa submetida a hemorroidectomia em CA sendo abordadas todas as fases do período perioperatório pois só assim pode ser compreendida a intervenção integral do enfermeiro em CA. Este foi desenvolvido com recurso à plataforma educacional E4nursing, desenvolvida pela instituição de ensino que permite materializar a conceção de cuidados através do processo de enfermagem com base na Ontologia de Enfermagem.

Segue-se a abordagem às atividades desenvolvidas e aos contributos obtidos para o desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista, e específicas para uma prestação de cuidados diferenciada à pessoa em situação perioperatória. É neste capítulo que é espelhado o leque de aprendizagens baseadas na integração da teoria à prática mas adaptada à singularidade dos intervenientes e ao contexto de atuação. Esta é a essência da reflexão do enfermeiro sobre a ação com vista à ação futura, constituindo-se o princípio norteador para o

desenvolvimento profissional na melhoria da resposta às necessidades da pessoa em situação perioperatória.

O relatório finaliza-se com uma síntese, em que são tecidas considerações finais acerca do percurso formativo e das perspetivas futuras enquanto enfermeira especialista.

Por motivos de privacidade e proteção de dados, não foram anexados documentos comprovativos da participação em eventos formativos e das atividades desenvolvidas mas são prontamente disponibilizados para consulta.

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

Para o desenvolvimento e aprofundamento das competências especializadas na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e a obtenção do grau de mestre foi realizado um estágio de natureza profissional conforme definido pela OE e pelo plano de estudos da ESEP. O estágio foi desenvolvido no contexto clínico de CA, em dois ambientes clínicos distintos, mas complementares, nomeadamente no BO e na UCPA, caracterizados de seguida.

A CA é um contexto balizado por um enquadramento legal específico assente em condições e requisitos próprios, como forma de garantir a qualidade e segurança dos cuidados de saúde, onde são realizadas cirurgias que se caracterizam como uma,

intervenção cirúrgica programada, realizada em bloco operatório, sob anestesia geral, loco-regional, local ou sedação realizada em instalações próprias ou integrada em bloco operatório convencional, com segurança e de acordo com as *leges artis*, em regime de admissão e alta do doente num período inferior a 24 horas. (Artigo 2º, nº1, Portaria nº 97/2024/1, de 12 de março)

Em Portugal, segundo o relatório Benchmarking da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2024), o número total de intervenções cirúrgicas programadas em ambulatório tem aumentado gradualmente ano após ano, com cerca de 460 000 cirurgias realizadas durante o ano de 2022, representando quase 70% do total das cirurgias programadas. Estes dados refletem a mudança de paradigma na abordagem à pessoa em situação perioperatória que permitiu inferir que a CA é um modelo que contribui para ganhos em saúde com impacto clínico, organizacional, económico e social. O leque de intervenções cirúrgicas passíveis de serem ambulatorizáveis tem-se diversificado, verifica-se a redução das listas de espera cirúrgica e uma diminuição dos custos em saúde refletidos na redução de internamentos, de complicações cirúrgicas e de infeções. Na ótica do utente, a cirurgia programada decorre num menor espaço de tempo sendo promovida uma recuperação mais precoce e conseqüentemente o seu retorno à vida profissional, familiar e social é mais célere (Batista et al., 2023).

Porém, como garantia da segurança e qualidade da atividade assistencial em CA, a seleção do utente é realizada mediante o cumprimento de determinados critérios e cuja responsabilidade é multiprofissional, na medida em que os critérios são avaliados pelo cirurgião, o anestesiológista e o enfermeiro. De acordo com as recomendações da Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CNADCA) (2008) os critérios mínimos de

admissibilidade do utente à CA estão divididos em critérios sociais e clínicos. Os primeiros incluem :

- Transporte assegurado em veículo automóvel;
- Área de residência ou local de pernoita a menos de 60 minutos de distância do Hospital;
- Condições de adequada habitabilidade do local de pernoita;
- Acesso fácil a meio de comunicação (telefone ou telemóvel);
- Assegurada a companhia de um adulto responsável pelo menos nas primeiras 24 horas após a alta;
- Aceitação do utente para ser operado nas condições oferecidas (CNADCA, 2008).

Os critérios clínicos reportam-se a:

- Utente com estabilidade clínica e psíquica;
- Classificação do utente, segundo o sistema de classificação do estado físico da American Society of Anesthesiologists (ASA) (2020), em ASA I ou ASA II;
- Utentes ASA III podem ser aceites quando a patologia associada é considerada estável;
- Cirurgia de duração previsível inferior a 120 minutos;
- Cirurgia com baixo risco de complicações pós-operatórias;
- Dor pós-operatória controlável com medicação por via oral (CNADCA, 2008).

A admissibilidade do utente é um procedimento intrínseco ao percurso faseado do utente submetido a cirurgia em regime ambulatorio que se traduz num episódio composto por cinco fases: fase de referenciação, passando pela fase de proposta, de realização, de catamnese e termina na fase de conclusão (ACSS, 2011).

O percurso do utente em CA inicia-se aquando da referenciação para a consulta médica de especialidade cirúrgica. Posteriormente, a fase de proposta é alusiva ao período pré-operatório e decorre desde a realização da consulta de especialidade em que o utente é proposto para CA até às consultas pré-operatórias nomeadamente, consulta de anestesiologia, consulta de enfermagem pré-operatória e consulta de enfermagem do dia anterior à cirurgia. A fase de realização decorre quando o utente é admitido na UCA no dia da cirurgia até ter alta para o domicílio. Segue-se a fase de catamnese que corresponde ao período pós-operatório após a alta. Nesta fase são realizadas as consultas pós-operatórias, de especialidade cirúrgica (ao primeiro mês e aos seis meses após cirurgia, consulta pós-operatória de enfermagem do dia seguinte e aos 30 dias e ainda inclui o registo de eventos. A fase de conclusão refere-se à inclusão no processo clínico do utente de todos os documentos alusivos ao episódio cirúrgico do utente (avaliação e tratamento da sua situação clínica, eventos decorridos sob a responsabilidade do hospital e folha de codificação) e que em conjunto com a fase de catamnese terminada permitem a conclusão do episódio (ACSS, 2011).

Organização estrutural

A UCA onde decorreu o estágio presta assistência a uma população estimada de

aproximadamente 232 000 habitantes (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2021) e onde são realizadas anualmente mais de 10 000 cirurgias.

Esta unidade está integrada no departamento autónomo de gestão de cirurgia da unidade hospitalar, com instalações próprias e de fácil acessibilidade onde são realizadas cirurgias programadas na vertente convencional e adicional assim como determinados procedimentos de diagnóstico e terapêuticos.

A atividade da UCA dá resposta à população tanto pediátrica como adulta e desenvolve-se no âmbito das especialidades médicas de cirurgia geral, ortopedia, ginecologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, estomatologia, urologia, cirurgia vascular, gastroenterologia, pneumologia e cardiologia.

O horário de funcionamento é das oito horas às 20 horas nos dias úteis, sendo que a atividade cirúrgica adicional, como modelo de incentivo à atividade assistencial, também é desenvolvida aos fins de semana no mesmo horário.

O espaço físico da UCA é composto por uma área livre, de acolhimento aos utentes e acompanhantes onde se encontram a receção/secretaria, zona de espera pelo atendimento, instalações sanitárias, vestiários e dois gabinetes de acolhimento / consulta. Dispõe ainda da área de transição onde se incluem os espaços exclusivos dos profissionais nomeadamente, vestiários, sala de pessoal e instalações sanitárias.

Na área semi-restrita encontram-se os armazéns de materiais, equipamentos, fármacos e instrumentais devidamente compartimentados por especialidades cirúrgicas e os gabinetes da gestão de enfermagem e da direção de serviço.

A área restrita refere-se ao bloco operatório e compõe-se por duas salas de preparação e três salas operatórias. Todas as salas são classe C, ou seja, estão preparadas para a realização de cirurgia major com anestesia geral com suporte ventilatório e dispõem de uma zona contígua de desinfeção cirúrgica dos profissionais e tem também anexada uma área de sujios e despejos.

As salas também estão equipadas com fluxo laminar que é um sistema de difusão de ar em que o seu fluxo é unidirecional e descendente com entrada de ar embutida no teto acima da mesa operatória e a sua extração por grelhas localizadas em cada canto da sala (Agirman et al., 2020). Este sistema é um equipamento relevante para a prevenção da infeção do local cirúrgico e do ambiente na medida em que contribui para a prevenção da bioaerocontaminação.

Quanto aos recursos materiais, para além do alocado exclusivamente à UCA também existe partilha de materiais, equipamento, instrumental operatório e consumíveis, com o bloco operatório central (BOC).

A UCPA é o espaço destinado à recuperação do utente após ser submetido ao procedimento anestésico-cirúrgico e localiza-se de forma contígua ao bloco operatório. Trata-se de um espaço semi-restrito, amplo e único o que permite uma melhor rentabilização na medida em que a sua configuração é ajustável consoante as necessidades e garante a realização dos três tipos de recobro: fase I, que compreende o período de recuperação inicial pós anestésica do utente, fase II que compreende a recuperação intermédia do utente e fase III que é o período de preparação

do utente para a alta (Coutinho, 2009). É ainda apoiada por uma copa, instalações sanitárias e sala de sujos/despejos e tem ligação aos vestiários dos utentes de forma a cumprir o circuito interno.

A UCPA está organizada por nove unidades cada uma equipada com uma cama, um cadeirão, uma mesa de apoio e equipamento de monitorização contínua que permite a recuperação do utente de forma individualizada, garantindo a privacidade e dignidade dos utentes sendo o seu acompanhamento realizado pelo mesmo enfermeiro até ao momento da alta para o domicílio. Dispõe ainda de três cadeirões exclusivos para utentes submetidos a procedimentos com anestesia local e que não carecem de recuperação no leito.

Organização funcional

Neste contexto específico, é cumprido o percurso recomendável do utente em CA abordado anteriormente.

No que se refere ao período pré-operatório, o utente é convocado para duas consultas pré-operatórias, de anestesiologia e de enfermagem, que são realizadas diariamente via telefónica exceto quando o profissional de saúde considera necessário ser efetuada presencialmente. Aquela modalidade foi implementada devido à pandemia covid-19 e continuou em vigor porque, segundo a equipa de enfermagem, o feedback dos utentes é muito positivo pois evita deslocamentos e ausências ao trabalho.

Na consulta pré-operatória de anestesiologia, o anestesista verifica os critérios clínicos do utente para a sua admissibilidade para a CA. Verificados estes critérios, o utente é encaminhado para a consulta pré-operatória de enfermagem. Nesta consulta, o enfermeiro realiza a colheita de dados que permitem avaliar os critérios sociais do utente, os seus antecedentes pessoais e o conhecimento do utente sobre a preparação pré-operatória documentando no SClínico. Também informa o utente sobre o seu circuito no interior na UCA e a informação dada ao utente/pessoa significativa é complementada por um panfleto informativo que segue pelo correio e que contém informação relativa aos cuidados perioperatórios e ao circuito em CA assim como os contactos da UCA.

No período intraoperatório, os tempos cirúrgicos são distribuídos pelas três salas operatórias, sendo que a sala 1 está direcionada para a especialidade de oftalmologia porque é onde estão alocados os equipamentos específicos desta valência e também porque é a sala com maior proximidade ao vestiário e à UCPA o que é um ponto importante para a uma gestão mais segura e eficiente da circulação dos utentes dado que há um fluxo elevado dos utentes desta especialidade, maioritariamente com deficiência visual e idosos com comorbilidades e limitações na locomoção.

Os utentes pediátricos ou com necessidades especiais para além de estarem acompanhados pela pessoa significativa durante a admissão e o acolhimento, também lhes é permitido o

acompanhamento durante a preparação pré-operatória e em sala operatória até ao início da indução anestésica e posteriormente durante a sua permanência na UCPA.

Em cada sala operatória, está sempre presente uma equipa base constituída por três enfermeiros (anestesia, circulante e instrumentista), um assistente operacional, um anestesista, um cirurgião e um cirurgião ajudante. Consoante a necessidade podem estar presentes mais elementos.

A UCPA é o espaço destinado à recuperação do utente que foi submetido ao procedimento anestésico-cirúrgico onde o enfermeiro realiza a vigilância e monitorização dos utentes com o objetivo de prevenir complicações e realizar a preparação para a alta. Esta vigilância é assegurada continuamente por três enfermeiros e o anestesista responsável é o anestesista alocado à sala operatória onde o utente foi intervencionado. Com a entrada do utente na UCPA, inicia-se o período pós-operatório, com a fase I do recobro, posteriormente, cumprindo os critérios de transferência o utente passa à fase II do recobro que compreende o levantar para o cadeirão e a reintrodução alimentar. Na fase III, consiste na preparação para a alta que ocorre após avaliação dos parâmetros incluídos na escala de Aldrete modificada e a verificação dos critérios sociais para admissão em CA. Esta UCA não tem estrutura física que permita realizar pernoita.

No momento da alta, como previsto na lei e recomendado pela CNADCA, é dispensada medicação analgésica para o domicílio de forma gratuita (Decreto-Lei nº 13/2009 de 12 de Janeiro). Esta dispensa é realizada de acordo com os protocolos existentes no serviço e derivam de prescrição médica. A prevenção e controlo da dor é um indicador de qualidade da UCA, pelo que existem protocolos de analgesia para o domicílio definidos atendendo às recomendações da Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (APCA) (2024). Também é fornecida ao utente medicação ocular de aplicação tópica para procedimentos cirúrgicos da especialidade de oftalmologia.

No que se refere à documentação em papel, é entregue ao utente um relatório cirúrgico para o médico de família, um boletim de enfermagem com as indicações necessárias para a prestação de cuidados a realizar pela equipa de enfermagem do centro de saúde da sua área de residência assim como um folheto informativo específico para o procedimento anestésico-cirúrgico a que o utente foi submetido onde estão elencados os principais cuidados que o utente deverá ter em consideração após saída da UCA. Também é entregue ao utente, a marcação da consulta pós-operatória para o respetivo cirurgião assim como a requisição para eventuais exames a realizar posteriormente. Caso necessite, o utente também leva consigo o certificado de incapacidade temporária.

Há uma avaliação pós-operatória de enfermagem que é efetuada a todos os utentes intervencionados, através de duas consultas, uma consulta não presencial, 24 horas após a cirurgia e a seguinte 30 dias após a cirurgia.

Na consulta do dia seguinte à cirurgia, o enfermeiro realiza colheita de dados que permitem avaliar a evolução do pós-operatório da pessoa, nomeadamente a presença de complicações, a necessidade de medicação suplementar e/ou de se dirigir a um serviço de saúde.

Na consulta de enfermagem 30 dias após a cirurgia é efetuada uma avaliação da evolução da recuperação da pessoa procurando saber se a mesma desenvolveu determinadas complicações tardias nesse período, nomeadamente, se apresenta dor na incisão cirúrgica, infeção ou sinais inflamatórios da ferida, deiscência da ferida, hemorragia ou hematoma. Também é realizada uma avaliação do grau de dependência do utente para as suas atividades diárias através da escala modificada de Barthel. Em caso de urgência é disponibilizado o contacto do serviço dentro do horário de funcionamento da UCA, e encaminhamento para o serviço de urgência quando fora do horário.

Recursos humanos

A equipa da UCA é multidisciplinar sendo constituída pelo diretor de serviço, enfermeiro gestor, 18 enfermeiros, sete assistentes operacionais e sete assistentes técnicos. A equipa de enfermagem e dos assistentes operacionais é uma equipa exclusiva para a UCA, o que vai de encontro às recomendações da APCA e da CNADCA (2008). Estas entidades defendem a criação de uma equipa dedicada porque só assim é possível garantir os níveis de satisfação elevados e o alcance dos parâmetros de qualidade que definem a CA.

Dado o leque abrangente de especialidades e o circuito e processos próprios da CA os profissionais devem ser especializados neste contexto de forma a desenvolverem habilidades e conhecimentos específicos na sua área de atuação que permitam uma eficiência operacional e uma clara definição de responsabilidades e funções dentro da equipa. Quanto à equipa de enfermagem em particular, cinco elementos detêm o título de especialista, um em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, um em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, dois em enfermagem médico-cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação crítica e outro em enfermagem médico-cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação perioperatória. A equipa de enfermagem dispõe de elementos atribuídos por áreas de responsabilidade nomeadamente, gestão de risco, qualidade, formação, pediatria e especialidades cirúrgicas. Cumprindo a obrigatoriedade do artigo 12º da Portaria nº 97/2024/1, de 12 de março, cinco elementos detêm formação certificada em Suporte Avançado de Vida.

Em qualquer posto de trabalho são cumpridas as dotações seguras definidas pela OE (2019b) em que para uma prestação segura e qualificada dos cuidados de enfermagem, devem estar presentes na sala operatória três enfermeiros com as funções atribuídas de anestesia, circulação e instrumentação.

Na UCPA os enfermeiros são distribuídos de acordo com o tipo de recobro, sendo no recobro Imediato - um Enfermeiro por três utentes e no Recobro Tardio - um enfermeiro por seis

utentes. Existe um plano diário de distribuição dos enfermeiros pelos diferentes postos de trabalho, com horários ajustados de forma a garantir a realização das consultas de enfermagem pré e pós-operatórias, o acolhimento dos utentes, a sua preparação cirúrgica, a realização da cirurgia, a vigilância na UCPA e a sua preparação para o domicílio.

Diariamente um elemento da equipa acumula a prestação de cuidados com a função de apoio à gestão. Este elemento é o responsável pelo levantamento e providência das necessidades diárias do serviço, pela conferência e distribuição dos estupefacientes, pelo controlo das peças anatómicas que seguem para anatomia patológica, pela conferência e armazenamento do material proveniente do exterior, supervisão do armazenamento do material vindo do serviço de esterilização e verificação da temperatura do frigorífico que contém medicação e produtos sensíveis à temperatura.

O enfermeiro especialista, além da prestação de cuidados como elemento da equipa que integra, é incumbido da função de gestão e substituição do enfermeiro gestor na sua ausência e é o enfermeiro responsável de turno.

A equipa de enfermagem dispõe de várias aplicações informáticas de suporte às suas atividades nomeadamente, Sclínico para consulta do processo clínico do utente, registos relativos às consultas de enfermagem e ainda registo da Lista de Verificação da Cirurgia Segura; PatientCare para a documentação dos cuidados de enfermagem; Glintt para pedidos de farmácia e armazém/aprovisionamento; outra aplicação para requisição das refeições fornecidas aos utentes; Qualitus para obtenção dos documentos aprovados pelo departamento de qualidade da instituição e uma aplicação dedicada aos pedidos de reparações e agregada ao serviço de instalações e equipamentos.

Como projetos implementados existem o método kanban/kaizen para a gestão de stocks relativos à farmácia e outro direcionado para a população pediátrica. Este último projeto consiste na oferta de um livro às crianças e acompanhantes em que de uma forma lúdica é explicado todo o processo que a criança irá vivenciar e desta forma contribui para a redução da ansiedade e do medo. Mais recentemente, existe outro projeto em fase de implementação que se refere à sustentabilidade verde no bloco operatório que visa promover a separação de resíduos.

A equipa de enfermagem participa anualmente nos eventos científicos nacionais e internacionais da área da CA nomeadamente, os promovidos pela Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses [AESOP], pela APCA e pela International Association for Ambulatory Surgery [IAAS].

3. 10557_2_PESSOA SUBMETIDA A HEMORROIDECTOMIA

A Sra. M., de 57 anos, em consulta médica manifestou queixas de dor e prurido anal recorrente com ardor após defecação. Após exame médico foi-lhe diagnosticado hemorroidas pelo que lhe foi proposto tratamento cirúrgico em regime ambulatorio. A Sra. M aceitou sendo o procedimento agendado para dia 17/12/2024 na UCA.

3.1. Enquadramento teórico

Conceção de cuidados de enfermagem

Na sua prática profissional, o enfermeiro concebe os seus cuidados num processo contínuo de colheita de dados relevantes, que permite-lhe identificar os seus focos de atenção e diagnósticos, estabelecer objetivos, prescrever as intervenções apropriadas e avaliar as mesmas como medida do seu impacto.

A conceção de cuidados em contexto perioperatório, é um desafio diferenciado porque este ambiente caracteriza-se por uma dinâmica muito particular dos dois pilares da ação do enfermeiro, o cuidar e a segurança da pessoa.

A ação autónoma do enfermeiro tem um papel preponderante nas fases pré e pós-operatória pela via da educação e capacitação do utente, assim como na prevenção e identificação de complicações associadas ao processo invasivo a que é sujeito. A fase intra-operatória reveste-se maioritariamente de intervenções do âmbito interdependente no sentido de garantir que o procedimento anestésico e cirúrgico decorre de forma segura e sem intercorrências.

Estas considerações posicionam a aplicação educativa *E4nursing* como um recurso pedagógico muito significativo que permite melhor compreender a tomada de decisão do enfermeiro no contexto em estudo; e facilitador no desenvolvimento das minhas competências clínicas de enfermeira especialista por via de uma aprendizagem baseada em problemas associados a casos clínicos criando uma ligação permanente entre os conhecimentos teóricos e a prática

Desta forma, foi desenvolvido na aplicação um plano de intervenção sobre a pessoa submetida a hemorroidectomia sob anestesia geral em regime ambulatorio, precedido de um enquadramento teórico sobre o procedimento cirúrgico e anestésico definido para esta cirurgia.

A conceção de cuidados foi desenvolvida em oito sessões de forma a incorporar os momentos chave de intervenção do enfermeiro em cirurgia ambulatória. As três primeiras sessões compreendem o período pré-operatório. A primeira sessão é dedicada à consulta pré-operatória de enfermagem, a segunda sessão refere-se à consulta pré-operatória de enfermagem 24 horas antes da cirurgia e a terceira sessão é dedicada ao acolhimento e preparação do utente. As seguintes duas sessões abrangem o período intra-operatório, nomeadamente, a indução anestésica / início de cirurgia e o final da cirurgia / emergência anestésica. As últimas três sessões são dedicadas ao período pós-operatório desde a admissão do utente na UCPA até à consulta pós-operatória 24 horas após cirurgia.

Organização das sessões e4Nursing:

1a sessão: Consulta pré-operatória (via telefone) - CPOE

Data: 11-12-2024 Hora: 09:30

2a sessão: Consulta pré-operatória 24 horas (via telefone) - CPOE 24H

Data: 16-12-2024 Hora: 09:00

3a sessão: Acolhimento/preparação:

Data: 17-12-2024 Hora: 10:00

4a sessão: Intra-operatório / entrada na sala até início da cirurgia:

Data: 17-12-2024 Hora: 11:00

5a sessão: Intra-operatório / fim da cirurgia, emergência anestésica:

Data: 17-12-2024 Hora: 12:00

6a sessão: UCPA recobro fase I:

Data: 17-12-2024 Hora: 12:15

7a sessão: UCPA recobro fase II:

Data: 17-12-2024 Hora: 15:00

8a sessão: consulta pós operatória 24h - CPOSE 24H:

Data 18-12-2024 Hora 18:00

Enquadramento do caso clínico

O canal anal contém estruturas vasculares conhecidas como plexos hemorroidários, cuja função principal é proteger o esfíncter anal durante a defecação, contribuindo para a continência anal (Riss et al., 2012; Beck, 2019). Quando se verifica um quadro de dilatação e/ou ingurgitamento

destes plexos acompanhado de sintomas como prolapso, dor, sangramento, prurido ou sensação de evacuação incompleta, está-se na presença de doença hemorroidária usualmente designada como hemorróidas (Fox et al., 2014; Beck, 2019).

Estima-se que a doença hemorroidária afete mais de 35% da população com idade superior a 50 anos sendo a sua prevalência maior na faixa etária entre os 45 e os 65 anos (Kaidar-Person et al., 2007; van Tol et al., 2018). A sua etiologia está associada a obstipação, dieta pobre em fibras, aumento da pressão intra abdominal por esforço prolongado (ao defecar, gravidez), obesidade e frouxidão dos tecidos associado ao envelhecimento (Kaidar-Person et al., 2007).

As hemorróidas classificam-se quanto à sua localização e grau de desenvolvimento de prolapso. Quanto à localização classificam-se como internas (acima do linha pectínea, também designada de linha dentada) ou externas (abaixo da linha pectínea) podendo ambas coexistir (Riss et al., 2012; Hawkins et al., 2024).

Quanto à gravidade do prolapso, as hemorróidas são classificadas em quatro graus (Deus & Rama, 2023, p. 2):

grau I - prolapso apenas demonstrado na retoscopia;

grau II - prolapso com o esforço e redução espontânea;

grau III - prolapso com o esforço que necessita de redução manual;

grau IV - prolapso é permanente e irreduzível.

A sua sintomatologia tem um impacto significativo na qualidade de vida do doente pelo que a procura por tratamento é bastante acentuada sendo este definido pela graduação da doença e pela sintomatologia manifestada pelo doente, podendo ser conservador ou cirúrgico.

O tratamento médico consiste em alterações nos hábitos de vida, como dieta rica em fibras, atividade física, banhos de assento e medicação tópica. Quando o tratamento médico não se mostra efetivo, pode ser indicado o tratamento cirúrgico, com três opções disponíveis: hemorroidopexia, hemorroidoplastia e hemorroidectomia. Esta última é a mais frequentemente realizada, sendo uma das cirurgias mais comuns em procedimentos ambulatoriais e indicada para este caso clínico.

Procedimento cirúrgico

A técnica cirúrgica para a realização da hemorroidectomia é diversificada sendo que a escolha recai sobre a condição da hemorróida e a experiência do cirurgião. Pode ser realizada a técnica aberta (Milligan-Morgan) ou fechada (Ferguson) e com recurso a diferentes fontes de energia (ultrassom, bipolar ou monopolar).

Neste caso clínico, a técnica realizada foi a técnica aberta e com utilização da energia bipolar avançada.

O procedimento cirúrgico inicia-se com o posicionamento adequado do utente em posição de litotomia porque é esta que permite o melhor acesso à região anal. Posteriormente é realizada a limpeza e desinfeção do campo cirúrgico seguida da colocação dos campos operatórios. Procede-se à colocação do anuscópio que permite uma ligeira dilatação anal para realizar a inspeção do canal anal e identificação da hemorróida; o seu pedículo é pinçado e retraído e através da aplicação da energia bipolar que permite a fusão vascular e tecidual seguida de corte, a hemorróida é excisionada. O local de excisão não é encerrado terminando aqui a intervenção com a aplicação de penso à ferida.

A utilização de um dispositivo de energia bipolar permite que o procedimento seja realizado mais rapidamente e parece causar menor dor pós-operatória permitindo uma recuperação mais precoce do utente, demonstrando taxas de complicações pós-operatórias, como recidiva e infeção, semelhantes a outra técnica e outros dispositivos (Hawkins et al., 2024).

A complicação major deste procedimento é a dor pós-operatória que pode ser severa e prolongar-se até 30 dias após a cirurgia. Outras poderão ocorrer, mais graves mas também mais raras, que são a hemorragia, retenção urinária, estenose anal, infeção e incontinência fecal (Cruz et al., 2007).

Processo anestésico

Em cirurgia ambulatória, a escolha adequada do processo anestésico é fundamental para a concretização bem sucedida do processo cirúrgico assim como para o retorno precoce do utente ao seu domicílio com o menor risco de ocorrência de complicações.

Deste modo, o processo anestésico inicia-se no período pré-operatório em que é realizada uma avaliação de risco pré-operatório e procede-se, quando necessário, à otimização fisiológica e das condições de comorbilidades que o utente apresenta.

No contexto intra operatório, é implementada a técnica anestésica escolhida, assim como a monitorização devida para a cirurgia e a condição do utente. A escolha da técnica anestésica deve atender a quatro fatores: ao estado clínico da pessoa, às características do procedimento cirúrgico (posicionamento cirúrgico, duração, localização da cirurgia, técnica cirúrgica e cuidados pós-operatórios necessários); à experiência do anestesiológico e às condições da unidade (Vieira et al., 2017).

Atendendo a estes fatores neste caso clínico o processo anestésico consistiu na técnica de anestesia geral endovenosa e na administração de analgesia multimodal e de profilaxia de náuseas e vômitos.

A anestesia geral caracteriza-se pela perda de consciência reversível induzida por fármacos, permitindo analgesia, imobilidade e atenuação dos reflexos neuromusculares (American Society of Anesthesiologists, 2018). Os medicamentos administrados resultam de uma combinação de

fármacos anestésicos, analgésicos, relaxante muscular e fluídos. Esta técnica compreende três fases: indução, manutenção e recuperação.

Previamente à fase de indução, realiza-se a monitorização adequada do utente, que deve incluir o eletrocardiograma contínuo de cinco derivações, oximetria de pulso, pressão arterial não invasiva e temperatura corporal, optimização de cateter venoso periférico e pré-oxigenação através de máscara facial a fim de se criar uma reserva de oxigénio aquando da apneia durante a indução (Marinho, 2021). Quando justificável, também é administrada nesta fase a medicação para a profilaxia de náuseas e vómitos.

A fase de indução anestésica é considerada uma fase crítica, uma vez que são administrados fármacos que podem levar a alterações hemodinâmicas, apneia e hipotonia da via aérea. Esta começa com a administração do opióide como analgésico, de seguida o hipnótico para provocar a perda de consciência e por último o relaxante muscular (Brenner & Kautz, 2015). Segue-se a entubação orotraqueal para assegurar a ventilação e manutenção da via aérea, através de ventilação mecânica invasiva.

A fase de manutenção anestésica é realizada por administração intermitente de fármacos intravenosos de forma isolada ou em combinação, e é durante este período que decorre o procedimento cirúrgico. Para além da administração de medicação, mantém-se a monitorização clínica do utente quanto à ventilação, oxigenação, hemodinâmica, bloqueio neuromuscular e profundidade anestésica (Barash et al., 2017). É também nesta fase que se inicia a administração de analgesia para o período pós-operatório.

O período de recuperação anestésica envolve a suspensão dos fármacos administrados durante a manutenção anestésica através de antagonistas específicos, tendo neste caso sido utilizado o sugamadex para reverter o relaxante muscular. O objetivo desta fase é realizar a extubação orotraqueal em segurança e despertar o utente até que este apresente reação a estímulos e função muscular restaurada (Marinho, 2021).

Apesar de a anestesia geral ser considerada um procedimento seguro, não é isento de complicações que o anestesiológista e o enfermeiro devem reconhecer e atuar precocemente em conjunto. Algumas são comuns e de carácter transitório e ocorrem principalmente no período pós-operatório imediato, como odinofagia, sonolência, náuseas e vómitos. Outras que requerem maior vigilância e atuação atempada como a hipoventilação, consciência comprometida e o delirium.

As complicações mais graves reportam-se a dificuldades na ventilação e entubação por presença de via aérea difícil, laringoespasma, reação anafilática, alterações cardiovasculares como bradicardia e hipotensão, e úlcera de córnea (Barash et al., 2017).

A complicação que tem sido alvo de maior atenção por parte da equipa multidisciplinar da CA é a hipotermia perioperatória inadvertida (temperatura central inferior a 36°C) que pode induzir

tremor pós-operatório, taquicardia, hipertensão e aumento do risco infeção do local cirúrgico (Lista et al., 2012). Esta resulta da exposição à temperatura ambiente mais reduzida do bloco operatório, da área de exposição corporal para a cirurgia mas principalmente da anestesia geral que provoca inibição do mecanismo de termorregulação central e redução do metabolismo (Butterworth et al., 2018; Sessler, 2011).

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 57 anos | Feminino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-12-17 10:00:00	Solução polielectrolítica simples 500ml IV	2024-12-17 15:00:00
2024-12-17 11:00:00	Fentanil 100mcg IV	2024-12-17 12:00:00
2024-12-17 11:00:00	Propofol 160mg IV	2024-12-17 12:00:00
2024-12-17 11:00:00	Brometo de rocurónio 20mg IV	2024-12-17 12:00:00
2024-12-17 11:00:00	Ondansetrom 4mg IV	2024-12-17 12:00:00
2024-12-17 12:00:00	Paracetamol 1000mg IV	2024-12-17 12:15:00
2024-12-17 12:00:00	Cetorolac 30 mg IV	2024-12-17 12:15:00
2024-12-17 12:00:00	Sugamadex 200mg IV	2024-12-17 12:15:00
2024-12-17 12:00:00	Ropivacaína 75mg infiltração local	2024-12-17 12:15:00

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

No âmbito da ação interdependente, o enfermeiro é responsável pelo manuseamento,

preparação e administração de medicação, pelo que deve deter conhecimentos sobre farmacologia que, aliados à situação particular do utente promovam uma intervenção segura e eficaz.

Em contexto perioperatório, e em particular neste caso clínico, a medicação administrada assenta numa combinação de fármacos de diferentes grupos terapêuticos, nomeadamente anestésicos, opióides e relaxantes musculares com o objetivo de se obter um nível de sedação e imobilidade apropriado com o mínimo de interferência na homeostasia fisiológica do utente, assim como analgésicos e anti-eméticos para uma recuperação pós-operatória sem intercorrências face à alta precoce do utente para o seu domicílio.

Assim segue-se a descrição dos aspetos mais relevantes para a prática de enfermagem acerca dos fármacos utilizados neste caso clínico.

Fluidoterapia:

Em contexto perioperatório, a fluidoterapia é essencial para a gestão de fluídos e de volémia intravascular assim como para a manutenção da permeabilidade dos acessos venosos. Neste caso o fluído prescrito foi a solução polielectrolítica simples.

Solução polielectrolítica simples

É uma solução cristalóide à base de electrólitos para perfusão intravenosa bastante utilizada em cirurgia ambulatória dado que a medicação é essencialmente administrada via intravenosa e este fluído apresenta elevada compatibilidade com os restantes fármacos. Também alguns estudos indicam benefício da administração de cristalóides em adultos saudáveis submetidos a cirurgia ambulatória na redução da ocorrência de complicações pós-operatórias como tonturas, sonolência, dor, náuseas e vômitos (Maharaj et al, 2005; Lambert et al, 2009). O ritmo de perfusão é mediado pela condição do utente (idade, peso e condição física) pela terapêutica concomitante e pela evolução do utente ao longo da cirurgia e período pós-operatório. A administração de fluídos também está associada a uma diminuição de ocorrência de sede, tonturas e náuseas no pós-operatório. Como reação adversa mais comum é referida a irritação no local da punção venosa onde é perfundida a solução.

Opióide: Fentanil

O fentanil pertence ao grupo de fármacos opióides. O seu mecanismo de ação realiza-se através da sua ligação aos receptores opiáceos do sistema nervoso central, alterando a resposta e percepção à dor sendo essencialmente metabolizado pelo fígado. Desta forma, permite a analgesia cirúrgica sendo um adjuvante da indução e manutenção da anestesia geral. O seu início de ação é rápido (30 segundos) com um tempo de ação de 20 a 30 minutos.

A administração concomitante com outros depressores do sistema nervoso central, incluindo outros opiáceos, sedativos ou hipnóticos, anestésicos gerais, fenotiazinas,

tranquilizantes, relaxantes musculares, anti-histamínicos sedativos e álcool, pode resultar em efeitos aditivos depressores. As contraindicações da sua administração prendem-se com a hipersensibilidade e intolerância. As principais reações adversas/efeitos secundários a considerar nos períodos intra e pós-operatório após administração do fentanil surgem a nível do sistema nervoso central, respiratório e gastrointestinal. Podem surgir confusão, sonolência pós-operatória, apneia, laringospasmo, depressão respiratória e náuseas/vómitos (Alexander, 2023).

Anestésico intravenoso: propofol

O propofol é um agente anestésico intravenoso utilizado para a indução e manutenção da anestesia geral e sedação, gerando efeito hipnótico. É um anestésico de ação curta (4 a 6 minutos) e início muito rápido através da ligação ao recetor específico no complexo do neurotransmissor GABA. Este fármaco provoca sedação ou inconsciência permitindo desta forma a realização de cirurgias e outras intervenções . A dose recomendada para a maioria dos doentes adultos com menos de 55 anos, é de 1,5 a 2,5mg/kg de propofol. Como contraindicações apontada é a hipersensibilidade ao propofol, ao óleo de soja, lecitina dos ovos e ao glicerol. No que toca a efeitos adversos mais frequentes, podem ocorrer durante a indução da anestesia movimentos espontâneos e mioclonia, hipotensão, bradicardia, taquicardia, afrontamentos, hiperventilação, apneia transitória, tosse e soluços. Também é muito frequente a manifestação de dor no local de administração ao iniciar a injeção do fármaco (Infarmed, 2021).

Relaxante neuromuscular: brometo de rocurónio

Os relaxantes neuromusculares facilitam a intubação orotraqueal e consequente ventilação mecânica e proporcionam melhores condições operatórias para a equipa cirúrgica através do profundo relaxamento muscular esquelético. O brometo de rocurónio é um relaxante muscular não despolarizante inibindo a ação da acetilcolina o que permite atingir um relaxamento rápido (60 a 90 segundos) e de duração intermédia (15 a 25 minutos) (Infomed, 2024a).

Antagonista do relaxante neuromuscular: sugamadex

O sugamadex é um fármaco utilizado para a reversão do bloqueio neuromuscular induzido por rocurónio em anestesia geral. É o primeiro agente de ligação de relaxante seletivo revertendo rapidamente o bloqueio. O seu mecanismo de ação ocorre no plasma em que o sugamadex forma um complexo junto com o rocurónio reduzindo a quantidade de agente bloqueador neuromuscular disponível para se ligar aos receptores nicotínicos da junção neuromuscular. A sua administração deve ser realizada de forma rápida em bólus única por via intravenosa (Infomed, 2025).

Analgésicos:

A analgesia é fulcral para a recuperação precoce do utente. Na atualidade, tem -se adotado a administração da analgesia multimodal que consiste na utilização de fármacos de diferentes grupos com mecanismos de ação distintos mas todos com efeito analgésico. O seu objetivo é providenciar uma analgesia adequada reduzindo os efeitos colaterais e assim reduzir a morbidade e o tempo de internamento e aumentar a satisfação dos utentes (Leaper & Whitaker, 2010). Esta abordagem aplicada à cirurgia anorectal ambulatória também tem demonstrado resultados positivos como melhor controlo da dor e diminuição do consumo de opióides (Ivatury et al, 2020; Sammour, 2022). Neste caso em particular, a analgesia multimodal consistiu na administração de paracetamol e cetorolac e infiltração local com ropivacaína.

Paracetamol

É um fármaco com ação antipirética e analgésica semelhante aos anti-inflamatórios não esteróides mas sem atividade anti-inflamatória. O seu mecanismo de ação envolve a inibição da síntese de prostaglandinas no sistema nervoso central que são importantes mediadores inflamatórios/nociceptivos. Quando administrado sob a forma endovenosa o seu início de ação é rápido e se a sua infusão ocorrer a ritmo rápido provoca hipotensão. São conhecidos poucos efeitos secundários e é metabolizado pelo fígado. Está contra-indicado em caso de hipersensibilidade ao paracetamol, anemia hemolítica grave, insuficiência hepatocelular grave ou hepatite vírica (Infomed, 2022).

Cetorolac

Este é um fármaco analgésico não opióide e anti-inflamatório não esteróide. Está indicado para o tratamento da dor a curto-prazo através da inibição da síntese de prostaglandinas promovendo a analgesia periférica. Possui uma semi-vida de aproximadamente 4,5 horas. Trata-se de um fármaco que induz um risco aumentado de hemorragia, pelo que em contexto perioperatório deve ser evitado em utentes submetidos a procedimentos com risco de hemorragia (Infomed, 2023).

Ropivacaína

É um anestésico local de longa duração indicado para analgesia pós-operatória. Sendo a hemorroidectomia um procedimento doloroso no pós-operatório, a sua administração é amplamente realizada como infiltração local do tecido subcutâneo ao gerar um bloqueio sensitivo que promove a analgesia (Infomed, 2018). A reação adversa mais importante relaciona-se com a absorção intravascular que pode desencadear toxicidade sistémica, designada de LAST, com complicações ao nível do sistema cardiovascular e/ou do sistema nervoso central. A sua prevenção reside na identificação de fatores de risco do utente, dose e técnicas de administração adequadas e identificação precoce de sinais e sintomas associados (Weinberg et al., 2020).

Antieméticos:

As náuseas e vômitos no pós-operatório são consideradas uma das complicações mais frequentes em cirurgia ambulatoria causando grande desconforto ao utente e risco de desenvolver outras complicações.

Ondansetrom

O ondansetrom é também um antiemético indicado para a prevenção e tratamento de náuseas e vômitos no pós-operatório. É recomendada a administração de uma dose única de 4 mg de por via intravenosa lenta, no momento da indução anestésica. Podem manifestar-se reações adversas leves como, cefaleias, sensação de rubor e de calor mas também alterações electrocardiográficas transitórias como prolongamento do intervalo QT. Associada à administração intravenosa estão notificados casos de isquemia do miocárdio cujos sintomas se manifestam imediatamente após a injeção (Infomed, 2024b).

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

11-12-2024 09:30

11-12-2024 09:30 - Procedimento invasivo [RESOLVIDO] 17-12-2024 15:00

11-12-2024 09:30 - Tipo de procedimento invasivo: Hemorroidectomia sob anestesia geral prevista para 17/12/2024.

17-12-2024 10:00 - Verificado: antecedentes clínicos, alergias, consentimento informado, próteses, identificação do doente, jejum, preparação pré-operatória.

17-12-2024 11:00 - Perda sanguínea

17-12-2024 11:00 - Ânus: Perda sanguínea externa, em pequena quantidade .

17-12-2024 10:00 - Localização do Pulso

17-12-2024 10:00 - Punho Direita(o)

17-12-2024 10:00 - Frequência do pulso: 80 pulsações por minuto.

17-12-2024 10:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

17-12-2024 11:00 - Localização do Pulso

17-12-2024 11:00 - Punho Direita(o)

17-12-2024 11:00 - Frequência do pulso: 65 pulsações por minuto.

17-12-2024 11:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

17-12-2024 11:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

17-12-2024 11:00 - Membro superior Esquerda(o)

17-12-2024 11:00 - Pressão sanguínea sistólica: 110 mmHg.

17-12-2024 11:00 - Pressão sanguínea diastólica: 60 mmHg.

17-12-2024 10:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

17-12-2024 10:00 - Membro superior Esquerda(o)

17-12-2024 10:00 - Pressão sanguínea sistólica: 125 mmHg.

17-12-2024 10:00 - Pressão sanguínea diastólica: 80 mmHg.

17-12-2024 11:00 - Tipo de posicionamento cirúrgico: posição de litotomia

17-12-2024 12:00 - integridade da pele: sem alterações

17-12-2024 11:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o procedimento invasivo [FIM] 17-12-2024 15:00

17-12-2024 11:00 - integridade da pele: sem alterações

17-12-2024 15:00 - integridade da pele: sem alterações

17-12-2024 11:00 - *Avaliar evolução de sinais de hemorragia [fase intra-operatória, fase pós-operatória] [FIM] 17-12-2024 15:00*

17-12-2024 12:00 - Perda sanguínea

17-12-2024 12:00 - Ânus: Sem perda sanguínea aparente [MELHOROU].

17-12-2024 12:00 - Localização do Pulso

17-12-2024 12:00 - Punho Direita(o)

17-12-2024 12:00 - Frequência do pulso: 75 pulsações por minuto.

17-12-2024 12:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

17-12-2024 12:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

17-12-2024 12:00 - Membro superior Esquerda(o)

17-12-2024 12:00 - Pressão sanguínea sistólica: 112 mmHg.

17-12-2024 12:00 - Pressão sanguínea diastólica: 60 mmHg.

17-12-2024 11:00 - *Avaliar evolução da integridade da pele [fase intra-operatória, fase pós-operatória] [FIM] 17-12-2024 15:00*

17-12-2024 11:00 - *Posicionar pessoa para o procedimento invasivo [fase intra-operatória] [FIM] 17-12-2024 12:00*

17-12-2024 11:00 - *Otimizar posicionamento cirúrgico [fase intra-operatória] [FIM]*

17-12-2024 12:00

11-12-2024 09:30 - Promover autogestão: procedimento invasivo [FIM]

16-12-2024 09:00

11-12-2024 09:30 - Conhecimento sobre procedimento invasivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

11-12-2024 09:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre procedimento invasivo [RESOLVIDO] 16-12-2024 09:00

11-12-2024 09:30 - *Avaliar evolução do conhecimento sobre procedimento invasivo [CPOE 24H] [FIM] 16-12-2024 09:00*

16-12-2024 09:00 - Conhecimento sobre procedimento invasivo: facilitador [MELHOROU].

11-12-2024 09:30 - *Ensinar sobre circuito [CPOE e SOS] [FIM] 16-12-2024 09:00*

11-12-2024 09:30 - *Ensinar sobre procedimento anestésico [CPOE e SOS] [FIM] 16-12-2024 09:00*

11-12-2024 09:30 - *Ensinar sobre procedimento cirúrgico [CPOE e SOS] [FIM] 16-12-2024 09:00*

11-12-2024 09:30 - *Avaliar evolução da autogestão: procedimento invasivo [CPOE*

24H] [FIM] 16-12-2024 09:00

16-12-2024 09:00 - Refere satisfação com a preparação para a autogestão do procedimento invasivo.

Sondas, Drenos e Cateteres

17-12-2024 10:00

17-12-2024 10:00 - Cateter venoso periférico [RESOLVIDO] 17-12-2024 15:00

17-12-2024 10:00 - Localização do cateter venoso periférico

17-12-2024 10:00 - Mão Direita(o)

17-12-2024 10:00 - Características do dispositivo: Calibre 20G.

17-12-2024 10:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter [FIM]

17-12-2024 15:00

17-12-2024 10:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico [Sem horário] [FIM] 17-12-2024 15:00

17-12-2024 11:00 - Substância administrada pelo cateter venoso periférico: soro.

17-12-2024 11:00 - Quantidade administrada pelo cateter venoso periférico: 50 ml.

17-12-2024 12:00 - Substância administrada pelo cateter venoso periférico: soro.

17-12-2024 12:00 - Quantidade administrada pelo cateter venoso periférico: 100 ml.

17-12-2024 11:00 - Substância administrada pelo cateter venoso periférico: fármaco.

17-12-2024 11:00 - Quantidade administrada pelo cateter venoso periférico: 24 ml.

17-12-2024 12:00 - Substância administrada pelo cateter venoso periférico: fármaco.

17-12-2024 12:00 - Quantidade administrada pelo cateter venoso periférico: 112 ml.

17-12-2024 10:00 - Assegurar funcionamento do cateter [FIM] 17-12-2024 15:00

17-12-2024 10:00 - Otimizar cateter venoso periférico [Sem horário] [FIM]

17-12-2024 15:00

17-12-2024 10:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico [FIM] 17-12-2024 15:00

17-12-2024 10:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [Sem horário] [FIM] 17-12-2024 15:00

17-12-2024 11:00 - Localização do cateter venoso periférico

17-12-2024 11:00 - Mão Direita(o)

17-12-2024 11:00 - Ausência de dor.

17-12-2024 11:00 - Ausência de calor.

17-12-2024 11:00 - Ausência de rubor.

17-12-2024 11:00 - Ausência de tumefação.

17-12-2024 11:00 - Ausência de exsudado.

17-12-2024 11:00 - Ausência de infiltração.

17-12-2024 15:00 - Localização do cateter venoso periférico

17-12-2024 15:00 - Mão Direita(o)

17-12-2024 15:00 - Ausência de dor.

17-12-2024 15:00 - Ausência de calor.

17-12-2024 15:00 - Ausência de rubor.

17-12-2024 15:00 - Ausência de tumefação.

17-12-2024 15:00 - Ausência de exsudado.

17-12-2024 15:00 - Ausência de infiltração.

17-12-2024 10:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico [FIM] 17-12-2024 15:00

17-12-2024 10:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [SOS] [FIM] 17-12-2024 15:00

17-12-2024 10:00 - Trocar cateter venoso periférico [SOS] [FIM] 17-12-2024 15:00

17-12-2024 11:00

17-12-2024 11:00 - Máscara laríngea [RESOLVIDO] 17-12-2024 12:00

17-12-2024 11:00 - Características da máscara laríngea: I-Gel tamanho 4

17-12-2024 11:00 - nível de inserção da máscara laríngea: guia de posicionamento da máscara I-Gel

17-12-2024 11:00 - Assegurar funcionamento da máscara laríngea [FIM]

17-12-2024 12:00

17-12-2024 11:00 - Otimizar máscara laríngea [fase intra-operatória] [FIM]

17-12-2024 12:00

17-12-2024 11:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com a máscara laríngea [FIM] 17-12-2024 12:00

17-12-2024 11:00 - nível de inserção da máscara laríngea: sem alterações

17-12-2024 11:00 - Avaliar a evolução do nível de inserção da máscara laríngea [fase intra-operatória] [FIM] 17-12-2024 12:00

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

O contexto de CA em que o caso se insere exige que os procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica sejam alinhados não apenas com as exigências dos processos anestésico e cirúrgico, mas também com os aspetos sociais e familiares do utente.

Procedimento Invasivo

No domínio das atitudes terapêuticas foi selecionado o procedimento invasivo porque este plano de cuidados tem por base a realização de uma intervenção cirúrgica que implica uma abordagem invasiva ao utente e como tal a sua seleção mantém-se em todas as sessões.

Consulta pré-operatória de enfermagem (11-12-2024)

A primeira sessão, decorrente do procedimento invasivo a que a utente foi proposta e aceitou, traduziu-se na realização da consulta pré-operatória de enfermagem (CPOE).

A CPOE define-se como uma intervenção autónoma de enfermagem que consiste na concretização de uma avaliação, seguida de um planeamento de cuidados de enfermagem, permitindo o envolvimento do utente no processo e dotando-o de conhecimento necessário para o sucesso do processo anestésico-cirúrgico a que será submetido.

São vários os autores que defendem que a CPOE tem um papel fundamental no percurso do utente contribuindo para uma melhor recuperação cirúrgica, na medida em que se observa melhor controle da dor, melhor gestão de expectativas do utente, menor ocorrência de complicações pós-operatórias, menor tempo de internamento e maior nível de satisfação do utente e pessoa significativa (Nunes, L., 2007; AESOP, 2012).

A AESOP (2012) definiu como objetivos da CPOE realizar a avaliação inicial do utente visando avaliar os conhecimentos do utente face à cirurgia; permitir ao enfermeiro conhecer o historial clínico do utente e as necessidades afetadas, de forma a estabelecer diagnósticos e planear cuidados individualizados; esclarecer informações relativas à preparação pré-operatória e recuperação cirúrgica; e permitir a continuidade dos cuidados. Em suma, a CPOE visa a melhor preparação do utente para a sua cirurgia procurando garantir a segurança e qualidade dos cuidados.

Este entendimento foi o contributo fundamental na consideração desta consulta como área de atuação do Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. A abordagem desta consulta, aparentemente pouco complexa, reveste-se primariamente da necessidade do domínio de competências e técnicas comunicacionais para que o utente se sinta esclarecido e com confiança e segurança no processo e na equipa (Sequeira, 2016). A comunicação deve ser clara, compreensível e adaptada ao utente sendo a informação transmitida de forma sistematizada e estruturada para que o utente se envolva e concretize a sua tomada de decisão.

A informação verbal fornecida ao utente, deve ser complementada em suporte físico que segundo Bayraktar et al. (2018) comporta benefícios no conhecimento do utente, na diminuição do medo, na promoção do autocuidado, na melhoria da satisfação do utente e na diminuição dos riscos de readmissão hospitalar.

Também a informação transmitida ao utente nesta fase deve ser ponderada dado que a quantidade de informação, o momento próprio para intervir e a disponibilidade do utente são fatores que afetam a retenção da informação.

Tendo por base o caso clínico apresentado, as intervenções de enfermagem prescritas nesta consulta resultam do conhecimento científico e de suporte aos critérios específicos da CA. Estas assentam no diagnóstico "potencial para melhorar o conhecimento" e que se constitui de

intervenções do tipo “ensinar” em que o enfermeiro explora os conhecimentos do utente e transmite-lhe as informações indispensáveis à segurança e qualidade dos cuidados subjacentes ao procedimento cirúrgico e anestésico nomeadamente, o tempo de jejum pré-operatório, cuidados corporais para prevenção de infeção local cirúrgico e outras condições que possam interferir negativamente com a anestesia e com a cirurgia.

Consulta pré-operatória de enfermagem 24h (no dia anterior à cirurgia -16-12-2024)

A consulta pré-operatória de enfermagem realizada no dia anterior à cirurgia enquadra-se no domínio do procedimento invasivo porque para além da verificação das condições sociais da utente pretende-se avaliar a evolução dos seus conhecimentos ensinados na primeira consulta pré-operatória de enfermagem. A designação corrente de telefonema/contacto pré-operatório é redutora face à necessidade identificada de criação desta consulta que resultou do elevado número de cirurgias adiadas ou canceladas por falta de preparação do utente. Este facto demonstra que a educação pré-operatória do utente é mais complexa do que uma mera validação de itens e é responsabilidade do enfermeiro desenvolver a sua atividade neste âmbito de forma sistematizada para melhores resultados na preparação do utente para a sua intervenção.

Acolhimento e preparação pré-operatória (17-12-2024)

Em CA, a fase do acolhimento e preparação do utente é preponderante para a continuação do circuito do utente e decorre no dia da cirurgia.

Neste momento o enfermeiro tem a responsabilidade de confirmar que a preparação pré-operatória transmitida nas CPOE está garantida. A isto acresce aspetos técnicos e legais, designados de verificações pré-operatórias, que é necessário validar em prol da segurança do utente e da sua manutenção no circuito de CA. É verificado em conjunto com o utente, a sua identificação, a cirurgia proposta, os consentimentos para o ato cirúrgico e anestésico, antecedentes clínicos, a toma de medicação pré-operatória e a existência de alergias e próteses.

No contexto do caso clínico, este foi também o momento em que decorreu o primeiro contacto direto do utente com o enfermeiro pelo que este realiza a avaliação dos sinais vitais quanto à pressão arterial, pulso, oximetria e temperatura como dados do estado basal do utente que posteriormente são utilizados para a deteção precoce de complicações.

Fase intra-operatória: indução anestésica e início de cirurgia (17-12-2024 11:00)

Nesta sessão, o procedimento invasivo requer intervenções de enfermagem relacionadas com o posicionamento cirúrgico que é o de litotomia.

O posicionamento cirúrgico é um elemento integrante do domínio da segurança do doente, pois pode provocar alterações anatómicas e fisiológicas que podem resultar em lesões nervosas,

vasculares, músculo-esqueléticas ou cutâneas. Assim, é de extrema importância que o enfermeiro domine os conhecimentos sobre esta temática no que concerne aos tipos de posicionamento existentes, as repercussões corporais associadas e quais as estratégias para a prevenção de lesões decorrentes do posicionamento.

Neste caso clínico específico, a posição de litotomia é ainda mais crítica porque a utente é submetido a anestesia geral. Esta técnica anestésica ao induzir a perda de consciência, ausência de percepção de dor e de mobilidade, perdendo os seus mecanismos de proteção, impõe ao utente limitações ao nível sensorial e da mobilização. Como tal, o enfermeiro deve providenciar os dispositivos mais apropriados de proteção e de alívio de pressão das áreas críticas corporais com particular atenção à córnea.

Para além dos aspetos já referidos, a anestesia geral provoca a abolição do reflexo protetor da córnea e diminuição da produção basal de lágrima que concorrem para a lesão da córnea. Assim é necessário o enfermeiro intervir após a indução anestésica encerrando a pálpebra e colocando penso ocular até ao final do procedimento.

UCPA - recobro fase I (17-12-2024 12:15)

Esta sessão aborda o período pós-operatório imediato que corresponde a um período crítico do procedimento invasivo em que é maior o risco de ocorrência de complicações pós-operatórias. Deste modo, importa ao enfermeiro detetar precocemente e saber atuar sobre as mesmas realizando a vigilância contínua do estado clínico do utente a par do seu conforto e segurança (Brenner & Kautz, 2015).

UCPA - recobro fase II : (17-12-2024 15:00)

Neste momento de intervenção do enfermeiro o seu foco é a preparação do utente para a alta. Nesta fase, o enfermeiro mantém a vigilância sobre o utente, mas o seu foco é direcionado para a capacitação da pessoa para o autocuidado de forma a promover a sua recuperação sem intercorrências no seu domicílio. Este é um processo de extrema importância porque o objetivo é tornar o utente agente ativo na sua recuperação para que de forma autónoma mantenha a continuidade de cuidados. Assim a educação pós-operatória deve ser devidamente planeada e implementada para garantir resultados em saúde e ganhos para o utente.

Consulta pós operatória 24h (18-12-2024 18:00)

A consulta pós-operatória de enfermagem realizada no dia seguinte à cirurgia é o momento em que se avalia a evolução do conhecimento do utente transmitido no momento da alta assim como conhecer se o mesmo está satisfeito com a sua autogestão e se tem adotado os comportamentos recomendados.

Sondas, drenos e cateteres

Cateter venoso periférico

A utente sendo submetida a anestesia geral implicou a administração de fármacos via intravenosa, pelo que necessitou de um acesso vascular por via do cateter venoso periférico. A cateterização venosa periférica é um ato de enfermagem que requer competências e habilidades específicas na seleção do cateter, técnica de inserção e manutenção, colocação de penso e prevenção de complicações. É fundamental como objetivo dos cuidados de enfermagem ao cateter venoso periférico, garantir o seu funcionamento e prevenir e determinar complicações associadas como flebite, infiltração, hematoma, extravasamento, obstrução e mais grave, a infeção da corrente sanguínea.

Máscara laríngea

A anestesia geral induz a depressão respiratória pela abolição dos reflexos protetores da ventilação e como tal, o utente submetido a anestesia geral necessita de manter a via aérea protegida de forma a ventilar eficazmente. Frequentemente, esta proteção é obtida através da colocação de um tubo endotraqueal, no entanto avanços no desenvolvimento e melhoria dos dispositivos supraglóticos, designados de segunda geração, tem incrementado a sua utilização como alternativa ao tubo endotraqueal (Nicholson et al., 2013).

A máscara laríngea I-Gel aplicada à utente em causa enquadra-se neste tipo de dispositivo. Esta é colocada sem recurso a laringoscópio sendo só lubrificada previamente. A técnica de colocação requer experiência e consiste no deslizamento da máscara ao longo do palato duro, passando pelo palato mole até à faringe, terminando a sua introdução quando se sentir resistência. A máscara laríngea oferece vantagens significativas, é rápida e fácil de colocar, confere uma boa selagem, menor trauma e inclui um canal gástrico para evitar a aspiração pulmonar (Gordon et al., 2018). Perante este dispositivo o enfermeiro tem como intervenção a fixação da máscara laríngea e a sua otimização mantendo-a ao nível de inserção adequado.

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
11-12-2024 09:30	Atitudes terapêuticas	17-12-2024 15:00
11-12-2024 09:30	Emoção	17-12-2024 10:00
17-12-2024 10:00	Metabolismo	17-12-2024 15:00
17-12-2024 10:00	Termorregulação	17-12-2024 15:00
17-12-2024 10:00	Sondas, Drenos e Cateteres	17-12-2024 15:00

Início	Domínios	Fim
17-12-2024 12:00	Pele e mucosas	
17-12-2024 12:15	Consciência	17-12-2024 15:00
17-12-2024 12:15	Sensações somáticas	
17-12-2024 12:15	Sistema respiratório	17-12-2024 15:00
17-12-2024 12:15	Sistema cardiovascular	17-12-2024 15:00
17-12-2024 12:15	Digestão	
17-12-2024 12:15	Eliminação intestinal	
17-12-2024 12:15	Eliminação urinária	
17-12-2024 15:00	Autogestão do regime medicamentoso	
17-12-2024 15:00	Padrão alimentar	
17-12-2024 15:00	Padrão de exercício	

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

Considerando o caso clínico, a conceção de cuidados definida permite identificar um conjunto de domínios sobre os quais o enfermeiro atua atendendo à condição clínica do utente e ao contexto de cuidados em que se encontra. Neste subcapítulo, é então realizada a justificação da inclusão de cada um dos domínios expondo a fundamentação teórica que os suporta.

Atitudes terapêuticas

Este domínio enquadra o procedimento invasivo, explanado no capítulo anterior através das sessões que decorreram no pré e intraoperatório onde se realça a atuação abrangente do enfermeiro nas suas diferentes áreas de atuação: consulta, acolhimento, anestesia, circulação, e instrumentação.

Emoção

O domínio da emoção decorre daquele que é um princípio fundamental para a ação do enfermeiro que é o foco na pessoa em situação perioperatória na sua completude, com necessidades físicas mas também psicológicas. A cirurgia é um evento desencadeador de sentimentos como a ansiedade, sendo experienciada por 60 a 80% das pessoas submetidas a cirurgia (Dhungana et al., 2019). A ansiedade é um sentimento negativo associado à sensação de ameaça e o seu desenvolvimento neste contexto está intimamente relacionado com as características individuais da pessoa, com a sua situação clínica e também com o contexto do bloco operatório que é caracterizado por ambientes incomuns e desconhecidos (Adhikari et al, 2023).

Este sentimento apesar de ser comum, desencadeia respostas fisiológicas e psicológicas que podem condicionar a vivência da experiência cirúrgica do utente, pelo que o enfermeiro deve considerar a ansiedade um foco da sua atenção de forma a intervir precocemente e

proporcionar ao utente uma experiência positiva.

Segundo Pritchard (2009) a ansiedade surge logo quando a intervenção cirúrgica é planeada, atingindo o seu nível máximo no momento da admissão hospitalar do utente. Depreende-se então que a abordagem do enfermeiro face a este foco de atenção deve iniciar-se na fase pré-operatória dispondo o enfermeiro dos momentos de consulta pré-operatória e do acolhimento para realizar a avaliação inicial sobre verbalização de ansiedade e planear atempadamente as intervenções necessárias.

Está amplamente estudado que a transmissão de informação útil ao utente atua na redução do nível de ansiedade pré-operatória (Sousa et al., 2010) mas esta ação mitigadora sobre a ansiedade reside não só na quantidade mas na qualidade da informação fornecida (Oliveira, 2011). Assim, reveste-se de extrema importância a forma de interação do enfermeiro com utente, sendo essencial estabelecer uma relação terapêutica com adoção de estratégias de comunicação que sejam facilitadoras da transmissão da informação útil e que também proporcione espaço ao utente para colocar as suas dúvidas e inquietações.

Metabolismo

Dentro deste domínio os cuidados de enfermagem, visam o controlo da glicemia capilar como medida promotora da cicatrização da ferida cirúrgica e da prevenção da infeção do local cirúrgico.

A agressão cirúrgica associada ao stress e ao jejum pré-operatório induz o aumento dos níveis de glicose no sangue. Estudos indicam que quando se verifica hiperglicemia esta pode potenciar o processo inflamatório, que por sua vez aumenta o stress oxidativo, dificultando a cicatrização e a resposta imunitária do utente, o que incorre num risco aumentado de ocorrência de infeção (Monteiro, Alves, & Marques, 2016). No mesmo sentido, a DGS (2022), através da sua norma relativa ao feixe de intervenções para a prevenção da infeção do local cirúrgico, também sustenta a intervenção de manter a glicemia ≤ 180 mg/dl durante o período perioperatório.

Termorregulação

A identificação deste domínio é relevante para a prevenção da hipotermia perioperatória inadvertida e da infeção do local cirúrgico.

A hipotermia perioperatória inadvertida é definida por uma temperatura central inferior a 36°C (SPA, 2017). É um evento observado em cerca de 26% a 90% em doentes submetidos a procedimentos cirúrgicos (Moola & Lockwood, 2011) e os fatores de risco prendem-se principalmente com o tipo de anestesia em particular a anestesia geral, a natureza, a extensão e a duração da cirurgia, o uso de soluções de irrigação assim como a temperatura ambiente do bloco operatório (Torossian et al., 2015; Rothrock, 2021).

As consequências da ocorrência deste evento são negativas como desconforto e insatisfação

para o utente estando também associado a arritmias, alterações da coagulação e da função plaquetária com consequente aumento da hemorragia, aumento do risco de mortalidade e de infeção do local cirúrgico, bem como aumento do tempo de internamento (Sanguiné et al., 2018).

Também a DGS (2022) mantém a indicação, sustentada em evidência robusta, para garantir a normotermia do utente no que concerne à prevenção da infeção do local cirúrgico.

Neste caso clínico, a condição associada ao processo anestésico que é a anestesia geral, contribui para a ocorrência de hipotermia. A anestesia geral, através dos fármacos administrados, induz a inibição do mecanismo fisiológico da termorregulação.

Sendo a hipotermia uma complicação que pode ocorrer em qualquer fase do período perioperatório, para a sua prevenção e deteção precoce e a promoção da termorregulação, é necessária a intervenção do enfermeiro na avaliação da temperatura corporal do utente e quando necessário a utilização de fluidos à temperatura ambiente complementada com o aquecimento corporal com ar forçado (Manchanda et al., 2020). O dado colhido nas várias sessões indica uma temperatura dentro dos parâmetros normais pelo que a termorregulação manteve-se como foco de atenção.

Sondas, Drenos e Cateteres

Este domínio, à semelhança do anterior, foi abordado no capítulo anterior sobre os aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica. Os dispositivos selecionados e respetivas ações de enfermagem decorrem da intervenção interdependente do enfermeiro porque implica a prescrição por parte de outros profissionais mas é da responsabilidade do enfermeiro a sua concretização, manutenção e avaliação.

Pele e mucosas

Este domínio é considerado com base no dado de primeira evidência que é a ferida cirúrgica resultante do procedimento cirúrgico. O enfermeiro é responsável por cuidar da ferida cirúrgica, visando promover a cicatrização e, prevenir e detetar precocemente complicações, em particular a infeção do local cirúrgico.

Considerando o campo de intervenção do enfermeiro, o diagnóstico de ferida cirúrgica é identificado ainda no período intra-operatório porque é o enfermeiro instrumentista em colaboração com o enfermeiro circulante que realizam a caracterização da ferida cirúrgica e a aplicação do penso na mesma.

Na UCPA, este diagnóstico de enfermagem é mantido com intervenções focadas na vigilância do penso da ferida cirúrgica mas também, já na fase II, na preparação do utente para o conhecimento sobre cuidados à ferida cirúrgica (Odom-Forren , 2021). De facto, o sucesso dos

cuidados pós-operatórios à ferida cirúrgica está condicionado à educação para a saúde que é proporcionada ao utente sobre esta temática em que é fulcral para dotá-lo de conhecimento sobre os cuidados a ter e os sinais de alerta.

Outro foco de atenção neste domínio refere-se à lesão corporal decorrente do posicionamento cirúrgico. O posicionamento cirúrgico pode conduzir a eventos adversos e em particular a posição de litotomia como dores musculoesqueléticas, luxações de articulações, lesões em nervos periféricos, comprometimento cardiovascular e pulmonar, síndrome compartimental e lesões de pele (Lopes et al., 2016; Bezerra et al., 2019).

Desta forma e apesar de ser o cirurgião que determina o posicionamento cirúrgico, toda a equipa envolvida tem a responsabilidade de zelar pela segurança do utente nesta matéria, sendo que o enfermeiro deve providenciar os dispositivos necessários para a prevenção deste tipo de lesão, assistir no posicionamento cirúrgico e recolher o dado sobre a integridade dos tecidos.

Consciência

O principal evento neurológico observado na UCPA é a alteração do estado de consciência como efeito secundário da medicação administrada ao longo da fase intra-operatória e também pela eventual anestesia residual que ainda pode existir no organismo durante a permanência do utente na UCPA. Os anestésicos gerais e os opióides provocam depressão do sistema nervoso central podendo o utente na fase pós-operatória apresentar um quadro de agitação, de sonolência excessiva, ou ambos alternadamente.

Então este é um domínio a considerar como foco de atenção do enfermeiro na UCPA que deve intervir de forma a prevenir complicações associadas à consciência comprometida.

Na chegada do utente à UCPA, o enfermeiro deve dedicar-se exclusivamente à sua admissão e realizar a avaliação inicial verificando o estado de consciência, sendo a Escala de Coma de Glasgow uma ferramenta de suporte para esta avaliação (Reith et al., 2016). Também é necessário verificar a capacidade de comunicar e a sua estabilidade respiratória e cardiovascular. Após esta avaliação imediata, colhe os dados específicos deste procedimento invasivo. Para isso, é mandatária a transição de cuidados da equipa da sala operatória que acompanha o utente à UCPA que deve transmitir informação fundamental ao enfermeiro que recebe o utente, nomeadamente identificação, estado clínico pré-operatório, a técnica anestésica e cirúrgica realizadas, a medicação administrada e as intercorrências ocorridas (Odom-Forren, 2021).

Sensações somáticas

A dor aguda pós-operatória define-se como a dor manifestada pelo utente após ser submetido a um procedimento cirúrgico sendo resultado direto da agressão cirúrgica ou de complicações

associadas ao procedimento invasivo. O seu controlo eficaz é um dos aspetos mais importantes em CA sendo um dos indicadores de qualidade de maior relevo. Deste modo, o enfermeiro tem responsabilidade partilhada com o anestesiológico de promover uma gestão da dor que promova o bem-estar e a satisfação do utente, a sua recuperação precoce e a prevenção de complicações pós-operatórias (Drake & Williams, 2018).

É imprescindível avaliar o nível de dor aguda pós-operatória, e para tal estão disponíveis escalas cuja seleção deve ter em conta a idade, o estado clínico e a capacidade cognitiva do utente.

Dado que a dor é um sintoma verbalizado pelo utente, a escala selecionada deve ser explicada ao utente para uma avaliação mais fidedigna. As estratégias de gestão da dor aguda pós-operatória podem ser farmacológicas e não farmacológicas. No âmbito farmacológico, é recomendada a analgesia multimodal porque a combinação de diferentes grupos de fármacos potencia o seu efeito analgésico permitindo melhores resultados na gestão da dor (Temple-Oberle, 2017). Quanto a estratégias não farmacológicas as mesmas estão definidas pela OE (2008) e são passíveis de ser ensinadas ao utente, como deambulação precoce e medidas de distração.

Durante a fase pós-operatória imediata o enfermeiro intervém neste domínio vigiando e monitorizando a dor com vista a promover o seu controlo.

No entanto em CA com a alta precoce, o utente assume a coresponsabilidade neste domínio pois o mesmo terá de ser capaz de autogerir a dor de forma a ter bons resultados. Por isso, a intervenção do enfermeiro na preparação do utente para a alta é um momento onde a capacidade interventiva do enfermeiro é decisiva na melhoria do conhecimento do utente sobre a autogestão da dor no domicílio.

Este domínio é ainda mais relevante neste caso clínico porque o facto de existir uma ferida cirúrgica não encerrada pode desencadear dor pós-operatória intensa e que se pode prolongar por algumas semanas. Na atualidade, o seu controlo mantém-se um desafio persistindo uma procura por via de desenvolvimento de técnicas cirúrgicas diferentes, assim como abordagens farmacológicas também variáveis para proporcionar um melhor conforto e satisfação ao utente neste âmbito.

Sistema respiratório

Relativamente ao domínio do sistema respiratório, a ventilação é um foco de atenção do enfermeiro através da sua monitorização e vigilância contínua durante o período pós-operatório imediato para identificação de eventuais complicações.

Os fármacos administrados na anestesia geral, como os anestésicos, opióides e relaxantes musculares, podem ainda, na fase pós-operatória, se encontrar em circulação. Embora residual, é suficiente para gerar depressão ventilatória e dos reflexos da tosse e deglutição, com

incidência no período pós-operatório imediato, que pode incorrer em queda da língua, hipóxia, aspiração para a via aérea de vômito ou saliva, laringoespasma e broncoespasma (Linton & Matteson, 2020). Assim é necessário que o enfermeiro realize a colheita de dados relevantes sobre os parâmetros respiratórios de forma a que assegure uma ventilação eficaz e adequada limpeza da via aérea do utente.

Sistema cardiovascular

A instabilidade do sistema cardiovascular do utente é frequentemente verificada no período pós-operatório, podendo traduzir-se na ocorrência de hipotensão, de hemorragia e mais raramente de arritmias. A sua origem deve-se principalmente aos fármacos administrados durante a anestesia geral em particular os anestésicos assim como pode dever-se a uma hemostase cirúrgica deficiente ou decorrente de eventuais coagulopatias. Face ao exposto este domínio é um foco de atenção do enfermeiro cuja intervenção assenta no âmbito da vigilância e avaliação do pulso, pressão sanguínea e sinais de hemorragia ao longo do período pós-operatório, com o objetivo de detetar precocemente complicações e permitir agir rapidamente (Odom-Forren, 2021).

Digestão

As náuseas e vômitos pós-operatórios (NVPO) são das complicações mais frequentes no período pós-operatório e têm impacto no sucesso e no desempenho da CA. Estão frequentemente associadas ao atraso da alta, readmissão, hemorragia pós-operatória, deiscência da ferida cirúrgica, desequilíbrio hidroeletrólítico, para além de ser razão de grande desconforto para o utente (Vieira et al., 2012).

A presença NVPO relaciona-se com fatores associados ao utente, ao procedimento anestésico e ao procedimento cirúrgico, nomeadamente, o sexo feminino, não fumador, história prévia de NVPO, administração de opióides no período intra e pós-operatório e as cirurgias laparoscópicas, ginecológicas, cirurgia plástica, na cirurgia da mama, na cirurgia abdominal major e na cirurgia de estraismo (Rusch et al., 2010).

Neste caso em concreto, concorrem três fatores para a ocorrência de NVPO que são o sexo feminino, não fumadora, a administração de opióides no intra-operatório e a prescrição de opióide para toma no domicílio.

Deste modo, o enfermeiro na UCPA pode intervir através da administração de terapêutica medicamentosa prescrita mas também tomando medidas que proporcionem um ambiente físico calmo, sem ruído sonoro e luminoso, conter a mobilização do utente enquanto manifesta sintomatologia e iniciar dieta com líquidos claros (Elvir-Lazo, 2020).

Eliminação intestinal

Relativamente a este domínio e considerando o caso clínico em desenvolvimento, evidencia-se a

promoção da motilidade intestinal. A cirurgia ambulatória em comparação com a cirurgia convencional, tem risco reduzido de íleo paralítico dada a curta duração das cirurgias, o caráter menos invasivo dos procedimentos, a administração de doses mais baixas de opióides aliados à deambulação precoce do utente e à não realização de preparação intestinal (Mata et al., 2024).

No entanto prevalece a necessidade de promover a motilidade intestinal dado que a anestesia geral contribui para a diminuição da mesma (Aybala et al., 2011). Assim a ação direta e educativa do enfermeiro é importante neste domínio através de intervenções não farmacológicas com a reintrodução alimentar precoce e o incentivo à deambulação porque há melhoria do retorno venoso e do aporte sanguíneo intestinal (Mata et al., 2024).

Eliminação urinária

A retenção urinária é uma das complicações mais prevalentes nas primeiras 24 horas após hemorroidectomia (Romaguera et al., 2021).

Assim importa o enfermeiro realizar a vigilância e promoção da eliminação urinária nomeadamente, a verificação de existência de globo vesical, o incentivo à ingestão hídrica e informar sobre a necessidade de realização de banhos de assento no domicílio. Estes, por via do calor húmido aplicado à região genital e anal, induzem o relaxamento do esfíncter urinário promovendo a micção mas também o alívio da dor, uma melhor higiene e a cicatrização da ferida cirúrgica (Liao et al., 2024).

Autogestão do regime terapêutico

A CA impele a uma preparação do utente para o seu retorno ao domicílio num curto espaço de tempo. Emerge, então, a necessidade de o enfermeiro planejar antecipadamente o momento da alta, de forma a garantir que as orientações necessárias sejam transmitidas, a compreensão das informações recebidas seja avaliada e quaisquer dúvidas remanescentes sejam esclarecidas.

Este momento requer que o enfermeiro adote estratégias promotoras de adesão. Para tal, antes de mais é necessária uma avaliação do enfermeiro sobre as condições do utente acerca do momento adequado para intervir, principalmente face à medicação envolvida na anestesia geral a que foi submetido que pode limitar as suas capacidades de concentração e compreensão. Após esta validação, a comunicação do enfermeiro deve ser realizada de forma clara e objetiva, sendo a informação oral suplementada por informação escrita sobre os aspetos importantes acerca do regime terapêutico (medicamentoso, alimentar e de exercício) (Pereira et al., 2016).

Pretende-se que o utente se sinta confiante e seguro no seu regresso a casa e capacitado para o seu processo de autogestão do regime terapêutico prescrito, de forma a tomar decisões informadas, a adotar comportamentos adequados e dessa forma aderir ao regime que lhe foi prescrito (Costa et al., 2021).

Regime medicamentoso

No que se refere ao regime medicamentoso, o enfermeiro prescreve intervenções do tipo “ensinar” para que o utente compreenda a necessidade da medicação, os cuidados a ter com a mesma, a sua posologia e efeitos secundários.

Neste caso clínico, a medicação prescrita para o domicílio é de importância extrema para o controlo da dor, sendo este o sintoma mais prevalente entre os utentes submetidos a hemorroidectomia (Simillis et al., 2015).

Estes experienciam dor pós operatória moderada a severa o que implica uma abordagem multimodal que permita uma autogestão da dor satisfatória para o utente que engloba medidas relacionadas com a técnica cirúrgica e anestésica, e analgesia. Apesar dos vários estudos desenvolvidos, as recomendações atuais mantêm a toma conciliada de analgésicos e anti-inflamatórios não esteróides como uma das medidas mais eficazes no controlo da dor. No entanto, foram realizados ensaios com resultados promissores que incluíram a acupuntura como medida não farmacológica a considerar (Bikfalvi et al., 2023).

Padrão alimentar

Como já referido anteriormente, o utente pode apresentar um nível de dor considerável no período pós-operatório principalmente aquando da defecação. Como tal é importante que o enfermeiro consiga transmitir a necessidade de o utente adotar um padrão alimentar que previna a obstipação, promova a hidratação e assim contribua para um melhor controlo da dor mas também para a prevenção de complicações como hemorragia e infeção.

Por outro lado, como consequência da técnica anestésica o utente pode apresentar náuseas e/ou vômitos, pelo que o enfermeiro também pode intervir melhorando o conhecimento do utente sobre estratégias relacionadas com o padrão alimentar que têm impacto significativo na prevenção de NVPO . É recomendada que no domicílio seja iniciada a reintrodução alimentar progressiva iniciando por líquidos claros e se bem tolerada ir progredindo para alimentos sólidos (Rothrock, 2021).

Padrão de exercício

O período pós-operatório tem associado uma fase de redução marcada da capacidade física e funcional do utente, que embora condicione a sua qualidade de vida, a mesma é necessária para uma recuperação cirúrgica adequada. Assim o enfermeiro deve informar o utente sobre as restrições à atividade física determinadas pela cirurgia mas deve ser incentivada a deambulação precoce para promover a cicatrização da ferida cirúrgica e incentivar a motilidade intestinal e acelerar a recuperação funcional (Caneschi et al., 2024).

3.6. Conceção de Cuidados

Consciência

17-12-2024 12:15

17-12-2024 12:15 - Com indícios de compromisso da consciência.

17-12-2024 12:15 - Consciência comprometida [RESOLVIDO] 17-12-2024 15:00

17-12-2024 12:15 - Abertura dos olhos: ao estímulo verbal.

17-12-2024 12:15 - Resposta verbal: orientada.

17-12-2024 12:15 - Resposta motora: obedece a ordens simples.

17-12-2024 12:15 - Reflexo pupilar

17-12-2024 12:15 - Direita(o): Pupilas isocóricas e reativas.

17-12-2024 12:15 - Esquerda(o): Pupilas isocóricas e reativas.

17-12-2024 12:15 - Determinar evolução da consciência [FIM] 17-12-2024 15:00

17-12-2024 12:15 - Avaliar evolução da consciência [fase pós-operatória] [FIM]

17-12-2024 15:00

17-12-2024 15:00 - Abertura dos olhos: espontânea [MELHOROU].

17-12-2024 15:00 - Resposta verbal: orientada [MANTEVE].

17-12-2024 15:00 - Resposta motora: obedece a ordens simples [MANTEVE].

17-12-2024 12:15 - Referenciar compromisso da consciência ao médico [SOS]

[FIM] 17-12-2024 15:00

17-12-2024 12:15 - Prevenir queda [FIM] 17-12-2024 15:00

17-12-2024 12:15 - Elevar grades da cama [fase pós-operatória] [FIM] 17-12-2024 15:00

17-12-2024 12:15 - Prevenir aspiração [FIM] 17-12-2024 15:00

17-12-2024 12:15 - Posicionar para prevenir a aspiração [fase pós-operatória]

[FIM] 17-12-2024 15:00

Sensações somáticas

17-12-2024 12:15

17-12-2024 12:15 - Sem manifestação de dor.

17-12-2024 12:15 - Determinar sinais de dor

17-12-2024 12:15 - Avaliar evolução de sinais de dor [fase pós-operatória; CPOSE 24h]

17-12-2024 15:00 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

18-12-2024 18:00 - Manifesta dor [PIOROU].

17-12-2024 15:00

18-12-2024 18:00

17-12-2024 15:00 - Promover autocontrolo: dor

17-12-2024 15:00 - Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

17-12-2024 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 18-12-2024 18:00

17-12-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre alívio da dor usando

estratégias não farmacológicas [FIM] 18-12-2024 18:00

18-12-2024 18:00 - Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: facilitador [MELHOROU].

17-12-2024 15:00 - Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [FIM] 18-12-2024 18:00

18-12-2024 18:00 - Dor

18-12-2024 18:00 - Localização da dor

18-12-2024 18:00 - Ânus

18-12-2024 18:00 - Intensidade da dor - 1.

Sistema respiratório

17-12-2024 12:15

17-12-2024 12:15 - Frequência respiratória: 12 ciclos/min.

17-12-2024 12:15 - Ritmo respiratório regular.

17-12-2024 12:15 - Movimento respiratório simétrico.

17-12-2024 12:15 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

17-12-2024 12:15 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

17-12-2024 12:15 - Sem adejo nasal.

17-12-2024 12:15 - Saturação do oxigénio no sangue

17-12-2024 12:15 - Periférico(a): 98 %.

17-12-2024 12:15 - Coloração da mucosa: rosada.

17-12-2024 12:15 - Não comunica falta de ar.

17-12-2024 12:15 - Reflexo da tosse: presente.

17-12-2024 12:15 - Expele as secreções das vias aéreas.

17-12-2024 12:15 - Sons respiratórios: normais.

17-12-2024 12:15 - Determinar evolução da ventilação [FIM] 17-12-2024 15:00

17-12-2024 12:15 - Avaliar evolução da ventilação [fase pós-operatória] [FIM]

17-12-2024 15:00

17-12-2024 15:00 - Frequência respiratória: 16 ciclos/min.

17-12-2024 15:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

17-12-2024 15:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

17-12-2024 15:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].

17-12-2024 15:00 - Saturação do oxigénio no sangue

17-12-2024 15:00 - Periférico(a): 99 %.

17-12-2024 15:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

17-12-2024 15:00 - Coloração da mucosa: rosada.

17-12-2024 12:15 - Determinar evolução da limpeza da via aérea [FIM] 17-12-2024 15:00

17-12-2024 12:15 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea [fase pós-operatória]

[FIM] 17-12-2024 15:00

17-12-2024 15:00 - Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].

17-12-2024 15:00 - Expele as secreções das vias aéreas [MANTEVE].

17-12-2024 15:00 - Sons respiratórios: normais.

Sistema cardiovascular

17-12-2024 12:15

17-12-2024 12:15 - Localização do Pulso

17-12-2024 12:15 - Punho Direita(o)

17-12-2024 12:15 - Frequência do pulso: 60 pulsações por minuto.

17-12-2024 12:15 - Pulso de amplitude mediana e regular.

17-12-2024 12:15 - Pulso rítmico.

17-12-2024 12:15 - Pulso simétrico.

17-12-2024 12:15 - Local de avaliação da pressão sanguínea

17-12-2024 12:15 - Membro superior Esquerda(o)

17-12-2024 12:15 - Pressão sanguínea sistólica: 115 mmHg.

17-12-2024 12:15 - Pressão sanguínea diastólica: 65 mmHg.

17-12-2024 12:15 - Perda sanguínea

17-12-2024 12:15 - Ânus: Sem perda sanguínea aparente [MELHOROU].

17-12-2024 12:15 - Determinar evolução de sinais de hemorragia [FIM] 17-12-2024 15:00

17-12-2024 12:15 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia [fase intra-operatória; fase pós-operatória; CPOSE 24h] [FIM] 17-12-2024 15:00

17-12-2024 15:00 - Perda sanguínea

17-12-2024 15:00 - Ânus: Sem perda sanguínea aparente [MELHOROU].

17-12-2024 12:15 - Referenciar hemorragia ao médico [SOS] [FIM] 17-12-2024 15:00

17-12-2024 12:15 - Determinar evolução do ritmo cardíaco [FIM] 17-12-2024 15:00

17-12-2024 12:15 - Avaliar evolução de sinais de arritmia [fase pós-operatória] [FIM]

17-12-2024 15:00

17-12-2024 15:00 - Localização do Pulso

17-12-2024 15:00 - Punho Direita(o)

17-12-2024 15:00 - Pulso rítmico.

17-12-2024 15:00 - Frequência do pulso: 75 pulsações por minuto.

17-12-2024 12:15 - Referenciar arritmia ao médico [SOS] [FIM] 17-12-2024 15:00

17-12-2024 12:15 - Determinar evolução da pressão sanguínea [FIM] 17-12-2024 15:00

17-12-2024 12:15 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [fase pós-operatória] [FIM]

17-12-2024 15:00

17-12-2024 12:15 - Referenciar hipertensão ao médico [SOS] [FIM] 17-12-2024 15:00

17-12-2024 12:15 - Determinar evolução da pressão sanguínea [FIM] 17-12-2024 15:00

17-12-2024 12:15 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [fase pós-operatória] [FIM]

17-12-2024 15:00

17-12-2024 15:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

17-12-2024 15:00 - Membro superior Esquerda(o)

17-12-2024 15:00 - Pressão sanguínea sistólica: 120 mmHg.

17-12-2024 15:00 - Pressão sanguínea diastólica: 70 mmHg.

17-12-2024 12:15 - Referenciar hipotensão ao médico [SOS] [FIM] 17-12-2024 15:00

Digestão

17-12-2024 12:15

17-12-2024 12:15 - Sem sensação de enjojo.

17-12-2024 12:15 - Sem vômitos.

17-12-2024 12:15 - Determinar evolução da náusea

17-12-2024 12:15 - Avaliar evolução da náusea [fase pós-operatória; CPOSE 24h]

17-12-2024 15:00 - Sem sensação de enjojo [MANTEVE].

18-12-2024 18:00 - Sem sensação de enjojo [MANTEVE].

17-12-2024 12:15 - Referenciar náusea ao médico [SOS]

17-12-2024 12:15 - Determinar vômitos

17-12-2024 12:15 - Avaliar evolução do vomitar [fase pós-operatória; CPOSE 24h]

17-12-2024 15:00 - Sem vômitos.

18-12-2024 18:00 - Sem vômitos.

17-12-2024 12:15 - Referenciar o vomitar ao médico [SOS]

Eliminação intestinal

17-12-2024 12:15

17-12-2024 12:15 - Ausência de dejeções.

17-12-2024 12:15 - Ruídos hidroaéreos: ausentes

17-12-2024 12:15 - Promover a motilidade intestinal

17-12-2024 15:00 - ruídos hidroaéreos: presentes

17-12-2024 12:15 - incentivar a ingestão hídrica [fase pós-operatória]

17-12-2024 15:00 - incentivar a mobilização no leito [fase pós-operatória]

Eliminação urinária

17-12-2024 12:15

17-12-2024 12:15 - Sem globo vesical.

17-12-2024 12:15 - Determinar evolução de sinais de retenção urinária

17-12-2024 12:15 - Avaliar evolução de sinais de retenção urinária [fase pós-operatória; CPOSE 24h]

17-12-2024 15:00 - Sem globo vesical [MANTEVE].

18-12-2024 18:00 - Sensação de esvaziamento completo da bexiga.

17-12-2024 12:15 - Referenciar retenção urinária ao médico [SOS]

17-12-2024 15:00

17-12-2024 15:00 - Promover autogestão: retenção urinária

17-12-2024 15:00 - Conhecimento sobre prevenção de retenção urinária: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

17-12-2024 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de retenção urinária [RESOLVIDO] 18-12-2024 18:00

17-12-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de retenção urinária [CPOSE 24h] [FIM] 18-12-2024 18:00

18-12-2024 18:00 - Conhecimento sobre prevenção de retenção urinária: facilitador [MELHOROU].

17-12-2024 15:00 - Ensinar sobre prevenção da retenção urinária [fase pós-operatória] [FIM] 18-12-2024 18:00

Pele e mucosas

17-12-2024 12:00

17-12-2024 12:00 - Alterações da integridade dos tecidos.

17-12-2024 12:00 - Ferida cirúrgica

17-12-2024 12:00 - Localização da ferida cirúrgica

17-12-2024 12:00 - Ânus

17-12-2024 12:00 - Tecido / estrutura afetada: mucosa.

17-12-2024 12:00 - Características do penso da ferida cirúrgica: limpo, seco

17-12-2024 12:00 - Promover cicatrização da ferida cirúrgica

17-12-2024 12:15 - Características do penso da ferida cirúrgica: limpo, seco

17-12-2024 15:00 - características do penso da ferida cirúrgica: limpo, seco

17-12-2024 12:00 - Executar tratamento da ferida cirúrgica [fase intra-operatória, SOS] [FIM] 17-12-2024 15:00

17-12-2024 12:00 - Aplicar penso de ferida [fase intra-operatória, SOS] [FIM]

17-12-2024 15:00

17-12-2024 12:00 - Avaliar a evolução do penso da ferida cirúrgica [fase pós-operatória]

17-12-2024 15:00 - Promover autogestão: cicatrização da ferida cirúrgica

17-12-2024 15:00 - Conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

17-12-2024 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre

promoção da cicatrização da ferida cirúrgica [RESOLVIDO] 18-12-2024 18:00

17-12-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica [CPOSE 24h] [FIM] 18-12-2024 18:00

18-12-2024 18:00 - Conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica: facilitador [MELHOROU].

17-12-2024 15:00 - Ensinar sobre cuidados à ferida cirúrgica [fase pós-operatória] [FIM] 18-12-2024 18:00

17-12-2024 15:00 - Ensinar sobre sinais de complicação da ferida cirúrgica [fase pós-operatória] [FIM] 18-12-2024 18:00

17-12-2024 15:00 - Avaliar evolução da autogestão da cicatrização da ferida cirúrgica [CPOSE 24h]

18-12-2024 18:00 - Adota comportamentos de autogestão da cicatrização da ferida cirúrgica.

18-12-2024 18:00 - Refere satisfação com a autogestão da cicatrização da ferida cirúrgica.

17-12-2024 15:00

Metabolismo

17-12-2024 10:00

17-12-2024 10:00 - Glicemia capilar: 98 mg/dl.

17-12-2024 10:00 - Determinar evolução da glicemia [FIM] 17-12-2024 15:00

17-12-2024 10:00 - Avaliar evolução da glicemia [fase intra-operatória, fase pós-operatória] [FIM] 17-12-2024 15:00

17-12-2024 11:00 - Glicemia capilar: 110 mg/dl.

17-12-2024 12:15 - Glicemia capilar: 100 mg/dl.

Termorregulação

17-12-2024 10:00

17-12-2024 10:00 - Temperatura corporal periférica

17-12-2024 10:00 - Ouvido: 36.80 °C.

17-12-2024 10:00 - Determinar evolução da temperatura corporal [FIM] 17-12-2024 15:00

17-12-2024 10:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [fase intra-operatória, fase pós-operatória] [FIM] 17-12-2024 15:00

17-12-2024 11:00 - Temperatura corporal periférica

17-12-2024 11:00 - Ouvido: 36.60 °C.

17-12-2024 12:15 - Temperatura corporal periférica

17-12-2024 12:15 - Ouvido: 36.70 °C.

Emoção

11-12-2024 09:30

11-12-2024 09:30 - Não verbaliza ansiedade.

11-12-2024 09:30 - Determinar evolução da ansiedade [FIM] 17-12-2024 10:00

11-12-2024 09:30 - Avaliar evolução da ansiedade [CPOE 24H] [FIM] 17-12-2024 10:00

16-12-2024 09:00 - Não verbaliza ansiedade [MANTEVE].

17-12-2024 10:00 - Não verbaliza ansiedade [MANTEVE].

Autogestão do regime medicamentoso

17-12-2024 15:00

17-12-2024 15:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso

17-12-2024 15:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

17-12-2024 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 18-12-2024 18:00

17-12-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [CPOSE 24h] [FIM] 18-12-2024 18:00

18-12-2024 18:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: facilitador [MELHOROU].

17-12-2024 15:00 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso [fase pós-operatória] [FIM] 18-12-2024 18:00

17-12-2024 15:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso [CPOSE 24h]

18-12-2024 18:00 - Adota comportamentos de autogestão do regime medicamentoso.

18-12-2024 18:00 - Refere satisfação com a autogestão do regime medicamentoso.

Padrão alimentar

17-12-2024 15:00

17-12-2024 15:00 - Autogestão do regime dietético

17-12-2024 15:00 - Promover autogestão: regime dietético

17-12-2024 15:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

17-12-2024 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre

autogestão do regime dietético [RESOLVIDO] 18-12-2024 18:00

17-12-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime dietético [CPOSE 24h] [FIM] 18-12-2024 18:00

18-12-2024 18:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: facilitador [MELHOROU].

17-12-2024 15:00 - Ensinar sobre autogestão do regime dietético [fase pós-operatória] [FIM] 18-12-2024 18:00

17-12-2024 15:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime dietético [CPOSE 24h]

18-12-2024 18:00 - Adota comportamentos de autogestão do regime dietético.

18-12-2024 18:00 - Refere satisfação com a autogestão do regime dietético.

Padrão de exercício

17-12-2024 15:00

17-12-2024 15:00 - Autogestão do regime de exercício**17-12-2024 15:00 - Promover autogestão: regime de exercício**

17-12-2024 15:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

17-12-2024 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime de exercício [RESOLVIDO] 18-12-2024 18:00

17-12-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime de exercício [CPOSE 24h] [FIM] 18-12-2024 18:00

18-12-2024 18:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime de exercício: facilitador [MELHOROU].

17-12-2024 15:00 - Ensinar sobre autogestão do regime de exercício [fase pós-operatória] [FIM] 18-12-2024 18:00

17-12-2024 15:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime de exercício [CPOSE 24h]

18-12-2024 18:00 - Adota comportamentos de autogestão do regime de exercício.

18-12-2024 18:00 - Refere satisfação com a autogestão do regime de exercício.

3.7. Especificação das intervenções

Ensinar sobre circuito

- Descrever as diferentes fases do circuito no serviço de cirurgia de ambulatório;
- Informar sobre a importância de assegurar transporte privado da UCA ao domicílio após a alta;
- Informar sobre a importância de assegurar o acompanhamento por pessoa significativa, adulta e responsável, nas 24 horas após a cirurgia;

- Informar sobre a importância de acesso a meio de comunicação (telefone, telemóvel);
- Informar sobre a importância de após a cirurgia pernoitar em local com condições de habitabilidade;
- Informar sobre a importância de pernoitar em local a uma distância inferior a 60 minutos de um serviço de urgência;
- Providenciar informação escrita acerca de circuito.

Ensinar sobre procedimento anestésico

- Ensinar sobre jejum de 6 horas para sólidos antes da cirurgia;
- Ensinar jejum de 2 horas para líquidos claros (água, chá, cevada, sumos de fruta sem polpa) antes da cirurgia;
- Ensinar sobre a necessidade de remover prótese dentária e lentes de contacto;
- Ensinar sobre gestão do regime medicamentoso pré-operatório (produtos naturais, medicação habitual, medicação pré-operatória);
- Providenciar informação escrita sobre procedimento anestésico.

Ensinar sobre procedimento cirúrgico

- Ensinar sobre a importância de tomar 1o banho pré-operatório com clorexidina no dia anterior à cirurgia;
- Ensinar sobre a importância de tomar 2o banho com clorexidina até 2 horas antes da cirurgia;
- Ensinar sobre a importância de não aplicação de produtos cosméticos corporais (cremes, loções, perfumes);
- Ensinar sobre a necessidade de retirar adornos, próteses, maquilhagem, verniz das unhas;
- Ensinar sobre a importância da não realização de tricotomia no domicílio;
- Ensinar sobre a necessidade de vestuário adequado;
- Ensinar sobre preparação pré-operatória (limpeza intestinal suave através de toma de laxante na antevéspera e véspera da cirurgia)
- Providenciar informação escrita sobre procedimento cirúrgico.

Posicionar pessoa para o procedimento invasivo

- Posicionar pessoa em decúbito dorsal;
- Verificar alinhamento corporal;
- Posicionar os membros superiores sobre dispositivos de apoio, em posição supina e em abdução inferior a 90 graus;
- Posicionar os membros inferiores sobre suportes, com os calcâneos e a região poplíteia livres de pressão;
- Posicionar evitando excessiva rotação, flexão ou adução da anca;
- Colocar dispositivo de proteção de alívio de pressão na região occipital, escápulas, sacro e as tuberosidades isquiáticas;
- Aplicar dispositivo de proteção ocular.

Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso

- Ensinar sobre a importância da toma de medicação analgésica em horário regular;
- Ensinar sobre cuidados com o opióide prescrito;

- Ensinar sobre a importância da toma de laxante nos primeiros dias após cirurgia para amolecimento das fezes;
- Ensinar sobre aplicação de pomada antibacteriana para a prevenção da infecção da ferida cirúrgica;
- Ensinar sobre a aplicação de iodopovidona espuma no banho de assento para prevenção da ferida cirúrgica.

Ensinar sobre autogestão do regime de exercício

- Ensinar sobre não levantar pesos;
- Ensinar sobre não praticar atividade física intensa;
- Ensinar a realizar caminhadas diárias de 20 a 30 minutos.

Ensinar sobre cuidados à ferida cirúrgica

- Ensinar sobre manter penso da ferida cirúrgica limpo e seco;
- Ensinar a retirar penso antes da primeira defecação após cirurgia;
- Ensinar a, após retirar penso, realizar banhos de assento com iodopovidona espuma 2 vezes ao dia (de manhã e à noite) e após defecação.

Ensinar sobre sinais de complicação da ferida cirúrgica

- Ensinar sobre detecção precoce de sinais de complicação: febre, dor intensa na ferida cirúrgica; hemorragia, pus, calor, rubor e edema.
- Ensinar sobre perda sanguínea expectável.

Ensinar sobre prevenção da retenção urinária

- Ensinar sobre necessidade de realizar banhos de assento com água morna para estimular o esfinter urinário.

Ensinar sobre autogestão do regime dietético

- Ensinar sobre reintrodução alimentar progressiva, consoante a tolerância;
- Ensinar sobre ingestão de líquidos claros, 1,5 a 2 litros por dia);
- Ensinar sobre o não consumo de bebidas alcoólicas;
- Ensinar sobre dieta rica em fibras que promovam o amolecimento das fezes;
- Ensinar sobre dieta fraccionada.

3.8. Síntese relativa ao caso

A conceção de cuidados traduz o processo dinâmico de pensamento crítico e reflexivo do enfermeiro, apoiado na evidência científica, na orientação da tomada de decisão autónoma dos cuidados prestados sendo que o caso clínico exposto permitiu compreender o quão complexo pode ser este processo no contexto perioperatório.

As necessidades e expectativas do utente cirúrgico assim como a complexidade e especificidade do procedimento tanto anestésico quanto cirúrgico e complicações associadas

ditam a necessidade de desenvolvimento de competências específicas promotoras de um ambiente que garanta a segurança e qualidade dos cuidados. Mas por outro lado, emergem desafios relativos ao exercício autónomo do enfermeiro e à representação do conhecimento da enfermagem neste contexto sendo fulcral a procura por um quadro concetual robusto.

A par dos aspetos mencionados, este caso demonstra que a CA é um contexto que enceta potencialidades para o exercício autónomo do enfermeiro com destaque para os períodos pré e pós-operatório, no âmbito da preparação e recuperação cirúrgica respetivamente. Torna-se evidente a intervenção fundamental do enfermeiro assente no estabelecimento de uma relação terapêutica com o utente tendo presente as premissas necessárias para envolvê-lo no seu processo de transição que irá vivenciar e assim implementar estratégias que potenciem a sua capacidade adaptativa face à preparação e recuperação cirúrgica. Só com cognição, memória, consciencialização e vontade de aprender é que o enfermeiro pode intervir no âmbito do diagnóstico primário "potencial para melhorar" e garantir que a pessoa se compromete ativamente com o seu processo de tomada de decisão e vivencie a autogestão do seu processo invasivo de forma satisfatória.

É oportuno destacar que o desenvolvimento deste caso clínico, a par de outros casos semelhantes acompanhados ao longo do estágio, permitiu compreender que a gestão da dor da pessoa submetida a hemorroidectomia ainda permanece um grande desafio, pois a mesma instala-se mais tardiamente e de forma muitas vezes severa, contrariando as expectativas dos utentes. Neste sentido, poder-se-á constituir um caminho de investigação em enfermagem procurando o seu contributo por via das intervenções não farmacológicas que possam ser implementadas.

Em suma, é notória o quão a intervenção educativa do enfermeiro no contexto perioperatório pode ser determinante para a pessoa em situação perioperatória, podendo impactar nos resultados a curto, médio e longo prazo.

4. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Nos últimos tempos, a evolução dos cuidados em saúde, no âmbito clínico, tecnológico e estrutural, demanda que os enfermeiros acompanhem estas mudanças por via da atualização e aquisição de novas competências, sendo a especialização dos cuidados de enfermagem um caminho essencial a tomar (OE, 2019a).

Face a esta conjuntura, a OE definiu que enfermeiro especialista,

(...) é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído, nos termos do disposto na alínea i) do nº 3 do artigo 3º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conjugado com o Regulamento nº 392/2018, de 28 de junho, que define a Inscrição, Atribuição de Títulos e Emissão de Cédula Profissional, o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em enfermagem. (OE, 2019a, p.4744)

O reconhecimento destas qualidades pressupõe a verificação de um conjunto de competências no seio de domínios de carácter comum a todos os enfermeiros especialistas e de carácter específico de cada especialidade em enfermagem. Deste modo, no presente relatório segue-se uma análise crítico-reflexiva do desenvolvimento e consolidação de cada domínio de competências que ocorreu no contexto dos locais de estágio de natureza profissional com a descrição das experiências vivenciadas e atividades desenvolvidas.

Desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

A saúde, como processo dinâmico e evolutivo, exige ao enfermeiro especialista a aquisição e desenvolvimento de competências diferenciadas que o capacitem para um continuum de aprendizagem, interação e adaptação ao contexto onde se insere, permitindo uma melhor resposta às necessidades em saúde, mas também de forma a que se constitua como elemento norteador para a segurança e qualidade dos cuidados (Mendonça, 2009).

Assim as competências comuns do enfermeiro especialista englobam quatro domínios fundamentais nomeadamente: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019a).

Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A enfermagem, como profissão que envolve o relacionamento direto com a pessoa, influencia diretamente o seu bem-estar e exige o domínio de um vasto conjunto de conhecimentos e habilidades especializadas. Como tal, verte a necessidade de regulação da ação do enfermeiro de forma interna pelo próprio e externa através da OE de forma a garantir a salvaguarda dos interesses das pessoas que recebem cuidados de enfermagem e também dos próprios enfermeiros contribuindo para o prestígio e reconhecimento social da enfermagem. Face a isto, o exercício profissional de enfermagem rege-se por uma conduta ética, legal e deontológica plasmada no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, no Código Deontológico de Enfermagem e no Regulamento que Define o Ato do Enfermeiro.

A experiência de estágio permitiu firmar que a conduta do enfermeiro especialista neste domínio deve ser um exercício constante nas suas ações e decisões diárias, e não circunscrito ao processo formativo da especialidade, incorporando continuamente os princípios que balizam a ação do enfermeiro como garantia da sua autonomia e responsabilidade.

O contexto perioperatório caracteriza-se por um contexto de atuação multiprofissional pelo que requer uma consciência constante do ato do enfermeiro em particular na fase intra-operatória em que predomina a intervenção interdependente do enfermeiro. É perentório o enfermeiro ter presente as suas competências e qualificações profissionais. Neste âmbito, outro aspeto a evidenciar prende-se com a delegação de tarefas de enfermagem a outros profissionais de saúde não enfermeiros. Releva a necessidade do enfermeiro melhor capacitar estes profissionais, para uma melhor integração do seu papel na equipa de saúde e promoção da qualidade dos cuidados de saúde. Mas este processo deve respeitar a delegação adequada das tarefas, salvaguardando o que se reporta à autonomia do exercício profissional do enfermeiro e tendo presente a responsabilidade do enfermeiro pelos tarefas que delega.

Para consolidar o conhecimento e a prática neste domínio, foram fundamentais, a formação em contexto de prática clínica sob orientação da enfermeira tutora, o desenvolvimento dos casos clínicos e a concretização do projeto proposto. O desenvolvimento de um padrão documental dos cuidados de enfermagem em CA visou dar resposta à necessidade de implementação do processo de enfermagem de forma a balizar o exercício profissional do enfermeiro e dar cumprimento ao dever legal de documentar a sua prática.

As condições estruturais dos contextos de estágio também vertem neste domínio no que concerne à privacidade do utente e à confidencialidade da informação. O crescente nível de literacia em saúde do utente aliado à segurança e proteção de dados por via do regulamento geral da proteção de dados impactam na enfermagem nas suas áreas de prestação de cuidados, formação, investigação e auditoria.

Face à digitalização do processo clínico do utente, na utilização e consulta dos sistemas de informação associados, salienta-se que o acesso aos dados relativos à saúde deve reger-se pelo princípio da necessidade de conhecer a informação e o dever do sigilo profissional (Diário da

República, 2024).

Para o enfermeiro definir e atualizar o seu plano de intervenção à pessoa em situação perioperatória, necessita continuamente de colher dados, iniciais e de evolução, ou seja, só deve colher informação que seja útil e relevante para a sua prestação de cuidados. Mas é importante ter em mente que, embora a colheita de dados faça parte do processo terapêutico, ela também representa uma intromissão na vida e privacidade da pessoa (Pestana et al., 2024). Desta forma a atuação do enfermeiro deve ter sempre presente os referenciais nesta matéria, legislativos e da própria profissão espelhados no código deontológico.

No entanto, frequentemente, o espaço físico do contexto clínico onde o enfermeiro realiza a prestação de cuidados é um elemento dificultador para a gestão do sigilo, da confidencialidade e da privacidade da pessoa (Pestana et al., 2024). O circuito do utente em cirurgia ambulatória inclui a sua passagem por diversos espaços físicos de atendimento e permanência que requer a atenção do enfermeiro de forma a garantir a sua privacidade e a confidencialidade dos seus dados pessoais. O espaço de preparação dos utentes causou-me alguma inquietação dado que é frequentemente partilhado por mais do que um utente em simultâneo e é neste momento que se realiza a validação das verificações pré-operatórias, e em que ainda são esclarecidas dúvidas. Ambas as situações implicam que sejam trocadas informações que podem gerar algum desconforto no utente. Também na UCPA, sendo um espaço partilhado por vários utentes e profissionais implica que o enfermeiro providencie um ambiente terapêutico em particular no momento de preparação do utente para o regresso ao domicílio que garanta a privacidade do utente de forma a que a informação partilhada seja compreendida e permita abertura para o esclarecimento de dúvidas.

A par destes aspetos, também evidencio o dever do enfermeiro de informar associado ao ato de enfermagem. De facto, frequentemente no dia a dia há uma preocupação em garantir a assinatura do consentimento informado para o ato anestésico e cirúrgico porém nunca poderemos ultrapassar o dever de informar seja qual a forma que tome. é um direito do utente e um dever do enfermeiro. Assim, tornou-se necessário refletir sobre os dados de natureza sensível, a necessidade de formação nesta área e a revisão de alguns procedimentos internos, a fim de garantir a segurança e a excelência dos cuidados prestados.

Durante o estágio, também constatou-se a crescente tendência de um ambiente multicultural, marcado pelo aumento de utentes de diferentes nacionalidades e culturas que fomenta um estado de vulnerabilidade acrescida para estes utentes. Este cenário representa um desafio para a ação do enfermeiro no sentido de promover o respeito pelos direitos humanos destes utentes, assim como garantir que os cuidados prestados promovam a segurança, a privacidade e a dignidade da pessoa. Vilelas & Janeiro (2012) referem-se ao conceito de competência cultural do enfermeiro que se traduz na aquisição de conhecimentos sobre as diferenças culturais da pessoa e o desenvolvimento de capacidades que permitam reconhecer e

valorizar essas mesmas diferenças para que o enfermeiro possa elaborar um plano de intervenção efetivo. A barreira linguística foi o principal fator dificultador dos cuidados que pude observar, em particular nas consultas de enfermagem realizadas telefonicamente.

Face a isto, importa refletir sobre o plano de intervenção do enfermeiro, principalmente na esfera da comunicação, para que a relação terapêutica seja efetiva e não haja comprometimento dos cuidados, procurando uma resposta de saúde integradora.

Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

Atualmente a perspetiva da qualidade em saúde não pode ser encarada só sobre o seu controlo mas também incidir sobre a melhoria, implementando medidas corretivas e ou de aperfeiçoamento, e de forma contínua, ou seja, a qualidade é um processo dinâmico, cíclico e contínuo.

De acordo com o regulamento sobre as competências comuns do enfermeiro especialista, este deve ser um elemento dinamizador da qualidade em saúde face aos cuidados que presta e à equipa de saúde onde se integra. Este papel exige que a sua ação assente em padrões de qualidade e segurança que promovam as boas práticas mas também que intervenha no campo da assessoria, colaboração e liderança no âmbito da melhoria contínua (OE, 2019a).

Os padrões de qualidade relativos aos cuidados de enfermagem estão estabelecidos pela OE (2001, 2017), tanto no que se refere aos cuidados gerais quanto aos especializados e servem de instrumento orientador e modelo referencial para a ação do enfermeiro. Deste modo, ao incorporá-los na prática clínica, espera-se que fomentem a evolução da qualidade dos cuidados de enfermagem otimizando o processo de tomada de decisão do enfermeiro, a prática baseada em evidência e a sustentabilidade dos recursos e processos incrementando os ganhos em saúde.

Estes aspetos, tornam imperativo o desenvolvimento de projetos de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem. É através destes que os enfermeiros estimulam a reflexão sobre a ação e podem desenvolver a investigação e inovação na sua prática clínica e promover a formação profissional contínua. Pela necessidade de aprofundar conhecimentos nesta área participei no webinar promovido pela OE acerca dos PQCE - padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e na formação em serviço sobre qualidade em saúde. De facto, o desenvolvimento de um projeto desta natureza requer um processo de planeamento, implementação e avaliação, o que evidencia a importância do papel das equipas de liderança e tomada de decisão a nível institucional para o seu sucesso.

É essencial encetar iniciativas que promovam a cultura organizacional neste âmbito, que fomentem a capacitação dos enfermeiros sobre os conceitos e modelos de melhoria contínua e

ferramentas associadas e ainda que se criem condições favoráveis ao exercício e desenvolvimento profissional de qualidade dos enfermeiros, em particular, proporcionar tempo suficiente para que possam operacionalizar os seus projetos (OE, 2001).

Neste âmbito o desenvolvimento do projeto de natureza profissional foi um contributo muito positivo. Este consistiu no desenvolvimento de um padrão documental dos cuidados de enfermagem no âmbito da cirurgia ambulatória, respondendo à necessidade manifestada pela equipa de enfermagem de documentar devidamente o processo de enfermagem e contribuindo para a concretização do objetivo do serviço relativo à acreditação da idoneidade formativa. Este padrão documental constituiu-se um instrumento de suporte à prática clínica incorporado pela evidência mais robusta associada aos normativos das entidades competentes e características do serviço sob as diferentes fases do processo de enfermagem.

Foi possível desta forma melhorar a padronização e sistematização dos cuidados de enfermagem prestados e assim obter informação mais fiável sobre os mesmos. A obtenção de dados fidedignos, quando incorporados em indicadores é que permite obter métricas que assim irão potenciar a melhoria contínua. Neste sentido, o SIE revela-se um instrumento indispensável na medida em que, dado o volume de dados produzidos, este é facilitador no armazenamento, extração e tratamento destes dados.

Atualmente, quase a totalidade da documentação dos cuidados de enfermagem é realizada através do SIE, sendo necessário explorar todas as suas potencialidades para não se resumir a um armazém de dados relativos aos cuidados de enfermagem já prestados. No entanto, pude constatar no contexto de estágio que perduram barreiras e obstáculos relativamente à sua utilização. Há conhecimento limitado sobre as potencialidades do SIE assim como pouco envolvimento da equipa de enfermagem na sua implementação e atualização, o que condiciona a sua parametrização e consequente utilização.

Deste modo, o projeto implementado visou um evento formativo no sentido de capacitar e sensibilizar a equipa de enfermagem para a melhor documentação dos cuidados de enfermagem no SIE, intitulada “Ontologia de enfermagem, desafio ou oportunidade?”, tendo sido abordadas temáticas base da prática de enfermagem enquadradas no contexto perioperatório, nomeadamente, a conceção de cuidados, a documentação dos cuidados de enfermagem, a linguagem classificada e sistemas de informação e o seu impacto na qualidade dos cuidados.

Neste âmbito, como já referido, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem só é possível se existir uma avaliação do seu impacto, pelo que permanece necessário enfatizar a necessidade de utilização de indicadores para monitorizar o plano de intervenção do enfermeiro. Assim, com base no padrão documental desenvolvido foi criado um painel de indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem perioperatórios para os diferentes momentos de intervenção do enfermeiro em cirurgia ambulatória. O painel proposto

foi desenvolvido com base no modelo de promoção da qualidade em saúde de Donabedian (2003), que define indicadores fundamentados na tríade estrutura, processo e resultado. Os indicadores de estrutura referem-se às condições em que os cuidados de saúde são prestados, avaliando os aspetos relacionados com os recursos, materiais, humanos e estruturais necessários a uma melhor prestação de cuidados. Os indicadores de processo avaliam as atividades que representam os cuidados prestados e resultantes da tomada de decisão do profissional de saúde. Quanto aos indicadores de resultado, estes pretendem avaliar se as modificações no estado de saúde dos utentes podem ser atribuídas aos cuidados prestados (Donabedian, 2003).

Este modelo permite uma monitorização efetiva da qualidade dos cuidados de enfermagem, possibilitando a identificação precisa dos componentes que necessitam de melhoria. Esta informação é crucial para a equipa de enfermagem e em particular para o enfermeiro gestor para que possa definir um plano estratégico que constitua um estímulo para a melhoria e consolidação da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Na continuidade da melhoria da qualidade, a segurança do doente é um tema indissociável porque os ganhos em saúde só serão significativos se a segurança da prestação de cuidados for melhorada, constituindo-se uma prioridade das políticas de saúde a nível global. A OMS estabeleceu o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 transposto a nível nacional para o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026.

Segundo a Direção Geral de Saúde (2023), o conceito segurança engloba a segurança da prestação de cuidados de saúde, incluindo o utente, os profissionais de saúde e o ambiente em que os cuidados são prestados. É neste contexto que se evidencia outra competência fundamental do enfermeiro especialista: a responsabilidade pela garantia de um ambiente terapêutico e seguro em que emerge a figura de enfermeiro gestor de risco.

De forma a melhorar o meu desempenho nesta área participei na formação online promovida pela OE intitulada “Gestão de Risco em Saúde: A Segurança do Cliente” onde adquiri conhecimentos e ferramentas para saber lidar com as questões relacionadas com o risco. O papel do enfermeiro gestor de risco visa otimizar tanto o ambiente físico quanto psicossocial, promovendo a segurança e o bem estar do utente e da equipa multiprofissional, monitorizando e supervisionando o plano de gestão do risco, sendo um elo de ligação entre os utentes, os profissionais incluídos nas prestação de cuidados e as equipas de suporte e governance nesta matéria.

Ao longo do estágio pode acompanhar as ações do enfermeiro gestor de risco naquele que é um contexto que se caracteriza por uma grande dinâmica de circuitos, equipamentos e procedimentos que potenciam maiores riscos associados à prestação de cuidados de saúde. Foi-me possível acompanhar a elaboração de uma instrução de trabalho associada à utilização de medicação citostática, em colaboração com a equipa responsável pela saúde ocupacional da

instituição; a reorganização do espaço físico da UCA com vista a melhorar a movimentação de macas e equipamentos de modo a prevenir eventual dano aos utentes e profissionais; a otimização das salas operatórias relativamente aos equipamentos e acessórios; a manipulação protegida de formaldeído; cuidados na preparação e administração de terapêutica; a solicitação de reparação de equipamento quando danificado; a gestão de temperatura das salas operatórias e de equipamentos críticos; e a sensibilização contínua para a utilização adequada dos equipamentos de proteção individual.

Outro aspeto relativamente a este domínio prende-se com a prevenção de quedas especialmente na população mais vulnerável, crianças e idosos. O contexto de estágio revelou a necessidade de clarificar a ação do enfermeiro neste âmbito tornando a elaboração do padrão documental dos cuidados de enfermagem o momento oportuno de incluir intervenções de enfermagem nesta matéria.

Este contexto de estágio também me despertou para a importância acrescida da segurança do doente em dois momentos distintos, na fase pré-operatória e pós-operatória. É na fase pré-operatória que é realizada a preparação do utente para o procedimento anestésico e cirúrgico a que será sujeito, sendo impactante na medida em que a preparação deficiente pode comprometer a segurança do utente. Neste sentido, a lista de verificação da cirurgia segura é um instrumento adjuvante a par de outros instrumentos locais em formato check-list que visam validar as verificações pré-operatórias onde se destacam o cumprimento do jejum, a retirada de adornos e objetos metálicos entre outros. A fase pós-operatória também é um período de elevado risco de segurança para o utente face ao seu retorno precoce ao domicílio. Ao contrário de um internamento, que garante a continuidade de cuidados por um enfermeiro, em CA alguns cuidados serão prestados pelo próprio utente ou pessoa significativa. Impõe-se uma grande responsabilidade sobre o enfermeiro na preparação e capacitação do utente para o seu período de convalescença de forma a que não surjam possíveis eventos adversos ou complicações relacionados com a cirurgia, o ato anestésico e o regime medicamentoso. Neste sentido, é fulcral desenvolver um processo educativo efetivo com estratégias de comunicação eficazes que garantam o envolvimento ativo do próprio utente/ cuidador para que consiga autogerir adequadamente o seu processo de recuperação minimizando os riscos e maximizando a segurança (Bombard et al., 2018).

O acolhimento na UCA é o momento chave para fortalecer a relação terapêutica com o utente porque os contactos prévios são realizados telefonicamente. Isto ainda tem maior peso, quando se trata de um utente em idade pediátrica (OE, 2011). Tendo experiência limitada na área pediátrica, a consulta do Guia de Boa Prática “Diminuir o medo da Cirurgia” elaborado pelo Colégio da Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica foi um ótimo recurso de aprendizagem.

A cirurgia é uma fonte geradora de stress na criança e família que pode potenciar a ansiedade e o medo, como tal há que implementar estratégias promotoras do seu bem estar e geradoras de

sentimentos de confiança e proteção (OE, 2011) sendo fulcral adequar a comunicação ao desenvolvimento da criança e incentivar o envolvimento ativo e constante da família / pessoa significativa em todo o processo. Neste contexto de estágio, foi-me possível experienciar a aplicação de medidas que promovem uma melhor preparação da criança e família para a cirurgia.

Previamente ao dia da cirurgia, é entregue um conto infantil em que, de forma lúdica, é explicado todo o processo perioperatório em CA a vivenciar pela criança e pela sua família, servindo de fonte de informação e de mitigação da ansiedade e do medo. No dia da cirurgia e ao longo do circuito na UCA é fomentada a brincadeira lúdica como estratégia de comunicação terapêutica pois o toque e a brincadeira com os materiais e dispositivos hospitalares aliados à transmissão de informação conferem tranquilidade e calma à criança (Sousa et al., 2021), sendo incentivada a presença de um objeto significativo para a criança para que se sinta mais segura. Também foram criadas condições para o acompanhamento da criança pela pessoa significativa até à indução anestésica e posteriormente durante a sua permanência na UCPA, o que vai de encontro ao preconizado pela OE (2011).

Um passo importante, foi a retoma da consulta pré-operatória presencial, após a suspensão ditada pela pandemia, para restabelecer a qualidade dos cuidados específicos à criança.

Competências do domínio da gestão dos cuidados

A atividade cirúrgica representa uma parte significativa dos proveitos das instituições de saúde, sendo também responsável pelos maiores custos (Lopes, 2012). Deste modo, o bloco operatório está sujeito a um elevado escrutínio económico-financeiro, especialmente a CA, que tem apresentado um crescimento exponencial. Este aspeto induz à reflexão sobre a forma de equilíbrio da dicotomia produtividade versus qualidade dos cuidados perioperatórios sendo que a ação do enfermeiro especialista nas suas competências de gestão de cuidados tem um peso preponderante. A UCA é sinónimo de um volume considerável de atividades de enfermagem num curto período de tempo, pelo que a sua gestão é exigente, sendo necessário operacionalizar e otimizar todos os processos associados sem comprometer a qualidade e segurança dos cuidados e garantir o funcionamento pleno da unidade.

Nesta esfera de ação, o contexto de estágio foi um espaço onde pude expandir as competências associadas a este domínio, acompanhando a enfermeira tutora na coordenação diária do serviço em parceria com o enfermeiro gestor e em estreita colaboração com a direção de serviço. A dinâmica do serviço implica a decisão sobre a afetação adequada e atempada dos recursos materiais e humanos.

A gestão de recursos humanos é um aspeto crítico neste domínio. Pude acompanhar a gestão

funcional dos técnicos auxiliares de saúde assim como a organização e coordenação da equipa de enfermagem. A distribuição dos enfermeiros nos devidos postos de trabalho e atendendo às suas qualificações e no cumprimento das dotações seguras definidas pela OE (2019b) é um indicador de qualidade e segurança.

Os recursos físicos são indispensáveis à prática clínica e têm um grande impacto neste contexto. Cabe ao enfermeiro especialista um papel ativo nesta área que consubstancia o cuidado indireto. Como resultado da evolução tecnológica, a utilização de dispositivos e equipamentos durante o ato anestésico e cirúrgico tem sido crescente, pelo que torna-se indispensável a operacionalização logística sob pena de condicionar a atividade cirúrgica conduzindo a constrangimentos, adiamentos ou cancelamentos do programa cirúrgico das cirurgias. Este aspeto foi vivenciado diariamente porque a UCA apresenta uma atividade cirúrgica intensiva o que requer uma monitorização contínua das necessidades. Assim foi implementada uma ação de melhoria sugerida que consistiu em nomear um enfermeiro responsável pelo levantamento semanal antecipado das necessidades dos procedimentos agendados e que se configurasse o elo de ligação entre a equipa médica, de enfermagem e outros serviços envolvidos nomeadamente aprovisionamento, esterilização, farmácia e fornecedores.

Também foi-me possível experienciar o método kanban/Kaizen, como já referido, na gestão da medicação disponível no serviço cujo objetivo é repor o stock consoante a sua utilização o que minimiza os níveis de stock ao necessário permitindo uma gestão mais eficiente dos medicamentos quanto aos custos associados, prazos de validade e espaço de armazenamento.

A gestão de cuidados pressupõe a sua monitorização, como tal o desenvolvimento do padrão documental de cuidados de enfermagem em CA promoveu o desenvolvimento destas competências na medida em que permite demonstrar de forma mais clara a tomada de decisão do enfermeiro, definindo os dados a colher, os objetivos e as intervenções de enfermagem face aos focos de atenção / diagnósticos identificados. Desta forma fomenta uma otimização dos cuidados porque assim é documentada não toda e qualquer informação mas sim aquela que é relevante para a prática da enfermagem. Concomitantemente, e aliado ao painel de indicadores construído, foi traçado o caminho que torna possível melhor identificar os recursos necessários, humanos, físicos ou organizacionais para o alcance dos objetivos delineados e implementação das intervenções prescritas.

Prevalece como condicionante a uma gestão de cuidados incrementadora da continuidade, qualidade e segurança dos mesmos a falta de interoperabilidade dos aplicativos eletrónicos onde são documentados os cuidados de enfermagem. Assim o padrão documental elaborado visa também auxiliar a gestão de cuidados como suporte documental ao SIE com inclusão de uma estrutura sistematizada dos cuidados em linguagem classificada.

Na dimensão da “gestão de cuidados” ainda se insere a delegação de tarefas. Já anteriormente

foi abordada esta temática face às questões legais e deontológicas subjacentes mas também neste domínio de competências é importante a sua abordagem. Importa ter presente na gestão de cuidados que a delegação de tarefas é precedida por uma tomada de decisão do enfermeiro mas refere-se à concretização de um componente do cuidado de enfermagem, e não ao cuidado em si. Toda a atividade que se refere à conceção de cuidados de enfermagem é única e exclusivamente exercida por enfermeiros (OE, 2007). Consequentemente, este processo de decisão delegatória implica a responsabilização do enfermeiro que delega, como tal este deve delegar de forma apropriada e supervisionar essas mesmas tarefas. A minha experiência profissional aliada a este percurso formativo permite-me inferir que no contexto perioperatório é amplamente aplicada a delegação de tarefas de enfermagem mas este processo apresenta uma variabilidade em diferentes contextos e organizações. Assim reconhece-se a necessidade de melhor clarificar e formalizar esta unidade de competência como garantia efetiva da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem.

A gestão de cuidados envolve, necessariamente, a articulação da equipa de saúde, o que é particularmente evidente no contexto de CA. Devido ao curto tempo de permanência do utente, pude entender que é necessário um nível de organização eficiente dos fluxos de trabalho e circuitos, bem como a tomada de decisão de forma colaborativa entre os diversos profissionais e entre estes e o utente e pessoa significativa. Sendo um meio de bastante interação entre profissionais, utentes e familiares, há uma maior predisposição para a ocorrência de conflitos pelo que a gestão de pessoas é um desafio constante. Pude constatar a intervenção positiva do enfermeiro especialista face às suas competências emocionais na gestão de conflitos, na procura de um ambiente terapêutico, e no desenvolvimento de um clima organizacional de ajuda e colaboração que incrementa a satisfação dos intervenientes.

Isto revela como o estilo de liderança adotado impacta na resposta da equipa tanto a nível coletivo como individual e entende-se que a “liderança é sobretudo uma prática de coordenação, integração e facilitação.” (Rezende & Duarte, 2017, p.29).

Neste domínio de intervenção, sublinho também a importância da supervisão clínica. Ter acompanhado a enfermeira tutora na sua qualificação de enfermeira com competência de supervisão clínica foi uma oportunidade única de aprendizagem. Pude compreender este processo e o seu contributo para a gestão de cuidados, presenciando a supervisão dos cuidados numa ótica construtiva e não de punição, fornecendo linhas orientadoras para a ação face à sua perícia clínica através de momentos de reflexão, muitas vezes informais, sobre a prestação de cuidados com foco sobre a prevenção da infeção do local cirúrgico.

Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Neste domínio insere-se o papel do enfermeiro especialista como promotor de boas práticas

baseadas em evidência e como elemento dinamizador no seio da equipa para a capacitação dos enfermeiros. Para tal, é facilitador desenvolver um perfil de competências socioemocionais que permitam uma atuação mais flexível e empática. O enfermeiro especialista deve ter um autoconhecimento que lhe permita ter consciência da sua condição quanto às suas capacidades, habilidades mas também das suas limitações e potenciais. É fundamental o enfermeiro se conhecer a si próprio para que a sua condição própria não condicione ou influencie a posição do outro, seja utente/família ou profissional de saúde. O enfermeiro deve ter sempre presente que o ser pessoa e o ser profissional são distintos e interferem na relação profissional na sua atuação sendo ele o único responsável pelo seu próprio comportamento (Yamagishi et al., 2007).

Um dos momentos de maior tensão é em situação de emergência em que a capacidade de clareza e objetividade por vezes é condicionada por sentimentos e emoções que se sobrepõem. No contexto de CA, a ocorrência de eventos emergentes é muito rara dado o perfil de baixo risco dos utentes e a menor complexidade do procedimento anestésico-cirúrgico, contudo pude presenciar situações de utentes com complicações do foro respiratório e cardiovascular que exigiram uma prontidão de resposta tendo sido revertidas com sucesso, mas que evidenciaram a importância do autoconhecimento do enfermeiro na capacidade de reconhecer a sua condição de falta de resolução e ser capaz de pedir colaboração dos pares e/ou de outros profissionais quando necessário.

O desenvolvimento de um comportamento assertivo é outra das competências do enfermeiro especialista, ou seja, a habilidade de defender os seus direitos sem prejudicar os direitos dos outros. O enfermeiro especialista não se pode restringir a um comportamento passivo, deve expressar os seus sentimentos e opiniões, desde que legítimos, sendo este um comportamento que propicia um ambiente positivo, aberto e redutor de conflitos.

Neste domínio também se insere a prática baseada em evidência. Este conceito traduz que o enfermeiro deve alicerçar o seu processo de tomada de decisão em conhecimento científico e na sua experiência profissional (Lourenço et al., 2022). Aqui realço o contributo da enfermeira tutora com formação em supervisão clínica. Este modelo de ação permitiu-me como supervisionada estimular a análise crítico-reflexiva das práticas tornando a tomada de decisão mais clarificada e sistematizada. Diariamente, foram vários os momentos de reflexão em conjunto com a enfermeira tutora sobre a especificidade dos cuidados de enfermagem em cirurgia ambulatória em particular no que se refere à preparação e recuperação cirúrgica do utente.

Também neste âmbito, o desenvolvimento dos casos clínicos ao longo do estágio contribuiu para um perfil de conhecimentos mais sólido tendo sido a plataforma e4Nursing, cujo backend integra a ontologia de enfermagem, uma ferramenta desafiante mas que proporcionou uma estrutura da conceção de cuidados mais compreensível do conhecimento próprio da

enfermagem.

O desenvolvimento do projeto de natureza profissional permitiu realizar um diagnóstico das práticas observadas e elencar oportunidades formativas no sentido das boas práticas em particular a prevenção da infeção do local cirúrgico e a hipotermia inadvertida, tendo ao longo do estágio, em diálogo constante com os colegas, havido vários momentos de discussão de práticas no sentido de transmitir o conhecimento mais atual e válido.

A componente letiva do mestrado de especialidade foi indiscutivelmente um meio facilitador no acesso ao conhecimento disponível na área do perioperatório assim como impulsionador para a procura do conhecimento mais atual e verosímil. Este impulso permitiu-me instituir as melhores práticas baseadas na evidência científica assim como procurar o melhor conhecimento por via da participação em ações de formação e eventos científicos como coautora, formanda, formadora e participante.

Concretizei como formadora uma ação de formação no contexto de estágio, subordinada ao tema “Ontologia de enfermagem, desafio ou oportunidade?” Em que foi realizada a apresentação do projeto de desenvolvimento profissional e a formação da equipa de enfermagem sobre a Ontologia de enfermagem assim como aspetos prévios à implementação do SIE. O feedback foi muito positivo porque induziu à reflexão coletiva e individual sobre a importância da documentação dos cuidados de enfermagem e o seu contributo para a qualidade dos mesmos.

As aprendizagens a que me propus revestiram-se de intencionalidade na medida em que foram escolhidas de forma a encorpar o projeto desenvolvido e a consolidar as competências de enfermeiro especialista. Foram objeto de aprendizagem, as melhores práticas em CA, a temática da qualidade em saúde e dos cuidados de enfermagem e aspetos relacionados com os sistemas de informação, e o papel de gestão e liderança para o sucesso dos projetos e a promoção da mudança. Assim participei nos eventos elencados:

- Webinar “Segurança no Bloco Operatório” promovido pelo Núcleo de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, em março de 2023;
- NursID Spring School 2023, em maio de 2023, promovido pela ESEP;
- Formação online “Gestão de Risco em Saúde: A Segurança do Cliente” em junho de 2023 e promovido pela OE;
- Webinar “Nursing Reference Center Plus” em outubro de 2023, promovido pela ESEP;
- VI Jornadas de Enfermagem Perioperatória de Leiria em novembro de 2023, promovidas pela AEPOL -Associação de Enfermeiros Perioperatórios de Leiria;
- 2º Simpósio Internacional sobre Gestão de Serviços de Enfermagem realizado em junho de 2024, organizado pela ESEP;
- Webinar “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Da Teoria à Prática” em outubro de 2024, promovido pela OE;
- Formação em serviço sobre “Qualidade em Saúde” promovida pela equipa de

- enfermagem da UCA em novembro de 2024;
- Webinar “percursos e tendências na prática perioperatória”, promovido pela Secção Regional do Sul da OE em novembro de 2024;
 - Webinar “Princípios e Boas Práticas de Interoperabilidade em Saúde”, promovido pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), em novembro de 2024;
 - I Congresso de Enfermagem Perioperatória de Braga - Perioperatório em perspetiva - no limiar do futuro, realizado em fevereiro de 2025;
 - V Congresso Internacional de Controlo de Infecção- CICI 2025 realizado em março de 2025;
 - Webinar "Comunicar com inteligência emocional na prevenção de riscos" promovido pela equipa de enfermagem do BOC, em março de 2025;
 - 8º Fórum Nacional de Bloco Operatório sob o tema “rumo ao futuro por terras de viriato” realizado em abril de 2025, e promovido pela AESOP.

Dado que a evolução do conhecimento da disciplina de enfermagem faz-se promovendo a sua gestão onde se inclui, a criação e partilha do mesmo, considero fundamental a partilha da investigação realizada em contexto formativo. Assim, em coautoria, foram realizadas apresentações em eventos científicos, nomeadamente:

- Elaboração de um poster, apresentado nas VI Jornadas de Enfermagem Perioperatória de Leiria, subordinado ao tema: “Indicadores de qualidade em Enfermagem Perioperatória”;
- Criação de comunicação livre realizada no NursID Spring School 2023, subordinada ao tema de “Ensinar sobre Analgesia Controlada pelo Paciente no Pré-Operatório”;
- Elaboração de e-poster “A influência da liderança no burnout dos enfermeiros de perioperatório” apresentado na VII Reunião de UCAS / I Congresso da UCA ULS Tâmega e Sousa;
- Elaboração e apresentação de e-poster sob o tema “A linguagem padronizada como elemento crítico da documentação do processo de enfermagem em cirurgia ambulatória” no 8º Fórum Nacional de Bloco Operatório.

Com vista a captar e aprofundar conhecimentos nas áreas de intervenção de anestesia e circulação/ instrumentação, para além do assimilado nos eventos científicos, participei nas seguintes formações em serviço:

- Formação em serviço sobre “Material e técnica sobre artroscopia do joelho” promovida pela equipa de enfermagem da UCA em conjunto com a equipa médica de ortopedia;
- Formação em serviço sobre “REZUM - Técnica de vaporização endoscópica da próstata” promovida pela equipa de enfermagem da UCA;
- Formação em serviço sobre “via aérea difícil pediátrica” promovida pela equipa de enfermagem da UCA e de anestesiologia em novembro de 2024;
- Formação em serviço sobre “Via aérea difícil no adulto” promovida pela equipa de enfermagem da UCA em dezembro de 2024;
- Formação em serviço sobre “nefrolitotomia percutânea” em novembro de 2024, promovida pela equipa de enfermagem do bloco operatório central.

O domínio da investigação também faz parte das competências do enfermeiro especialista, que

deve posicionar-se como um agente ativo neste processo. Como resposta a este domínio foi desenvolvido um projeto de estágio que consistiu na criação de um padrão documental dos cuidados de enfermagem em CA à pessoa submetida a salpingectomia via laparoscópica, baseado numa revisão da literatura e validado através de grupo focal. A escolha da intervenção cirúrgica baseou-se no facto de ser um procedimento que apresenta características comuns às cirurgias mais frequentemente realizadas neste contexto de estágio.

A revisão da literatura foi do tipo narrativa, de forma a não restringir as fontes de informação e consistiu numa pesquisa concisa e abrangente sobre os elementos críticos dos cuidados de enfermagem, desde os dados, objetivos, focos de atenção/diagnósticos e intervenções, no processo do cuidar do utente cirúrgico em todo o período perioperatório. Esta concretizou-se com recurso às bases de dados de referência em saúde cuja consulta ocorreu entre julho e setembro de 2024 tendo sido utilizadas as bases de dados com os respetivos descritores: Cinahl Complete, Medline Complete, Academic Search Complete e Web of Science, tendo-se definido como critérios de inclusão, o idioma (inglês e português) e data de publicação (últimos 10 anos). Esta revisão integrou também a literatura cinzenta através da consulta de repositórios académicos (RCAAP e Google académico), documentação oficial da instituição e de entidades competentes e sociedades científicas nacionais e internacionais.

Considerada a evidência da revisão narrativa, foi realizado o mapeamento dos elementos críticos do processo de enfermagem existentes em linguagem padronizada que melhor traduzem os cuidados de enfermagem em CA. Este processo decorreu de setembro a dezembro de 2024, através da consulta da Ontologia de Enfermagem (via browser NursingOntos (versão 2024/2025) disponível pela ESEP) e da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE® (via browser disponível pela OE). Este mapeamento foi estruturado como suporte documental nos vários momentos de intervenção do enfermeiro, com início na consulta pré-operatória e término na consulta pós-operatória de 30 dias.

Posteriormente, este documento foi sujeito à validação por um grupo de enfermeiros peritos do contexto de estágio no sentido de se reunir consenso sobre o mesmo através da técnica de grupo focal. Esta técnica consiste na recolha de dados através da interação grupal focada numa discussão sobre determinada temática apresentada pelo investigador, podendo ser utilizada em diferentes momentos do processo de investigação, e de forma isolada ou combinada com outros métodos (Morgan, 1996; Krueger & Casey, 2015).

Partindo desta caracterização de grupo focal, este revelou-se a técnica de investigação mais indicada ao propósito do projeto individual de natureza profissional. De facto, dado ser um projeto entre pares, só se tornaria significativo se a sua avaliação e validação fosse realizada por representantes e peritos do seio dos futuros utilizadores. Os moldes de desenvolvimento deste processo foram descritos num documento orientador redigido para o efeito que foi entregue a cada um dos peritos envolvidos. Neste documento foi apresentado o projeto e seus

objetivos assim como uma descrição das atividades das diferentes fases de concretização do grupo focal e onde também se acautelou a participação livre e informada dos participantes. Sendo uma técnica que nunca tinha experienciado, revelou-se muito enriquecedora pois permitiu conhecer a visão de diferentes ângulos gerando um debate de ideias interessante.

Este domínio de competências incutiu uma grande reflexão sobre o futuro da enfermagem perioperatória. A dinâmica do contexto perioperatório tem sido impactada pelo avanço de novas tecnologias, em particular a inteligência artificial e técnicas cirúrgicas, além da crescente demanda por respostas mais eficazes às necessidades dos utentes (Park & Dickerson, 2009) gerando ambientes mais complexos. Esta conjuntura pode sugerir uma requalificação profissional dos enfermeiros, pelo que é necessário que a profissão esteja desperta para integração de novas ferramentas e aberta a novas formas de cuidar igualmente promotoras de qualidade e segurança e com consequentes ganhos em saúde sem receio de perder a singularidade do exercício profissional.

A imersão nos contextos de estágio a par do percurso formativo do mestrado, proporcionou um rol de experiências enriquecedoras para o desenvolvimento das comuns do enfermeiro especialista. Foi a oportunidade de aprofundar o meu autoconhecimento que permitiu consolidar conhecimentos para uma prestação de cuidados de enfermagem mais avançada, promovendo a melhoria da qualidade tendo sempre presente o enquadramento legal, ético e deontológico. E acima de tudo, permitiu compreender o papel ativo do enfermeiro especialista como agente de mudança, cuja ação não é circunscrita à sua esfera individual mas também intervém no coletivo da equipa de saúde indicando o caminho da excelência dos cuidados.

Desenvolvimento das Competências Específicas de Enfermagem Médico-cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

Atualmente, como já referido anteriormente, o contexto perioperatório tem vivenciado avanços tecnológicos que requerem cuidados de enfermagem cada vez mais diferenciados pelo que a OE reconheceu a necessidade de criar a especialidade na área da enfermagem à pessoa em situação perioperatória de forma a melhor desenvolver e dignificar o exercício profissional neste contexto. Assim a OE definiu em 2018 o regulamento de competências específicas deste domínio que inserem-se essencialmente na componente clínica dos cuidados de enfermagem perioperatórios.

A pessoa em situação perioperatória é aquela que desenvolve respostas face ao processo cirúrgico e anestésico que vivencia, na expectativa de melhorar o seu estado de saúde ou a qualidade de vida aceitando submeter-se a um estado de vulnerabilidade física e emocional (OE, 2018). Perante esta definição da pessoa alvo dos cuidados perioperatórios, a intervenção do

enfermeiro especialista é então desenvolvida em dois domínios: cuidar da pessoa em situação perioperatória e sua família; e maximizar a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa multidisciplinar, através de cinco áreas de atuação interligadas: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos (OE, 2018).

Segue-se a descrição das atividades desenvolvidas e dos aspetos de reflexão no âmbito das competências específicas do enfermeiro na área da enfermagem perioperatória.

Competências no domínio do cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/ pessoa significativa

Este domínio de competências representa o core da prática de enfermagem perioperatória. A pessoa em situação perioperatória apresenta necessidades específicas, pelo que o enfermeiro especialista desta área deve reunir conhecimentos e habilidades adequados para capacitá-la na autogestão do seu processo perioperatório e no autocuidado (OE, 2018).

É pretendido que o enfermeiro especialista alie à prestação direta de cuidados de excelência, uma comunicação interpessoal eficaz e um ambiente positivo promovendo a continuidade de cuidados e logo a segurança e bem estar da pessoa e família/pessoa significativa.

O facto de o estágio ter ocorrido em CA, permitiu-me experienciar na íntegra a atuação da enfermagem neste domínio e assim desenvolver as unidades de competência associadas, porque como esta abrange todas as fases do período perioperatório (fases pré, intra e pós-operatória) permitiu-me ter uma experiência integral do processo de cuidar à pessoa em situação perioperatória.

Mas para compreender melhor o exercício profissional do enfermeiro no contexto perioperatório, é importante deter sobre a análise dos referenciais teóricos que potencialmente o norteiam. A complexidade e multidimensionalidade da conceção de cuidados perioperatórios assim o ditam sendo que a abrangente atuação do enfermeiro (anestesia, instrumentação, circulação, cuidados pré-operatórios e pós-operatórios) e em momentos distintos (pré, intra e pós-operatório) pode ter contributos de diferentes teorias de enfermagem.

Uma das teorias passíveis de se enquadrar neste contexto, em particular no período intra-operatório, é a Teoria das Necessidades de Virginia Henderson que incide sobre o que o enfermeiro concretiza, isto é, assiste a pessoa na execução de atividades que ele realizaria sem ajuda com vista a promover a recuperação da sua autonomia (Cabral, 2004). Na fase intra-operatória, devido às implicações do processo tanto anestésico como cirúrgico, o utente vê-se privado da satisfação das suas necessidades em parte ou no todo, cabendo ao enfermeiro a substituir nessas atividades ou complementá-las.

Também a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem pode ser integrada porque se foca na

importância do autocuidado como um componente essencial para a promoção da saúde e bem-estar dos utentes. O período pós-operatório pode-se caracterizar por um défice do autocuidado infligido pelas limitações físicas da cirurgia tendo o enfermeiro o papel de educar e capacitar os utentes para a sua recuperação.

Mais recente, o modelo conceptual da Teoria das Transições de Meleis também é passível de ser considerado face à transição saúde/doença que o utente experiencia neste contexto que produz mudanças de carácter prolongado e em que o enfermeiro constitui-se como elemento de suporte e facilitador para um processo de transição saudável com incorporação dessas mudanças no modo de ser e de estar do utente (Chick & Meleis, 1986).

Acima de tudo importa a incorporação dos modelos ao contexto da prática “em prol de uma prática profissional mais sistematizada e intencional” (Ribeiro et al., 2018, p.9), para a evolução da enfermagem perioperatória, contribuindo para a valorização da enfermagem como profissão e disciplina.

O plano de intervenção do enfermeiro baseia-se na sua conceção de cuidados materializada no processo de enfermagem. Ou seja, através do pensamento crítico e do conhecimento científico que caracteriza a conceção de cuidados, concretiza-se a avaliação das necessidades do utente, definição de objetivos, identificação de diagnósticos, focos de atenção, e o planeamento, implementação e avaliação das ações de enfermagem através de uma dinâmica dos elementos: dados, objetivos, focos de atenção/ diagnósticos e intervenções.

Apesar de amplamente incorporado e implementado pelos enfermeiros nos vários contextos de atuação, permaneceu durante algum tempo, a grande dificuldade em considerar se no contexto do bloco operatório seria possível verificar a aplicabilidade do processo de enfermagem derivado da imagem de uma enfermagem tecnicista, executora de tarefas, desprovida de ação autónoma. No entanto, a abertura da enfermagem neste contexto permitiu perceber que os cuidados de enfermagem perioperatórios são significativos para o processo de saúde/doença do utente e família/pessoa significativa, para a promoção da saúde, para a prevenção de complicações e para o tratamento da doença.

A CA em particular, foi um contexto muito oportuno para compreender de forma integral a conceção de cuidados à pessoa em situação perioperatória. Isto porque o acompanhamento inerente ao utente ao longo do seu percurso de vivência da experiência cirúrgica, desde a fase pré-operatória até à recuperação pós-operatória permite uma intervenção integrada ao utente e este é um aspecto facilitador para a tomada de decisão clínica do enfermeiro à pessoa em situação perioperatória. Foi possível incorporar a conceção de cuidados na forma de processo de enfermagem mas senti dificuldades na sua documentação no SIE relacionadas com a falta de completude, estrutura e parametrização adequadas. Desta forma, e como já referido anteriormente, foi desenvolvido um projeto com o objetivo de ser gerado um instrumento referencial para a documentação dos cuidados de enfermagem em CA visando promover a

uniformização e sistematização da atuação do enfermeiro neste contexto e a sua posterior integração no SIE.

A capacitação da pessoa e família/pessoa significativa para a sua experiência cirúrgica é um dos pilares da ação do enfermeiro perioperatório. Em CA, esta começa nas consultas de enfermagem prévias à cirurgia, sendo momentos chave de intervenção do enfermeiro. Como já referido no caso clínico apresentado, a consulta pré-operatória trata-se do primeiro contato do enfermeiro com o utente pelo que é fulcral desde logo identificar as suas necessidades mas também os seus medos de forma a que se estabeleça a relação de ajuda essencial para um resultado terapêutico do plano de intervenção delineado.

O objetivo principal nesta fase é a preparação do utente para o procedimento anestésico-cirúrgico, para que decorram em segurança, cuja ação é melhorar o conhecimento do utente por via da ação de ensinar, informar e explicar. Mas estudos evidenciam que este é também o momento em que devem ser abordados outros aspetos que impactam na satisfação do utente nomeadamente a sua preparação para o período pós-operatório. Deve-se informar o utente sobre as eventuais alterações e limitações corporais que podem condicionar a sua dinâmica pessoal, social e familiar no regresso ao domicílio.

No entanto, foi tema de discussão sobre o modo de realização destas consultas que atualmente são feitas de forma não presencial, via telefone. De uma forma abrangente, o feedback informal dos utentes é que se sentem satisfeitos porque não condiciona a sua vida pessoal e as suas rotinas, mas remete-nos para a reflexão sobre as estratégias de comunicação e de estabelecimento de relação de ajuda mais adequadas. A pessoa aceita ser intervencionada mas pode trazer consigo um rol de experiências, crenças e mitos que são necessários serem desconstruídos e em que pode ser necessário implementar estratégias de alívio da ansiedade e do medo e assim surge a questão de como o enfermeiro pode agir de forma efetiva ao realizar a consulta por telefone.

Por outro lado, através destes momentos de consulta pré-operatória pude aperceber-me da relevância que o utente inputa a esta consulta. Foi interessante conhecer os aspetos que suscitam mais dúvidas aos utentes e compreender o seu nível de envolvimento face ao seu papel ativo nesta preparação porque é concretizada no domicílio pelo próprio.

A ação de melhorar o conhecimento do utente sobre a preparação tem como objetivo permitir que o doente desenvolva respostas adequadas à experiência cirúrgica que irá vivenciar e assim possibilitar uma participação efetiva na tomada de decisão, ou seja, promover a sua autogestão (Gonçalves et al., 2017).

Neste domínio da capacitação enquadra-se também o consentimento informado. O enfermeiro especialista deve sensibilizar o utente que o consentimento informado vai muito para além de um papel assinado alertando para a sua autonomia e responsabilidade individual sobre o

mesmo. Este é, aliás, um aspeto que concorre para a promoção da literacia em saúde, tema crescente nas políticas e estratégias em saúde locais e nacionais. A pessoa ao “compreender, aceder e utilizar melhor a informação sobre saúde” permite-lhe “decidir de forma consciente e informada” (Lei n.º 95/2019, de 04 de Setembro, Base 12).

Também foi na fase pré-operatória, que atendendo aos critérios sociais de admissibilidade em CA, que pude compreender a intervenção do enfermeiro em garantir uma resposta aos utentes mais vulneráveis, nomeadamente a população mais idosa, que vive sozinha, sem apoio familiar, havendo uma articulação com o serviço de ação social quando necessário, de forma a assegurar o seu suporte e acompanhamento, não restringindo o acesso aos cuidados de saúde desta população. Também neste âmbito, pude vivenciar a situação de conversão do processo de CA em internamento, derivado de complicação cirúrgica, em que o enfermeiro foi fulcral para uma transição e continuidade de cuidados e na orientação do utente e família sobre o evento imprevisível.

O período intra-operatório coincide com o momento de maior vulnerabilidade da pessoa pelo que a atuação do enfermeiro nas áreas de anestesia, circulação e instrumentação consiste na sua substituição de forma a assegurar a proteção contra os riscos a que fica exposta e centrada nos processos corporais.

Já no pós-operatório o processo do cuidar incide sobre a vigilância e prevenção de complicações de modo a que o utente restabeleça o seu estado de saúde. A concretização do estágio na UCPA da UCA foi muito enriquecedora dado que a minha experiência profissional era limitada nesta área. Assim, permitiu-me mobilizar conhecimentos e práticas neste âmbito despertando-me para a conceção de cuidados centrada no restabelecimento das funções corporais e na gestão da dor associadas ao processo anestésico e cirúrgico experienciados.

Este contexto foi ainda mais relevante porque a fase pós-operatória em CA contempla a preparação do utente para o seu regresso a casa. Na fase pós-operatória a prática de enfermagem coloca a sua tónica sobre a educação para a saúde no sentido de capacitar a pessoa e muitas vezes a família, para a gestão do seu autocuidado da forma mais autónoma possível visando melhorar o seu estado de saúde e promover uma recuperação precoce. Há uma transição de cuidados que parcialmente deixa de ser interprofissional e passa a ser entre profissionais e utente, portanto, há uma responsabilidade do utente sobre o seu processo de recuperação. Esta também foi uma fase em que pude verificar a necessidade de planos de intervenção não só sobre o conhecimento mas também relativos ao ensino, instrução e treino principalmente direcionado aos utentes submetidos a cirurgia ortopédica.

A prestação de cuidados num ambiente cirúrgico é exigente pelo que reforça a necessidade de respeitar as áreas de atuação de cada profissional e assim criar sinergia face ao foco comum de atenção que é o utente. Pude assistir a momentos formativos promovidos pela equipa de enfermagem em conjunto com a equipa médica e pude perceber a importância de um

planeamento formativo multiprofissional como uma mais-valia para a partilha de conhecimento interdisciplinar e para o trabalho em equipa na compreensão dos papéis e contributos de cada elemento. Neste sentido também neste contexto é essencial adotar estratégias de comunicação eficaz e eficiente face aos elevados riscos associados aos cuidados prestados e sobretudo à garantia de um regresso do utente ao domicílio em segurança.

Ainda no campo da comunicação, uma área que se destacou durante o estágio foi a transição de cuidados em CA e julgo ser um tema que merece maior atenção. A transição é realizada essencialmente para os profissionais dos cuidados de saúde primários, em formato papel, entregue pelo próprio utente e que consiste na informação sobre a cirurgia efetuada, características do encerramento da ferida cirúrgica e orientações para a realização do penso, não representando uma nota de alta de enfermagem. Numa perspetiva de continuidade de cuidados, o desafio ainda se torna maior porque não existe interoperabilidade total entre os sistemas eletrónicos utilizados pelas partes o que impede a acessibilidade à informação clínica no que se refere aos cuidados de enfermagem prestados ao longo do percurso do utente na UCA pelos profissionais de saúde de outros contextos.

Competências no domínio da maximização da segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica

A consciência cirúrgica é um princípio ético e moral exclusivo do ambiente perioperatório que visa orientar o profissional na prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória, “agindo em seu benefício em qualquer situação independentemente do controlo externo efetuado” (OE, 2018, p. 19366).

Este é um conceito que deve acompanhar o enfermeiro especialista no desenvolvimento das suas competências específicas pois é essencial para garantir uma ação profissional segura e de qualidade sobre a pessoa em situação perioperatória, sobre o ambiente perioperatório e a equipa de saúde envolvida.

Os cuidados perioperatórios revestem-se de elevada complexidade porque implicam procedimentos invasivos com a utilização de dispositivos, terapêuticas e equipamentos, que potenciam a ocorrência de eventos adversos (Haugen et al., 2019). Assim torna-se fundamental ao enfermeiro especialista implementar estratégias que fomentem uma cultura de segurança concentrada na vulnerabilidade da pessoa e sustentada por evidências científicas e alinhada com os princípios éticos, legais e deontológicos da profissão.

O contexto de CA é distinto do bloco operatório convencional onde tenho desenvolvido a minha experiência profissional. A segurança e a qualidade dos cuidados são pilares transversais a

estes contextos mas a abordagem ao utente em CA tornou-se desafiante pela diversidade de características dos utentes e de procedimentos, e pelo volume de cirurgias que se verificam diariamente que pode incrementar o risco. A CA requer um nível de organização bem definido dos profissionais assim como dos procedimentos, circuitos e logística de modo a que a segurança seja maximizada.

Nesta esfera, pude desenvolver atividades que contribuíram para a consolidação destas competências e que abrangeram todo o período perioperatório. Durante a fase pré-operatória, a consulta envolve abordar a segurança para o processo cirúrgico e anestésico, sendo essencial transmitir ao utente a informação necessária mas também é fulcral estimular o seu envolvimento no processo de segurança dos cuidados por via da explicação. As informações relativas a: jejum, retirada de objetos metálicos, alergias entre outros aspetos de segurança devem ser explicados e fundamentados para uma melhor compreensão do utente que assim melhor adere às recomendações. Foi neste seguimento, que surgiu a consulta pré-operatória 24h antes da cirurgia visando validar que o utente reúne as condições de segurança necessárias para que no dia da cirurgia não se verifiquem constrangimentos.

Nos momentos do acolhimento e preparação do utente também são avaliados aspetos de segurança através do preenchimento de um checklist pré-operatório próprio.

Nas fases intra e pós-operatória a segurança é garantida pela vigilância direta do utente complementada pela concretização da lista de verificação de cirurgia segura. No momento de preparação para a alta também se preconiza a transmissão de informação sobre a segurança dos cuidados no domicílio com vista à prevenção e identificação precoce de complicações por parte do utente.

Neste sentido é realizada uma consulta pós-operatória 24 horas após a cirurgia para conhecer a evolução da recuperação do utente e dar suporte à autogestão da sua recuperação.

No estágio foi possível acompanhar a enfermeira tutora como gestora local de risco da unidade e em análise conjunta é indubitável que os cuidados prestados são seguros mas ainda se identificam algumas fragilidades que são necessárias solucionar. Pautei a minha prática pela adoção das recomendações e dos protocolos disponíveis procurando ao longo do estágio sensibilizar a equipa na adoção de melhores práticas. E, julgo ser pertinente neste contexto efetuar-se formação e treino de simulação sobre eventos adversos que possam ocorrer porque são muito raros, e os profissionais podem não ter a prontidão necessária que pode fazer a diferença na ocorrência de dano.

Pude explorar melhor o sistema de notificação e gestão de incidentes de registo voluntário disponível na instituição. Este é um dos pontos chave que se mantém no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 porque de facto ainda é necessária uma intervenção considerável neste âmbito. Foi interessante compreender que os profissionais não estão

despertos para a missão do sistema que é a aprendizagem com o erro de forma não punitiva contribuindo para a melhoria da segurança e qualidade dos cuidados de saúde e que impacta não só a nível local mas também regional e nacional. A equipa informalmente considera que a ocorrência de incidentes deve ser reportada mas circunscrever-se ao local e equipa envolvida.

O posicionamento cirúrgico é também um tema muito pertinente para a segurança do utente e que se enquadra no campo de intervenção do enfermeiro especialista. Em CA, apesar dos menores tempos de duração da cirurgia comparativamente à cirurgia convencional, durante o estágio pude compreender que existem fatores a ter em conta que podem manter o risco de ocorrência de lesão. Estes estão associados ao tipo de posicionamento cirúrgico necessário, aos dispositivos utilizados e ao estado do utente, como o seu estado nutricional, comorbilidades e idade.

Desta forma o enfermeiro deve realizar uma avaliação clínica do utente, ter conhecimento sobre as repercussões anatómicas e fisiológicas associadas ao posicionamento cirúrgico e em colaboração com a restante equipa multiprofissional, otimizar o posicionamento de forma a promover a segurança e o conforto do utente. Mas a intervenção do enfermeiro nesta matéria não se encerra no período intra-operatório, pois é necessária a monitorização de complicações decorrentes do posicionamento cirúrgico que vão muito além da úlcera de pressão. Podem ocorrer outros tipos de lesões, como já referido no caso clínico apresentado, pelo que considero pertinente que o enfermeiro especialista estabeleça procedimentos que considerem a ação de documentar os cuidados de enfermagem alusivos ao posicionamento cirúrgico, não só concentrada no ato de posicionar a pessoa mas sim baseada num plano de intervenção que inclua a avaliação dos resultados das intervenções implementadas.

A prevenção e controlo de infeção é uma dimensão crítica nos cuidados perioperatórios resultante dos procedimentos invasivos realizados. Esta é sustentada pelo Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) e implica uma abordagem multimodal com o envolvimento dos vários intervenientes, não só os profissionais de saúde mas também as equipas de liderança e os próprios utentes.

O enfermeiro especialista deve ter um papel dinamizador na prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde. Por conseguinte deve mobilizar conhecimentos sobre a evidência científica mais atual, promover a atualização e qualificação da equipa de saúde e implementar procedimentos que promovam a assepsia ao longo do período perioperatório e desta forma contribuir para resultados positivos num dos principais indicadores neste contexto que é a taxa de infeção do local cirúrgico. Foi um tema emergente no contexto de estágio, sendo fomentada a reflexão entre a equipa de enfermagem abordando-se as normas emanadas pela Direção Geral de Saúde.

Quanto aos dispositivos médicos, estes constituem um dos recursos de saúde com maior impacto numa organização de saúde que requer uma gestão ponderada para um equilíbrio

entre as necessidades do utente e a sustentabilidade da organização (Travassos, et al., 2022). Esta atividade é ainda mais desafiante no ambiente perioperatório face ao volume elevado de encargos associados ao consumo destes dispositivos, que apesar de ser uma responsabilidade transversal a todos os profissionais, o enfermeiro tem um papel de relevo.

A gestão e controlo dos dispositivos médicos utilizados no contexto perioperatório é uma unidade de competência do enfermeiro especialista e que tem maior evidência na fase intra-operatória no desempenho de funções de enfermeiro circulante e instrumentista. A evidência do seu desempenho traduz-se na verificação da disponibilidade, integridade, esterilidade e funcionalidade dos dispositivos médicos necessários à prestação de cuidados, características fundamentais para a segurança do utente. Neste âmbito, destaco o acompanhamento na implementação de um sistema digital de rastreabilidade dos dispositivos médicos reprocessáveis entre a UCA e o Serviço de Esterilização cujo sentido colaborativo foi fundamental para o êxito da sua concretização. Este sistema permite monitorizar os instrumentos quanto à sua localização em cada um dos serviços e identificação da fase de reprocessamento em que se encontra. Esta experiência permitiu-me conhecer com mais detalhe todas as fases do processo de reprocessamento de dispositivos assim como as condições e os requisitos necessários para uma segurança adequada, ou seja, prevenir riscos potenciais de contaminação microbológica e avaliar a persistência de substâncias químicas utilizadas e a alteração do desempenho do dispositivo médico reprocessado (Despacho n.º 7021/2013, de 30 de maio).

Considero uma mais valia o serviço de esterilização ser liderado por uma enfermeira especialista na área da pessoa em situação perioperatória porque detém conhecimentos e experiência profissional na área perioperatória que configuram competências facilitadoras na gestão do serviço e da articulação com os blocos operatórios.

Este domínio de competências, permitiu aperceber-me que a segurança do utente prevalece como preocupação a nível mundial, mantendo-se alvo das políticas em saúde. Considero ser fulcral a consolidação de uma cultura de segurança promotora do envolvimento e participação de todos e um passo importante neste sentido é existir sempre um feedback credível dos processos e ações implementados. As ações de enfermagem concorrem neste sentido pelo que é fundamental uma documentação real e completa dos cuidados de enfermagem para sustentar uma extração contínua e sistemática de dados que permita aplicar um painel de indicadores que promova a melhoria efetiva da segurança e da qualidade dos cuidados.

5. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

O percurso formativo desenvolvido proporcionou experiências enriquecedoras e aprendizagens fundamentais, que aliadas à minha experiência profissional contribuíram para o desenvolvimento da minha consciência profissional enquanto futura enfermeira especialista na área da pessoa em situação perioperatória.

Pude assimilar que as competências comuns e específicas não podem ser compreendidas de forma isolada, é na sua complementaridade que se atribui um significado maior ao enfermeiro especialista. A integração na equipa de enfermagem foi crucial no desenvolvimento das competências no contexto de prática clínica para uma atuação de maior responsabilidade enquanto enfermeira especialista, pautada por um pensamento crítico e reflexivo e pela transposição da evidência para a prática.

A prática baseada na evidência é um dos pilares da enfermagem enquanto disciplina e profissão. Esta foi sendo aprimorada ao longo deste processo de formação pós-graduada, sendo uma mais valia o desenvolvimento da conceção de cuidados sobre os casos clínicos através da plataforma educacional E4Nursing. Esta ferramenta permitiu a compreensão da tomada de decisão do enfermeiro de forma fundamentada assim como uma clarificação da representação do conhecimento da enfermagem perioperatória. A conceção de cuidados no contexto perioperatório permitiu evidenciar a intervenção do enfermeiro adaptada às diferentes fases, pré intra e pós-operatória, onde o conhecimento e a capacitação do utente são essenciais para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados e para a satisfação do utente.

O processo específico de cuidar a pessoa em situação perioperatória tornou evidente a importância de serem desenvolvidas competências técnicas mas despertou-me para o impacto das competências não técnicas, como incremento da qualidade e a segurança dos cuidados. A elevada complexidade dos cuidados perioperatórios, imprime ao enfermeiro o domínio de um discurso científico baseado na evidência mais atual e robusta. Mas também enfatiza a componente não técnica direcionada para a comunicação e a inteligência emocional. Só assim o enfermeiro pode fomentar um ambiente terapêutico considerando a pessoa em todas as suas dimensões, não só física mas também psicológica, social, cultural e espiritual. Este tipo de competências ainda é mais relevante dado o contexto perioperatório incluir uma interação multiprofissional acentuada que pode ser geradora de falhas e conflitos que em última instância podem condicionar a qualidade e a segurança dos cuidados. Tornou-se evidente a intervenção do enfermeiro especialista na dinamização de um ambiente colaborativo zelando por uma comunicação eficaz, assente na complementaridade e confiança entre todos e no

compromisso individual e coletivo.

As atividades desenvolvidas ao longo do estágio foram fundamentais na aquisição e consolidação das competências sendo a interação diária com a equipa de enfermagem uma fonte oportuna de ganhos. O contacto próximo com a equipa proporcionou momentos de discussão, reflexão e partilha de conhecimento que me permitiu um melhor entendimento das dificuldades mas também das potencialidades dos cuidados de enfermagem em contexto de CA.

Decorrente destes eventos, e também de um interesse individual sobre a temática, emergiu o projeto individual de desenvolvimento profissional que consistiu no desenvolvimento de um padrão documental dos cuidados de enfermagem em CA e que foi desenvolvido ao longo dos dois módulos de estágio. Constituiu um contributo sólido para a melhoria e segurança dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação perioperatória porque permite uma melhor documentação dos cuidados de enfermagem, tornando o SIE uma ferramenta agregadora de valor ao cuidado de enfermagem.

O mapeamento em linguagem classificada dos diferentes elementos do processo de enfermagem em todos os momentos de intervenção do enfermeiro em CA permitiu identificar três domínios de atuação do enfermeiro: a autogestão da preparação e recuperação cirúrgica, prevenção de complicações e autocuidado.

As fases pré-operatória e pós-operatória revelaram-se as mais providas de linguagem padronizada em enfermagem devido à maior intervenção autónoma do enfermeiro nestes momentos. Na fase intra-operatória, como prevalece a dimensão interdependente do exercício profissional do enfermeiro a par das intervenções no domínio da segurança, revelou-se a fase mais desafiante. A Ontologia de Enfermagem face à CIPE® revelou-se mais compreensível e intuitiva resultante dos relacionamentos lógicos e hierárquicos entre os elementos.

O nosso projeto revelou a necessidade de se produzir mais investigação sobre as práticas de enfermagem em CA, considerando que a literatura consultada demonstra a procura pela evidência contudo a produção desta evidência científica é ainda incipiente. Este foi aliás um dos aspetos mais emergentes neste contexto e que é fundamental para o desenvolvimento da profissão. Concomitantemente, importa reunir consenso sobre uma identificação clarificada dos cuidados de enfermagem perioperatórios, para consolidar a linguagem padronizada neste contexto.

Um dos objetivos do projeto seria realizar a sua integração no SIE mas tal ainda não foi possível face ao tempo necessário para articulação com as equipas de informática, interna e externa, associadas aos aplicativos em uso.

Este projeto reitera a necessidade de capacitação dos enfermeiros utilizadores e o seu envolvimento permanente para um SIE cujo backend seja estruturado numa linguagem

classificada e parametrizado adequadamente ao contexto e ao cliente, com atualização contínua baseada na evidência mais recente. Acima de tudo, foi possível interiorizar que os dados em bruto não têm significado, carecem de ser tratados e contextualizados para que se convertam em informação que quando analisada crie conhecimento e este entendimento é fulcral para a enfermagem enquanto disciplina com um corpo de conhecimento próprio.

A experiência formativa também me elucidou sobre a ação do enfermeiro especialista nas áreas do empreendedorismo e inovação para que se derrubem barreiras que condicionam a evolução dos cuidados de enfermagem. Este sentido de evolução é ainda mais premente face à transformação atual dos cuidados de saúde onde temas como os cuidados pós-operatórios domiciliários, a telessaúde e a automatização de processos em saúde com recurso à inteligência artificial têm sido alvo de atenção face aos outcomes positivos para os utentes e para as instituições de saúde. Apesar da singularidade da ação do enfermeiro que se baseia num exercício constante e combinado de habilidades interpessoais, práticas e mentais, que incute pouca suscetibilidade à automatização, é fulcral o acompanhamento destas inovações pela profissão de forma a manter a enfermagem significativa para todos.

Globalmente, os objetivos estabelecidos para o estágio de natureza profissional foram alcançados, elevando a minha missão para a valorização da disciplina de enfermagem. Pude vivenciar dificuldades e desafios em virtude de me distanciar da zona de conforto do meu contexto profissional (bloco operatório central) e ter procurado um contexto de estágio novo e diferente.

Termino por evidenciar o suporte e acompanhamento da enfermeira tutora, do enfermeiro gestor e dos professores orientadores que se configuraram num estímulo ao longo deste trajeto como estudante. Foi um percurso desafiador, que apesar de algumas vicissitudes, procurei que fosse o mais consistente e robusto.

O presente relatório representa a conclusão de um percurso formativo, mas com a perspetiva de, no futuro, dar continuidade ao projeto iniciado, visando uma melhor sistematização e análise dos cuidados de enfermagem prestados em CA, e servindo como ponto de partida para o desenvolvimento de investigação nesta área. Em suma, espero no percurso de enfermeiro especialista contribuir para a clarificação das características identitárias da enfermagem perioperatória e para o enriquecimento do seu corpo de conhecimentos visando a excelência dos cuidados de enfermagem.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adhikari, S., Prasad, S., Pathak, B., Baniya, B., Kafle, P., Joshi, P., Adhikari, P., Rana, A., Regmi, L., Dhakal, B., Simkhada, N., Tandon, O., Pathak, I. & Rawal, N. (2023). Prevalence of pre-operative anxiety and associated risk factors among patients awaiting elective surgery in a tertiary care hospital. *F1000Research*, 12, 1207. <https://doi.org/10.12688/f1000research.136320.2>

Administração Central do Sistema de Saúde. (2011). Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia - Volume III - Área Clínica. <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/12/UCGIC-CM-20110511-Vol-III-Area-Clinica.pdf>

Administração Central do Sistema de Saúde. (2024). Benchmarking Hospitais. https://benchmarking-acss.min-saude.pt/MH_ProdRacioEficCirurgiaDashboard

Agirman, A., Cetin, Y. E., Avci, M., & Aydin, O. (2020). Effect of laminar airflow unit diffuser size on pathogen particle distribution in an operating room. *Science and Technology for the Built Environment*, 27 (4), 402-413. <https://doi.org/10.1080/23744731.2020.1816405>

Alexander, J. C. (2023). Perioperative uses of intravenous opioids: Specific agents. Wolters Kluwer. <https://www.uptodate.com/contents/perioperative-uses-of-intravenous-opioids-specific-agents>

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2012). *Enfermagem perioperatória: Da filosofia à prática dos cuidados Lusodidacta*.

Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória. (2024). *Recomendações para o Tratamento da Dor Aguda Pós-Operatória em Cirurgia Ambulatória*.

https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacao_DorAguda2024.pdf

Aybala, A., Kutun, S., Ulucanlar, H., Tarcan, O., Demir, A. & Cetin, A. (2011). Risk factors for postoperative ileus. *Journal of the Korean Surgical Society*, 81 (4), 242-249. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22111079/>

Bayraktar, N., Berhuni, O., Barash, M., Cahalan, P., Cullen, M., Stock, M., Stoelting, R., Ortega, R., Sharar, S. & Holt, N (2018). Effectiveness of Lifestyle Modification Education on Knowledge, Anxiety, and Postoperative Problems of Patients With Benign Perianal Diseases. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 33(5), 640-650. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30236571/>

- Barash, P., Cullen, B., Holt, N., Connor, C., Nathan, N. & Stoelting, R. (2022). *Clinical Anesthesia Fundamentals*. Wolters Kluwer. https://viewer.ebscohost.com/EbscoViewerService/ebookan=3527247&callbackUrl=https%3a%2f%2fresearch.ebsco.com&db=e600xww&format=EK&proflid=eds&lpid=&ppid=&lang=pt_PT&location=https%3a%2f%2fresearch.ebsco.com%2fc%2fvucumc%2fsearch%2fdetails%2f4tvx4iw72j%3flimiters%3dNone%26q%3dMorgan%2520%2526%2520Mikhail%2527s%2520Clinical%2520Anesthesiology&isPLink=False&requestContext=&profileIdentifier=vucumc&recordId=4tvx4iw72j
- Batista, G. T. C., Lima, C. da R., Aquino, F. H. T., Campos, G. L. F., & Ramos, S. R. F. (2023). As vantagens e desvantagens da cirurgia ambulatorial para saúde pública: uma análise de casos da literatura para a atualidade. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 16 (9), 15809-15819. <https://doi.org/10.55905/revconv.16n.9-121>
- Beck, D. E. (2019). Hemorrhoidal disease. *Fundamentals of Anorectal Surgery*, 87(48), 1643-1644. https://doi.org/10.1007/978-3-319-65966-4_17
- Bezerra, M. B., Galvão, M. C., Vieira, J. C., Lopes, M. G., Cavalcanti, A. T., & Gomes, E. T. (2019). Fatores associados a lesões de pele decorrentes do período intraoperatório. *Revista Sobecc*, 24(2), 76-84. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201900020005>
- Bikfalvi, A., Faes, C., Freys, S. M., Joshi, G. P., Van de Velde, M. & Albrecht, E. (2023). PROSPECT guideline for haemorrhoid surgery: A systematic review and procedure-specific postoperative pain management recommendations. *European Journal of Anaesthesiology and Intensive Care*, 2 (3), e0023. 10.1097/EA9.0000000000000023
- Bombard, Y., Baker, G. R., Orlando, E., Fancott, C., Bhatia, P., Casalino, S., Onate, K., Denis, J.-L., & Pomey, M.P. (2018). Engaging patients to improve quality of care: a systematic review. *Implementation Science*, 13 (1), 98. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0784-z>
- Brenner, P. & Kautz, D.D. (2015). Postoperative Care of Patients Undergoing Same-Day Laparoscopic Cholecystectomy. *AORN Journal*, 102(1):16-29. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26119606/>
- Butterworth, F., Mackey, C. & Wasnick, J.(2018). *Morgan & Mikhail's Clinical Anesthesiology*. McGraw-Hill Education. <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2444&ionid=189634642>
- Caneschi, G.T., Silva, A., Costa, J. C. & Almeida, G. B. (2024). Cuidados pós-operatórios e reabilitação em cirurgia geral. *Brazilian Journal of Health Review*, 7 (5), 01-09. <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/72565/50854>
- Cabral, D. M. (2004). Cuidados especializados em enfermagem perioperatória - contributos para a sua implementação (Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar). Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio->

aberto.up.pt/bitstream/10216/64648/2/93396_W_4_CAB_001_01_P.pdf&hl=pt-PT&sa=X&ei=9gD1Z_XSIZm7ieoP0tiL6Qw&scisig=AFWwaeaT0RldcBiTTSGos2jjqmV1&oi=scholar

Chick, N. & Meleis, A.I. (1986). Transitions: A nursing concern. *Nursing research methodology*, 237-257. <https://repository.upenn.edu/entities/publication/c6bc5f7d-0ce4-4b1e-b1c3-2d476fde339f>

Comissão Nacional para o Desenvolvimento de Cirurgia de Ambulatório. (2008). Relatório preliminar - Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente. https://issuu.com/ulsmhph/docs/relatorio_cirurgia_ambulat_rio#google_vignette

Cortez, E.A., Souza, L. R., Souza, M.A., Pinto, A., do Carmo, T.G. & Nascimento, R. M. (2010). Os benefícios da visita pré-operatória de enfermagem para o cliente cirúrgico: revisão sistemática de literatura. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, 2 (2), 797-806. <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/522>

Costa, D., Maltez, F., Mota, L., & Príncipe, F. (2021). Relevance of information on elderly patients homecoming after cataract surgery: from nurses' perspective. *Millenium*, 2 (14), 21-28. https://www.researchgate.net/publication/355927202_Relevance_of_information_when_elderly_returning_home_after_cataract_surgery_nurses'_perspective

Coutinho, S. (2009). Desenho de uma unidade de cirurgia de ambulatório. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, 2 (8), 59-64. <https://revista.spcir.com/index.php/spcir/issue/view/18>

Cruz, G. M., Santana, S. K., Santana, J.L., Ferreira, R. M., Neves, P. M. & Faria, M. N. (2007). Complicações Pós-Operatórias Cirúrgicas da Hemorroidectomia: Revisão de 76 Casos de Complicações. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, 27(1), 42-57. <https://www.scielo.br/j/rbc/a/pwj9yR3XptTSGv64HJF7fQr/?format=pdf&lang=pt>

Deus, J. R. & Rama, N. (2023). Recomendações no tratamento da doença hemorroidária. *Sociedade Portuguesa de Coloproctologia*. <https://www.spcoloprocto.org/uploads/recomendac-o-es-doenc-ahemorroida-ria.pdf>

Dhungana, M., Limbu, R. & Shrestha, M. (2019). Assessment of Pre-Operative Anxiety among Patients in Selected Hospitals of Rupandehi, Nepal. *Journal of Psychiatrists Association of Nepal*, 8 (1), 28-32. <https://www.nepjol.info/index.php/JPAN/article/view/26333>

Direção Geral de Saúde. (2022). Norma nº020/2015 - Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico. https://normas.dgs.minsaude.pt/wpcontent/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf

Direção Geral da Saúde. (2023). Relatório Anual de Monitorização da Implementação do Plano

Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/relatorio-de-monitorizacao-da-implementacao-do-pnsd-2021-2026_final_parapublicacaofinal-2-pdf.aspx

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

Drake, G. & Williams, A. (2018). The neglected role of distress in pain management: Qualitative research on a gastrointestinal ward. *Scandinavian Journal of Pain*, 18(3), 399-407. <https://doi.org/10.1515/sjpain-2018-0045>

Elvir-Lazo, O. F., White, P.F., Yumul, R. & Eng H. C. (2020). Management strategies for the treatment and prevention of postoperative/postdischarge nausea and vomiting: an updated review. *F1000Research*, 9(983). <https://doi.org/10.12688/f1000research.21832.1>

Fox, A., Tietze, P.H. & Ramakrishnan, K. (2014). Anorectal conditions: hemorrhoids. *FP Essent*. 4(419), 11-9. <https://europepmc.org/article/med/24742083>

Gonçalves, M. A., Cerejo, M. D. & Martins J. C.(2017). A influência da informação fornecida pelos enfermeiros sobre a ansiedade pré-operatória. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (14), 17-26. <https://doi.org/10.12707/RIV17023>

Gordon, J., Cooper, R. M. & Parotto, M. (2018). Supraglottic airway devices: indications, contraindications and management. *Minerva Anestesiologica*, 84(3), 389-397. <https://www.minervamedica.it/en/getfreepdf/TEROYzdkRkltajgzMzNXdG9veWx2WXZYbTBOMEVYTct1Y1ZSTy84bjhLS1J5WTN0YTdwSDZYUzJDY3MzQmkyeg%253D%253D/R02Y2018N03A0389.pdf>

Haugen, A. S., Wæhle, H. V., Almeland, S. K., Harthug, S., Sevdalis, N., Eide, G. E., Nortvedt, M. W., Smith, I. & Sjøfteland, E. (2019). Causal Analysis of World Health Organization's Surgical Safety Checklist Implementation Quality and Impact on Care Processes and Patient Outcomes: Secondary Analysis From a Large Stepped Wedge Cluster Randomized Controlled Trial in Norway. *Annals of Surgery*, 269 (2), 283-290. https://journals.lww.com/annalsofsurgery/fulltext/2019/02000/causal_analysis_of_world_health_organization_s.16.aspx

Infarmed. (2021). Resumo das características do medicamento: Propofol 1% 10 mg/ml, emulsão injetável ou para perfusão. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml>

Infomed (2018). Resumo das características do medicamento: Ropivacaína Kabi 7,5 mg/ml solução injetável. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml>

Infomed (2022). Resumo das características do medicamento: Paracetamol B. Braun 10 mg/ml solução para perfusão. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml>

Infomed (2023). Resumo das características do medicamento: Cetorolac Accord 30 mg/1 ml solução injetável. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml>

Infomed (2024a). Resumo das características do medicamento: Esmeron 10 mg/ml solução injetável. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

Infomed (2024b). Resumo das características do medicamento: Ondansetrom Labesfal, 8 mg/4 ml, Solução injetável. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml>

Infomed (2025). Resumo das características do medicamento: Bridion 100 mg/ml solução injetável.

https://www.ema.europa.eu/pt/documents/product-information/bridion-epar-product-information_pt.pdf

Instituto Nacional de Estatística. (2021). Censos2021. https://censos.ine.pt/xportal/xmainxpgid=censos21_main&xpid=CENSOS21&xlang=pt

Ivatury, S. J., Swarup, A., Wilson, M. Z. & Wilson, L. R. (2020) Prospective evaluation of a standardized opioid reduction protocol after anorectal surgery. *Journal of Surgical Research*, 256, 564-569. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2020.07.028>.

Kaidar-Person, O., Person, B. & Wexner, S. D. (2007). Hemorrhoidal disease: A comprehensive review. *Journal of American College of Surgeons*, 204(1), 102-17. https://journals.lww.com/journalacs/citation/2007/01000/hemorrhoidal_disease__a_comprehensive_review.14.aspx

Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2015). *Focus groups: A practical guide for applied research*. Sage.

Lambert, K. G., Wakim, J. H. & Lambert, N. E. (2009). Preoperative fluid bolus and reduction of postoperative nausea and vomiting in patients undergoing laparoscopic gynecologic surgery. *AANA Journal*, (77), 110-4. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19388505/>

Leaper, D. J., & Whitaker, I. S. (2010). *Post-operative complications*. Oxford University Press.

Liao, W., Cheng, Y., Hsu, C., Chiu, Y., Chiu, H., Chang, S. & Hu, S. (2024). Effects of early warm water sitz bath on urinary retention and pain after haemorrhoidectomy: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 154 (2024), 1-6. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748924000774?ref=pdf_download&fr=RR-2&rr=92db2d2cea025910

Linton, A. & Matteson, M. (2020). *Medical Surgical Nursing*. Elsevier.

Lista, F., Doherty, C., Backstein, R. & Ahmad, J. (2012). The impact of perioperative warming in an Outpatient Aesthetic Setting. *Aesthetic Surgery Journal*, 32 (5), 613-620. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22745450/>

- Liyanage, H., Krause, P., & De Lusignan, S. (2015). Using ontologies to improve semantic interoperability in health data. *Journal of Innovation in Health Informatics*, 22 (2), 309-315. <https://doi.org/10.14236/jhi.v22i2.159>
- Lopes, A. J. M. (2012). *Gestão do Bloco Operatório* (Dissertação de mestrado, Universidade do Minho). Repositório da Universidade do Minho. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/19778/4/Am%c3%a9rico%20Jorge%20Marinho%20Lopes.pdf>
- Lopes, C. M., Hass, J. V., Dantas, R. A., Oliveira, C. G. & Galvão, C. M. (2016). Assessment scale of risk for surgical positioning injuries . *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24(2704), 1-8. <https://www.scielo.br/jjrlae/a/f9gwZMD7VZ9jVCXGVpTfc9C/?lan>
- Lourenço, I. L., Gonçalves, M. S. F., Sequeira, M. S., Melo, M. F. H. & Gouveia, M. J. B. (2022). A Tomada de Decisão na Gestão de Cuidados em Enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Gestão e Desenvolvimento*, 30 (2022), 557-578. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>
- Maharaj, C. H, Kallam, S. R, Malik, A., Hassett, P., Grady, D. & Laffey, J. G. (2005). Preoperative intravenous fluid therapy decreases postoperative nausea and pain in high risk patients. *Anesthesia & Analgesia*, 100(3), 675-682. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15728051/>
- Manchanda, A., Valenti, G., Rathore, A., Carugno, J., Török, P., Riemma, G., Angelis, M., Vilos, G., Pacheco L. & Vitale S. (2020). Distension media delivery systems in hysteroscopy: past, present and future. *Minimally Invasive Therapy & Allied Technologies*. https://www.researchgate.net/publication/341418441_Distension_media_delivery_systems_in_hysteroscopy_past_present_and_future
- Marinho, H. F. A. (2021). *Serviço de Anestesiologia* (Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. https://sigarra.up.pt/faup/en/pub_geral.show_file?pi_doc_id=296889
- Mata, L., Santos, G., Oliveira, J., Perdigão L. & Flor, B. (2024). Fisiopatologia e tratamento do Íleo Paralítico em pacientes pós-cirúrgicos: uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 7 (3), 01-10. <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/download/70856/49852/174186>
- Mendonça, S.S. (2009). *Competências profissionais dos enfermeiros: a excelência do cuidar*. Editorial Novembro.
- Monteiro, A. M., Alves, M., & Marques, O. (2016). Diabetes e cirurgia de ambulatório - protocolo de atuação no período perioperatório. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo*, 11(2), 262-267. <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-endocrinologia-diabetes-e->

metabolismo-356-articulo-diabetes-e-cirurgia-ambulatorio-protocolo-atuacao-no-S1646343916300074

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>

Morgan, L. D. (1996). Focus Groups. *Annual Review Sociology*, 22, 129-152. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.22.1.129>

Nicholson, A., Cook, T. M., Smith, A. F., Lewis, S. R. & Reed, S.S. (2013). Supraglottic airway devices versus tracheal intubation for airway management during general anaesthesia in obese patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 10.1002/14651858.CD010105.pub2

Nunes, L. (2007). Responsabilidade Profissional: cinco estrelas e bandeira azul. *Revista AESOP*, 23, 5-18. https://conversamos.wordpress.com/wp-content/uploads/2007/11/responsabilidade_contextoenfperioperatoria.pdf

Odom-Forren, J. (2021). *Alexander Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. Grupo Editorial Nacional S.A.

Oliveira, E. (2011). *Ansiedade Pré-Operatória* (Tese de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar). Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/62152/2/Ansiedade%20PrOperatria.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2007). Parecer nº136/2007 - Processo de decisão para a delegação: Tomada de posição do Conselho Jurisdicional e Diretivo. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao_23Abr2007.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor - Guia orientador de boa prática*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Volume II*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8906/cadernosoe_guiasorientadoresboapraticeesi_p_volii.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem*

médico-cirúrgica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-em_c_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº 429/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento nº 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento nº 743/2019 - Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Park, K. W. & Dickerson, C. (2009). Can efficient supply management in the operating room save millions?. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 22(2), 242-248. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19295431/>

Pereira, S. K., Santana, R. F., Morais, V. S., Soares, T. S. & Silva, D. M. (2016). Planejamento da alta hospitalar no pós-operatório de idosos: estudo de casos múltiplos. *Revista Cuidar é Fundamental*, 8 (4), 4949-4955. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.4949-4955>

Pestana, H. C., David, C.D. & Pereira, M.A. (2024). Segurança e Proteção de Dados em Enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 28 (1), 88-96. <https://pensarenfermagem.esel.pt/index.php/esel/article/download/322/471/2954>

Portugal. Decreto-Lei nº 13/2009 de 12 de Janeiro. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/13-2009-397329>

Portugal. Ministério da Saúde. (2013). Despacho n.º 7021/2013, de 30 de maio. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/7021-2013-833630>

Portugal. Lei de Bases da Saúde. (2019). Lei n.º 95/2019, de 04 de Setembro. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=3197&tabela=leis&ficha=1&pagina

Portugal. Diário da República. (2024). Lexionário. <https://diariodarepublica.pt/dr/lexionario/termo/dados-relativos-a-saude>

Portugal. Ministérios da Defesa Nacional, Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde. (2024). Portaria

Nº97/2024/1. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/97-2024-855197514>

Pritchard, M. J. (2009). Identifying and assessing anxiety in pre-operative patients. *Nursing Standard*, 23 (51), 35-40. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19753776/>

Reith, F. C., Van den Brande, R., Synnot, A., Gruen, R., & Maas, A. I. (2016). The reliability of the Glasgow Coma Scale: a systematic review. *Intensive care medicine*, 42(1), 3-15. <https://doi.org/10.1007/s00134-015-4124-3>

Rezende, H. A. & Duarte, A. C. S. (2017). A influência da liderança na promoção de comportamentos de cidadania organizacional entre enfermeiros. In R. Melo, L. Mónico, C. Carvalho, P. Pereira, H. Rezende, A. Duarte & E. Lousã, *Liderança e Seus Efeitos* (pp. 27-48). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Ribeiro, O., Martins, M., , Tronchin, D. & Forte, E. (2018). O Olhar dos enfermeiros Portugueses sobre os conceitos metaparadigmáticos de enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 27 (2), e3970016. <https://www.scielo.br/j/tce/a/VNs9n4dmCkjRSJVDvyVCyFz/?lang=pt>

Riss, S., Weiser, F. A., Schwameis, K., Riss, T., Mittlböck, M., Steiner, G. & Stift, A. (2012). The prevalence of hemorrhoids in adults. *International Journal of Colorectal Disease*, 27, 215 - 220. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21932016/>

Romaguera, V.P., Sancho-Muriel, J., Alvarez-Sarrdo, E., Millan, M., Garcia-Granero, A. & Frasson, M. (2021). Postoperative complications in hemorrhoidal disease and special conditions. *Reviews on Recent Clinical Trials*, 16 (1), 67-74. <https://doi.org/10.2174/1574887115666200406114218>

Rothrock, J. (2021). *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. Guanabara Koogan Lda.

Rusch, D., Eberhart, L., Wallenborn, J. & Kranke, P. (2010). Nausea and vomiting after surgery under general anesthesia: an evidence-based review concerning risk assessment, prevention and treatment. *Deutsches Ärzteblatt International*, 107(42), 733 -741. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2010.0733>

Rutherford, M. (2008). Standardized Nursing Language: What Does It Mean for Nursing Practice?. *OJIN - The Online Journal of Issues in Nursing*, 13 (1).

<https://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/HealthIT/StandardizedNursingLanguage.html>

Sanguiné, A., Ramos, G., Boschetti, R., & Treviso, P. (2018). Hipotermia no pós-operatório imediato: percepção de técnicos de enfermagem. *Revista SOBECC*, 23(4), 205-211. <https://doi.org/10.5327/z1414-4425201800040006>

Sammour, T. (2022) Pain after hemorrhoidectomy. *Diseases of the Colon & Rectum*,

65(8), 951-952. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35239530/>

Sequeira, C. (2016). Comunicação clínica e relação de ajuda. Lidel.

Sessler, D. (2011). Temperature monitoring: consequences and prevention of mild perioperative hypothermia. *Souther African Journal of Anesthesia and Analgesia*, 109, 1-7. <https://www.sajaa.co.za/index.php/sajaa/article/view/1357>

Simillis, C., Thoukididou, S. N., Slessor, A. A., Rasheed, S., Tan. E. & Tekkis, P. P. (2015). Systematic review and network meta-analysis comparing clinical outcomes and effectiveness of surgical treatments for haemorrhoids. *British Journal of Surgery*, 102 (13), 1603-1618. <https://doi.org/10.1002/bjs.9913>

Sociedade Portuguesa de Anestesiologia. (2017). Recomendações da SPA para manutenção de normotermia no período perioperatório. <https://www.spanestesiologia.pt/ficheiros/Consensos%20normotermia.pdf>

Sousa C. S., Barreto, B. C., Santana, G. A., Miguel, J. V., Braz, L. S., Lima, L. N. & Melo, M. C. (2021). O brinquedo terapêutico e o impacto na hospitalização da criança: revisão de escopo. *Revista Sociedade Brasileira Enfermagem Pediátrica*, 21 (2), 173-180. <https://journal.sobep.org.br/article/o-brinquedo-terapeutico-e-o-impacto-na-hospitalizacao-da-crianca-revisao-de-escopo/>

Temple-Oberle, C., Shea-Budgell, M. A., Tan, M., Semple, J. L., Schrag, C., Barreto, M., Blondeel, P., Hamming, J., Dayan, J., & Ljungqvist, O. (2017). Consensus Review of Optimal Perioperative Care in Breast Reconstruction. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 139(5), 1056-1071. <https://doi.org/10.1097/prs.00000000000003242>

Torossian, A., Brauer, A., Hocker, J., Bein, B., Wulf, H., Horn, E. (2015). Clinical practice guideline: Preventing inadvertent perioperative hypothermia. *Dtsch Arztebl*, 112(10), 166-172. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25837741/>

Travassos, A. I., Pires, E. M., Mendes, Z. A., Zangão, M. O. & Bilro, P.C. (2022). Governação clínica: promoção da qualidade na prática clínica. In M. O. Zangão & P. C. Bilro, *Gestão de Recursos em Saúde* (pp 42-52). Atena. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/34419/1/4-gestao-de-recursos-em-saude.pdf>

van Tol, R. R., Bruijnen, M. P. A., Melenhorst, J., van Kuijk, S. M., Stassen, L. P. & Breukink, S.O. (2018). A national evaluation of the management practices of hemorrhoidal disease in the Netherlands. *International Journal of Colorectal Disease*, 33(5), 577-588. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5899108/>

Vieira, V., Marcos, A., Patuleia, D., Pinto, J. M. & Lança F. (2012). Recomendações portuguesas para a profilaxia e tratamento das náuseas e vômitos no pós-operatório em cirurgia

de ambulatório.
https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacoes_nauseas.pdf

Vieira, V., Carmona, C., Pinto, J. M. Marcos, A. (2017). Recomendações para Abordagem Anestésica do Doente Idoso em Cirurgia de Ambulatório. Revista Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, 26(2), 52 - 60.
<https://www.spanestesiologia.pt/ficheiros/RECOMENDACOES%20PARA%20A%20ABORDAGEM%20ANESTICA%20DO%20DOENTE%20IDOSO.pdf>

Vilelas, J. M. & Janeiro, S. I. (2012). Transculturalidade: o enfermeiro com competência cultural. Revista mineira de enfermagem, 16 (1), 120-127.
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-22566>

Weinberg, G., Rupnik, B., Aggarwal, N., Fettiplace, M. & Gitman, M. (2020). Toxicidade Sistêmica por Anestésico Local (LAST) Revisitada: Um Paradigma em Evolução. Boletim Anesthesia Patient Safety Foundation, 3 (1), 4-7.
<https://www.apsf.org/pt-br/article/toxicidade-sistemica-por-anestesico-local-last-revisitada-um-paradigma-em-evolucao/>

Yamagishi, M., Kageyama, T., Kobayashi, T., Nagami, M., Shimazu, A., & Kageyama, T. (2007). Effect of web-based assertion training for stress management os Japanese 109 nurses. Journal of Nursing Management, 15 (6), 603-607. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17688565/>