

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**O PROCESSO DE PREPARAÇÃO E CONHECIMENTO
EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO:**

DESAFIOS PARA A ONTOLOGIA DE ENFERMAGEM

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

**THE PREPARATION AND KNOWLEDGE PROCESS
IN THE PERIOPERATIVE SETTING:**

CHALLENGES FOR NURSING ONTOLOGY

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

Autor

Ana Sofia de Oliveira Guedes Bastos Godinho

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Orientador(es)

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

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

Autor

Ana Sofia de Oliveira Guedes Bastos Godinho

Porto, 2024

RESUMO

O presente relatório de estágio foi desenvolvido no âmbito da unidade curricular de Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo II tendo por objetivo a aquisição de competências especializadas no domínio do Cuidado de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e intitula-se de “O Processo de Preparação e Conhecimento em Contexto Perioperatório: Desafios para a Ontologia de Enfermagem – Projeto de Desenvolvimento de Competências Específicas em Enfermagem Perioperatória”.

O contexto perioperatório exige uma atuação altamente diferenciada, com grande diferenciação técnica, mas também concetual, existindo ainda muitos desafios no que concerne à representação do conhecimento da disciplina e processo de tomada de decisão autónoma neste domínio específico. O utente submetido a um processo anestésico-cirúrgico deve ser envolvido ativamente e responsabilizado pela sua tomada de decisão no que concerne à adoção de comportamentos que promovam a sua preparação e recuperação cirúrgica de forma saudável e adequada.

O objetivo geral deste estágio foi desenvolver competências especializadas no cuidado à pessoa em situação perioperatória, através da promoção do conhecimento e capacitação da mesma face ao seu processo anestésico-cirúrgico num ambiente que garanta a segurança e a qualidade dos cuidados.

A metodologia utilizada neste trabalho incluiu a realização de uma revisão da literatura de artigos científicos e documentos de referência em bases de dados eletrónicas sobre a temática em estudo (nomeadamente MEDLINE Complete, CINAHL Ultimate, CINAHL Complete, Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), Google Académico e bibliografia na área das ciências da saúde e ciências sociais e humanas), a apresentação de dois casos clínicos em contexto de estágio e a reflexão crítica sobre as competências adquiridas e respetiva fundamentação.

No culminar deste processo formativo concluí que utentes mais literados em saúde, são pessoas que se adaptam mais facilmente às transições saúde-doença, neste caso no contexto cirúrgico, através da autogestão facilitadora do processo invasivo, com a aplicação de conhecimentos e aquisição das capacidades necessárias e que, por isso, recorrem menos aos serviços de saúde deixando espaço para uma gestão mais eficaz e eficiente dos recursos materiais e humanos disponíveis. Para além disso, compreendi que, apesar da Literacia em Saúde ser um constructo do conhecimento recente, é um dos domínios estratégicos no que respeita ao investimento estratégico na área da saúde.

Palavras chave: conhecimento; autogestão; enfermagem perioperatória; literacia em saúde.

ABSTRACT

This internship report was developed within the scope of the curricular unit Professional Internship with Report – Module II with the objective of acquiring specialized skills in the field of Nursing Perioperative Care and is entitled “The Process of Preparation and Knowledge in the Perioperative Context: Challenges for Nursing Ontology – Development of Specific Competencies in Perioperative Nursing”.

The perioperative context requires highly differentiated action, with great technical but also conceptual differentiation, and there are still many challenges regarding the representation of the discipline’s knowledge and the autonomous decision-making process in this specific domain. The user undergoing an anaesthetic-surgical process must be actively involved and held responsible for their decision-making regarding the adoption of behaviours that promote their preparation and surgical recovery in a healthy and appropriate way.

The general objective of this internship was to develop specialized skills in the field of Nursing Perioperative Care, by promoting patient’s surgical knowledge and training regarding their anaesthetic-surgical process in an environment that guarantees safety and quality of care.

The methodology used in this work included carrying out a literature review of scientific articles and reference documents in electronic databases regarding this issue (MEDLINE Complete, CINAHL Ultimate, CINAHL Complete, Open Access Scientific Repositories of Portugal (RCAAP), Google Scholar and bibliography in the area of health sciences and social and human sciences), the presentation of two clinical cases in an internship context and critical reflection on the skills acquired with the appropriate evidence.

At the end of this training process, it was noticeable that highly literate patients are more prone to adapt to health-illness transitions in the perioperative field. Furthermore, these patients are also more likely to, through knowledge and skills application, self-manage their perioperative health process with success, and therefore they don’t need to overuse health services and saturate health systems. Moreover, it was clear that, although Health Literacy is a recent research domain, it is one of the strategic domains with regard to strategic investment in the health field.

Keywords: knowledge; self-management; perioperative nursing; health literacy.

ABREVIATURAS

APCA - Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório

AORN - Association of Perioperative Registered Nurses

BOC - Bloco Operatório Central

CIDESI-ESEP - Centro de Investigação e Desenvolvimento em Sistemas de Informação em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EMCEPSP - Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

ENP - Estágio de Natureza Profissional

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

ILC - Infecção do Local Cirúrgico

LSV - Laqueação e Stripping de Varizes

MEMCEPSP - Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

NVPO - Náuseas e Vômitos no Pós-Operatório

OMS - Organização Mundial de Saúde

PDCA - Plan-Do-Check-Act

SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

UCA - Unidade de Cirurgia de Ambulatório

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	11
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	15
3. CASO 1: CIRURGIA DE LAQUEAÇÃO E STRIPPING DE VEIAS VARICOSAS DOS MEMBROS INFERIORES.	17
3.1. Enquadramento teórico	17
3.2. Clientes	20
3.3. Medicação	21
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	21
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	24
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	29
3.5. Domínios	32
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	33
3.6. Conceção de Cuidados	38
3.7. Síntese relativa ao caso	41
4. CASO 2: CIRURGIA RESSECÇÃO TRANSURETRAL DA PRÓSTATA	43
4.1. Enquadramento teórico	43
4.2. Clientes	45
4.3. Medicação	46
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	46
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	48
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	50
4.5. Domínios	52
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	52
4.6. Conceção de Cuidados	54
4.7. Especificação das intervenções	55
4.8. Síntese relativa ao caso	57
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	59
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	85
7. BIBLIOGRAFIA	87
ANEXOS	103

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

O presente relatório de estágio foi desenvolvido no âmbito da unidade curricular de Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II tendo por objetivo a aquisição de competências especializadas no domínio do Cuidado de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e intitula-se de “O Processo de Preparação e Conhecimento em Contexto Perioperatório: Desafios para a Ontologia de Enfermagem - Desenvolvimento de Competências Específicas em Enfermagem Perioperatória”.

Este módulo de estágio é integrado no curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (MEMCEPSP) do ano letivo de 2023-2024 da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e pretende traduzir uma atividade critico-reflexiva da prática clínica, transpondo a evidência para o contexto da prestação de cuidados no ambiente perioperatório nos settings ambulatorio e central, culminando na aquisição de competências dentro do domínio desta especialidade do curso de Enfermagem, consignadas no Regulamento n. 429/2018 de 16 de julho da Ordem dos Enfermeiros.

Os cuidados de Enfermagem assumem atualmente uma complexidade crescente pelo que os enfermeiros são motivados a incrementar o seu conhecimento e a investir em formação pós-graduada como garante da aquisição de conhecimentos e competências especializadas num determinado campo específico de atuação (Silva et al., 2020).

O contexto perioperatório exige uma atuação altamente diferenciada, com grande diferenciação técnica, mas também concetual, existindo ainda muitos desafios no que concerne à representação do conhecimento da disciplina e processo de tomada de decisão autónoma neste domínio específico.

A Ordem dos Enfermeiros (2002) nos enunciados descritivos que compõem os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem inclui a “...promoção do potencial de saúde do cliente através da optimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento...” e o “...o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente” como determinantes constructos para a excelência do cuidado de Enfermagem.

Nesta ótica de pensamento, o utente submetido a um processo anestésico-cirúrgico deve ser envolvido ativamente e responsabilizado pela sua tomada de decisão no que concerne à adoção de comportamentos que promovam a sua preparação e recuperação cirúrgica de forma saudável e adequada. Todavia, essa tomada de decisão deve ser informada, portanto, assente

num corpo de conhecimentos e aquisição de capacidades que se revelem facilitadoras da autogestão da experiência cirúrgica e anestésica. Este processo de aprendizagem do utente cirúrgico pode ser influenciado por fatores individuais (nos quais se incluem a literacia em saúde) e por fatores ambientais.

Tendo em conta o referencial teórico aqui explanado, com este relatório de estágio foi definido o seguinte objetivo geral: desenvolver competências especializadas no cuidado à pessoa em situação perioperatória, através da promoção do conhecimento e capacitação da mesma face ao seu processo anestésico-cirúrgico num ambiente que garanta a segurança e a qualidade dos cuidados.

Este propósito vai de encontro às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMCPSP apresentadas no Artigo 5.º do Diário da República a 16 de julho de 2018, nomeadamente aquelas que se relacionam com o cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família ou pessoa significativa e promover a sua segurança durante a vivência da experiência cirúrgica.

Da definição do objetivo geral partem três objetivos específicos, nomeadamente:

1. Contribuir para o desenvolvimento de um método estruturado de recolha de dados, identificação de diagnósticos, definição de objetivos/critérios de resultado e intervenções de enfermagem através da apresentação de dois casos clínicos, um por cada contexto de estágio;
2. Identificar os fatores que influenciam o processo de aquisição de conhecimento por parte do utente cirúrgico no contexto perioperatório (especificando a literacia em saúde do utente);
3. Compreender a relação entre a literacia em saúde dos profissionais de saúde e a cultura de segurança no bloco operatório.

Estes objetivos específicos estão mais uma vez em linha com as competências dos enfermeiros especialistas nesta área, nomeadamente no que concerne à capacitação da pessoa para gerir a experiência cirúrgica e à prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória (objetivo específico 1 e 2), mas também à promoção de ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório (objetivo específico 3).

De forma a compreender os referenciais teóricos subjacentes aos objetivos propostos foi realizada uma revisão da literatura de artigos científicos e documentos de referência em bases de dados eletrónicas nomeadamente MEDLINE Complete, CINAHL Ultimate, CINAHL Complete, Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), Google Académico e bibliografia na área das ciências da saúde e ciências sociais e humanas.

Este relatório divide-se em três partes: a caracterização dos contextos clínicos de estágio, a apresentação dos dois casos clínicos e a apresentação dos contributos e evidência para o desenvolvimento das unidades de competências comuns da especialidade de Enfermagem

Médico-Cirúrgica e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.

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

Durante o primeiro e segundo módulos da unidade curricular de ENP tive a oportunidade de me integrar em dois contextos de estágio distintos, um na área da atividade assistencial cirúrgica em regime de ambulatório e outro em regime de bloco operatório central com internamento.

A Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) é um serviço que oferece um conjunto de atividades assistenciais e não assistenciais centradas no utente com indicação cirúrgica em regime de ambulatório descrito em Diário da República no regulamento nº 132/2017 de 11 de julho de 2017 como “a intervenção cirúrgica programada...realizada em regime de admissão e alta num período inferior a 24 horas, incluindo a cirurgia de ambulatório no mesmo dia ou a cirurgia de ambulatório com pernoita”. Este contexto é, pela dinâmica e especificidade em que se desenvolve, o ambiente de excelência para o desenvolvimento de uma relação terapêutica de aquisição de conhecimentos e competências por parte do utente submetido a intervenção cirúrgica, de forma a potenciar e otimizar a sua preparação e recuperação face ao processo cirúrgico (DR, regulamento nº 429/2018 de 16 de julho de 2018).

O Enfermeiro Especialista neste contexto, deve, entre outras competências relacionadas com a atividade assistencial técnica intraoperatória (anestesia, circulação, instrumentação, recobro) mobilizar conhecimentos e competências para promover o processo de aprendizagem do utente e família/pessoa significativa a viver a experiência cirúrgica. Especificando, o enfermeiro deve promover a capacitação, autogestão e recuperação da pessoa e assegurar que a mesma tem acesso e compreende a informação necessária para garantir que gere a transição pela experiência cirúrgica de forma facilitadora.

Assim, de todos os processos assistenciais a que assisti na UCA foram aqueles que se relacionaram com o processo de aprendizagem e capacitação do utente para a sua preparação e recuperação cirúrgica que mais interesse me despertaram. Neste serviço em particular os enfermeiros intervinham na área da educação em vários momentos ao longo do processo assistencial, nomeadamente na consulta pré-operatória, no contacto telefónico 24h antes da cirurgia, no momento da preparação para a alta, no contacto telefónico após 24h da cirurgia e 30 dias após da cirurgia. Os procedimentos realizados nesta instituição envolviam várias especialidades, nomeadamente ortopedia, cirurgia geral, vascular, ginecologia, e exames especiais de gastroenterologia e pneumologia, o que se afirmou como muito positivo pois permitiu-me ter uma boa amostra do contexto de atuação de um enfermeiro neste domínio.

Estruturalmente a UCA é constituída por uma sala operatória, uma sala de recobro imediato, uma sala para realização de procedimentos de pequena cirurgia, gastroenterologia e broncoscopia, uma sala de recobro prolongado com nove camas equipadas com sistema de monitorização contínua, gabinetes de trabalho e de consultas de enfermagem, gabinetes de

gestão, secretariado, sala de preparação de medicação e sala de convívio social, vestiários, para além de uma sala de espera para os utentes.

O segundo contexto de estágio foi um Bloco Operatório Central (BOC) constituído por dez salas operatórias, com uma atividade assistencial nas mais variadas especialidades cirúrgicas nomeadamente cirurgia geral, ortopedia, otorrinolaringologia que inclui a pediatria, urologia, ginecologia, cirurgia plástica, e estomatologia. Este serviço funciona numa estrita parceria com os serviços de internamento, urgência, esterilização, radiologia, laboratório de anatomia patológica, hemoterapia, entre outros considerando-se por isso, um serviço com uma prestação de cuidados diferenciados. A nível estrutural o bloco operatório divide-se em três alas: ala norte, ala central e ala sul (na qual está incluída a área de Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA)).

Da ala norte fazem parte cinco salas operatórias, armazéns de material consumível esterilizado e outro material clínico, sala de anatomia patológica onde são rececionados e armazenados os produtos biológicos, sala de registos médicos, zona social (sala de convívio e sala de refeições), gabinetes do secretariado, gestão, gabinetes de trabalho, e vestiários.

Na ala central recebem-se os utentes a operar havendo uma zona de transferência ou de passagem do utente que vem do internamento, assim como uma zona de transferência após a cirurgia para a UCPA. Portanto, é uma zona que serve as duas alas operatórias. Para além disso comporta uma área de gestão central, com uma estação de trabalho para o coordenador ou responsável de turno.

Na ala sul existem mais 5 salas operatórias, uma sala para elaboração de relatórios médicos, armazéns de material consumível esterilizado, armazém de farmácia, armazém com material diverso de posicionamento e outros equipamentos e material de apoio. Para além disso é nesta ala que se encontra a UCPA, local onde os utentes são recebidos após a intervenção cirúrgica para realizarem o recobro imediato. Esta unidade é constituída por dez camas equipadas com equipamento de monitorização e vigilância contínua, existindo ainda um ventilador disponível em caso de necessidade. A meio da unidade existe uma estação de observação e registo com computadores disponíveis e com sistema de telemetria incorporado. Para além disso existe uma sala de preparação de medicação e uma sala de sujos, e um carro de emergência de apoio. A UCPA comunica com o exterior onde os utentes têm alta para o internamento, através de um corredor com porta devidamente trancada e com acesso apenas a pessoal autorizado com cartão eletrónico.

Colateralmente e na antecâmara de cada sala de operações existe de um lado uma sala de indução anestésica e contiguamente uma sala de desinfeção cirúrgica das mãos. A entrada de pessoal autorizado quer na UCA quer no BOC é feita exclusivamente através dos vestiários garantindo-se por isso a presença de um circuito fechado nestes serviços.

3. CASO 1: CIRURGIA DE LAQUEAÇÃO E STRIPPING DE VEIAS VARICOSAS DOS MEMBROS INFERIORES.

Cliente do sexo feminino, 69 anos, proposta para cirurgia eletiva de laqueação e stripping de veias varicosas dos membros inferiores, sob anestesia geral balanceada, marcada para dia 27/10/2023 pelas 9.00h. Sem antecedentes cirúrgicos e com antecedentes patológicos de hipertensão e dislipidemia.

3.1. Enquadramento teórico

As varizes dos membros inferiores são uma patologia muito frequente em todo o mundo e têm um grande impacto na qualidade de vida dos utentes (Oliveira et al., 2018). A evidência revela que esta patologia é prevalente em cerca de um terço da população ocidental, sendo que as taxas variam entre 1-73% nas mulheres e 2-56% nos homens (Beebe-Dimmer et al., 2005).

A doença venosa crónica é muitas vezes desvalorizada, enquanto problema importante de saúde pública, apesar da evidência científica indicar que esta atinge uma parte significativa da população, provoca morbilidade considerável e afeta negativamente a qualidade de vida dos doentes (Argyriou et al., 2018). As varizes dos membros inferiores são definidas como dilatações permanentes de veias subcutâneas, com um diâmetro igual ou superior a 3mm. A severidade dos sintomas pode variar desde desconforto ocasional até prurido intenso, edema e ulceração da pele (Lynch et al., 2015). Os fatores de risco para o desenvolvimento de varizes são a idade avançada, o sexo feminino, múltiplas gravidezes e antecedentes familiares de doença vascular (Beebe-Dimmer et al., 2005; Pannier & Rabe, 2015).

O tratamento desta patologia tem como objetivo melhorar ou normalizar o equilíbrio hemodinâmico venoso, eliminar ou reduzir a dor e o edema, cicatrização e prevenção de úlceras venosas e prevenção de complicações como trombose venosa superficial, alterações permanentes de perfusão tecidual ou insuficiência venosa crónica (Pannier et al., 2022). O tratamento cirúrgico das varizes dos membros inferiores é normalmente realizado em regime de ambatório. A evidência aponta para o facto de, com a inovação e utilização de técnicas menos invasivas, com incisões mais pequenas e com melhores equipamentos a cirurgia de laqueação e stripping de varizes pode ser realizada em contexto ambatório de forma segura, sem risco aumentado de complicações pós-operatórias ou outros efeitos adversos comparativamente à cirurgia eletiva em regime de internamento (Gemayel & Christenson, 2012).

Os avanços nas técnicas cirúrgicas e anestésicas assim como o apoio e reconhecimento político, a diminuição do tempo das listas de espera e melhor custo-efetividade, levaram a uma maior aceitação social deste regime de intervenção proporcionando a expansão da CA no mundo e em particular em Portugal (Natário et al., 2000). A Internacional Association for Ambulatory Surgery (IAAS) e a Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório (APCA) propõem a seguinte definição para a CA (Lemos, 2006): Intervenção cirúrgica/procedimentos, cuja admissão e alta para casa ou para uma unidade não abrangida pelos serviços de Saúde, ocorre no mesmo dia, até às 20h (sem necessidade de pernoita hospitalar e com tempo máximo de hospitalização de 12 horas). Em algumas Unidades de CA pode estar inserido o regime de pernoita, sendo que atendendo à definição anterior, a alta ocorre no dia seguinte após pernoita hospitalar (tempo máximo de hospitalização de 24 horas). A realização deste tipo de cirurgia neste contexto é amplamente divulgada e suportada pela literatura científica, e está associada a outcomes positivos reportados pelos utentes, sendo que na sua grande maioria são reforçadas as suas vantagens para a recuperação da pessoa (Hannon et al., 2022)

Os enfermeiros são determinantes quer no processo pré-operatório relativamente à identificação de necessidades de cuidados na área do conhecimento e capacidade para a preparação cirúrgica, no intraoperatório no que diz respeito à monitorização, vigilância, prevenção de complicações e no pós-operatório nomeadamente no que concerne à capacitação do utente como elemento ativo envolvido na sua recuperação pós-operatória.

Torna-se assim pertinente definir o conceito de períodos pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório. O período pré-operatório inicia-se no momento em que o utente é informado acerca da necessidade da realização do procedimento cirúrgico e toma a decisão informada e consentida para a realização da cirurgia, e termina quando o utente é transferido para a mesa operatória (Lopes et al., 2022)

Seguidamente apresenta-se uma breve descrição da técnica cirúrgica e anestésica utilizadas neste caso clínico.

Técnica cirúrgica

Existem várias técnicas cirúrgicas diferentes para tratar as varizes dos membros inferiores (cirurgia aberta, endovenosa por ablação e tratamento por escleroterapia). Geralmente a escolha do método a utilizar depende da etiologia e localização do refluxo de sangue venoso nos membros inferiores. Se este refluxo se localizar ao nível da junção safeno poplíteia (JSP) ou junção safeno femoral (JSF), anteriormente designadas crossas das safenas, o tratamento cirúrgico consiste na laqueação e stripping da grande veia safena (GVS), remoção através de pequena incisão, assim como a extração das veias superficiais através de flebectomia (pequenos cortes) (Pannier et al., 2022), como no caso clínico aqui apresentado.

Para isso o cirurgião realiza uma pequena incisão transversal de 4-6cm, paralela à prega inguinal, identifica a JSF, e interrompe o refluxo nas secções proximal e distal do vaso, procede à laqueação do mesmo com fio de sutura (absorvível ou não) e remove a secção do vaso com fragilidade.(Pannier et al., 2022) Depois procede à remoção da GVS que inicialmente se procedia da região inguinal até ao maléolo interno, e atualmente é limitada ao joelho para evitar lesar o nervo safeno dada a proximidade deste com a veia safena no terço médio da perna (Alves et al., 2018). Em relação ao posicionamento, o utente é colocado na posição dorsal ou ventral (dependendo da localização das varizes a tratar), com abdução das pernas e após a laqueação das crossas é colocado na posição de Trendelenburg para permitir a extração das veias superficiais. Para garantir a integridade dos tecidos e para prevenir lesões neurológicas decorrentes do posicionamento, as regiões de maior pressão devem ser avaliadas e deve recorrer-se ao uso de equipamento de proteção e alívio da pressão. Os olhos do utente devem ser protegidos e as pálpebras encerradas para prevenir lesões oculares (AORN, 2019). No final do procedimento o cirurgião encerra a pele e é aplicado um penso compressivo seguido da aplicação de meias elásticas compressivas de 23 mmHg que o utente deve manter cerca de 8-10 dias (Alves et al., 2018).

As principais complicações que podem decorrer deste procedimento são no intraoperatório e no pós-operatório (Pannier et al., 2022):

- Intraoperatório: hemorragia, lesão nos nervos, lesão nos vasos linfáticos ou nos grandes vasos.
- Pós-operatório: hemorragia, hematoma, infeção do local cirúrgico, lesão nos vasos linfáticos comprometedor do sistema regulador de líquidos, trombose venosa superficial ou profunda, embolismo pulmonar.

Em relação à profilaxia venosa trombótica, a evidência aponta que não é clara a eficácia da compressão venosa a longo prazo. De fato, uma meta-análise de ensaios clínicos randomizados realizada em 2013 revelou que não há benefícios a longo prazo da aplicação da terapia de compressão no pós-operatório da cirurgia de laqueação e stripping de veias varicosas no que concerne os outcomes de dor pós-operatória, volume da perna, incidência de complicações e duração do absentismo ao trabalho (Huang et al., 2013).

No que concerne à profilaxia medicamentosa, esta é aplicada em função do risco do utente para desenvolver um evento trombótico sendo que a escolha do tipo de anticoagulante a administrar e respetiva posologia é uma decisão médica (Nyamekye & Campbell, 2021).

Técnica anestésica

A técnica anestésica ideal para um determinado procedimento, é aquela que incorpora a maior

segurança e satisfação para o utente, proporciona as melhores condições cirúrgicas para o cirurgião e que possibilita uma rápida recuperação. Neste caso, a evidência sugere que este tipo de procedimento pode ser realizado quer através de anestesia loco-regional, quer através de Anestesia Geral (AG) (Mutlu & Turkmen, 2022; Nandhra et al., 2020), no entanto há uma grande tendência em recorrer a esta última para garantir a sedação adequada do utente no intraoperatório (Allman & Wilson, 2011). Esta escolha baseia-se no facto de a técnica de infiltração do anestésico local, por exemplo, não abranger toda a área de manipulação do vaso, mas apenas o local da incisão, e, portanto, esta manipulação pode causar dor e desconforto, havendo a necessidade de aprofundar a sedação e relaxamento anestésicos (Cho et al., 2016). A AG caracteriza-se pela perda de consciência reversível induzida por fármacos, permitindo analgesia, imobilidade e atenuação dos reflexos neuromusculares para a realização de determinados procedimentos cirúrgicos (American Society of Anesthesiologists, 2018).

Esta técnica compreende três fases (Siddiqui e Kim, 2023):

- Indução: é considerada uma fase crítica, uma vez que são administrados fármacos que podem levar a alterações hemodinâmicas, apneia e hipotonia da via aérea. A indução compreende a administração do agente hipnótico para provocar perda de consciência, habitualmente é precedida da administração de analgésicos opióides, uma vez que o utente mantém a resposta neuroendócrina ao estímulo doloroso.
- Manutenção: esta fase tem como objetivo manter o estado de coma farmacológico conseguido na fase de indução sendo necessário manter a analgesia e relaxamento muscular e controlar as respostas simpáticas à agressão cirúrgica.
- Recuperação: é a última fase da AG e pressupõe que o doente recupere o estado de consciência sendo encaminhado para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA)

A AG é considerada um procedimento seguro, contudo existem diversos fatores como a idade do utente e o seu estado de saúde que podem incrementar o risco de desenvolver complicações pós AG, sendo necessária uma monitorização do utente durante e após a cirurgia para minimizar esse risco (Gottschalk et al., 2011). Esta técnica anestésica pode potenciar alguns efeitos adversos, sendo os mais comuns a náusea/ vômito pós-operatório, sonolência, depressão respiratória, alterações cardiovasculares, retenção urinária e reações anafiláticas (Nilsson et al., 2019). Além disso, a anestesia geral pode ter outros efeitos colaterais menos comuns, como lesão cerebral, delirium pós-operatório, infeção respiratória e trombose venosa profunda (Kehlet & Dahl, 2003). No entanto, os riscos associados à anestesia geral são relativamente raros e são geralmente superados pelos benefícios da cirurgia (Steadman et al., 2017).

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 69 anos | Feminino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-11-28 14:30:00	Solução polieletrolítica 1000ml IV - 27/10/2023, 8.15h	
2023-11-28 14:30:00	Fentanil 0,15mg IV - 27/10/2023, 9.15h	
2023-11-28 14:30:00	Propofol 130mg IV - 27/10/2023, 9.15h	
2023-11-28 14:30:00	Rocurónio 60mg IV - 27/10/2023, 9.15h	
2023-11-28 14:30:00	Desflurano 6% IN - 27/10/2023, 9.15h	
2023-11-28 14:30:00	Cetorolac 30mg IV - 27/10/2023, 10.20h	
2023-11-28 14:30:00	Paracetamol 1000mg IV - 27/10/2023, 10.20h	
2023-11-28 14:30:00	Tramadol 100mg IV - 27/10/2023, 10.20h	
2023-11-28 14:30:00	Ondasetron 4mg IV - 27/10/2023, 10.20h	
2023-11-28 14:30:00	Droperidol 0,625 mg IV - 27/10/2023, 10.30h	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

O enfermeiro perioperatório, como parte integrante da equipa multidisciplinar de cuidados ao utente no período perioperatório, deve deter conhecimentos acerca dos princípios e práticas de anestesia, garantindo a segurança dos cuidados ao utente (Rothrock, 2019). A sua prática deve ir além da preparação e administração de fármacos. O processo terapêutico exige a intervenção, mas também a responsabilização do enfermeiro perioperatório pela terapêutica prescrita monitorizando os seus efeitos e atuando adequadamente em situações de emergência (OE, 1998), de forma a garantir a segurança do utente.

Nesta situação em particular, os cuidados associados à terapêutica prendem-se com a técnica anestésica e com a prevenção, identificação precoce e tratamento das complicações pós-operatórias mais frequentes que são a dor, as náuseas e os vômitos. A técnica anestésica de eleição para a realização da cirurgia de laqueação e stripping de varizes nos membros inferiores é a AGB, que consiste na prescrição e administração conjugada de fármacos de diferentes

grupos farmacoterapêuticos, anestésicos inalatórios, fármacos hipnóticos endovenosos e opióides, com o objetivo de se obter a profundidade anestésica ótima com o mínimo de interferência na homeostasia fisiológica (Rothrock, 2021).

Apresenta-se seguidamente uma breve caracterização dos fármacos, com enfoque nas informações relevantes para a conceção de cuidados de enfermagem no perioperatório.

- Solução polieletrólítica

É uma solução de substituição de eletrólitos (contém: cloreto de sódio, cloreto de potássio, cloreto de magnésio, cloreto de cálcio e acetato de sódio), administrada por via intravenosa, cujo objetivo é promover a hidratação e homeostasia do utente em situações de desidratação, hipovolémia e acidose metabólica ligeira. Também permite a manutenção da permeabilidade dos acessos venosos e é coadjuvante da administração de terapêutica, dada a sua elevada compatibilidade com os restantes fármacos. 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. Como reação adversa mais comum é referida a irritação no local da punção venosa onde é perfundida a solução.

- Fentanil

O fentanil pertence ao grupo de fármacos opióides. O seu mecanismo de ação realiza-se através da sua ligação aos recetores opiáceos do sistema nervoso central (SNC), 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 SNC pode resultar em efeitos aditivos depressores.

As principais reações adversas/efeitos secundários a considerar nos períodos intra e pós-operatório após administração do fentanil surgem a nível do SNC, respiratório e gastrointestinal. Podem surgir confusão, sonolência pós-operatória, apneia, laringospasmo, depressão respiratória e náuseas/vômito.

- Propofol

O Propofol é um agente anestésico intravenoso utilizado para a indução e manutenção da anestesia geral e sedação e que gera 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. Como 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 uma perturbação no local de administração que é dor ao iniciar a injeção do fármaco.

- Brometo de rocurónio

O brometo de rocurónio é um relaxante muscular e a sua função é facilitar a intubação

oro-traqueal e consequente ventilação mecânica, proporcionando melhores condições operatórias para a equipa cirúrgica através do profundo relaxamento muscular esquelético. O brometo de rocurónio inibe a ação da acetilcolina o que permite atingir um relaxamento rápido (60 a 90 segundos) e de duração intermédia (15 a 25 minutos).

- Desflurano

O desflurano é um anestésico inalatório bastante utilizado em cirurgia ambulatorial para a manutenção da anestesia geral devido à sua baixa solubilidade no sangue e baixo metabolismo que permitem uma recuperação anestésica e consequente alta da UCPA mais rápida comparativamente a outros agentes inalatórios. Este anestésico à semelhança de outros anestésicos inalatórios, induz depressão cardiovascular, respiratória e do SNC. Os efeitos adversos mais comuns são tosse e náuseas ou vômitos

- Sugamadex

O sugamadex é um fármaco utilizado para a reversão rápida do bloqueio neuromuscular induzido pelo brometo de rocurónio na anestesia geral. O seu mecanismo de ação ocorre no plasma onde o sugamadex forma um complexo junto com o rocurónio reduzindo a quantidade de agente bloqueador neuromuscular disponível para se ligar aos recetores nicotínicos da junção neuromuscular (Swerdlow & Osborne-Smith, 2022). Em comparação com o reversor mais habitual, neostigmina, parece também contribuir para uma menor incidência de náuseas e vômitos nas primeiras 24 horas após anestesia geral (Ju et al., 2023). As reações adversas mais comuns são hipersensibilidade (urticária, eritema, broncoespasmo), hipotensão e bradicardia (Swerdlow & Osborne-Smith, 2022).

Analgésicos

A analgesia é fulcral para a recuperação precoce do utente. A administração da analgesia multimodal tem sido o tratamento mais utilizado no pós-operatório, 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 morbilidade, tempo de internamento e aumentar a satisfação dos utentes (Leaper & Whitaker, 2010). Neste caso em particular, a analgesia consistiu na administração de ceterolac, paracetamol, tramadol e ropivacaína (este último fármaco por injeção local).

- Ceterolac

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, importantes mediadores inflamatórios e nociceptivos. Como efeitos adversos salienta-se a sonolência, tonturas, cefaleias, dispneia, palidez, hemorragia gastrointestinal, úlcera péptica, náuseas, boca seca, sudação, retenção urinária e prurido.

- Paracetamol

É um fármaco com ação antipirética e analgésica semelhante aos anti-inflamatórios não esteróides, mas sem atividade anti-inflamatória. Este fármaco atua através da inibição da

síntese de prostaglandinas e promove a analgesia periférica. Quando administrado sob a forma intravenosa o seu início de ação é rápido. Se a sua administração via intravenosa ocorrer a um ritmo rápido pode desencadear hipotensão severa.

- Tramadol

O tramadol é fármaco analgésico indicado para o tratamento da dor moderada a intensa. O seu mecanismo de ação assenta na inibição da captação de serotonina e noradrenalina no SNC. Como efeitos adversos podem surgir tonturas, vertigens, cefaleias, sonolência, mal-estar, convulsões, náuseas, retenção urinária, prurido e sudorese.

Anti-eméticos

Os anti-eméticos estão indicados na prevenção das náuseas e vômitos no pós-operatório. Neste caso clínico os anti-eméticos utilizados foram o ondasetron e o droperidol.

- Ondasetron

O ondasetron está indicado para a prevenção de náuseas e vômitos no pós-operatório tendo uma duração de 4 a 8 horas. Podem manifestar-se reações adversas como, cefaleias, sensação de rubor e de calor e obstipação. Ademais pode provocar alterações cardiovasculares como arritmias e raramente hipotensão e bradicardia. Como reação adversa grave da pele pode ocorrer síndrome de stevens-johnson (Vallerand & Sanoski, 2021).

- Droperidol

O droperidol é um sedativo com ação sobre a dopamina ao nível do SNC com efeito anti-emético sendo indicado para a prevenção de náuseas e vômitos no pós-operatório. Tem uma semi-vida de 2,2 horas e a sua administração não necessita de diluição, mas deve ser lenta (30 a 60 segundos). As reações adversas mais frequentes são, reações extrapiramidais (agitação, falta de ar, ansiedade, entre outros), hipotensão e taquicardia. Podem manifestar-se outras reações adversas ao nível do SNC como confusão e convulsões. No que respeita a alterações no sistema cardiovascular podem ocorrer arritmias. Este fármaco potencia a depressão do SNC quando administrado concomitantemente com outros depressores do mesmo. (Vallerand & Sanoski, 2021).

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

24-10-2023 20:30

24-10-2023 20:30 - Procedimento invasivo [RESOLVIDO] 28-11-2023 14:30

24-10-2023 20:30 - Tipo de procedimento invasivo: Cirurgia de laqueação e stripping de veias varicosas dos membros inferiores, sob anestesia geral balanceada no dia 27/10/2023 pelas 9.00h.

27-10-2023 08:15 - Verificado: antecedentes clínicos, alergias, consentimento informado, toma de medicação pré-operatória, próteses, identificação do doente, jejum, preparação pré-operatória.

27-10-2023 10:30 - Perda sanguínea

27-10-2023 10:30 - Membro inferior Direita(o): Sem perda sanguínea aparente.

27-10-2023 10:30 - Membro inferior Esquerda(o): Sem perda sanguínea aparente.

27-10-2023 10:30 - Perna Direita(o): Sem perda sanguínea aparente.

27-10-2023 10:30 - Perna Esquerda(o): Sem perda sanguínea aparente.

27-10-2023 10:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

27-10-2023 10:30 - Membro superior Direita(o)

27-10-2023 10:30 - Pressão sanguínea sistólica: 120 mmHg.

27-10-2023 10:30 - Pressão sanguínea diastólica: 80 mmHg.

27-10-2023 08:15 - Temperatura corporal periférica

27-10-2023 08:15 - Ouvido: 36.30 °C.

27-10-2023 09:15 - Temperatura corporal central: 36.00 °C.

27-10-2023 09:15 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o procedimento invasivo [FIM] 27-10-2023 14:00

27-10-2023 10:30 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia (Perna Direita(o), Perna Esquerda(o), Membro inferior Direita(o), Membro inferior Esquerda(o)) [FIM]

27-10-2023 14:00

27-10-2023 10:45 - Perda sanguínea

27-10-2023 10:45 - Membro inferior Direita(o): Sem perda sanguínea aparente [MANTEVE].

27-10-2023 13:30 - Perda sanguínea

27-10-2023 13:30 - Membro inferior Esquerda(o): Sem perda sanguínea aparente [MANTEVE].

27-10-2023 14:00 - Perda sanguínea

27-10-2023 14:00 - Membro inferior Direita(o): Sem perda sanguínea aparente [MANTEVE].

27-10-2023 10:45 - Membro inferior Esquerda(o): Sem perda sanguínea aparente [MANTEVE].

27-10-2023 13:30 - Membro inferior Direita(o): Sem perda sanguínea aparente [MANTEVE].

27-10-2023 14:00 - Membro inferior Esquerda(o): Sem perda sanguínea aparente [MANTEVE].

27-10-2023 10:45 - Perna Direita(o): Sem perda sanguínea aparente [MANTEVE].

27-10-2023 13:30 - Perna Direita(o): Sem perda sanguínea aparente [MANTEVE].

27-10-2023 14:00 - Perna Direita(o): Sem perda sanguínea aparente [MANTEVE].

27-10-2023 10:45 - Perna Esquerda(o): Sem perda sanguínea aparente [MANTEVE].

27-10-2023 13:30 - Perna Esquerda(o): Sem perda sanguínea aparente

[MANTEVE].

27-10-2023 14:00 - Perna Esquerda(o): Sem perda sanguínea aparente

[MANTEVE].

27-10-2023 09:15 - Avaliar evolução da temperatura corporal [FIM] 27-10-2023 14:00

24-10-2023 20:30 - Promover autogestão: procedimento invasivo [FIM]

28-11-2023 14:30

25-10-2023 14:30 - Conhecimento sobre procedimento invasivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2023 20:30 - Sem compromisso na compreensão e expressão da mensagem. Sem dificuldade em recuperar e reter informação. Sem alterações da acuidade visual e auditiva. Refere disponibilidade para aprender.

25-10-2023 14:30 - Capacidade para autoadministrar medicamento (enoxaparina) precisa de ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

27-10-2023 14:30 - Capacidade para autoadministrar medicamento (enoxaparina) facilitadora

25-10-2023 14:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre

procedimento invasivo [RESOLVIDO] 28-10-2023 14:30

25-10-2023 14:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre procedimento invasivo [FIM] 28-10-2023 14:30

27-10-2023 14:00 - Conhecimento sobre procedimento invasivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

27-10-2023 14:30 - Conhecimento sobre procedimento invasivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

28-10-2023 14:30 - Conhecimento sobre procedimento invasivo: facilitador [MELHOROU].

25-10-2023 14:30 - Ensinar sobre circuito [FIM] 26-10-2023 14:30

27-10-2023 14:00 - Ensinar sobre circuito [FIM] 27-10-2023 14:30

25-10-2023 14:30 - Ensinar sobre procedimento anestésico [FIM] 26-10-2023 14:30

27-10-2023 14:00 - Ensinar sobre procedimento anestésico [FIM] 27-10-2023 14:30

25-10-2023 14:30 - Ensinar sobre procedimento cirúrgico [FIM] 26-10-2023 14:30

27-10-2023 14:00 - Ensinar sobre procedimento cirúrgico [FIM] 27-10-2023 14:30

24-10-2023 20:30 - Avaliar evolução da autogestão: procedimento invasivo [FIM]

28-11-2023 14:30

27-10-2023 14:00 - Refere insatisfação com a preparação para a autogestão do procedimento invasivo mas disponibilidade para melhorar.

27-10-2023 14:30 - Refere satisfação com a preparação para a autogestão do

procedimento invasivo [MELHOROU].

28-10-2023 14:30 - Refere satisfação com a preparação para a autogestão do procedimento invasivo [MELHOROU].

28-11-2023 14:30 - Refere satisfação com a preparação para a autogestão do procedimento invasivo [MELHOROU].

25-10-2023 14:30 - Potencial para melhorar capacidade para autoadministrar medicamento (enoxaparina) [RESOLVIDO] 27-10-2023 14:30

25-10-2023 14:30 - Avaliar a evolução da capacidade para autoadministrar medicamento (enoxaparina) [FIM] 27-10-2023 14:30

25-10-2023 14:30 - Instruir autoadministração de medicamento (enoxaparina) [FIM] 26-10-2023 14:30

25-10-2023 14:30 - Treinar autoadministração de medicamento (enoxaparina) [FIM] 26-10-2023 14:30

27-10-2023 14:00 - Treinar a autoadministração de medicamento (enoxaparina) [FIM] 27-10-2023 14:30

25-10-2023 14:30

27-10-2023 09:15

27-10-2023 09:15 - Ventilação invasiva [RESOLVIDO] 27-10-2023 10:20

27-10-2023 09:15 - Tipo de ventilação invasiva: ventilação controlada por volume.

27-10-2023 09:15 - Ventilação invasiva - FiO2: 35 %.

27-10-2023 09:15 - Ventilação invasiva - volume corrente: 450 ml.

27-10-2023 09:15 - Ventilação invasiva - frequência respiratória (programada): 12 cr/min.

27-10-2023 09:15 - Ventilação invasiva - PEEP: 4 cm H2O.

27-10-2023 09:15 - Prevenir complicações da ventilação invasiva [FIM]

27-10-2023 10:20

27-10-2023 09:15 - Aplicar colchão de alívio de pressão [FIM] 27-10-2023 10:20

27-10-2023 09:15 - Posicionar para prevenir úlcera de pressão [FIM] 27-10-2023 10:20

27-10-2023 09:15 - Aplicar lubrificante ocular para prevenir úlcera da córnea [FIM]

27-10-2023 10:20

Sondas, Drenos e Cateteres

27-10-2023 08:15

27-10-2023 08:15 - Cateter venoso periférico [RESOLVIDO] 27-10-2023 14:00

27-10-2023 08:15 - Localização do cateter venoso periférico

27-10-2023 08:15 - Mão Esquerda(o)

27-10-2023 08:15 - Características do dispositivo: Cateter venoso periférico calibre 16G.

27-10-2023 08:15 - Determinar evolução da administração pelo cateter [FIM]

27-10-2023 14:00

27-10-2023 08:15 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico [FIM] 27-10-2023 14:00

27-10-2023 09:45 - Substância administrada pelo cateter venoso periférico: fármaco.

27-10-2023 09:45 - Quantidade administrada pelo cateter venoso periférico: 10 ml.

27-10-2023 10:20 - Substância administrada pelo cateter venoso periférico: fármaco.

27-10-2023 10:20 - Quantidade administrada pelo cateter venoso periférico: 100 ml.

27-10-2023 10:30 - Substância administrada pelo cateter venoso periférico: fármaco.

27-10-2023 10:30 - Quantidade administrada pelo cateter venoso periférico: 8 ml.

27-10-2023 10:45 - Substância administrada pelo cateter venoso periférico: soro.

27-10-2023 10:45 - Quantidade administrada pelo cateter venoso periférico: 500 ml.

27-10-2023 08:15 - Assegurar funcionamento do cateter [FIM] 27-10-2023 14:00

27-10-2023 08:15 - Otimizar cateter venoso periférico [FIM] 27-10-2023 14:00

27-10-2023 08:15 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico [FIM] 27-10-2023 14:00

27-10-2023 08:15 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [FIM] 27-10-2023 14:00

27-10-2023 08:15 - Trocar cateter venoso periférico [FIM] 27-10-2023 14:00

27-10-2023 09:15

27-10-2023 09:15 - Tubo endotraqueal [RESOLVIDO] 27-10-2023 10:20

27-10-2023 09:15 - Nível de inserção do tubo endotraqueal

27-10-2023 09:15 - Cavidade oral: 21.00 cm.

27-10-2023 09:15 - Presença de cuff

27-10-2023 09:15 - Traqueia: Com cuff.

27-10-2023 09:15 - Pressão do cuff: 20 cmH2O.

27-10-2023 09:15 - Características do dispositivo: orotraqueal, nº7, não aramado, com cuff.

27-10-2023 09:15 - Assegurar funcionamento do tubo endotraqueal [FIM]

27-10-2023 10:20

27-10-2023 09:15 - Otimizar tubo endotraqueal [FIM] 27-10-2023 10:20

27-10-2023 09:15 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o tubo endotraqueal [FIM] 27-10-2023 10:20

27-10-2023 09:15 - Avaliar evolução do nível de inserção do tubo endotraqueal [FIM] 27-10-2023 10:20

27-10-2023 09:45 - Nível de inserção do tubo endotraqueal

27-10-2023 09:45 - Cavidade oral: 21.00 cm.

27-10-2023 09:15 - Avaliar evolução da pressão do cuff [FIM] 27-10-2023 10:20

27-10-2023 09:45 - Pressão do cuff: 22 cmH2O.

27-10-2023 09:15 - Prevenir complicações relacionadas com tubo endotraqueal [FIM] 27-10-2023 10:20

27-10-2023 09:15 - Manter cuff insuflado [FIM] 27-10-2023 10:20

27-10-2023 09:15 - Gerir a pressão do cuff [FIM] 27-10-2023 10:20

27-10-2023 09:15 - Insuflar cuff [FIM] 27-10-2023 10:20

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

Este capítulo irá abordar as questões relativas à conceção de cuidados referente ao domínio dos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica, dentro do qual se destacam as atitudes terapêuticas e os cuidados com os dispositivos, nomeadamente sondas, drenos e cateteres.

Os procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica são prescritos ou indicados por outros profissionais de saúde, resultando do raciocínio clínico dos mesmos e surgem ou como opção terapêutica ou como meio complementar ou auxiliar de diagnóstico de outras classes profissionais.

Não obstante, dentro deste domínio do conhecimento, podem existir dados relevantes para o raciocínio diagnóstico do enfermeiro que culminam na identificação de diagnósticos de

necessidades de cuidados de enfermagem, estabelecimento de objetivos e implementação de intervenções com consequente avaliação de resultados.

Nas atitudes terapêuticas foram recolhidos dados relacionados com o foco de atenção **procedimento invasivo e ventilação invasiva**.

Procedimento Invasivo

É o procedimento invasivo que serve de contexto à recolha de dados, identificação de diagnósticos e definição de objetivos neste caso clínico, sendo certo que o tipo de dados a analisar pode variar em função do período perioperatório específico assim como as intervenções de enfermagem prescritas podem ser implementadas em diferentes períodos de tempo, pelo que o momento próprio para intervir é um aspeto a ponderar pelo enfermeiro aquando da sua conceção de cuidados.

• Sistema regulador e processo cardiorrespiratório

O tipo de procedimento aqui apresentado é a cirurgia de laqueação e stripping de varizes nos membros inferiores, por anestesia geral balanceada. O tipo de procedimento é um dado importante, uma vez que neste tipo de intervenção, pela técnica cirúrgica associada e pelo tipo de anestesia utilizado, importa recolher informação relacionada com os domínios do sistema regulador e do processo cardiorrespiratório.

Existem dados a recolher que são comuns ao tipo de cirurgia realizado, e outros que são comuns ao tipo de anestesia utilizado e nesse sentido seria facilitador organizar estes dados consoante o tipo de método cirúrgico e anestésico. Desta forma poderiam definir-se modelos clínicos de dados em função do método utilizado.

Por exemplo, em procedimentos invasivos cirúrgicos realizados em ambiente clínico de bloco operatório importa recolher dados relativos ao processo cardiovascular, nomeadamente a pressão arterial sistólica e diastólica e a perda sanguínea. Como referido no enquadramento teórico, para a cirurgia em questão as maiores complicações ocorrem no intra e no pós-operatório, e de entre elas destacam-se as complicações hemorrágicas, lesões nervosas e dos vasos linfáticos (Pannier et al., 2022).

No que concerne o processo regulador, a necessidade de obtenção de informação sobre a temperatura corporal surge associada ao referencial teórico que está na base do tipo de anestesia utilizado, mas também está associada à extensão e a duração da cirurgia, ao uso de soluções de irrigação assim como à temperatura ambiente do bloco operatório. Uma vez que a utente foi submetida a anestesia geral balanceada, que é um tipo de procedimento invasivo não cirúrgico, e tendo em conta que a evidência refere que este tipo de técnica induz à inibição do mecanismo fisiológico da termorregulação é importante recolher dados para detetar precocemente alterações da temperatura corporal e atuar em conformidade (Torossian et al, 2015; Rothrock, 2021).

• Preparação do utente cirúrgico

É sabido que o utente submetido a um processo anestésico-cirúrgico deve ser envolvido

ativamente e responsabilizado pela sua tomada de decisão no que concerne à adoção de comportamentos que promovam a sua preparação e recuperação cirúrgica de forma saudável e adequada (Mendes & Ferrito, 2021). Todavia, para que o utente consiga autogerir esta condição e de certa forma transitar de forma saudável pelo processo cirúrgico deve dotar-se de um corpo de conhecimentos e adquirir capacidades que se revelem facilitadoras da gestão da experiência cirúrgica (Gonçalves et al., 2017).

O processo de preparação pré-operatória deve permitir a identificação das necessidades educativas do utente e a prescrição de intervenções que suprimam essas necessidades. Este processo realiza-se através da consulta perioperatória de enfermagem que numa primeira fase deve validar a existência de pré-requisitos que permitam a aprendizagem do utente.

A consulta de enfermagem é um método de intervenção autónoma de enfermagem que deve ser estruturada, onde o enfermeiro perioperatório deve, através da utilização de uma linguagem adaptada ao utente, comunicar de forma eficiente, estabelecendo uma relação terapêutica adequada promotora de uma tomada de decisão conjunta com o objetivo de potenciar a preparação e a recuperação cirúrgica (Portaria nº306- A/2011 do Ministério da Saúde e das Finanças, artigo 2.º).

A evidência revela que o nível de literacia dos utentes que sofrem de úlceras varicosas determina a sua capacidade de autogerir a sua doença, e consequente tratamento. A aprendizagem na área do conhecimento sobre o procedimento invasivo é condição fulcral e necessária para o utente ser operado e está relacionada com a preparação pré-operatória validada pelas verificações pré-operatórias no acolhimento do utente no dia da cirurgia (a preparação da pele e o jejum pré-operatório).

Ainda na área do conhecimento é importante garantir que o utente domina alguns aspetos relacionados com a sua recuperação pós-operatória. A literatura é parca no que concerne a recomendações estruturadas sobre cuidados a ter no pós-operatório de cirurgia de laqueação e stripping de varizes dos membros inferiores, no entanto surgem algumas recomendações gerais, nomeadamente elevar os membros inferiores quando em repouso para prevenir o edema, manter as meias elásticas com a pressão de compressão prescrita pelo médico até nova consulta, iniciar a atividade habitual e deambular precocemente para promover o retorno venoso (perfusão dos tecidos)(Critchley FRCS et al., 1997; Darwood et al., 2009).

A recuperação pode demorar até 4 semanas, mas este período é variável em função da extensão da intervenção. O conteúdo da informação a transmitir ao utente no pós-operatório inclui também informação sobre sinais e sintomas de complicações pós-operatórias no domínio da perda sanguínea, perfusão dos tecidos, dor e da prevenção da infeção do local cirúrgico.

A aprendizagem na área da capacidade está relacionada com a técnica da administração da enoxaparina. Como abordado já no enquadramento teórico, importa garantir que a utente recebe o tratamento, mas não é condição essencial que seja a própria a gerir esse tratamento. Por isso deve ser validada com a utente qual é a sua intenção em relação a esta habilidade, se efetivamente está disposta a aprender a autoadministrar a medicação ou se prefere delegar essa competência noutra pessoa.

Ventilação invasiva

A ventilação mecânica invasiva é uma modalidade de via aérea avançada que no intraoperatório é necessária para manter as trocas gasosas durante a anestesia geral. Esta condição define o estado em que se encontra o utente e para a qual o enfermeiro colabora interdisciplinarmente quer como suporte à execução da técnica quer para manter o correto funcionamento do aparelho e da estabilidade hemodinâmica do utente. É importante saber caracterizar o tipo de ventilação utilizada e as atitudes/atividades/intervenções que advêm deste procedimento têm como objetivo a prevenção de complicações relacionadas com o mesmo.

Como explanado no enquadramento teórico, um utente sob AGB está submetido a uma perda de consciência reversível induzida por fármacos, que se traduz na alteração da sua perceção sensorial, na sua imobilidade e atenuação dos reflexos neuromusculares (American Society of Anesthesiologists, 2018) o que vai comprometer a sua capacidade de se posicionar, de ventilar espontaneamente e de se proteger de agressões externas.

Este comprometimento, por um lado associado aos fármacos anestésicos e sedativos que provocam uma hipoperfusão dos tecidos, o que afeta o seu metabolismo, por outro associado à atenuação de reflexos protetores por exemplo o protetor da córnea, concorre para expor o utente a um risco acrescido de desenvolver quer lesões por pressão, quer lesões da córnea (Prakash, 2013). Tendo em conta o referencial teórico exposto é indicada a utilização de dispositivos de alívio de pressão, como o colchão de pressão alterna (Ezeamuzie, 2019) e a lubrificação e proteção dos olhos do utente após a indução da anestesia (Keita et al, 2017).

Nos cuidados com os dispositivos são apresentadas considerações gerais sobre o **tubo endotraqueal** e o **cateter venoso periférico**.

Como dispositivos dentro do domínio dos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica sublinha-se a utilização do cateter venoso periférico uma vez que cateterização endovenosa é indicada no período perioperatório para a administração de fluídos, medicamentos e hemoderivados (Heydinger et al., 2022).

O tubo endotraqueal é um dispositivo que permite a impermeabilização da via aérea na ventilação invasiva. A existência deste dispositivo pressupõe alguns cuidados, nomeadamente o registo da posição do tubo à comissura labial que permite determinar uma deslocação acidental do mesmo (Alvarado e Panakos, 2022). A pressão do cuff o tubo é outro parâmetro que deve ser monitorizado: esta pressão deve ser mantida entre 20 a 30 mm Hg para garantir a ventilação adequada e diminuir o risco de aspiração (Amitai e Mosenifar, 2020).

Os dados recolhidos permitem caracterizar o tipo de dispositivos utilizados e os objetivos das atividades associadas aos mesmos são dois: assegurar o seu normal funcionamento e determinar sinais de complicações relacionadas com o mesmo funcionamento.

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
24-10-2023 20:30	Atitudes terapêuticas	28-11-2023 14:30
27-10-2023 08:15	Termorregulação	27-10-2023 14:00
27-10-2023 08:15	Sondas, Drenos e Cateteres	27-10-2023 14:00
27-10-2023 10:20	Pele e mucosas	28-11-2023 14:30
27-10-2023 10:30	Consciência	27-10-2023 13:30
27-10-2023 10:30	Sensações somáticas	27-10-2023 14:00
27-10-2023 10:30	Sistema respiratório	27-10-2023 13:30
27-10-2023 10:30	Sistema cardiovascular	27-10-2023 14:00
27-10-2023 10:30	Digestão	27-10-2023 13:30
27-10-2023 10:30	Volume de líquidos	27-10-2023 13:30

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

O processo de tomada de decisão autónoma de enfermagem deve ser um método estruturado de pensar em enfermagem e deve ser representado através de um sistema ontológico, de forma a garantir a formalização e o reconhecimento inequívoco do objeto de estudo da disciplina. Assim, importa desenvolver uma Ontologia de enfermagem, uma estrutura que represente um conjunto de conceitos (informação, conhecimento) e as suas relações, um sistema que suporte o processo de pensamento e tomada de decisão autónoma do enfermeiro (Peace & Brennan, 2009).

É neste contexto que surge a identificação de domínios, sistemas que identificam e contextualizam a condição do utente/família num determinado tempo e espaço, e que orientam o processo de pensamento do enfermeiro para a recolha de dados relevantes para a identificação de necessidades de cuidados de enfermagem (diagnósticos) e consequente definição de objetivos e prescrição de intervenções com a respetiva avaliação dos resultados (Luís et al., 2005).

No contexto perioperatório importa identificar os domínios relevantes que melhor representam o contexto do utente cirúrgico submetido a cirurgia de laqueação e stripping de varizes nos membros inferiores sob anestesia geral balanceada, domínios estes relacionados com o referencial teórico relativo ao tipo de cirurgia e de anestesia aqui já descritos e evidenciados.

Domínio: Procedimento Invasivo

O facto de o utente ser submetido a um processo invasivo, neste caso a cirurgia de laqueação e stripping de varizes nos membros inferiores e vivenciar esta experiência cirúrgica em particular

vai determinar a necessidade de adquirir conhecimento e capacidade que lhe permita adaptar-se a este contexto e garantir uma preparação pré-operatória adequada e consequentemente uma recuperação bem-sucedida.

Os dados recolhidos no âmbito deste domínio devem por isso permitir a identificação de necessidades de aprendizagem da utente tanto na área do conhecimento como na da capacidade. O processo anestésico-cirúrgico vai requerer uma adaptação por parte do utente, sendo importante que ele consiga desenvolver um conjunto de conhecimentos e competências que lhe permita tomar disposições/atitudes/comportamentos informados para gerir a sua condição de saúde durante o processo de recuperação cirúrgica.

Domínio: Termorregulação

Este domínio foi identificado uma vez que o utente sujeito a procedimentos anestésico-cirúrgicos pode apresentar hipotermia perioperatória. Este evento é definido por uma temperatura central inferior a 36°C (SPA, 2017). A sua incidência varia de 26% a 90% em doentes submetidos a procedimentos cirúrgicos (Moola & Lockwood, 2011) e pode causar várias complicações. Entre as complicações, destacam-se o desconforto para o utente, 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; DGS, 2022).

A anestesia geral balanceada induz à inibição do mecanismo fisiológico da termorregulação, a natureza, a extensão e a duração da cirurgia, e o uso de soluções de irrigação assim como a temperatura ambiente do bloco operatório são fatores que influenciam a alteração da temperatura corporal do utente (Torossian et al, 2015; Rothrock, 2021).

O dado a recolher aqui que vai permitir identificar a necessidade de cuidados é a temperatura corporal, pois vai ser em função deste valor que o enfermeiro vai diagnosticar ou não uma necessidade de cuidados.

É sabido que o tipo de anestesia (anestesia geral balanceada), a exposição corporal de todo o quadrante inferior do corpo, decorrente da posição dorsal e ou ventral, para permitir a abordagem cirúrgica, vai deixá-la mais vulnerável à perda de calor e, portanto, importa adotar medidas ativas que permitam prevenir esta situação. Estas medidas devem ser prolongadas no período pós-operatória sendo que o enfermeiro deve conceber cuidados que assegurem a homeostasia do utente (Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, 2017).

Segundo a (Azenha et al., n.d.) no intraoperatório o enfermeiro deve avaliar a temperatura corporal 1 a 2h antes do início da anestesia e garantir que os utentes mantêm uma temperatura corporal confortável enquanto aguardam pela cirurgia.

Os mesmos autores defendem que, após a indução anestésica a sala e durante todo o procedimento anestésico a temperatura corporal deverá ser avaliada de modo contínuo ou intermitente a cada 15/30 minutos até ao final da cirurgia.

Domínio: Pele e mucosas

O domínio pele deve ser identificado na medida em que, a cirurgia de laqueação e stripping de varizes nos membros inferiores resulta em duas feridas cirúrgicas ao nível da região inguinal em ambas as pernas que variam entre 4-6 cm e adicionalmente em pequenas incisões ao longo de ambos os membros inferiores que derivam da técnica de stripping e flebectomia das veias superficiais (Alves et al., 2018; “Varicose Vein Ligation and Stripping,” 2019).

É importante caracterizar a ferida quanto à sua localização, dimensão e material de sutura utilizado. Após o encerramento das feridas, o enfermeiro instrumentista deve executar o tratamento à ferida de forma assética para evitar a infeção do local cirúrgico (ILC) e demais complicações como seroma, hematoma, deiscência e evisceração (Harris et al., 2018). A ILC ocorre no local da incisão cutânea ou próximo dela, nos primeiros trinta dias de pós-operatório (DGS, 2022) e contribui para o aumento da morbilidade e mortalidade perioperatória. Estima-se que cada ILC é responsável por 7-11 dias adicionais de internamento e por um aumento de risco de morte em 2 a 11 vezes (Berríos-Torres et al., 2017).

Domínio: Consciência

A evidência revela que o utente sujeito a anestesia geral experiência várias alterações fisiológicas rápidas que podem originar complicações que podem ser evitadas ou minimizadas através de cuidados de enfermagem de vigilância (Doherty et al, 2011).

No recobro imediato o principal transtorno observado causado pela anestesia geral é a alteração do estado de consciência. Neste período o utente pode apresentar um quadro de agitação, de sonolência profunda ou confusão mental (Caple, 2023). Como já abordado no processo anestésico, tal deve-se aos fármacos anestésicos, cuja atuação deprime o sistema nervoso central causando diferentes níveis de inconsciência (Martins, 2013).

Domínio: Sensações Somáticas

Dentro deste domínio é importante determinar sinais de dor, sendo que aqui o dado é obtido através da manifestação da dor pelo utente. Portanto o diagnóstico de necessidades é identificado em função da manifestação ou não de dor. A dor manifestada deve ser sempre valorizada e é suficiente per si para definir o diagnóstico. Se após o questionamento da utente esta verbalizasse dor, então seriam necessários recolher dados diferentes para caracterizar o diagnóstico.

A caracterização da dor é fundamental para a adequação das intervenções de enfermagem de forma a que o resultado esperado seja a sua diminuição (Nugent et. al, 2021). A avaliação completa da dor deve incluir local, início, duração, intensidade, associação a outros sintomas agudos, fatores de exacerbação/alívio (incluindo tratamentos), irradiação, o seu efeito na atividade e o seu efeito no padrão de sono. A intensidade da dor pós-operatória é influenciada por vários fatores, inerentes ao utente, à cirurgia e à técnica anestésica (APCA, 2013). A mesma

tem caráter subjetivo e como tal terá de ser o utente a referir dor e a realizar a sua avaliação. Neste caso, quanto mais detalhado for o dado, quantos mais atributos ele tiver, mais fácil será priorizar e definir um objetivo de melhoria associado à condição daquele dado em particular.

Apesar de avanços farmacológicos e tecnológicos, a dor mantém-se o sintoma pós-operatório mais referido pelos utentes (Nunes et al., 2018). Ainda que se verifique a interferência de fatores não cirúrgicos, a dor pós-operatória é causada maioritariamente por fatores de ordem cirúrgica, nomeadamente, a manipulação cirúrgica e complicações associadas, lesões nervosas secundárias à cirurgia ou derivadas do posicionamento cirúrgico e das feridas cirúrgicas (Leaper & Whitaker, 2010).

A dor é a principal causa de readmissão após CA, de pernoita não planeada ou transferência para um serviço de internamento (Nunes et al., 2018), resultando numa experiência menos positiva para o utente e com implicações institucionais. A inadequada gestão da dor, por significar perdas em saúde, conduziu a que a dor, incluindo a dor pós-operatória, fosse considerada como o 5º sinal vital (DGS, 2003). Esta definição veio impor a importância de a dor ter expressão formal e regular nos padrões de documentação de cuidados de enfermagem, sendo que uma das competências específicas do enfermeiro perioperatório é a sua intervenção na gestão da dor associada aos procedimentos cirúrgicos utilizando medidas farmacológicas e não farmacológicas (OE, 2018).

Domínio: Sistema respiratório

No período pós-operatório imediato o doente pode apresentar hipóxia, ou seja, uma inadequada oxigenação dos tecidos. A causa principal associada é a anestesia geral, porque induz inconsciência, depressão respiratória e depressão dos reflexos da tosse e deglutição e como tal a ventilação do doente no recobro imediato pode ainda não ser totalmente eficaz, podendo o utente apresentar queda da língua, aspiração para a via aérea de vômito ou saliva, podendo ainda ocorrer laringoespasma e broncoespasma (Linton & Matteson, 2020).

A caracterização da ventilação é assim essencial. Há um conjunto mínimo de dados que são suficientes para caracterizar a ventilação, nomeadamente: a frequência respiratória, o ritmo, a simetria, a profundidade e a saturação de oxigénio. A recolha de dados deve ser organizada em função da informação que o enfermeiro pretende obter por níveis de prioridade.

Domínio: Sistema Cardiovascular

A instabilidade do sistema cardiovascular é frequentemente verificada no recobro imediato devido ao efeito dos anestésicos administrados podendo causar morbidade e mortalidade cardiovascular (Martins, 2013).

Para além do contexto anestésico, este domínio também está relacionado com o contexto cirúrgico. Complicações como a hemorragia, hematoma, trombose venosa superficial ou profunda, embolismos pulmonares podem ocorrer e no pós-operatório imediato e o enfermeiro

deve recolher um conjunto de dados específico para identificar precocemente sinais de hemorragia, choque hipovolémico (incluindo aumento da frequência cardíaca e respiratória, redução da tensão arterial) comprometimento na perfusão dos tecidos (por tromboembolismo por exemplo)(Alves et al., 2018; “Varicose Vein Ligation and Stripping,” 2019). Perante isto é importante determinar a evolução da pressão sanguínea e a evolução da perfusão dos tecidos periféricos.

Domínio: Digestão

Como apresentado no enquadramento teórico o método anestésico utilizado neste caso (AGB) pode conduzir a alguns efeitos adversos ao nível do sistema digestivo do utente. A administração de certos medicamentos e a diminuição da motilidade gástrica por via do relaxamento muscular podem provocar náuseas e vômitos no pós-operatório (NVPO). O uso de anestésicos inalatórios, que têm um efeito pro-emético nas primeiras duas horas do pós-operatório e a administração de opióides no intra e pós-operatório têm influência para a ocorrência de NVPO (Rusch et al., 2010).

As NVPO têm grande impacto na qualidade de vida e satisfação dos utentes, pelo desconforto que causam. Conjuntamente, o utente com NVPO tem risco acrescido de aspiração, hemorragia pós-operatória, deiscência de sutura, desequilíbrio hidroelectrolítico e de descompensação de patologia associada como a hipertensão arterial, ou insuficiência renal (Gan et al., 2007),(Maraş & Bulut, 2021).

Domínio: Volume de líquidos

Uma das complicações pós-operatórias deste tipo de cirurgia é o comprometimento do sistema regulador de líquidos (por lesão nos vasos linfáticos). O sistema linfático é responsável por recolher os fluidos e filtrar as proteínas do espaço intersticial, devolvendo-os ao espaço vascular. O equilíbrio deste sistema é garantido desde que os fluidos do espaço vascular não extravasem para o meio intersticial e se não existirem obstáculos ao retorno dos fluidos e proteínas do espaço intersticial para o espaço vascular (Cho, et al 2002).

Perturbações desta homeostasia conduzem ao desenvolvimento de edema. A disseção cirúrgica extensa provoca a destruição das células endoteliais, sendo que quanto maior o número de células afetadas, maior a extensão do edema, sendo que este efeito pode começar a surgir 1 a 2 dias após a cirurgia e frequentemente o edema é mais proeminente quando o utente regressa a casa, uma vez que está menos tempo deitado, mais tempo de pé o que pode potenciar o aparecimento desta complicação (Crawford, 2012).

O único dado recolhido neste domínio foi relacionado com a presença ou ausência de sede. A sede é uma sensação que ocorre com mais frequência no pós-operatório imediato e que pode ser muito incômoda e angustiante para o utente. A evidência estima que a prevalência desta condição é na ordem dos 53,2-69,8% dos utentes no pós-operatório imediato, o que causa um grande desconforto no utente cirúrgico (Belete et al., 2022)

Há muitos fatores de risco associados ao aparecimento desta condição, por exemplo o jejum pré-operatório prolongado, a perda sanguínea, a medicação anestésica utilizada. Um estudo realizado no Brasil em 2012 revelou que os enfermeiros podem ter um papel importante na mitigação deste desconforto para o utente, nomeadamente através da administração de lascas de gelo e de pequenas quantidades de água, após a avaliação do estado de consciência do utente, sendo que a administração de lascas de gelo revelou-se mais eficaz (Aroni et al., 2012)

3.6. Conceção de Cuidados

Consciência

27-10-2023 10:30

27-10-2023 10:30 - Consciente.

27-10-2023 10:30 - Determinar sinais de alteração da consciência [FIM] 27-10-2023 13:30

27-10-2023 10:30 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência [FIM]

27-10-2023 13:30

27-10-2023 10:45 - Consciente.

27-10-2023 13:30 - Consciente.

Sensações somáticas

27-10-2023 10:30

27-10-2023 10:30 - Sem manifestação de dor.

27-10-2023 10:30 - Determinar sinais de dor [FIM] 27-10-2023 14:00

27-10-2023 10:30 - Avaliar evolução de sinais de dor [FIM] 27-10-2023 14:00

27-10-2023 10:45 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

27-10-2023 13:30 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

27-10-2023 14:00 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

Sistema respiratório

27-10-2023 10:30

27-10-2023 10:30 - Frequência respiratória: 11 ciclos/min.

27-10-2023 10:30 - Ritmo respiratório regular.

27-10-2023 10:30 - Movimento respiratório simétrico.

27-10-2023 10:30 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

27-10-2023 10:30 - Saturação do oxigénio no sangue

27-10-2023 10:30 - Periférico(a): 98 %.

Sistema cardiovascular

27-10-2023 10:30

27-10-2023 10:30 - Temperatura das extremidades

27-10-2023 10:30 - Membro inferior Direita(o): Temperatura das extremidades diminuída.

27-10-2023 10:30 - Membro inferior Esquerda(o): Temperatura das extremidades diminuída.

27-10-2023 10:30 - Coloração das extremidades

27-10-2023 10:30 - Membro inferior Direita(o): Coloração normal das extremidades.

27-10-2023 10:30 - Membro inferior Esquerda(o): Coloração normal das extremidades.

27-10-2023 10:30 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

27-10-2023 10:30 - Determinar evolução da pressão sanguínea [FIM] 27-10-2023 14:00

27-10-2023 10:30 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [FIM] 27-10-2023 14:00

27-10-2023 10:45 - Local de avaliação da pressão sanguínea

27-10-2023 10:45 - Membro superior Direita(o)

27-10-2023 10:45 - Pressão sanguínea sistólica: 125 mmHg.

27-10-2023 10:45 - Pressão sanguínea diastólica: 75 mmHg.

27-10-2023 13:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

27-10-2023 13:30 - Membro superior Direita(o)

27-10-2023 13:30 - Pressão sanguínea sistólica: 110 mmHg.

27-10-2023 13:30 - Pressão sanguínea diastólica: 70 mmHg.

27-10-2023 14:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

27-10-2023 14:00 - Membro superior Direita(o)

27-10-2023 14:00 - Pressão sanguínea sistólica: 130 mmHg.

27-10-2023 14:00 - Pressão sanguínea diastólica: 80 mmHg.

27-10-2023 10:30 - Perfusão dos tecidos periféricos comprometida [RESOLVIDO]

27-10-2023 14:00

27-10-2023 10:30 - Determinar evolução da perfusão dos tecidos periféricos

[FIM] 27-10-2023 14:00

27-10-2023 10:30 - Avaliar evolução da perfusão dos tecidos periféricos (Membro inferior Direita(o), Membro inferior Esquerda(o)) [FIM] 27-10-2023 14:00

27-10-2023 10:45 - Temperatura das extremidades

27-10-2023 10:45 - Membro inferior Direita(o): Temperatura das extremidades normal [MELHOROU].

27-10-2023 13:30 - Temperatura das extremidades

27-10-2023 13:30 - Membro inferior Direita(o): Temperatura das extremidades normal [MELHOROU].

27-10-2023 10:45 - Membro inferior Esquerda(o): Temperatura das extremidades normal [MELHOROU].

27-10-2023 13:30 - Membro inferior Esquerda(o): Temperatura das extremidades normal [MELHOROU].

27-10-2023 10:45 - Coloração das extremidades

27-10-2023 10:45 - Membro inferior Direita(o): Coloração normal das extremidades [MANTEVE].

27-10-2023 13:30 - Coloração das extremidades

27-10-2023 13:30 - Membro inferior Direita(o): Coloração normal das extremidades [MANTEVE].

27-10-2023 10:45 - Membro inferior Esquerda(o): Coloração normal das extremidades [MANTEVE].

27-10-2023 13:30 - Membro inferior Esquerda(o): Coloração normal das extremidades [MANTEVE].

27-10-2023 10:45 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

27-10-2023 13:30 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

27-10-2023 10:30 - Referenciar compromisso da perfusão dos tecidos periféricos ao médico [FIM] 27-10-2023 14:00

27-10-2023 10:30 - Melhorar perfusão dos tecidos periféricos [FIM] 27-10-2023 14:00

27-10-2023 10:30 - Posicionar para otimizar a perfusão periférica dos tecidos [FIM]

27-10-2023 14:00

27-10-2023 10:30 - Aplicar meias elásticas [FIM] 27-10-2023 14:00

27-10-2023 10:30 - Manter temperatura corporal [FIM] 27-10-2023 14:00

27-10-2023 10:30 - Aquecer o cliente [FIM] 27-10-2023 14:00

Digestão

27-10-2023 10:30

27-10-2023 10:30 - Com sensação de enjoo.

27-10-2023 10:30 - Náusea [RESOLVIDO] 27-10-2023 10:45

27-10-2023 10:30 - Gravidade da náusea: ligeira.

27-10-2023 10:30 - Determinar evolução da náusea [FIM] 27-10-2023 10:45

27-10-2023 10:30 - Avaliar evolução da náusea [FIM] 27-10-2023 10:45

27-10-2023 10:45 - Sem sensação de enjoo [MELHOROU].

27-10-2023 10:30 - Referenciar náusea ao médico [FIM] 27-10-2023 10:45

27-10-2023 10:30 - Aliviar náusea [FIM] 27-10-2023 10:45

27-10-2023 10:30 - Executar cuidados de higiene oral [FIM] 27-10-2023 10:45

27-10-2023 10:30 - Gerir o ambiente físico para aliviar a náusea [FIM] 27-10-2023 10:45

27-10-2023 10:30 - Planear dieta [FIM] 27-10-2023 10:45

Pele e mucosas

27-10-2023 10:20

27-10-2023 10:20 - Ferida cirúrgica [RESOLVIDO] 28-11-2023 14:30

27-10-2023 10:20 - Localização da ferida cirúrgica

27-10-2023 10:20 - Membro inferior Direita(o)

27-10-2023 10:20 - Comprimento da lesão tegumentar: 2.00 cm.

27-10-2023 10:20 - Material de sutura da lesão tegumentar: metal.

27-10-2023 10:20 - Membro inferior Esquerda(o)

27-10-2023 10:20 - Comprimento da lesão tegumentar: 2.00 cm.

27-10-2023 10:20 - Material de sutura da lesão tegumentar: metal.

27-10-2023 10:20 - Perna Direita(o)

27-10-2023 10:20 - Comprimento da lesão tegumentar: 4.00 cm.

27-10-2023 10:20 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: descontínua.

27-10-2023 10:20 - Material de sutura da lesão tegumentar: fio não absorvível.

27-10-2023 10:20 - Número de pontos de sutura da lesão tegumentar: 5.

27-10-2023 10:20 - Perna Esquerda(o)

27-10-2023 10:20 - Comprimento da lesão tegumentar: 4.00 cm.

27-10-2023 10:20 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: descontínua.

27-10-2023 10:20 - Material de sutura da lesão tegumentar: fio não absorvível.

27-10-2023 10:20 - Número de pontos de sutura da lesão tegumentar: 5.

27-10-2023 10:20 - Determinar evolução da ferida cirúrgica [FIM] 28-11-2023 14:30

27-10-2023 10:20 - *Avaliar evolução da ferida cirúrgica (Perna Direita(o), Perna Esquerda(o), Membro inferior Direita(o), Membro inferior Esquerda(o))* [FIM]
28-11-2023 14:30

27-10-2023 10:20 - Promover cicatrização da ferida cirúrgica [FIM] 28-11-2023 14:30

27-10-2023 10:20 - *Executar tratamento da ferida cirúrgica (Perna Direita(o), Perna Esquerda(o), Membro inferior Direita(o), Membro inferior Esquerda(o))* [FIM]
28-11-2023 14:30
27-10-2023 10:20 - *Aplicar penso de ferida (Perna Direita(o), Perna Esquerda(o), Membro inferior Direita(o), Membro inferior Esquerda(o))* [FIM] 28-11-2023 14:30

Termorregulação

27-10-2023 08:15

27-10-2023 08:15 - Determinar evolução da temperatura corporal [FIM] 27-10-2023 14:00

27-10-2023 08:15 - *Avaliar evolução da temperatura corporal* [FIM] 27-10-2023 14:00
27-10-2023 09:45 - Temperatura corporal central: 36.30 °C.
27-10-2023 10:20 - Temperatura corporal central: 36.50 °C.
27-10-2023 10:30 - Temperatura corporal periférica
27-10-2023 10:30 - Ouvido: 36.30 °C.
27-10-2023 14:00 - Temperatura corporal periférica
27-10-2023 14:00 - Ouvido: 37.00 °C.

Volume de líquidos

27-10-2023 10:30

27-10-2023 10:30 - Sensação de sede normal.

3.7. Síntese relativa ao caso

Na síntese deste estudo caso é importante refletir sobre o conceito de integridade referencial no processo de conceção de cuidados de enfermagem. O raciocínio clínico dos enfermeiros não pode ser empírico. Antes, deve ser tradutor de uma lógica conceptual e de uma sistematização na abordagem do processo de tomada de decisão. Quer isto dizer que todos os elementos que compõe o processo de pensamento em Enfermagem e tomada de decisão clínica (recolha de dados-identificação de diagnósticos-definição de objetivos-prescrição de intervenções) devem ser relacionáveis para garantir a uniformização e integridade do processo.

Os dados e as suas relações representam um conjunto de informação interpretada e valorizada de acordo com uma lógica intencional que valide ou invalide uma hipótese diagnóstica. Assim, tem de haver uma intencionalidade implícita na recolha de dados dentro de cada foco de

atenção e priorizada a sua análise na identificação das necessidades de cuidados de enfermagem.

No caso da cirurgia de laqueação e stripping de veias varicosas dos membros inferiores sob anestesia geral balanceada, os domínios do procedimento invasivo, termorregulação, sistemas cardiovascular e respiratório, consciência, sensações somáticas, digestão, volume de líquidos e pele e mucosas assumem particular importância. É a relação destes domínios com o referencial teórico que está na base da técnica cirúrgica, anestésica e dos processos adaptativos do utente à experiência cirúrgica que vão constituir o contexto para a conceção de cuidados.

Esta visão integrativa e baseada na melhor evidência disponível, que garante que dados, diagnósticos, objetivos e intervenções espelham de forma universal e com rigor o processo de raciocínio clínico e formalizam o conhecimento disciplinar em Enfermagem, vai promover a visibilidade e autonomia da profissão e garantir a produção de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem capazes de traduzir o contributo dos enfermeiros para a vida das pessoas.

4. CASO 2: CIRURGIA RESSECÇÃO TRANSURETRAL DA PRÓSTATA

Cliente do sexo masculino, 61 anos, proposto para cirurgia eletiva de ressecção transuretral da próstata (RTUP), sob raquianestesia/bloqueio subaracnóideo, marcada para dia 04/01/2024 pelas 9.00h. Com antecedentes cirúrgicos de hernioplastia inguinal à direita e antecedentes patológicos de hiperplasia benigna da próstata, em tratamento farmacológico. Foi proposto para cirurgia após resultado anormal de biópsia prostática.

4.1. Enquadramento teórico

A hiperplasia benigna da próstata (HBP) é uma das doenças do trato urinário mais comuns nos homens, e, entre estes é a doença neoplásica mais frequente nos indivíduos com 50 ou mais anos (Alhasan et al., 2008).

A ressecção transuretral da próstata ou RTU-P é o tratamento de excelência para HBP uma vez que é uma cirurgia minimamente invasiva muito eficaz na resolução do quadro sintomático do utente. Este procedimento é considerado o *gold standard* de tratamento da obstrução urinária, e pode ser uma opção terapêutica para tratar cirurgicamente outras patologias como abscessos prostáticos e libertar ductos ejaculatórios (Leslie et al., 2023).

Cerca de 70% dos homens na faixa dos 60 anos e 80% dos homens com 70 anos ou mais têm algum nível de hiperplasia prostática benigna (Wei et al, 2005). Os sintomas também variam com a idade, com 80% dos homens com 80 anos ou mais a referirem sintomas decorrentes desta patologia.

Geralmente, os homens com HBP procuram ajuda médica quando apresentam sintomas de desconforto urinário do trato urinário inferior. Estes utentes geralmente iniciam o tratamento medicamentoso (um bloqueador alfa-adrenérgico e/ou inibidores da 5-alfa-redutase), no entanto, caso esta opção terapêutica não se revele eficaz são candidatos a cirurgia de RTU-P (Leslie et al., 2023).

Este tipo de cirurgia é programado e, embora em alguns contextos hospitalares seja realizada em cirurgia de ambulatório, é muitas vezes realizada em contexto de internamento, tendo em conta os fatores de risco associados. O facto de ser uma cirurgia programada permite que a equipa multidisciplinar reúna antecipadamente com o utente, discuta as opções terapêuticas e a melhor abordagem cirúrgica. No caso dos enfermeiros a programação antecipada da cirurgia

permite a identificação atempada de necessidades de cuidados na área do conhecimento e capacidade de forma a promover uma preparação adequada do utente e facilitar a sua autogestão do processo cirúrgico, que inclui a preparação pré-operatória e a recuperação pós-operatória.

Técnica anestésica

A raquianestesia é a técnica anestésica preferencial para a realização da cirurgia de RTU-P (Akcaboy et al., 2012). Este é um tipo de anestesia loco-regional, ou seja, um tipo de anestesia que permite que apenas uma região do corpo fique anestesiada, e que permite uma analgesia adequada, promove um relaxamento muscular de início rápido e permite determinar precocemente a hiponatremia, por causa da absorção dos fluidos de irrigação da bexiga. A anestesia loco-regional caracteriza-se pela perda de nocipção, propriocepção e de função motora da metade inferior do corpo devido à administração de anestésicos locais” (Duarte, 2017, p.9). Estes bloqueiam o fluxo nervoso impedindo a transmissão do estímulo nociceptivo, isto é, “impossibilitam a geração, programação e oscilação de impulsos elétricos em tecidos eletricamente excitáveis causando a perda de função sensitiva, motora e autónoma”, ou seja, bloqueio da sensibilidade superficial e profunda (Duarte & Martins, 2014, p.77). Um dos fármacos mais utilizados nesta técnica é a prilocaína que permite um bloqueio motor-sensitivo de 90 a 150 minutos (APCA, 2014.)

Para a realização desta técnica o anestesista muitas vezes recorre inicialmente à sedação para garantir a cooperação e relaxamento do utente. Os fármacos mais utilizados são: midazolam, propofol (sedações mais profundas), alfentanil e fentanil (Duarte & Martins, 2014). Apesar de ser uma técnica amplamente utilizada e ser considerada segura, a raquianestesia não é desprovida de complicações (Mostafa et al,2021; Machado, 2013) sendo as mais frequentes:

- hipotensão
- bradicardia
- hipotermia
- cefaleia pós-punção da dura-máter
- parestesias

Técnica cirúrgica

Este procedimento é realizado via transuretral, quer isto dizer que não há uma incisão na pele para obter um acesso ou a exposição cirúrgica, ela é garantida através do acesso uretral com uma ótica e uma bainha de trabalho onde o cirurgião insere os instrumentos, normalmente laser ou eletroterapia de ablação monopolar ou bipolar para ressecar o interior da próstata do utente.

O utente fica em posição dorsal e litotomia, sendo que antes do procedimento iniciar o cirurgião pede colaboração para colocar o utente em posição de trendelenburg com os membros do utente a serem ligeiramente elevados.

A RTU-P pode ser feita com técnica monopolar ou bipolar. O procedimento original desenvolvido nas décadas de 1930 e 40 utilizava equipamentos monopolares onde a corrente elétrica passava do Loop de fio através do tecido em contato direto com o elétrodo (instrumento que faz a cauterização do tecido), passando pelo utente até à placa de dispersão. Quando a corrente monopolar é utilizada a próstata deve ser irrigada com uma solução não condutora da corrente elétrica, como água, 5% de glicose, glicina, sorbitol, manitol ou sorbitol/manitol. O uso destes fluidos pode provocar hiponatremia dilucional ou chamado síndrome de TUR 23 uma vez que o utente absorve uma parte destes fluidos, o que num procedimento com maior perda sanguínea pode ser potencialmente perigoso (Alexander et al, 2019).

Esta condição provoca vários sintomas neurológicos, como confusão, nervosismo, náusea, hemólise, distúrbios visuais, coma, choque e até morte. Os primeiros sintomas relatados pelos utentes são parestesias no rosto, pescoço e letargia. Outras complicações intraoperatórias incluem perfuração da bexiga, incontinência urinária, obstrução uretral, retenção urinária após a desalgaliação (Rassweiler et al, 2006).

A incontinência urinária provocada pela cirurgia resolve frequentemente no período de três meses. Os exercícios de Kegel para o reforço do tônus muscular pélvico são eficazes e podem ajudar a solucionar o problema (Leslie et al., 2023).

Os enfermeiros são determinantes quer no processo pré-operatório relativamente à identificação de necessidades de cuidados na área do conhecimento e capacidade para a preparação cirúrgica, no intraoperatório no que diz respeito à monitorização, vigilância, prevenção de complicações e no pós-operatório nomeadamente no que concerne à capacitação do utente como elemento ativo envolvido na sua recuperação pós-operatória. Torna-se assim pertinente neste caso elucidar o processo de pensamento e tomada de decisão autónoma de enfermagem em cada um destes períodos.

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 61 anos | Masculino

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-01-04 09:00:00	Prilocaína 80mg IT	2024-01-04 11:30:00
2024-01-04 09:00:00	Midazolam 1 mg EV	2024-01-04 11:30:00
2024-01-04 09:00:00	Fentanil 0,05 mg EV	2024-01-04 11:30:00
2024-01-04 09:00:00	Polieletrólítico 1000 ml EV	
2024-01-04 09:30:00	Cetorolac 30 mg EV	2024-01-04 11:30:00
2024-01-04 09:30:00	Paracetamol 1g EV	2024-01-04 11:30:00
2024-01-04 09:30:00	Ondansetrom 4mg EV	2024-01-04 11:30:00
2024-01-04 09:30:00	Tramadol 100mg	2024-01-04 11:30:00

4.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Os cuidados associados à terapêutica prendem-se com a técnica anestésica e com a prevenção, assim como com a identificação precoce e tratamento das complicações pós-operatórias mais frequentes.

Assim, de acordo com a medicação administrada neste caso clínico, salientam-se alguns aspetos que impactam em necessidades sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Prilocaína

A prilocaína deverá ser o anestésico local de primeira escolha devido ao menor tempo de instalação, maior qualidade e mais rápida recuperação do bloqueio. O uso que qualquer anestésico deverá ser administrado em pequenas doses (APCA, 2014). Este tem um início rápido (inferior a 5 minutos) e bloqueio sensorial estável após 10-15 minutos depois da administração (Perrin et al., 2022).

A prilocaína é uma aminoamida que causa pouca vasodilatação e a toxicidade no Sistema Nervoso Central é menor. A prilocaína permite um bloqueio motor-sensitivo de 90 a 150 minutos, sendo a dose recomendada entre os 50 e 80mg.

Fentanil

O fentanil pertence ao grupo de fármacos opióides. O seu mecanismo de ação realiza-se através da sua ligação aos recetores 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 pode resultar em efeitos aditivos depressores.

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/vómito.

Midazolam

O midazolam é utilizado na fase de pré-indução ou em sedação em anestesia loco regional (Duarte & Martins, 2014). Apresenta curta duração, com um início de ação de 28 segundos e efeito máximo de 3 minutos. Este medicamento pode resultar nas seguintes reações adversas: cefaleias, sonolência, amnésia anterógrada, náuseas e vômitos (Deglin & Vallerand, 2003).

Solução Polielectrolítica

É uma solução de substituição de eletrólitos (contém: cloreto de sódio, cloreto de potássio, cloreto de magnésio, cloreto de cálcio e acetato de sódio), administrada por via intravenosa, cujo objetivo é promover a hidratação e homeostasia do utente em situações de desidratação, hipovolémia e acidose metabólica ligeira. Também permite a manutenção da permeabilidade dos acessos venosos e é coadjuvante da administração de terapêutica, dada a sua elevada compatibilidade com os restantes fármacos. Como reação adversa mais comum é referida a irritação no local da punção venosa onde é administrada a solução.

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 morbilidade e o tempo de internamento e aumentar a satisfação dos utentes (Leaper & Whitaker, 2010).

Paracetamol

É um fármaco com ação antipirética e analgésica semelhante aos anti-inflamatórios não esteróides, mas sem atividade anti-inflamatória.

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 desta medicação.

Ceterolac

Este é um fármaco analgésico não opióide e anti-inflamatório não esteróide. Está indicado para o tratamento da dor a curto-prazo. Como efeitos adversos destaca-se a sonolência, tonturas, cefaleias, dispneia, palidez, hemorragia gastrointestinal, úlcera péptica, náuseas, boca seca, sudação, retenção urinária e prurido.

Tramadol

O tramadol é um fármaco analgésico indicado para o tratamento da dor moderada a intensa. Como efeitos adversos podem surgir tonturas, vertigens, cefaleias, sonolência, mal-estar ou até convulsões, náuseas, retenção urinária, prurido, sudorese.

Ondansetrom

O ondansetrom é um antiemético indicado para a prevenção náuseas e vômitos no pós-operatório tendo uma duração de 4 a 8 horas.

Podem manifestar-se reações adversas como, cefaleias, sensação de rubor e de calor e obstipação. Para além disso pode provocar alterações cardiovasculares como arritmias e também, embora menos frequente, hipotensão e bradicardia. Como reação adversa grave da pele pode ocorrer Síndrome Stevens-Johnson (Vallerand & Sanoski, 2021).

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

02-01-2024 09:00

02-01-2024 09:00 - Procedimento invasivo

02-01-2024 09:00 - Tipo de procedimento invasivo: Cirurgia de ressecção transuretral da próstata (RTUP) sob raquianestesia/bloqueio subaracnóideo no dia 4/01/2024 pelas

9h..

04-01-2024 08:00 - Verificado: antecedentes clínicos, alergias, consentimento informado, toma de medicação pré-operatória, próteses, identificação do doente, jejum, preparação pré-operatória.

04-01-2024 08:00 - Temperatura corporal periférica

04-01-2024 08:00 - Ouvido: 36.50 °C.

04-01-2024 09:00 - Temperatura corporal periférica

04-01-2024 09:00 - Cavidade oral: 36.50 °C.

04-01-2024 09:30 - Temperatura corporal periférica

04-01-2024 09:30 - Cavidade oral: 36.50 °C.

04-01-2024 10:15 - Temperatura corporal periférica

04-01-2024 10:15 - Cavidade oral: 36.20 °C.

04-01-2024 08:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o procedimento invasivo

04-01-2024 10:15 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia

04-01-2024 08:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal

02-01-2024 09:00 - Promover autogestão: procedimento invasivo

03-01-2024 09:30 - Conhecimento sobre procedimento invasivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

04-01-2024 11:30 - Conhecimento sobre procedimento invasivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

02-01-2024 09:00 - Sem compromisso na compreensão e expressão da mensagem. Sem dificuldade em recuperar e reter informação. Sem alterações da acuidade visual e auditiva. Refere disponibilidade para aprender.

03-01-2024 09:30 - Capacidade para executar exercícios pélvicos necessita de ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir

04-01-2024 11:30 - Capacidade para realizar exercícios musculares pélvicos no pós-operatório necessita de ser melhorada para progredir para a mestria mas não é o momento próprio para intervir

03-01-2024 09:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre procedimento invasivo

03-01-2024 09:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre procedimento invasivo

03-01-2024 09:30 - Ensinar sobre circuito [FIM] 04-01-2024 08:00

03-01-2024 09:30 - Ensinar sobre procedimento anestésico [FIM] 04-01-2024 08:00

03-01-2024 09:30 - Ensinar sobre procedimento cirúrgico [FIM] 04-01-2024 08:00

04-01-2024 11:30 - Ensinar sobre procedimento cirúrgico

02-01-2024 09:00 - Avaliar evolução da autogestão: procedimento invasivo

03-01-2024 09:30 - Ensinar sobre autogestão: procedimento invasivo através de informoterapia [FIM] 04-01-2024 08:00

03-01-2024 09:30 - Potencial para melhorar capacidade para executar

exercícios pélvicos

03-01-2024 09:30 - Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios pélvicos

03-01-2024 09:30 - Instruir exercícios pélvicos [FIM] 04-01-2024 08:00

03-01-2024 09:30 - Treinar exercícios pélvicos [FIM] 04-01-2024 08:00

03-01-2024 09:30

Sondas, Drenos e Cateteres

04-01-2024 08:00

04-01-2024 08:00 - Cateter venoso periférico

04-01-2024 08:00 - Localização do cateter venoso periférico

04-01-2024 08:00 - Mão Direita(o)

04-01-2024 08:00 - Características do dispositivo: 18G.

04-01-2024 08:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter

04-01-2024 08:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico

04-01-2024 08:00 - Assegurar funcionamento do cateter

04-01-2024 08:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico

04-01-2024 08:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico

04-01-2024 08:00 - Trocar cateter venoso periférico

04-01-2024 09:00

04-01-2024 09:00 - Cateter urinário

04-01-2024 09:00 - Quantidade de urina: 200 ml.

04-01-2024 09:00 - Cor da urina: incolor.

04-01-2024 09:00 - Transparência da urina: Límpida.

04-01-2024 09:00 - Características do dispositivo: Sonda vesical folley 20fr de 3 vias.

04-01-2024 09:00 - Determinar evolução da drenagem pelo cateter urinário

04-01-2024 09:00 - Avaliar evolução da drenagem pelo cateter urinário

04-01-2024 09:00 - Assegurar funcionamento do cateter

04-01-2024 09:00 - Otimizar cateter urinário

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

Este capítulo irá abordar as questões relativas à conceção de cuidados referente ao domínio dos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica, dentro do qual se destacam as atitudes terapêuticas e os cuidados com os dispositivos, nomeadamente sondas, drenos e cateteres.

Atitudes terapêuticas - procedimento invasivo

Os procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica são prescritos ou indicados por outros profissionais de saúde, resultando do raciocínio clínico dos mesmos e surgem ou como opção

terapêutica ou como meio complementar ou auxiliar de diagnóstico de outras classes profissionais.

Neste caso o tipo de procedimento é uma RTU-P e este dado é importante, uma vez que neste tipo de intervenção, pela técnica cirúrgica associada e pelo tipo de anestesia utilizado, importa recolher dados relacionados com os domínios do sistema regulador e sistema cardiovascular.

- Sistema regulador e processo cardiorrespiratório

Em procedimentos invasivos cirúrgicos realizados em ambiente clínico de bloco operatório importa recolher dados relativos ao processo cardiovascular, nomeadamente a pressão arterial sistólica e diastólica e a perda sanguínea. Como referido no enquadramento teórico, para a cirurgia em questão as maiores complicações ocorrem no intra e no pós-operatório, e de entre elas destacam-se as complicações hemorrágicas, lesões nervosas e incontinência urinária pós-operatória (Leslie et al, 2023). No caso dos dados relativos ao processo regulador, nomeadamente a temperatura corporal, a necessidade de obtenção desta informação surge associada ao referencial teórico que está associado à extensão e a duração da cirurgia, ao uso de soluções de irrigação assim como à temperatura ambiente do bloco operatório.

- Preparação do utente cirúrgico

Para que o utente transite de forma saudável pelo processo cirúrgico deve dotar-se de um corpo de conhecimentos e adquirir capacidades que se revelem facilitadoras da gestão da experiência cirúrgica (Gonçalves et al., 2017). O enfermeiro do perioperatório tem um papel determinante na identificação das necessidades educativas do utente e na prescrição de intervenções que suprimam essas necessidades.

Para que o processo de aprendizagem seja bem-sucedida, o utente não deve ter compromissos na compreensão e expressão da mensagem (comunicação) e deve conseguir recuperar e reter a informação (memória) assim como mostrar disponibilidade para aprender (Inott & Kennedy, 2011). Em relação à acuidade visual e auditiva, no caso de existirem alterações estas devem ser tidas em linha de conta aquando da prescrição das intervenções educativas, uma vez que a metodologia deverá ser adaptada em função das limitações do utente. Assim estes dados devem ser recolhidos antes de se prescreverem intervenções educativas para o utente.

No período pré-operatório deve ser ponderada a informação transmitida ao utente uma vez que a quantidade de informação, o momento próprio para intervir e a disponibilidade do utente são fatores que afetam a retenção da informação.

Assim sendo identificada a necessidade de intervir sobre o *conhecimento* e a *capacidade*, implementam-se intervenções educativas direcionadas para os cuidados pré-operatórios relacionados com o procedimento anestésico (jejum), o procedimento cirúrgico (cuidados corporais, presença de dispositivos no intra e pós-operatório, neste caso a algália) e outras

condições que possam interferir negativamente com a anestesia e com a cirurgia (Gonçalves et al, 2017). No pós-operatório caso o utente demonstre interesse em obter conhecimento sobre os cuidados pós-operatórios relativos ao procedimento cirúrgico, nomeadamente aqueles relacionados com o início das atividades de vida diárias, não havendo obstáculos e estando reunidas as condições favoráveis à aprendizagem, pode intervir-se na área do conhecimento.

A cirurgia de RTU-P pode provocar incontinência urinária transitória, como já mencionado. A literatura revela que os exercícios de Kegel para reforçar o tônus muscular são eficazes para ajudar a restabelecer a continência urinária embora é importante que o utente inicie este treino antes da cirurgia (Leslie et al., 2023).

O momento para intervir é determinante também para a conceção de cuidados. Independentemente da identificação da necessidade diagnóstica, o momento da aplicação do tratamento deve apenas ser ponderado quando se reunirem as condições favoráveis à sua implementação. Assim considerando que no pós-operatório imediato o utente mantém o bloqueio sensitivo ainda que parcial, devido à técnica anestésica utilizada, deve ponderar-se sobre a implementação de intervenções na área da capacidade.

Dispositivos

Como dispositivos dentro do domínio dos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica foram identificados no período intraoperatório em momentos diferentes: o cateter venoso periférico uma vez que cateterização endovenosa é indicada no período perioperatório para a administração de fluídos, medicamentos e hemoderivados (Heydinger et al., 2022) e o cateter urinário, dispositivo que permite a irrigação da bexiga no período pós-operatório para promover a lavagem dos tecidos e a hemóstase.

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
02-01-2024 09:00	Atitudes terapêuticas	04-01-2024 11:30
04-01-2024 08:00	Termorregulação	
04-01-2024 08:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
04-01-2024 10:15	Sensações somáticas	
04-01-2024 10:15	Sistema cardiovascular	

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

No contexto perioperatório importa identificar os domínios relevantes que melhor representam o contexto do utente cirúrgico submetido a cirurgia de RTU-P sob raquianestesia, sob o qual o enfermeiro vai desenvolver o seu processo de pensamento conducente a uma tomada de decisão autónoma.

Os domínios selecionados estão diretamente relacionados com o enquadramento teórico, com a preparação e recuperação cirúrgica do utente submetido a RTU-P e com as complicações possíveis do método anestésico e do método cirúrgico.

Atitudes terapêuticas

Importa identificar este domínio para que seja identificada a necessidade de cuidados relacionada com o procedimento invasivo em questão: cirurgia de RTU-P sob raquianestesia. O facto de o utente vivenciar esta experiência cirúrgica e anestésica vai determinar a necessidade de adquirir conhecimento e capacidade que lhe permita adaptar-se a este contexto e garantir uma preparação pré-operatória adequada e consequentemente uma recuperação bem-sucedida.

Termorregulação

Este domínio assume particular importância devido ao método cirúrgico e à duração do procedimento e exposição ambiental do utente ao contexto espacial do bloco operatório. É sabido que a extensão e a duração da cirurgia, o uso de soluções de irrigação assim como a temperatura ambiente do bloco operatório são fatores que influenciam a alteração da temperatura corporal do utente (Torossian et al, 2015; Rothrock, 2021).

Sensações somáticas e sistema cardiovascular

No que respeita ao sistema cardiovascular, a seleção deste domínio está relacionada com o método anestésico na medida em que a administração de determinados fármacos pode causar instabilidade cardiovascular (hipotensão, bradicardia) e ao mesmo tempo a técnica cirúrgica pode causar complicações como a hemorragia.

No caso das sensações somáticas, estas incluem-se na perceção sensorial que faz parte do processo corporal neuromuscular e surgem como domínio por estarem relacionadas com o método anestésico. A raquianestesia provoca um bloqueio sensitivo e motor cuja regressão deve ser avaliada no pós-operatório imediato e tardio pois esta avaliação vai determinar a identificação ou não de outras necessidades de cuidados, por exemplo na área do autocuidado. Este domínio também está diretamente relacionado com a presença ou ausência de dor e de outra complicação pós-operatória denominada síndrome de TUR, como evidenciado no

enquadramento, sendo a parestesia referida pelo utente um dos primeiros sinais e sintomas associados a esta complicação.

4.6. Conceção de Cuidados

Sensações somáticas

04-01-2024 10:15

04-01-2024 10:15 - Sensibilidade superficial

04-01-2024 10:15 - Membro inferior Direita(o)

04-01-2024 10:15 - Com compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

04-01-2024 10:15 - Com compromisso da sensibilidade térmica.

04-01-2024 10:15 - Com compromisso da sensibilidade dolorosa.

04-01-2024 10:15 - Membro inferior Esquerda(o)

04-01-2024 10:15 - Com compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

04-01-2024 10:15 - Com compromisso da sensibilidade térmica.

04-01-2024 10:15 - Com compromisso da sensibilidade dolorosa.

04-01-2024 10:15 - Sem manifestação de dor.

04-01-2024 10:15 - Determinar sinais de dor

04-01-2024 10:15 - Avaliar evolução de sinais de dor

04-01-2024 10:15 - Sensibilidade comprometida

04-01-2024 10:15 - Determinar evolução da sensibilidade

04-01-2024 10:15 - Avaliar evolução da sensibilidade

04-01-2024 10:15 - Referenciar compromisso da sensibilidade ao médico

04-01-2024 11:30

04-01-2024 11:30 - Sensibilidade superficial

04-01-2024 11:30 - Membro inferior Esquerda(o)

04-01-2024 11:30 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

04-01-2024 11:30 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

04-01-2024 11:30 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

04-01-2024 11:30 - Membro inferior Direita(o)

04-01-2024 11:30 - Com compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

04-01-2024 11:30 - Com compromisso da sensibilidade térmica.

04-01-2024 11:30 - Com compromisso da sensibilidade dolorosa.

04-01-2024 11:30 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

Sistema cardiovascular

04-01-2024 10:15

04-01-2024 10:15 - Local de avaliação da pressão sanguínea

04-01-2024 10:15 - Membro superior Esquerda(o)

04-01-2024 10:15 - Pressão sanguínea sistólica: 120 mmHg.

04-01-2024 10:15 - Pressão sanguínea diastólica: 75 mmHg.

04-01-2024 10:15 - Hemorragia

04-01-2024 10:15 - Determinar evolução de sinais de hemorragia

04-01-2024 10:15 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia

04-01-2024 10:15 - Avaliar evolução da quantidade administrada na irrigação da bexiga

04-01-2024 10:15 - Avaliar evolução da quantidade eliminada na irrigação da bexiga

04-01-2024 10:15 - Referenciar hemorragia ao médico

04-01-2024 10:15 - Promover hemóstase

04-01-2024 10:15 - Irrigar a bexiga

04-01-2024 10:15 - Determinar evolução da pressão sanguínea

04-01-2024 10:15 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

04-01-2024 11:30

04-01-2024 11:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

04-01-2024 11:30 - Membro superior Esquerda(o)

04-01-2024 11:30 - Pressão sanguínea sistólica: 130 mmHg.

04-01-2024 11:30 - Pressão sanguínea diastólica: 80 mmHg.

04-01-2024 11:30 - Perda sanguínea

04-01-2024 11:30 - Bexiga: Perda sanguínea externa, em pequena quantidade .

Termorregulação

04-01-2024 08:00

04-01-2024 08:00 - Determinar evolução da temperatura corporal [FIM] 04-01-2024 11:30

04-01-2024 08:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [FIM] 04-01-2024 11:30

04-01-2024 11:30

04-01-2024 11:30 - Temperatura corporal periférica

04-01-2024 11:30 - Ouvido: 36.00 °C.

4.7. Especificação das intervenções

Ensinar sobre circuito

- Requisitos de admissão para a cirurgia eletiva.
- Consultas e contactos de enfermagem.

Ensinar sobre procedimento anestésico

- Jejum de 6 horas para sólidos e de 2 horas de líquidos claros.

Ensinar sobre procedimento cirúrgico

- Banho com esponja de clorexidina 2% na véspera e no dia da cirurgia.
- Remoção próteses, verniz das unhas, adornos e acessórios.
- Não realização de tricotomia.

Ensinar sobre autogestão: procedimento invasivo através de informoterapia

- Método: panfleto informativo.
- Método: vídeo informativo.

Instruir exercícios pélvicos

- Identificar os músculos pélvicos:
- 1a) Sentado: sentar numa cadeira, manter os pés no chão afastados e alinhados com a largura dos ombros; Deitado: deitar de costas com os joelhos ligeiramente dobrados e os pés afastados.
- 1b) Apertar o esfíncter anal como para interromper a passagem de gases/ fezes. Relaxar e respirar normalmente. Não contrair os músculos das nádegas ou abdominais.
- 1c) Ao mesmo tempo, apertar os músculos como para impedir a micção ou parar a meio do fluxo, como se fosse interrompido. Relaxar.
- 1d) Verificar se durante o exercício a base do pénis e o escroto se inclinam ligeiramente para cima, indicando a contração dos músculos certos.
- Realizar exercícios pélvicos:
- 2a) Apertar lentamente os músculos no sentido de sentir uma sensação de elevação.
- 2b) Manter a contração durante 10 segundos. Respirar normalmente.
- 2c) Relaxar durante 10 segundos.
- Repetir os exercícios 10 vezes, 2 a 3 vezes por dia.

Treinar exercícios pélvicos

- Identificar os músculos pélvicos:
- 1a) Sentado: sentar numa cadeira, manter os pés no chão afastados e alinhados com a largura dos ombros; Deitado: deitar de costas com os joelhos ligeiramente dobrados e os pés afastados.
- 1b) Apertar o esfíncter anal como para interromper a passagem de gases/ fezes. Relaxar e respirar normalmente. Não contrair os músculos das nádegas ou abdominais.
- 1c) Ao mesmo tempo, apertar os músculos como para impedir a micção ou parar a meio do fluxo, como se fosse interrompido. Relaxar.
- 1d) Verificar se durante o exercício a base do pénis e o escroto se inclinam ligeiramente para cima, indicando a contração dos músculos certos.
- Realizar exercícios pélvicos:
- 2a) Apertar lentamente os músculos no sentido de sentir uma sensação de elevação.
- 2b) Manter a contração durante 10 segundos. Respirar normalmente.
- 2c) Relaxar durante 10 segundos.
- Repetir os exercícios 10 vezes, 2 a 3 vezes por dia.

Ensinar sobre procedimento cirúrgico

- Sinais e sintomas de agravamento – hemorragia, febre, náuseas e vômitos, dor intensa,

incapacidade de urinar

- Evitar atividade sexual durante 2-3 semanas
- Evitar levantar pesos superiores a 5 kgs durante 4-6 semanas
- Evitar realizar exercícios físicos intensos durante 4-6 semanas
- Evitar tomar banhos de imersão ou recorrer a saunas

4.8. Síntese relativa ao caso

Os enfermeiros são determinantes quer no processo pré-operatório relativamente à identificação de necessidades de cuidados na área do conhecimento e capacidade para a preparação cirúrgica, no intraoperatório no que diz respeito à monitorização, vigilância, prevenção de complicações e no pós-operatório nomeadamente no que concerne à capacitação do utente como elemento ativo envolvido na sua recuperação pós-operatória.

Na síntese deste caso (utente submetido a RTU-P sob raquianestesia) importa referir que no período pré-operatório foram identificadas 2 sessões que permitiram a recolha de dados e identificação de necessidades de cuidados na área do conhecimento e capacidade, com o objetivo de promover a autogestão do utente do seu procedimento invasivo e foram prescritas e implementadas intervenções para atingir esse objetivo.

No intraoperatório foram identificadas 3 sessões onde a recolha de dados foi realizada em diferentes momentos (1 na admissão do utente e 2 na sala operatória). Neste caso esta recolha de dados permitiu avaliar a autogestão da preparação pré-operatória do utente (verificações pré-operatórias) e determinar sinais de complicações relacionadas com a utilização e funcionamento de dispositivos (sondas, drenos e cateteres) e foram prescritas e implementadas intervenções que permitiram assegurar o normal funcionamento dos mesmos. Para além disso foi identificado o domínio termorregulação uma vez que se recolheu o dado temperatura corporal e se determinou a sua evolução com o objetivo de prevenir complicações decorrentes do procedimento anestésico e cirúrgico.

No pós-operatório foram identificadas 2 sessões onde se recolheram dados nos domínios da termorregulação, sensações somáticas e sistema cardiovascular, bem como se identificaram necessidades educativas relacionadas com a autogestão do utente cirúrgico no pós-operatório do seu procedimento invasivo. Estes dados permitiram identificar diagnósticos de necessidades de cuidados de enfermagem e prescrever e implementar intervenções no sentido de determinar a resolução dessas necessidades.

No término deste caso clínico espero que esta visão integrativa e baseada na melhor evidência disponível tenha contribuído para garantir que dados, diagnósticos, objetivos e intervenções espelhem de forma universal e com rigor o processo de raciocínio clínico e formalizem o

conhecimento disciplinar em Enfermagem para este procedimento invasivo em específico.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Competências comuns do Enfermeiro Especialista

Atualmente, os cuidados de Enfermagem assumem uma crescente complexidade e requerem necessariamente uma intervenção cada vez mais diferenciada e especializada por parte dos enfermeiros. Assim assume-se crucial a aquisição de um conjunto de competências, comuns e específicas, que possibilitem uma ação aprofundada sob o ponto de vista assistencial, técnico e científico dos cuidados de saúde, mas também que permitam o desenvolvimento conceptual e epistemológico da profissão, através de um investimento substancial no domínio da investigação em Enfermagem.

As competências comuns do Enfermeiro Especialista são configuradas através de quatro domínios, nomeadamente o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o domínio da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

A Ordem dos Enfermeiros, através da publicação do regulamento 140/2019 em Diário da República de 6 de fevereiro de 2019 definiu para cada domínio as unidades de competência e critérios de avaliação, de forma a assegurar que os enfermeiros especialistas detêm um conjunto específico de conhecimentos, capacidades e habilidades que lhes permitam atuar no âmbito do cuidado ao utente com necessidades específicas. Seguidamente são apresentados os quatro domínios que caracterizam as competências comuns e apresentada a evidência que fundamenta a aquisição das mesmas durante o estágio clínico realizado no âmbito da formação pós-graduada aqui enfoque.

- Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal

As competências a atingir dentro deste domínio são duas: a) desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; b) garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento 140/2019).

É sabido que a tomada de decisão em enfermagem deve reger-se pelos princípios básicos da deontologia que rege a regulamentação profissional, como advogado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei nº104/98, de 21 de abril, alterado e republicado pelo Anexo II à Lei nº156/2015, de 16 de setembro. Segundo o artigo nº100 deste documento, os enfermeiros têm o dever de, no decorrer do exercício responsável da sua atividade profissional, “proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem

comum". Este dever está amplamente em linha com os princípios expressos na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (Comissão Nacional da Unesco, 2006), nomeadamente o princípio da autonomia, da beneficência e não-maleficência e o princípio da justiça.

No decorrer do estágio deparei-me com situações desafiantes, que careceram de reflexão e discussão construtiva com os profissionais dos respetivos contextos clínicos, mas também com os utentes alvo dos meus cuidados.

O contexto dos cuidados perioperatórios é fértil no que concerne aos desafios éticos e deontológicos que aporta. Desde já as questões relacionadas com o princípio da autonomia, da liberdade de escolha e de tomada de decisão, expressas através do consentimento informado, livre, esclarecido e expresso.

Qualquer intervenção na área da saúde só pode ser realizada com consentimento do utente alvo dos cuidados. No entanto há determinados procedimentos, que pela sua natureza exigem o consentimento informado, livre, esclarecido e dado por escrito obrigatoriamente. Estas situações estão devidamente identificadas na norma da DGS nº 015/2013, atualizada em 2015, e de entre as quais se destacam a "realização de atos cirúrgicos e/ou anestésicos, com exceção das intervenções simples de curta duração para tratamento de afeções sobre tecidos superficiais ou estruturas de fácil acesso, com anestesia local".

De forma a preservar o princípio da autonomia de decisão, esta deve ser devidamente esclarecida e informada, ou seja, deve ser transmitida a informação ao utente relativa ao ato cirúrgico/ anestésico de forma clara, simples e perceptível, e esclarecidas as dúvidas que possam surgir da integração desta informação. Sendo este, um ato médico, esta informação deve ser transmitida pelo mesmo, todavia, o enfermeiro perioperatório tem o dever de validar que o utente teve acesso à informação e agiu em conformidade, como reportado nas mais recentes *guidelines* da AORN relativas à gestão da informação dos utentes (Williams, 2023)(Williams, 2023). Em algumas ocasiões deparei-me com o facto de, apesar do utente ter assinado o consentimento, o mesmo não havia compreendido o verdadeiro teor da informação, manifestando ainda dúvidas em relação à intervenção cirúrgica ou anestésica que iria efetuar. Nestes casos específicos, após reflexão e discussão com os enfermeiros tutores do estágio, os utentes foram orientados novamente para a consulta pré-operatória médica, ou no caso de o médico em questão estar disponível no momento, foi solicitada a sua interferência para facilitar o esclarecimento de dúvidas relacionadas com a intervenção cirúrgica ou anestésica. Em nenhum momento foi permitido que o percurso cirúrgico do utente continuasse sem que estivesse garantida uma tomada de decisão livre e informada.

Outra questão sobre a qual refleti e que decorreu da experiência que obtive neste estágio foi a particularidade de a obtenção de consentimento informado no caso do procedimento cirúrgico ser urgente. Há situações em que, de facto, há limitações ou mesmo impossibilidade de obter

consentimento informado. Em caso emergente, com ameaça franca à vida do utente, o consentimento diz-se estar presumido, e a decisão vai sempre no sentido de agir para salvar o utente, de acordo com os princípios da bioética da beneficência e da não maleficência. Estas situações estão previstas no Código Penal, nomeadamente através do seu artigo 39º que atesta a validade da presunção do consentimento sempre que o “indivíduo está em perigo de vida, existe comprometimento de saúde ou alteração do estado de consciência, e não é possível obtê-lo junto deste ou de quem o represente”. Para além disso prevê também o consentimento presumido em certas situações de urgência onde a não intervenção traria comprovados riscos para o utente (artigo 156º do Código Penal). Não obstante este facto, há determinados procedimentos cirúrgicos que, mesmo sendo considerados urgentes, não necessitam de ser intervencionados no próprio dia, seja porque não têm um critério de gravidade severo, ou porque o utente encontra-se estável o suficiente para aguardar tempo cirúrgico. Nestes casos, os utentes estão conscientes e no domínio de todas as suas capacidades para se obter o seu consentimento informado e expresso, no entanto isso nem sempre é favorecido. Uma revisão sistemática e meta-análise de 2019 evidencia as lacunas na obtenção de consentimento informado em casos urgentes e como este facto está diretamente relacionado com a menor satisfação dos utentes com os cuidados cirúrgicos, baixos padrões de qualidade e piores *outcomes* de recuperação pós-cirúrgica (D’Souza et al., 2019)

Durante o ENP percebi a importância que a transmissão de informação adequada assume para o utente cirúrgico, não só para a garantia de uma tomada de decisão voluntária e autónoma, mas também como garante da segurança dos cuidados. Toda a minha tomada de decisão e exercício de funções dentro deste quadro foram orientadas pela aquisição de consentimento informado por parte do utente, antes da execução de determinadas intervenções técnicas, ou em contexto de recolha de dados em entrevista clínica, privilegiando o respeito pela integridade, dignidade, e privacidade da pessoa alvo dos meus cuidados. A confidencialidade da informação foi garantida, sendo os dados pessoais e intransmissíveis, utilizados apenas no contexto da prestação de cuidados, única e exclusivamente para esse fim. A evidência refere que, apesar de a obtenção de consentimento ser crucial para garantir o respeito pela tomada de decisão autónoma e informada do utente e para maximizar a segurança e a qualidade dos cuidados, as práticas no que concerne à obtenção de consentimento para a prestação de cuidados de enfermagem devem ser melhoradas e devem ser implementadas estratégias educativas e formativas a nível institucional para colmatar esta lacuna (Akyüz et al., 2019).

- Domínio da melhoria contínua da qualidade

As competências enfoques dentro deste domínio são as seguintes: a) garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; b) desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e c) garante um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento 140/2019).

Atualmente a qualidade é um conceito intrínseco à prestação de cuidados, nomeadamente de enfermagem, em qualquer sistema de saúde do mundo. A busca pela excelência na prestação de cuidados motiva as organizações de saúde a investirem em modelos ou sistemas de qualidade que permitam avaliar os cuidados prestados não só subjetivamente, mas também qualitativamente. Em Portugal, o Conselho de Enfermagem da OE publicou em 2001 um documento que enuncia os padrões de qualidade para a prestação de cuidados de enfermagem, sublinhando-se o carácter multidisciplinar na obtenção de qualidade, mas salientando-se também a contribuição irrefutável dos enfermeiros para a excelência dos cuidados de saúde prestados à população. Estes padrões de qualidade estão explanados em seis categorias de enunciados descritivos, que basicamente orientam o campo de atuação do enfermeiro relativamente à satisfação dos utentes, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e ao autocuidado, à readaptação funcional e à organização dos serviços de enfermagem (OE, 2001).

Criar sistemas de saúde de qualidade é, de facto, prioritário e assenta muitas vezes em modelos de reflexão-ação da prática clínica, quer isto dizer que a mudança surge como resultado de um pensamento crítico sobre as práticas profissionais, cujo exercício deve basear-se na evidência científica para atingir a excelência do cuidado (Machado, 2013).

A prática baseada na evidência e tomada de decisão consciente tem vindo ser relacionada com um aumento da qualidade dos cuidados e contribui para a segurança do utente, assim como para outros *outcomes* clínicos positivos (Connor et al., 2023). Assim, as instituições de saúde, através dos seus órgãos de gestão e serviços formativos e educativos, devem promover a investigação e implementar práticas de excelência, ancoradas no conhecimento científico contribuindo assim para aumentar a qualidade dos serviços de saúde disponibilizados às populações.

Enquanto estudante nos contextos de estágio sempre orientei a minha prática segundo os mais altos padrões de qualidade defendidos pela evidência mais recente, contrapondo muitas vezes o conhecimento empírico com o conhecimento científico e promovendo discussões construtivas sobre a prática dos cuidados implementados nos serviços. As discussões construtivas e momentos de partilha de opinião sobre o conhecimento científico em enfermagem motivaram e resultaram na implementação de uma formação em serviço no contexto de estágio do BOC, com consequente redação de um PDCA (*Plan-Do-Check-Act*) sobre literacia em saúde dos profissionais e cultura de segurança no bloco operatório (anexo 1).

Um PDCA é uma das metodologias utilizadas no âmbito da gestão de processos que permite introduzir mudanças ou desenvolver projetos de melhoria através de 4 etapas circulares: planear (*plan*), implementar (*do*), verificar (*check*) e agir (*act*). Esta metodologia tem sido amplamente utilizada pela gestão em enfermagem de forma a introduzir mudanças nos processos assistenciais e está associada a um aumento da qualidade dos cuidados, da

satisfação do utente com os enfermeiros e está positivamente associada com a redução da ansiedade e da depressão dos utentes cirúrgicos o que beneficia o seu processo de recuperação e a sua adaptação à experiência cirúrgica no geral (Gao et al., 2021).

A evidência científica apoia cada vez mais a utilização desta metodologia de análise e gestão dos cuidados de enfermagem. Um estudo caso-controlo publicado em 2022 comparou a utilização do PDCA como ferramenta de gestão dos cuidados em relação à gestão tradicional *ad-hoc* e concluiu que a utilização do modelo PDCA está associada positivamente à qualidade dos cuidados de enfermagem, aumenta a eficiência e eficácia da equipa, aumenta a motivação e o entusiasmo dos enfermeiros e consecutivamente aumenta a satisfação dos utentes e melhora a reputação e competitividade entre os hospitais (Pan et al., 2022).

O objetivo principal da formação e consequente PDCA elaborado no contexto de estágio do BOC foi compreender a relação existente entre a literacia em saúde dos enfermeiros do BO e a cultura de segurança e contribuir para a adaptação, implementação e avaliação do projeto “*We are all in this together*” que se assume como um projeto de melhoria para ajudar os profissionais a identificar práticas seguras que melhoram a qualidade dos cuidados, nomeadamente através da sua correta e visível identificação na sala operatória mediante um código de cores das toucas cirúrgicas. Este projeto de melhoria surgiu inicialmente nos Hospitais de Addenbrooks em Cambridge no Reino Unido em 2012 com o objetivo de aumentar a cultura de segurança no bloco operatório, através da correta identificação dos elementos da equipa multidisciplinar na sala de operações (Ward & Harrison, 2014).

Este conceito rapidamente se difundiu, foi aperfeiçoado e estudado, sendo que atualmente é evidente o efeito positivo que a correta e visível identificação da equipa multidisciplinar traz para a melhoria da comunicação e do trabalho de equipa no bloco operatório, o que impacta na qualidade e segurança dos cuidados (Douglas et al., 2021; van Dalen et al., 2022).

Durante o estágio compreendi que os profissionais mais literados em saúde e cultura de segurança eram, simultaneamente, os mais motivados para a implementação de mudanças conducentes ao aumento da qualidade dos cuidados. Esta perceção é apoiada pela literatura recente. De fato, especificamente na área da enfermagem, é sabido que investir no conhecimento científico dos enfermeiros e promover o exercício profissional baseado nesse conhecimento científico está diretamente relacionado com uma melhoria da qualidade dos cuidados com *outcomes* positivos no que respeita à recuperação do utente (Wu et al., 2018).

Não é possível, portanto, promover a cultura de segurança numa instituição de saúde, sem garantir o envolvimento ativo de todos os intervenientes ou participantes, quer sejam profissionais de saúde ou mesmo os próprios utentes. Um sistema de saúde seguro, é um sistema onde todos os elementos estão conscientes da importância que a sua ação individual e coletiva detém, conhecem e sabem aceder a informação relevante, credível e fiável e conseguem aplicar esse conhecimento à prática de forma a aumentar a qualidade dos cuidados,

minimizando os riscos e maximizando a segurança.

O envolvimento dos utentes é fundamental para promover uma tomada de decisão consciente e informada, essencial para garantir a autogestão adequada do seu processo anestésico-cirúrgico. Uteses mais envolvidos sentem-se mais motivados e empoderados e desenvolvem sentimentos positivos sobre a sua recuperação, contribuindo assim para a sua satisfação com todo o processo assistencial do cuidado (Bombard et al., 2018).

Para além da literacia dos profissionais e do envolvimento dos utentes, outro determinante da qualidade de um sistema de saúde é a avaliação dos seus processos assistenciais através da realização de auditorias. Para que um sistema de saúde possa evoluir e providenciar cuidados de excelência garantindo a satisfação dos seus usuários, é importante que seja sujeito a avaliações periódicas dos seus processos e sejam analisados os resultados de forma construtiva, numa ótica de melhoria contínua e certificação da qualidade assistencial dos cuidados.

A auditoria é um instrumento de recolha de dados que permite a medição qualitativa e quantitativa da qualidade assistencial em saúde e que pretende comparar os cuidados prestados na prática com os cuidados que seriam desejáveis de acordo com a evidência mais recente (Ivers et al., 2020).

O processo de auditoria e de feedback serve de suporte à tomada de decisão das organizações de saúde para a implementação de *guidelines* que permitam melhorar a qualidade dos cuidados prestados, especificamente neste caso, cuidados de enfermagem.

No contexto de estágio da Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) tive a oportunidade de participar ativamente na elaboração de normas e PDCA's relativos aos cuidados de enfermagem nas áreas do controlo da infeção e da satisfação dos utentes. Estas atividades surgiram da necessidade de dar resposta a determinados critérios expostos após uma auditoria de diagnóstico por uma entidade que certifica centros e unidades de saúde.

O facto do meu contexto de estágio estar sob escrutínio e ter de responder a determinados critérios de qualidade deu-me uma oportunidade muito rica de aprendizagem nesta área dos modelos de acreditação e despertou o meu interesse particular pela temática da qualidade dos cuidados de enfermagem. Um dos aspetos que aprendi e que decorre desta experiência na UCA foi o efeito que uma liderança forte e positiva tem numa equipa de enfermeiros a passar por um processo de auditoria, e que se assume como absolutamente determinante para o sucesso da acreditação de uma unidade ou serviço hospitalar.

De facto, a literatura descreve que as auditorias são por vezes percecionadas pela equipa como momentos de stress e ansiedade porque estão relacionadas com as expectativas de feedback negativo, são momentos de avaliação e estes podem ainda estar tradicionalmente associados a sentimentos de represálias (Michl et al., 2024).

É essencial refletir sobre formas construtivas de transmitir feedback às equipas, numa ótica de melhoria contínua dos cuidados e não numa perspetiva punitiva ou de culpabilização. Se as equipas encararem os processos de auditoria como essenciais para a melhoria continua do seu trabalho vão estar mais motivadas, envolvidas e vão querer ser parte integrante dessa melhoria.

Ainda no âmbito da acreditação da UCA, e de forma a incrementar a eficiência da metodologia de trabalho no serviço e aumentar a segurança dos cuidados minimizando os erros, tive a oportunidade de participar na definição de estratégias organizacionais dos espaços de apoio à atividade cirúrgica, especificamente os espaços de acondicionamento de equipamentos cirúrgicos, espaços de armazenamento de consumíveis de apoio à atividade cirúrgica (fios de sutura, compressas, material anestésico variado) e instrumental esterilizado (caixas de instrumental de cirurgia geral e de ginecologia). A evidência é clara no que concerne a estratégias para minimizar e prevenir o erro associado aos cuidados de saúde: é importante fomentar uma cultura de segurança que passa pela identificação dos erros clínicos como oportunidades de aprendizagem para melhorar os sistemas de saúde e não como momentos punitivos e de culpabilização. O envolvimento da equipa interdisciplinar na organização do ambiente de cuidados, na definição e implementação de listas de verificação e no reporte de incidentes são estratégias fundamentais para garantir a segurança dos cuidados e desta forma melhorar a qualidade dos sistemas de saúde (Rodziewicz et al., 2024). Sobre este temática tive a oportunidade de realizar um trabalho em co-parceria sobre a importância de notificar os incidentes de forma a contribuir para o aumento da qualidade no bloco operatório com consequente divulgação em formato de poster no Congresso de Enfermagem Perioperatória, Tecnologia, Humanização e Cuidados de Excelência realizado a 24 e 25 de Novembro de 2023 em Lousada.

- Domínio da gestão dos cuidados

Neste domínio é esperado que o enfermeiro especialista em perioperatório seja capaz de gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (a), e de adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (b) (Regulamento 140/2019).

O processo assistencial dos enfermeiros especialistas no contexto perioperatório deve ter em conta vários fatores, nomeadamente a comunicação interdisciplinar, o trabalho em equipa, a organização dos cuidados mediante os recursos materiais e humanos existentes e os indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem.

No decorrer do meu estágio no contexto de BOC tive a oportunidade de apresentar uma proposta de melhoria através da elaboração de um PDCA na área da gestão da equipa cirúrgica (anexo 2), com o intuito de contribuir para a melhoria contínua do serviço. Esta proposta tinha como objetivo principal dinamizar e facilitar a utilização da plataforma Microsoft teams ® no

serviço do BOC. A evidência revela a utilidade que esta plataforma tem assumido na gestão de equipas uma vez que facilita a comunicação e aumenta a eficiência na prestação de cuidados (Lawson et al, 2023). A existência de plataformas específicas para a comunicação interdisciplinar em meio hospitalar garante a confidencialidade e restringe o acesso aos dados, permitindo a troca de informação sensível relacionada com a gestão dos cuidados de saúde entre todos os elementos da equipa multidisciplinar.

A utilização desta aplicação em meio hospitalar teve especial destaque após o ano de 2020, na sequência da pandemia de Covid 19, uma vez que os contactos presenciais foram limitados e foram ponderadas outras estratégias de comunicação à distância (Mehta et al, 2020). A apresentação deste projeto de melhoria permitiu-me desenvolver competências de gestão e liderança organizacional, para além de ter sido uma ótima oportunidade formativa na área da comunicação interdisciplinar. A utilização de aplicações informáticas para registo e transmissão de informação introduz consistência e facilita processos de standardização, que está bem descrito na literatura que melhoram a eficiência e em última análise a qualidade dos processos cirúrgicos (von Schudnat et al., 2023). Cuidados bem organizados e eficientes são cuidados mais seguros, o que se assume de extrema importância num ambiente altamente competitivo, exigente e stressante como é o bloco operatório.

Durante o contexto de estágio, quer na cirurgia de ambulatório, quer no bloco central, tive a oportunidade de acompanhar os enfermeiros gestores, de gestão principal e intermédia, na supervisão das suas funções de liderança e de organização do serviço, nas mais variadas tarefas: distribuição dos recursos humanos pelas diferentes funções da unidade, organização de escalas, receção de materiais externos e planeamento da atividade cirúrgica. É evidente que os enfermeiros gestores são determinantes para a promoção de uma cultura de segurança em qualquer unidade de qualquer instituição hospitalar, quer através da implementação de protocolos de verificação, *guidelines* assistenciais, adequada gestão de recursos humanos, gestão de conflitos e promoção de um ambiente de trabalho saudável (Harton & Skemp, 2022).

Muitas vezes para além do enfermeiro gestor principal existe um enfermeiro de gestão intermédia, que acaba por auxiliar e apoiar o enfermeiro gestor principal na supervisão das atividades assistenciais. Clarificando, este enfermeiro, dada a proximidade com a prestação de cuidados direta, assume-se como um elo de ligação essencial entre a prática e a gestão, facilitando a comunicação entre os diferentes elementos, promovendo um ambiente laboral saudável porque estabelece relações dinâmicas entre as equipas e facilita a implementação de protocolos (Brooks & Nelson-Brantley, 2023).

No estágio em contexto de ambulatório e BOC prestei cuidados em parceria com os meus enfermeiros tutores que também assumiam posições de liderança intermédia, e, portanto, tive oportunidade de desenvolver competências nesta área. A existência de lideranças intermédias ajuda na implementação de práticas de qualidade e promove a cultura de segurança (Sahay et

al., 2022).

- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

As competências deste domínio relacionam-se com o desenvolvimento do autoconhecimento e a assertividade (a) e com a aplicação da evidência científica no core da praxis clínica de enfermagem (b) (Regulamento 140/2019).

Um ambiente profissional saudável é um fator preditivo da qualidade dos cuidados, uma vez que profissionais mais felizes desempenham melhor as suas funções. O ambiente no bloco operatório é altamente diferenciado, composto por uma equipa multidisciplinar que lida frequentemente com situações de grande stress e, por isso, características como a resiliência e a empatia, a autoconsciência e a autogestão são desejáveis para gerir pressões, atritos e conflitos que se desenvolvem frequentemente no bloco operatório.

Estas características estão frequentemente associadas ao conceito de inteligência emocional e estão positivamente relacionadas com a satisfação no contexto laboral e melhor desempenho profissional (Beydler, 2017). A inteligência emocional é a capacidade de influenciar, envolver e motivar as pessoas, empatizar com as suas necessidades e facilitar os seus processos de adaptabilidade ao ambiente laboral, minimizando os conflitos e promovendo um ambiente favorável à prestação de cuidados de excelência (Molero Jurado et al., 2019). Esta capacidade tem vindo a ser positivamente associada à diminuição de stress, ao aumento da satisfação no local de trabalho e aumento da qualidade dos cuidados uma vez que enfermeiros que consigam utilizar a inteligência emocional como um instrumento adaptativo conseguem gerir de forma mais eficaz os conflitos e tensões ocupacionais (Molero Jurado et al., 2019).

A assertividade e a empatia são dois atributos que destaco como sendo fundamentais nas relações interpessoais quer entre colegas e outros profissionais de saúde, quer no estabelecimento da relação terapêutica com o utente cirúrgico. De facto, o enfermeiro de cuidados gerais, e particularmente o de perioperatório, deve ser capaz de expressar as suas opiniões, o seu conhecimento, mas ao mesmo tempo estar consciente dos limites da sua influência e respeitar as opiniões do outro, quer este outro seja um colega ou um utente. A relação terapêutica eficaz estabelece-se por intermédio de uma comunicação assertiva, onde são negociados um comprometimento e um plano de ação para o utente com a sua participação ativa, e não são emanadas diretivas num estilo de comunicação unidirecional (Richard et al., 2023).

Em ambos os campos de estágio tive de recorrer a muitas destas competências relacionais de forma a conseguir integrar-me num meio muito diversificado e num contexto novo. Estas experiências desenvolveram a minha capacidade adaptativa e culminaram na aceitação e integração bem-sucedida na equipa multidisciplinar. Tive oportunidade de estabelecer relações profissionais de grande qualidade com os meus tutores, que resultaram na aquisição de

competências práticas na área da assistência de enfermagem ao utente cirúrgico no contexto perioperatório, mas também culminaram no desenvolvimento de projetos de melhoria dos cuidados, quer em contexto ambulatorio (anexo 3), quer em contexto de bloco operatório central (anexo 1 e 2).

Ademais, em contexto de prestação de cuidados direta consegui estabelecer uma relação terapêutica assertiva e empática com os utentes cirúrgicos, contribuindo para a desconstrução de crenças ou ideias pré-concebidas, mas respeitando as opiniões dos utentes e envolvendo-os verdadeiramente no seu plano de recuperação. Um cuidado compassivo e com respeito pelo outro.

A literatura advoga que, apesar de um cuidado compassivo ser um dos principais fatores contributivos para a qualidade de um sistema de saúde, a cultura organizacional e liderança do mesmo pode facilitar ou dificultar a sua implementação (Tehranineshat et al., 2019). Um estudo transversal publicado em 2022 concluiu que, especificamente no contexto perioperatório, os enfermeiros que investem na sua espiritualidade prestam cuidados mais compassivos, pelo que as organizações hospitalares devem implementar programas e projetos no sentido de facilitar o contacto dos profissionais de saúde com a sua espiritualidade (Kula Şahin & Bulbuloglu, 2022).

No decorrer da minha atuação no estágio fundamentei o meu exercício profissional na evidência científica, contrapondo as práticas instituídas com as práticas recomendadas. Esta atitude proativa foi bem aceite por parte dos meus tutores, pela gestão, e pela equipa no geral. Ademais durante a realização do mestrado tive a oportunidade de produzir e divulgar conhecimento, através da participação em congressos, e eventos científicos na área da Enfermagem Perioperatória. De ressaltar a divulgação em formato de poster no Congresso de Enfermagem Perioperatória, Tecnologia, Humanização e Cuidados de Excelência realizado a 24 e 25 de novembro de 2023 em Lousada do trabalho realizado em co-parceria intitulado de Notificação de Incidentes como Indicador de Qualidade no Bloco Operatório. De sublinhar igualmente a apresentação de uma comunicação oral intitulada de Conhecimento do utente cirúrgico no pré-operatório sobre gestão da dor através de dispositivo de analgesia controlada pelo próprio no seminário de Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória no evento NursID Spring School 2023.

Não obstante considero que o meu percurso nos estágios foi exigente e emocionalmente desafiante. O trabalho com uma equipa multidisciplinar requer um esforço de contínua tolerância, respeito, e gestão emocional de todas as partes com o objetivo comum de prestar cuidados de enfermagem de qualidade e baseados na mais recente evidência científica. Os desafios atuais na gestão de recursos materiais e humanos, as pressões evidentes nos sistemas de saúde e a elevada procura, a falta de momentos de descanso e lazer geram muitas vezes sentimentos de exaustão nas equipas, sendo que a evidência já refere este fenómeno com o sendo *burnout* colectivo, ou *burnout* organizacional (Jun et al., 2021).

A evidência é perentória sobre os determinantes individuais e coletivos que contribuem para a exaustão ocupacional dos profissionais de enfermagem no geral: cansaço extremo, desmotivação, sentimento de impotência, despersonalização e falta de comprometimento, baixas expectativas de autoeficácia e autoconceito de si enquanto profissional comprometido, levando a uma quebra na identificação profissional (LIAO et al., 2020; Wang et al., 2023).

O *burnout* no sistema de saúde está associado a piores *outcomes* de segurança e qualidade dos cuidados, mas também contribui para a diminuição da produtividade e do comprometimento e motivação da equipa multidisciplinar (Jun et al., 2021).

Apesar de haverem muitas estratégias de *coping* individuais que podem e devem ser instituídas (Maresca et al., 2022), a promoção de ambientes saudáveis e favoráveis à prestação de cuidados de saúde de qualidade, a instituição de tipos de liderança positivos com enfoque na cultura de segurança e a disponibilidade de recursos educativos e formativos são estratégias organizacionais absolutamente essenciais, especialmente em contextos desafiantes e com elevado stress associado como é o caso do bloco operatório (Sillero & Zabalegui, 2018).

Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

A vivência de um processo de saúde-doença anestésico-cirúrgico, com todas as suas propriedades e atributos inerentes, requer da parte do utente uma adaptação constante e autogestão da sua condição através da aquisição de conhecimentos e capacidades que facilitem os processos de tomada de decisão no sentido de serem promovidas ações que contribuam para a sua recuperação.

A necessidade de cuidados de enfermagem específicos nesta área de atuação dentro do domínio da enfermagem médico-cirúrgica determinou a criação de uma área de especialidade de enfermagem aplicada à pessoa em situação perioperatória.

O enfermeiro especialista em EMCEPSP presta cuidados especializados ao utente e família/pessoa significativa a vivenciar a experiência cirúrgica/anestésica, quer seja através da promoção da saúde, prevenção de eventos adversos e tratamento da doença, quer seja através da promoção da autogestão deste processo através da aprendizagem de estratégias adaptativas que promovam a autonomia e tomada de decisão responsável (Regulamento nº429/2018).

Os enfermeiros são determinantes quer no processo pré-operatório relativamente à identificação de necessidades de cuidados na área do conhecimento e capacidade para a preparação cirúrgica, no intraoperatório no que diz respeito à monitorização, vigilância, prevenção de complicações e no pós-operatório nomeadamente no que concerne à capacitação

do utente como elemento ativo envolvido na sua recuperação pós-operatória. Torna-se assim pertinente definir o conceito de períodos pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório.

O período pré-operatório inicia-se no momento em que o utente é informado acerca da necessidade da realização do procedimento cirúrgico e toma a decisão informada e consentida para a realização da cirurgia, e termina quando o utente é transferido para a mesa operatória (Lopes et al., 2022).

Os limites temporais do período intraoperatório são definidos pelo momento em que o utente é recebido no espaço físico do bloco operatório até ao momento em que sai desse espaço físico e entra no recobro/UCPA (Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos). O campo de atuação do enfermeiro nesta fase é dividido em três grandes áreas: anestesia, circulação e instrumentação. Nestas áreas o papel do enfermeiro centra-se, no geral, em promover a segurança do ato cirúrgico e anestésico, e identificar, antecipar e implementar medidas para reduzir complicações decorrentes destes atos (Lopes et al., 2022). A pessoa submetida a atos anestésico/cirúrgicos encontra-se numa situação de particular vulnerabilidade, muitas vezes num estado de consciência alterado exposta a riscos decorrentes da intervenção e incapaz de decidir por si, sendo essencial que o enfermeiro aja de acordo com os princípios da consciência cirúrgica, um princípio ético e moral orientador da prática no sentido da beneficência do utente em toda e qualquer situação (Regulamento nº429/2018).

A fase pós-operatória corresponde à última fase do período perioperatório e compreende o intervalo de tempo entre a admissão do utente no recobro/UCPA até ao momento em que se considera que o utente recuperou e autogeriu eficazmente o seu processo cirúrgico/anestésico (Regulamento nº429/2018).

Na cirurgia de ambulatório (CA) esta fase está subdividida em três períodos: pós-operatório imediato, pós-operatório tardio e preparação da alta (ERS, 2008). O período pós-operatório imediato, que corresponde à transição de cuidados da sala operatória para a UCPA até à passagem para o período pós-operatório tardio, é um período crítico em que a maioria das complicações anestésicas e cirúrgicas podem ocorrer. Assim a atuação do enfermeiro perioperatório nesta fase requer o planeamento de cuidados individualizados assegurando a vigilância contínua do estado fisiológico, do conforto e da segurança do utente, assim como a prevenção e monitorização de eventuais complicações. Deste modo, o enfermeiro deve iniciar a sua intervenção realizando uma avaliação inicial através do exame físico, da revisão dos registos efetuados e informações transmitidas pelos enfermeiros da sala operatória relativamente ao procedimento anestésico-cirúrgico e fármacos administrados, perda hídrica ou hemática estimada e existência de complicações (AESOP, 2006).

O período pós-operatório tardio corresponde ao segundo período da fase pós-operatória e compreende o intervalo de tempo entre a transição do pós-operatório imediato até ao momento de preparação para a alta. Na última fase, a preparação para a alta, o enfermeiro mantém a

vigilância sobre o utente, mas o seu foco é direcionado para a capacitação da pessoa para a autogestão do seu processo cirúrgico-anestésico, de forma a promover a sua recuperação sem intercorrências no seu domicílio. A intervenção do enfermeiro perioperatório como educador inclui o utente cirúrgico como agente ativo no processo de tomada de decisão. Ou seja, esta capacitação traduz-se em dotar o utente de conhecimentos que permitam que o mesmo, de forma autónoma, mantenha a continuidade dos cuidados (Stadler et al., 2019).

O enfermeiro de perioperatório continua a acompanhar o utente cirúrgico após a alta, sendo um elemento promotor e facilitador desta autogestão do procedimento invasivo do utente cirúrgico, agora no seu domicílio. É importante que as necessidades educativas do utente no pós-operatório fiquem resolvidas o mais precocemente possível para se garantir a sua autogestão do procedimento invasivo, que inclui a identificação precoce de complicações pós-operatórias e sua resolução atempada.

A reflexão sobre a aquisição das competências específicas adquiridas ao longo deste estágio curricular vão ser analisadas de acordo com os pressupostos acima expostos, tendo em consideração a minha experiência profissional consolidada ao longo dos anos como enfermeira no perioperatório e indo de encontro às competências específicas que a OE determinou e regulou no anexo IV do Regulamento n.º 429/2018 publicado em Diário da República a 16 de Julho de 2018: a) Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/ pessoa significativa; b) Maximiza a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica.

a) Cuida da pessoa em situação perioperatória

As unidades que caracterizam esta competência específica são: 1) capacita a pessoa e família/pessoa significativa, para a gestão da experiência cirúrgica; 2) promove cuidados à pessoa em situação perioperatória e 3) desenvolve a sua intervenção numa perspetiva interprofissional (Regulamento n.º 429/2018).

O utente submetido a um processo anestésico-cirúrgico deve ser envolvido ativamente e responsabilizado pela sua tomada de decisão no que concerne à adoção de comportamentos que promovam a sua preparação e recuperação cirúrgica de forma saudável e adequada. Todavia, essa tomada de decisão deve ser informada, portanto, assente num corpo de conhecimentos e aquisição de capacidades que se revelem facilitadoras da gestão da experiência cirúrgica. O processo de aquisição destes conhecimentos não é linear e universal para todos os utentes e o ambiente de aprendizagem deve ser estudado e adaptado às necessidades individuais de cada utente cirúrgico.

O Enfermeiro Especialista em EMCEPSP assume-se como o profissional de excelência, com formação e atributos necessários para informar o utente ao longo de todo o processo anestésico-cirúrgico, recorrendo a estratégias de comunicação adequadas, assentes numa

avaliação criteriosa e individualizada das necessidades da pessoa e do contexto espaço-temporal em que se encontra. Este profissional deve, entre outras competências relacionadas com a atividade assistencial técnica (anestesia, circulação, instrumentação, recobro) mobilizar conhecimentos e competências para promover o processo de aprendizagem do utente e família/pessoa significativa a viver a experiência cirúrgica. Especificando o enfermeiro deve promover a capacitação para a autogestão da pessoa e assegurar que a mesma tem acesso e compreende a informação necessária para gerir a experiência cirúrgica e a recuperação da forma mais facilitadora possível.

O cuidado de enfermagem neste contexto específico deve ser adequado às necessidades do utente, mas também ao momento dentro da experiência cirúrgica em que o cliente se encontra, e deriva de um processo de pensamento estruturado que resulta numa tomada de decisão autónoma condizente a ganhos em saúde significativos para o utente cirúrgico.

Durante o estágio tive a oportunidade de prestar cuidados a utentes em situação perioperatória no contexto de ambulatório e no contexto de BOC, acompanhando os mesmos nas diferentes fases do processo anestésico/cirúrgico, no pré, intra e pós-operatório. A minha atividade assistencial desenvolveu-se no âmbito da prestação de cuidados diretos, como enfermeira de anestesia, circulante e instrumentista e com funções no recobro, em ambos os contextos, mas destaco a minha intervenção na UCA na vertente da preparação pré-operatória e recuperação pós-operatória do utente cirúrgico ambulatorial.

O estágio clínico no contexto de ambulatório permitiu-me desenvolver um projeto que culminou numa formação em serviço onde me propus a explorar as necessidades de cuidado do utente cirúrgico no que respeita à aquisição de conhecimento e capacidade no perioperatório, identificar os dados relevantes para a identificação dos diagnósticos, objetivos, prescrição de intervenções e monitorização dos seus resultados. Para além disso pretendi identificar os conceitos relevantes e compreender a sua organização à luz da Ontologia de Enfermagem, descrever os atributos e propriedades destes conceitos e como se relacionam entre si, especificamente para um dos casos clínicos apresentados relativos ao utente submetido a cirurgia de laqueação e stripping de veias varicosas sob anestesia geral balanceada.

Durante todas as fases da experiência cirúrgica (pré-operatória, intraoperatória e pós-operatória) tive a oportunidade de avaliar as necessidades de cuidados de enfermagem do utente (recolher, organizar e priorizar dados), identificar diagnósticos sensíveis a estes cuidados, definir objetivos a atingir, prescrever intervenções e avaliar os resultados obtidos, mantendo ou alterando o plano de cuidados inicial.

Este método estruturado de pensamento e planeamento de cuidados foi representado através de uma linguagem classificada, de forma a garantir a formalização e o reconhecimento inequívoco do objeto de estudo da disciplina de enfermagem. A linguagem deve ser incorporada num sistema de classificação e registo informático funcional e operacional que permita a

produção de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, de forma a monitorizar a qualidade dos cuidados, garantindo a sua melhoria contínua, e consequente promoção da visibilidade e representação da disciplina. No caso da UCA onde estagiei, os cuidados são registados recorrendo à versão beta 2 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), materializada no sistema informático evolutivo criado pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS). O facto da interoperabilidade deste aplicativo com os restantes existentes na instituição não ser possível, causa uma incapacidade de a informação ser transmitida entre os diversos serviços o que causa constrangimentos na acessibilidade ao processo de enfermagem do utente com consequentes dificuldades para assegurar a continuidade dos cuidados(Sousa, 2012)

Torna-se essencial desenvolver uma estrutura de classificação e representação do conhecimento que possa ser operável entre os diferentes sistemas de informação em uso nos diferentes contextos de prestação de cuidados em saúde, garantindo a sua validade e especificidade.

O Centro de Investigação e Desenvolvimento em Sistemas de Informação em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto (CIDESI-ESEP) e os seus colaboradores desenvolveram uma Ontologia de Enfermagem, ou seja, uma estrutura de informação com especial utilidade para representação conceptual e teórica do conhecimento de enfermagem. O projeto “NursingOntos – Ontologia de Enfermagem” culmina no desenvolvimento de modelos clínicos de dados a serem introduzidos nos sistemas de informação de forma a permitir a interoperabilidade semântica e a representação do conhecimento.

O uso de ontologias permite em primeira instância a formalização do conhecimento da disciplina e por conseguinte o desenvolvimento de sistemas de suporte à tomada de decisão de enfermagem (Peace & Brennan, 2009). Uma Ontologia utiliza uma terminologia, mas não está limitada por ela (Gonçalves, 2020). Antes, acrescenta à terminologia a relação entre os conceitos e recorre às diferentes teorias sobre o objeto de estudo da Enfermagem como referência para a representação do conhecimento. As teorias de Enfermagem são modelos conceptuais explicativos da prática assistencial do enfermeiro e são absolutamente fundamentais para auxiliar o mesmo na sua tomada de decisão e consequente prática clínica(Watkins, 2020). O raciocínio clínico e processo assistencial do enfermeiro perioperatório podem basear-se em diferentes teorias, dependendo do seu domínio de atuação: autocuidado do utente (na sua promoção ou assistência em caso de incapacidade – Teoria Geral do Autocuidado de Orem)(Yip, 2021), adaptação ao processo de transição (os enfermeiros devem promover com as suas intervenções a facilitação da transição do utente, para que esta seja realizada de forma saudável - Teoria das Transições de Meleis))(Meleis & Trangenstein, 1994) ou segurança do utente no contexto perioperatório (vigilância, antecipação e intervenção no sentido de prevenir complicações - Teoria da Vigilância Antecipatória)(O'Brien et al., 2018).

Para que o utente vivencie de forma saudável a sua experiência cirúrgica deve estar munido de um conjunto de conhecimentos e capacidades que permitam uma preparação e recuperação cirúrgicas adequadas. A identificação das necessidades educativas do utente implica uma recolha de dados intencional e criteriosa, incluída no processo de pensamento ou raciocínio clínico do enfermeiro de perioperatório.

-Avaliação das necessidades educativas e pré-requisitos para aprender

A avaliação inicial ou assessment é a primeira das etapas fundamentais do processo de pensamento que norteia a tomada de decisão clínica dos enfermeiros. Neste processo importa sublinhar que os dados podem ser de natureza muito diferente, podendo variar no método de recolha assim como na natureza conceptual do dado. No que respeita à natureza, dados de 1º nível de evidência ou dados diretos, são dados empíricos que são obtidos através da observação direta. Contrariamente, dados inferidos são dados obtidos através da aplicação de instrumentos de recolha de dados ou são dados cuja informação tem de ser analisada de forma relacional para permitir o raciocínio diagnóstico. Estes instrumentos podem ser de natureza quantitativa (como questionários, escalas, testes) ou de natureza qualitativa (como entrevistas clínicas ou dados obtidos através de narrativas livres dos utentes) e o uso complementar de ambos confere validade, consistência e robustez à recolha dos dados o que permite uma formulação de diagnósticos adequada às necessidades de cuidados de enfermagem específicas de cada utente (Artioli et. al, 2017). A especificidade dos dados é um atributo muito importante, porque quanto mais específicos forem os dados recolhidos, mais fiável e válido será estabelecer prioridades, conceber cuidados e monitorizar o seu efeito. Para isso é necessário através da evidência identificar um resumo mínimo de dados necessários para traduzir a identificação de uma necessidade de cuidados específica.

Os dados e as suas relações representam um conjunto de informação interpretada e valorizada de acordo com uma lógica intencional e racional que valide ou invalide uma hipótese diagnóstica. Quer isto dizer que tem de haver uma intencionalidade implícita na recolha de dados dentro de cada foco de atenção e priorizada a sua análise na identificação das necessidades de cuidados de enfermagem. Durante o meu percurso na UCA, após analisar o modelo de padronização dos registos de enfermagem durante o período perioperatório, percebi que nem todos os dados recolhidos fornecem informação apenas consumida pelos enfermeiros.

De facto, há dados que são utilizados apenas para o raciocínio clínico dos enfermeiros e que vão validar a sua intervenção autónoma (dados autónomos), há dados que apenas são consumidos por outros profissionais e que vão sustentar as intervenções prescritas por outros ou interdependentes (dados interdependentes) e há dados que são consumidos quer por enfermeiros e quer por outros profissionais, pois vão servir de base ao raciocínio clínico de ambos (que intitulei de dados híbridos).

Fundamentalmente na apresentação dos casos clínicos neste relatório de estágio apenas foi

explanado o raciocínio clínico dos enfermeiros, portanto o processo de pensamento que leva à identificação em necessidades de cuidados de enfermagem, definição de objetivos e implementação de intervenções autónomas.

Quando um utente é submetido a um procedimento cirúrgico, se por um lado há um conjunto mínimo de dados a recolher com o objetivo de determinar sinais de complicações (dados híbridos), também há outros dados relacionados com o processo de autogestão que o utente faz daquele procedimento invasivo e que são dados autónomos, ou seja, fornecem informação apenas utilizada por enfermeiros para o seu raciocínio clínico.

A autogestão é definida pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) versão 2. como uma “atividade executada pelo próprio”, neste caso atividades auto - iniciadas para garantir a preparação e recuperação da experiência cirúrgica.

É sabido que o utente submetido a um processo anestésico-cirúrgico deve ser envolvido ativamente e responsabilizado pela sua tomada de decisão no que concerne à adoção de comportamentos que promovam a sua preparação e recuperação cirúrgica de forma saudável e adequada (Mendes & Ferrito, 2021). Todavia, para que o utente consiga autogerir esta condição e de certa forma transitar de forma saudável pelo processo cirúrgico deve dotar-se de um corpo de conhecimentos e adquirir capacidades que se revelem facilitadoras da autogestão da experiência cirúrgico-anestésica (Gonçalves et al., 2017).

O enfermeiro do perioperatório tem um papel determinante na identificação das necessidades educativas do utente e na prescrição de intervenções que suprimam essas necessidades de forma a promover uma autogestão adequada. Para isso necessita de recolher dados que efetivamente avaliem o conhecimento e a capacidade do utente. Esta avaliação deve ser estruturada, baseada na melhor evidencia, e adaptada à cirurgia em questão (Lopes et al., 2022).

Importa referir que, no caso particular da avaliação das necessidades educativas do utente, devem estar presentes determinados pré-requisitos para a aprendizagem.

A evidência revela que para que a aprendizagem seja bem-sucedida, o utente não deve ter compromissos na compreensão e expressão da mensagem (comunicação) e deve conseguir recuperar e reter a informação (memória) assim como mostrar disponibilidade, motivação e envolvimento para aprender (Inott & Kennedy, 2011). Em relação à acuidade visual e auditiva, no caso de existirem alterações estas devem ser tidas em linha de conta aquando da prescrição das intervenções educativas, uma vez que a metodologia deverá ser adaptada em função das limitações do utente e diferentes estilos de aprendizagem (Beagley, 2011).

Mas não são só fatores bio fisiológicos que influenciam a aprendizagem do utente cirúrgico. Fatores emocionais (ansiedade, medo, vulnerabilidade, falta de motivação e autoestima, baixas expectativas de autoeficácia), sociais e culturais (rendimento, literacia, crenças, tradições),

ambientais (temperatura, luz e nível de ruído do gabinete de consulta assim como a privacidade, experiência em educação para a saúde do enfermeiro) são aspetos importantes a ter em conta aquando da avaliação das condições necessárias para aprender (Inott & Kennedy, 2011).

De sublinhar que as experiências prévias de aprendizagens bem ou mal sucedidas devem ser tidas em conta no planeamento de objetivos e definição de metodologias para a intervenção educativa. As expectativas e interesses particulares do utente na obtenção de informação específica são aspetos a considerar já que são preditores do sucesso do processo de aprendizagem.

Pese embora a avaliação destes pré-requisitos ser um passo fundamental para garantir o sucesso da intervenção educativa, nem sempre esta é tida em conta durante o processo do raciocínio clínico dos enfermeiros no perioperatório.

No contexto de ambulatório onde estagiei, apenas se realiza a consulta pré-operatória e o contacto telefónico na véspera da cirurgia, não havendo nenhum momento de avaliação dos pré-requisitos para aprender. Assim sugeri no projeto que apresentei à UCA a introdução de uma videoconsulta de avaliação dos pré-requisitos para aprender. Esta consulta pretende ser um instrumento de seleção dos utentes no sentido de perceber se eles reúnem as condições mínimas para conseguirem aprender, seja pela via da aquisição de conhecimento, seja pela via da aquisição de capacidades, para, no limite, conseguirem autogerir o seu processo cirúrgico. Em caso positivo, então qualificam-se para a consulta pré-operatória presencial do dia seguinte. Em caso negativo então deixa de ser o indivíduo o eixo de atuação e pode ser necessário envolver um convivente significativo, um cuidador. A evidência revela que em muitos casos o envolvimento da família não só garante a adequada preparação para o processo cirúrgico como facilita o envolvimento do utente no seu processo de transição saúde-doença (Gruman et al., 2010).

A aplicação das novas tecnologias na saúde, nomeadamente a sua utilização como ferramenta para a promoção da autogestão do utente da sua experiência cirúrgica parece ser promissora dado o seu potencial para ser eficiente, personalizada e centrada no utente e acessível (Jat & Grønli, 2023). Não obstante ainda é necessária mais evidência no sentido de esclarecer quais os utentes elegíveis para este tipo de metodologia de consulta (a videoconsulta), tendo em conta que a faixa etária (Terp et al., 2021) e a escolaridade, assim como o rendimento podem ser variáveis que podem determinar o acesso às novas tecnologias (Gordon & Crouch, 2019).

Estando garantidos os pré-requisitos para aprender, o enfermeiro pode passar à segunda fase da sua avaliação, nomeadamente através da realização da consulta pré-operatória de enfermagem.

- A consulta de enfermagem e a intervenção educativa

A consulta de enfermagem é um método de intervenção autónoma de enfermagem que deve ser estruturada, onde o enfermeiro perioperatório deve, através da utilização de uma linguagem adaptada ao utente, comunicar de forma eficiente, estabelecendo uma relação terapêutica adequada promotora de uma tomada de decisão conjunta com o objetivo de potenciar a preparação e a recuperação cirúrgica (Portaria nº306- A/2011 do Ministério da Saúde e das Finanças, artigo 2.º). A AESOP (2006) definiu como objetivos da CPOE 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.

A evidência aponta vários benefícios para o utente atribuídos à educação pré-operatória realizada na consulta de enfermagem pré-operatória: diminui a ansiedade, aumenta o conhecimento dos utentes e facilita a gestão da sua experiência cirúrgica, aumenta a satisfação dos utentes, diminui a taxa de cancelamentos cirúrgicos e dá visibilidade à profissão (Breda & Cerejo, 2021; Kruzik, 2009; McKendrick et al., 2014; Mendes & Ferrito, 2021).

Na UCA tive a oportunidade de realizar várias consultas pré-operatórias presenciais e contactos telefónicos como parte integrante do processo de preparação do utente para a cirurgia. No caso da consulta pré-operatória, o objetivo é recolher dados (*assessment*) e se identificado algum diagnóstico, poderá justificar-se a intervenção educativa no momento, sendo adequada a presença em gabinete do enfermeiro e do utente.

Esta constatação é corroborada pela evidência na medida em que as intervenções educativas que requeiram uma alteração de comportamentos são mais eficazes se administradas presencialmente (Dwinger et al., 2020). De fato o contacto visual, a relação de empatia terapêutica com o utente, a informação obtida através da linguagem não verbal, são aspetos que aparentemente facilitam tanto a administração da intervenção como a eficácia terapêutica da mesma para o utente (Lopes et al., 2022; Mendes & Ferrito, 2021).

Esta posição é concordante com Yavuz et al., (2016) cuja revisão sistemática demonstrou que as sessões educacionais via telefone, por exemplo, com o objetivo de implementação de terapêutica educacional, revelaram-se ineficazes e defendem que há necessidade de realizar mais estudos sobre a educação do utente com foco nos conteúdos abordados, mas também nos métodos utilizados. Outro estudo recente que comparava a implementação da intervenção educativa via telefone vs. pessoalmente concluiu que os contactos telefónicos perioperatórios para implementação de intervenções não parecem ser custo-efetivos e que as pessoas se sentem mais confiantes quando as intervenções são implementadas pessoalmente (Berardinelli & Bernhofer, 2020).

No caso dos contactos telefónicos realizados na véspera da cirurgia, nas 24h seguintes e 1 mês após como preconizado na cirurgia de ambulatório, a evidência revela que esta estratégia de

atuação é eficaz para a avaliação (*evaluation*) da eficácia das intervenções já implementadas.

De facto, estudos recentes apontam para o benefício das teleconsultas e consultas telefónicas na avaliação dos *outcomes* da intervenção de enfermagem, (Thompson et al., 2019) sendo que os utentes parecem preferir esta metodologia para avaliação de resultados, com o objetivo de determinar sinais de complicações pós-operatórias por exemplo, dado que se sentem mais confortáveis no seu domicílio e reduzem os gastos monetários da deslocação e de tempo (Soegaard Ballester et al., 2018).

O contacto telefónico do dia anterior à cirurgia tem como objetivo validar os resultados da intervenção educativa do dia anterior, sendo necessário recolher dados no âmbito da aquisição do conhecimento e da capacidade do utente. No entanto há que ter em conta que o tempo para a aquisição de conhecimento varia de utente para utente.

Muitas vezes, o tempo da intervenção não é o tempo que o cliente necessita para aprender. O enfermeiro deve ser o principal gestor de quando e como deve ser transmitida a informação ao utente com o objetivo de aumentar o seu conhecimento permitindo otimizar a preparação e recuperação cirúrgica. A forma de intervir e o tempo para a intervenção são fundamentais, pelo que as intervenções no domínio do conhecimento e da capacidade devem ser baseadas na evidência, mas a sua implementação deve ser adaptada ao utente de forma a não serem defraudadas as suas expectativas.

O tempo adequado é aquele que determinado cliente em particular precisa para que a avaliação inicial seja realizada de forma adequada, os dados recolhidos de forma criteriosa, as necessidades educativas sejam diagnosticadas e sejam planeadas as intervenções correspondentes e avaliadas de acordo com os critérios de resultados estabelecidos com o utente, para que o mesmo valide a importância de todo o processo na gestão da sua experiência cirúrgica. A validação de conhecimento não é, mais uma vez, um processo que seja passível de ser padronizado de forma estéril, obtido em tempo standard para todos os utentes. Para que o valor das intervenções educativas de enfermagem perioperatória em Portugal seja ponderado, é necessário perceber como funciona o processo de aprendizagem do cliente, que fatores determinam o seu sucesso ou impedem a sua concretização.

A literatura refere que a informação transmitida a utentes adultos verbalmente pelo enfermeiro, deve ser complementada com materiais escritos, nomeadamente, folhetos informativos, para que o utente possa consultar a informação várias vezes no caso de ter dúvidas e desta forma reter melhor a informação (Linton e Matteson, 2020). Obviamente que a metodologia da intervenção deve ser adaptada à população alvo. Por exemplo no caso da população pediátrica, uma revisão sistemática publicada em 2024 demonstra os efeitos benéficos da utilização de modelos 3D na educação de utentes pediátricos cirúrgicos e suas famílias (Yang et al., 2024). No caso concreto do estágio que realizei na UCA sugeri a utilização de um modelo anatómico para auxiliar na intervenção da instrução e treino sobre a autoadministração da enoxaparina,

uma técnica que os utentes que são intervencionados cirurgicamente às veias varicosas são instruídos a executar no domicílio após a alta (anexo 3).

Ademais é importante que os enfermeiros correspondam às expectativas de aprendizagem dos utentes. Um estudo descritivo longitudinal realizado em 2022 demonstrou que os utentes esperavam ter tido mais informação antes da alta sobre complicações pós-operatórias, autogestão da dor e período de recuperação com previsão de regresso à vida laboral (Blöndal et al., 2022). Efetivamente, a mudança de comportamentos não pressupõe apenas a existência do conhecimento formal, mas também está relacionada com a existência de significados dificultadores, com as expectativas de autoeficácia para a realização de determinada intervenção e todos estes constructos podem impactar na adesão ou não das recomendações pós-operatórias.

Durante o meu percurso formativo na UCA consegui utilizar muitas estratégias que aprendi na unidade curricular de Comunicação e Relação Terapêutica, particularmente no momento da consulta pré-operatória em entrevista clínica. A empatia e assertividade, a linguagem e postura profissional aliadas ao processo de pensamento autónomo assumem de facto um papel essencial para promover a visibilidade da profissão e garantir a prática de uma enfermagem mais significativa para as pessoas.

- O processo de aprender

No que respeita ao processo de aprendizagem dos utentes, para identificar as necessidades de cuidados de enfermagem, é necessário compreender como é que as pessoas aprendem. A recolha de dados relativos ao conhecimento é um processo que deve ter em conta aquilo que o utente já sabe (literacia), de onde obteve a informação (fontes) e o que espera saber (expectativas, motivação, envolvimento). Depois do diagnóstico identificado e da intervenção implementada torna-se importante avaliar o que o utente aprendeu (compreensão e retenção) (Marcus, 2014). Portanto não deve ser um processo standard, apesar de estruturado deve ser adaptado em função das características e necessidades da pessoa.

O conceito de literacia em saúde está relacionado com o conhecimento, a motivação e as competências que a pessoa tem para aceder, compreender, avaliar e aplicar as informações de saúde no sentido de fazer julgamentos e tomar decisões sobre cuidados de saúde na sua vida quotidiana, para prevenir doenças, promover a saúde de forma a manter ou melhorar a sua qualidade de vida (Arriaga et al., 2022; Liu et al., 2020). Os determinantes dos níveis de literacia em saúde dos utentes em Portugal vão de encontro aos do resto da Europa e estão descritos na literatura: baixo rendimento económico, baixa escolaridade e suporte social e impactam negativamente na utilização dos serviços de saúde (Arriaga et al., 2022).

No caso da literacia em saúde digital, chamada e-literacia, juntam-se ainda, a existência de recursos materiais informáticos e a educação para a utilização das novas tecnologias (Estrela et

al., 2023).

A avaliação da literacia em saúde do utente é uma etapa fundamental no processo de recolha de dados sobre o conhecimento, assim como a avaliação da motivação, do envolvimento e da capacidade para aprender. Para além disso, as barreiras ou limitações cognitivas e emocionais ou psicológicas, crenças culturais ou religiosas são outras variáveis que devem ser consideradas antes de se identificarem diagnósticos e prescreverem intervenções na área educativa (Marcus, 2014). Estes fatores podem influenciar os resultados das intervenções relacionadas com o conhecimento.

A evidência revela que o nível de literacia dos utentes que sofrem de úlceras varicosas determina a sua capacidade de autogerir a sua doença, e consequente tratamento. De fato, utentes com menos literacia são também os que apresentam maiores dificuldades em autogerir a sua condição de saúde, revelando-se aqui primordial o papel educativo do enfermeiro do contexto perioperatório (Shrestha et al., 2021).

Durante o meu estágio na UCA tive a oportunidade de apresentar o processo de conceção de cuidados de um dos meus casos clínicos (utente submetido a cirurgia de laqueação e *stripping* das veias varicosas dos membros inferiores) onde sugeri a introdução de um modelo anatómico para a instrução e treino da autoadministração da enoxaparina na consulta de enfermagem pré-operatória (anexo 3). Para além disso compreendi que as pessoas aprendem todas de forma diferente, e que o material auxiliar educativo tem de ser ajustado em função da faixa etária e o tipo ou estilo de aprendizagem de cada utente. Beagley (2011) refere que há vários padrões de aprendizagem e que em função desses padrões devem ser selecionados os recursos educativos: visual, as pessoas que aprendem pela visualização (filme, panfleto ilustrado); auditivo são aquelas que atendem mais às instruções verbais (repetição verbal da informação, áudio); cinético, as pessoas que aprendem melhor a fazer atividades (pausas, menos material expositivo, mais vertente treino ou experimental).

Os enfermeiros no geral, em particular os especialistas no contexto do perioperatório, devem ser profissionais de referência na área da Educação para a Saúde, garantindo que o utente submetido a um procedimento cirúrgico compreende, retém, sabe aceder à informação em saúde e aplica esse conhecimento em benefício próprio na gestão do seu processo de transição pelo contexto cirúrgico.

Durante o estágio na UCA tive a oportunidade de realizar autonomamente várias consultas pré-operatórias e contactos telefónicos antes e após a cirurgia, assim como de preparar para a alta vários utentes submetidos a intervenções cirúrgicas de diferentes especialidades médicas (ortopedia, cirurgia geral, ginecologia).

Pessoalmente considero que a formação pós-graduada em Educação para a Saúde (mestrado com especialização) que detenho constitui uma base sólida para o desenvolvimento de

competências acrescidas nesta área, o que se afigurou como uma mais valia para mim enquanto estudante, mas também para o contexto de estágio em que fui inserida e para os utentes alvo dos meus cuidados. Educar para a Saúde é, através de um conjunto de experiências de aprendizagem, ajudar as pessoas e as comunidades a melhorar a sua saúde por meio da obtenção de conhecimentos e alteração de hábitos ou atitudes conducentes a comportamentos saudáveis (OMS, 2012). Basicamente trata-se de influenciar com o conhecimento a tomada de decisão do indivíduo e ou população no sentido de promover a saúde para todos.

Paralelamente, os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória são os profissionais com competências técnicas específicas e conhecimentos científicos especializados para liderar o processo assistencial educativo do utente cirúrgico, capacitando-o para a tomada de decisão consciente e informada.

b) Maximiza a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica.

As unidades que caracterizam esta competência específica são: 1) demonstra consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório; 2) lidera o processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios e 3) promove a gestão e o controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório (Regulamento n.º 429/2018).

O ambiente no qual são prestados os cuidados ao cliente é também um determinante que influencia a eficácia e eficiência das intervenções de enfermagem no perioperatório. O ambiente perioperatório é desafiante no sentido em que é um setting complexo, com grande inovação tecnológica, altamente diferenciado e os seus intervenientes experienciam altos níveis de stress associados à prestação de cuidados.

O utente submetido a uma intervenção anestésico-cirúrgica assume uma posição de vulnerabilidade, exposto a complicações e incidentes decorrentes do processo assistencial. O enfermeiro especialista neste contexto deve atuar em conformidade com o princípio da benevolência e não maleficência que está na base da consciência cirúrgica. Assim, o enfermeiro deve agir como elemento ativo na promoção de uma cultura de segurança, que previna a ocorrência de incidentes e promova a segurança para o utente e para a equipa multidisciplinar.

A existência de listas de verificação para garantir a realização de uma cirurgia segura foram uma medida muito importante para prevenir eventos adversos evitáveis e são consideradas como indicadores de qualidade e segurança no perioperatório (Chazapis et al., 2018; Sotto et al., 2021).

Durante o meu percurso formativo e em contexto de estágio, quer na área de ambulatório quer em BOC participei na implementação da Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica (LVSC)

recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), promovendo momentos de reflexão sobre a sua estrutura, adequação ao contexto e metodologia de intervenção. A implementação da LVSC está positivamente associada à diminuição da infecção do local cirúrgico, mortalidade e morbidade, risco de pneumonia, retorno não planeado ao bloco, perda sanguínea com necessidade de transfusão de sangue, risco de infecção urinária, ocorrência de entubação não planeada e ocorrência de sépsis (Sotto et al., 2021). Assim, quando o enfermeiro de cuidados perioperatórios encara a LVSC como um verdadeiro indicador da qualidade e segurança dos seus cuidados e a implementa de forma sistemática está a contribuir para aumentar a segurança do utente através da redução de todos os outcomes clínicos não desejáveis, como a infecção do local cirúrgico.

A evidência revela que a lista de verificação pode e deve ser adequada ao contexto em uso, e devem ser facilitadas as estratégias da sua implementação por exemplo utilizando quadros visuais em detrimento de checklists em papel, para aumentar a adesão da equipa multidisciplinar (Cushley et al., 2021).

Não obstante, existem ainda muitas limitações e barreiras à sua utilização. Uma revisão sistemática publicada em fevereiro do ano corrente revelou que os artigos publicados sobre esta temática até junho de 2023 identificam mais fatores dificultadores do que facilitadores na implementação da LVSC recomendada pela OMS (Paterson et al., 2024). De entre os obstáculos reportados destacam-se a baixa adesão dos cirurgiões, a cultura hierárquica das instituições e a complacência ou resiliência das equipas, o processo burocrático e a duplicação dos sistemas de registo. Na formação que apresentei ao serviço de BOC onde estagiei e que se intitulou de Literacia em Saúde e Cultura de Segurança foram exploradas as várias vantagens da implementação da LVSC (Sotto et al., 2021) e discutidos os fatores facilitadores da sua implementação, nomeadamente a liderança eficaz, oportunidades de formação e desenvolvimento dentro da instituição, realização de auditorias e obtenção de feedback positivo, envolvimento dos líderes informais na dinâmica da utilização da checklists (Paterson et al., 2024). Todavia, um sistema de saúde seguro não se resume a um sistema que apenas utiliza listas de verificação e guidelines de segurança.

Um sistema de saúde que promove uma cultura de segurança é um sistema onde os seus elementos partilham os mesmos valores e crenças sobre o que é verdadeiramente importante, sobre a forma como as diferentes unidades organizacionais interagem e, em conjunto, produzem normas comportamentais que promovem a segurança (Singer et al., 2009). Assim, sistemas de saúde com processos assistenciais de excelência são sistemas que implementam medidas de segurança integrativas e verdadeiramente transformadoras, que vão para além do estabelecimento de guidelines e checklists de verificação de qualidade.

A evidência revela que as fundações para criar uma cultura de segurança num serviço de saúde incluem o incentivo à partilha e reporte de incidentes, numa ótica de encarar o erro não de

forma punitiva, mas construtiva, envolvendo toda a equipa multidisciplinar em reflexões conjuntas, obtenção de feedback positivo, definição de objetivos e planeamento de atividades conjuntas para promover a adesão (Falcone et al., 2021).

Durante o meu percurso formativo, na unidade curricular de Princípios de Gestão em Enfermagem Avançada co-elaborei um poster intitulado de “Notificação de Incidentes como Indicador de Qualidade no Bloco Operatório” que resultou de uma revisão de literatura científica recorrendo às bases MEDLINE Complete, CINAHL Ultimate, CINAHL Complete, Academic Search Complete, e Complementary Index através do repositório EBSCOhost. Este trabalho permitiu-me compreender que as principais barreiras à notificação de incidentes são a falta de apoio institucional, a cultura de culpabilização e personalização do erro, falta de sistemas de notificação adequados e falta de conhecimentos sobre a sua utilização.

Por outro lado, a evidência aponta para que o envolvimento, comprometimento e experiência dos enfermeiros perioperatórios para com a sua atividade são fatores positivamente associados com a qualidade dos cuidados, sendo considerados preditores da cultura de segurança dentro do serviço de bloco operatório (Wright et al., 2021).

Profissionais de saúde mais literados em saúde são mais significativos para os seus utentes, e a aquisição de conhecimento e capacidade neste domínio vai contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados, para a instituição de uma cultura de segurança no serviço e para a representação social da profissão e da imagem dos enfermeiros (Barton et al., 2018; O'Donovan et al., 2019; Wittenberg et al., 2018).

Investir na Literacia em Saúde, quer dos profissionais quer dos utentes é um indicador de qualidade e preditor de uma cultura de segurança em ambiente perioperatório. Este conceito remete para a necessidade dos profissionais de saúde deterem um corpo de conhecimentos e capacidades especificamente relacionadas com a Literacia em Saúde, sendo capazes de, e com o cliente, identificar as suas necessidades educativas e prescrever intervenções que ajudem o cliente a resolver essas necessidades (Wittink & Oosterhaven, 2018). Alguns desses conhecimentos e capacidades estão relacionadas com a forma ou o método de se avaliar o conhecimento do cliente, a forma ou o método de intervir (estilos de comunicação, capacidade de estabelecer relação terapêutica, fornecer feedback) (Sørensen et al., 2021) (Güner & Ekmekci, 2019).

Tendo em conta que profissionais mais literados são mais recetivos à mudança, facilitam processos de transição e de melhoria e envolvem-se ativamente em ações de formação e projetos conducentes à melhoria contínua dos cuidados realizei, como já mencionado anteriormente, uma formação em estágio no contexto de BOC com o objetivo de compreender a relação entre a literacia em saúde dos profissionais de saúde e a cultura de segurança no bloco operatório.

Nesta formação apresentei também um projeto de melhoria contínua (anexo 1) para ajudar os profissionais a identificar práticas seguras que melhoram a qualidade dos cuidados, nomeadamente através da sua correta e visível identificação na sala operatória mediante um código de cores das toucas cirúrgicas, disponibilizadas para utilização antes do acesso à área restrita do BOC. O projeto foi bem aceite pela equipa multidisciplinar e gerou uma reflexão conjunta sobre as práticas instituídas no serviço o que per si, se materializa já como um incremento na cultura de segurança daquela instituição.

Vários estudos científicos têm validado a introdução de toucas cirúrgicas personalizadas com nome e cores específicas adequadas a cada função como uma estratégia eficaz para melhorar a comunicação entre a equipa multidisciplinar no bloco operatório (Brodzinsky et al., 2021; Thota et al., 2024; Wong et al., 2023).

Os erros de comunicação são frequentes no contexto perioperatório, onde a complexidade de procedimentos exige a interação e atuação de uma equipa de profissionais numerosa e diferenciada. A evidência recente revela que uma comunicação ineficaz e disruptiva no bloco operatório está associada à ocorrência de erros com consequentes outcomes negativos para os utentes, com implicações para a segurança e eficiência dos processos assistenciais (Bachar et al., 2024).

Esta minha intervenção vem de encontro aos objetivos do Plano Nacional para Segurança dos Doentes 2021-2026, aprovado pelo despacho n.º 9390/2021 publicado em Diário da República a 24 de setembro de 2021: “fomentar uma cultura organizacional que priorize a segurança do paciente, garantir o compromisso da liderança na promoção da segurança do doente, melhorar a comunicação entre profissionais de saúde, pacientes e familiares, implementar estratégias para reduzir incidentes evitáveis e assegurar que os cuidados de saúde sejam realizados com base na melhor evidência científica disponível e seguindo boas práticas de qualidade e segurança”.

Durante o estágio clínico, quer na UCA quer no BOC tive a oportunidade de participar em reuniões de serviço com a equipa multidisciplinar, onde foram abordados aspetos relacionados com a dinâmica e o funcionamento dos serviços, realizadas formações sobre controlo de infeção e apresentados dispositivos e equipamentos por casas comerciais relacionadas com a assistência anestésica e cirúrgica. Estes momentos constituíram-se também como excelentes oportunidades de partilha de ideias e de debate construtivo sobre projetos de melhoria para os serviços. As instituições de saúde devem proporcionar momentos de formação e envolver as equipas, constituindo grupos de trabalho com o objetivo de desenvolver uma prática baseada na melhor evidência científica, em permanente atualização, baseada nos mais altos standards de qualidade e atender à necessidade de elaborar indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem que se traduzam em ganhos em saúde para os utentes e valorizem a atividade assistencial dos enfermeiros.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

Na síntese deste relatório importa refletir sobre o trabalho desenvolvido no ENP enquanto estudante do curso de MEMCEPSP e, especificamente deliberar quanto à concretização dos objetivos propostos, análise das limitações e principais obstáculos à sua realização e conjecturar sobre implicações das suas conclusões para o futuro da Enfermagem em contexto perioperatório.

Ao longo do meu percurso formativo no curso de MEMCEPSP desenvolvi um particular interesse pela temática do processo de Preparação e Conhecimento da Pessoa em Situação Perioperatória. Considero que esta escolha reflete naturalmente a minha orientação profissional para a temática educativa do utente, mas também a pretensão pessoal de contribuir para o desenvolvimento do domínio autónomo da profissão.

O papel autónomo do enfermeiro especialista no processo de empoderamento e de capacitação, como agente facilitador do processo de autogestão do utente em contexto cirúrgico foi o eixo condutor de todo o trabalho desenvolvido, norteando a ação pedagógica e formativa que desenvolvi nos dois contextos de estágio, quer a nível da conceção de cuidados com os dois casos clínicos apresentados, quer a nível do projeto de aquisição de competências especializadas apresentado no módulo I da unidade curricular de ENP e concretizado no módulo II, com a elaboração do presente relatório.

No culminar da realização deste trabalho considero que os objetivos propostos foram atingidos: adquirir competências de enfermagem especializadas na assistência à pessoa em situação perioperatória, especificamente no que concerne ao seu processo de preparação e recuperação, garantindo um cuidado seguro, de qualidade e baseado na evidência científica. Ademais, com base neste trabalho foram elaboradas propostas de melhoria concretas com aplicabilidade prática para os contextos de estágio, e que são contributos para a gestão dos cuidados perioperatórios com qualidade e segurança.

Não obstante ao sucesso alcançado, foram muitos os obstáculos a contornar e as limitações sentidas ao longo do caminho, quer do foro pessoal, institucional ou profissional. Desde já, a necessidade de equilibrar e responder às exigências dos diversos papéis por mim desempenhados (mãe, esposa, enfermeira e estudante), aliadas às barreiras espaço-temporais para a concretização do projeto, sobrecarga de momentos de aprendizagem e avaliação, solicitações para parceria em projetos institucionais, que são excelentes oportunidades de desenvolvimento, assim os recursos financeiros e de tempo estejam assegurados. Como resposta a estas vicissitudes tive de desenvolver competências na área da inteligência

emocional, que facilitaram o meu próprio processo de autogestão para lidar com esta transição na minha vida pessoal e profissional.

Ademais o facto do curso de MEMCEPSP ser relativamente recente, com poucas opções formativas a nível nacional, sendo esta a segunda edição na instituição de ensino, afigura-se como uma oportunidade de contribuir para a estruturação equilibrada das unidades pedagógicas, mas ao mesmo tempo limita o acesso a recursos educativos, como conhecimento científico válido, já que existe pouca investigação desenvolvida nesta área, com poucos artigos publicados em bases de dados de relevo. É urgente a tomada de decisão governamental no sentido da valorização da formação pós-graduada nas áreas da especialidade de enfermagem, já que esta formação contribui indiscutivelmente para a melhoria da qualidade dos cuidados prestada aos cidadãos portugueses e residentes em Portugal. As instituições educativas devem ter o investimento necessário, as instituições laborais os recursos humanos e financeiros adequados e os profissionais a valorização profissional merecida para que todo o sistema de saúde possa beneficiar e os utentes melhorarem efetivamente a sua saúde e qualidade de vida.

No culminar deste processo formativo concluí que utentes mais literados em saúde, são pessoas que se adaptam mais facilmente às transições saúde-doença, neste caso no contexto cirúrgico, através da autogestão facilitadora do processo invasivo, com a aplicação de conhecimentos e aquisição das capacidades necessárias, e, que por isso, recorrem menos aos serviços de saúde deixando espaço para uma gestão mais eficaz e eficiente dos recursos materiais e humanos disponíveis. Para além disso, compreendi que, apesar da Literacia em Saúde ser um constructo do conhecimento recente, é um dos domínios estratégicos no que respeita ao investimento estratégico na área da saúde.

A DGS, no seu Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento para 2023-2030, assume como objetivo principal "...a melhoria dos níveis de Literacia em Saúde da população, através da ativação de comportamentos e do desenvolvimento de ecossistemas que promovam a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida ao longo do ciclo de vida, bem como que assegurem a sustentabilidade do sistema de saúde." Os enfermeiros no geral e os especialistas em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, no particular, estão numa posição privilegiada para garantir que, com o seu contributo absolutamente essencial, asseguram cuidados de qualidade, promovem a saúde e são mais significativos para as pessoas.

A autonomia da profissão rege-se por uma prática baseada na evidência, pela representação autónoma do conhecimento e pelo reconhecimento do objeto de estudo da profissão. A valorização social surge na sequência dessa atuação de qualidade.

Espero com este trabalho ter iniciado um percurso na direção dessa excelência que tanto almejo para a minha prática, em particular, e para a profissão de Enfermagem, no geral.

7. BIBLIOGRAFIA

Allman, K., & Wilson, I. (Eds.). (2011). Oxford Handbook of Anaesthesia. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199584048.001.0001>

Alvarado, A. C., & Panakos, P. (2022, July 13). Endotracheal Tube Intubation Techniques - StatPearls – NCBI Bookshelf. NCBI. Retrieved December 21, 2022.

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (AESOP). (2006). Enfermagem Perioperatória: da filosofia à prática de cuidados. Lisboa: Lusodidacta. ISBN: 972-8930-16.

American Society of Anesthesiologists. (2018). Position on Monitored Anesthesia Care. Last amended on October 17. <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/continuum-of-depth-of-sedation-definition-of-general-anesthesia-and-levels-of-sedation-analgesia>.

Amitai, A., e Mosenifar, Z. (2020). Ventilator Management: Introduction to Ventilator Management, Modes of Mechanical Ventilation, Methods of Ventilatory Support. Medscape Reference. Retrieved December 21, 2022.

Amorim, A. V. C., Campos, I. M., Dias, V. L., Resende, F. A., Romaneli, D. A. V. de R., & Garcia, C. F. (2017). Transurethral resection of prostate syndrome. Revista Médica de Minas Gerais, 27. <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20170047>

Anderson D.J., Podgorny K., Berríos-Torres SI., Bratzler DW., Dellinger EP., Greene, L., [et al.]. (2014). Strategies to Prevent Surgical Site Infections in Acute Care Hospitals: Update. Infect Control Hosp Epidemiol. Vol. 35(6), p.605-27.

APCA. (2014). Recomendações para anestesia regional em cirurgia ambulatoria. Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório. 1 – 5 8 <http://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacoesAnestesiaRegional.pdf>.

APCA. (2012). Recomendações Portuguesas para a profilaxia e tratamento das náuseas e vômitos em cirurgia ambulatoria. Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório. https://apca.com.pt/recomendacoes/recomendacoes_nauseas.pdf.

Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (APCA). (2013). Recomendações para o tratamento da dor aguda pós-operatória em cirurgia ambulatoria. https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacao_DorAguda.pdf

Alexander CE, Scullion MM, Omar MI, Yuan Y, Mamoulakis C, N'Dow JM, Chen C, Lam TB. Bipolar versus monopolar transurethral resection of the prostate for lower urinary tract symptoms

secondary to benign prostatic obstruction. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 Dec 03;12(12)

Alhasan, S., Aji, S., Mohammed, A., & Malami, S. (2008). Transurethral resection of the prostate in Northern Nigeria, problems and prospects. *BMC Urology*, 8(1), 18.

Alves, E. C. P., Almeida, C. C., & Pratas Balhau, A. (2018). Varizes dos Membros Inferiores Aspectos Práticos.

Akcaboy, Z. N., Akcaboy, E. Y., Mutlu, N. M., Serger, N., Aksu, C., & Gogus, N. (2012). Raquianestesia com dose baixa da combinação de bupivacaína e fentanil: uma boa alternativa para a cirurgia de ressecção transuretral de próstata em pacientes idosos em regime ambulatorial. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 62(6), 757-761.

Akyüz, E., Bulut, H., & Karadağ, M. (2019). Surgical nurses' knowledge and practices about informed consent. *Nursing Ethics*, 26(7-8), 2172-2184. <https://doi.org/10.1177/0969733018810767>

Argyriou, C., Papasideris, C., Antoniou, G. A., Georgakarakos, E., Papanas, N., Lazarides, M. K., & Georgiadis, G. S. (2018). The effectiveness of various interventions versus standard stripping in patients with varicose veins in terms of quality of life. *Phlebology: The Journal of Venous Disease*, 33(7), 439-450. <https://doi.org/10.1177/0268355517720307>

Aroni, P., Nascimento, L. A. do, & Fonseca, L. F. (2012). Avaliação de estratégias no manejo da sede na sala de recuperação pós-anestésica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(4), 530-536. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000400008>

Artioli, G., Foà, C., Cosentino, C., & Taffurelli, C. (2017). Integrated narrative nursing: a new perspective for an advanced assessment. *Acta bio-medica : Atenei Parmensis*, 88(1S), 7-17.

Arriaga, M., Francisco, R., Nogueira, P., Oliveira, J., Silva, C., Câmara, G., Sørensen, K., Dietscher, C., & Costa, A. (2022). Health Literacy in Portugal: Results of the Health Literacy Population Survey Project 2019-2021. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7), 4225. <https://doi.org/10.3390/ijerph19074225>

Arriaga, M., Santos, B., Leiras, G., Carvalho, A., Pinto, A., & Raposo, B. (2023). Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030 — Plano Estratégico.

Asadian, S., Khatony, A., Moradi, G., Abdi, A., & Rezaei, M. (2016). Accuracy and precision of four common peripheral temperature measurement methods in intensive care patients. *Medical devices (Auckland, N.Z.)*, 9, 301-308.

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (AESOP). (2006). *Enfermagem*

Azenha, M., Rocha, C., Oliveira, E., Cruz, L., Pascoal, M., Luísa Macedo, A., & Gomes, M. (n.d.). Consensos de manutenção da normotermia no período perioperatório.

- Bachar, A., Brommelsiek, M., Simonson, R. J., Raymond Chan, Y.-Y., Davies, A., Catchpole, K., & Sutkin, G. (2024). Speech Communication Interference in the Operating Room. *Journal of Surgical Research*, 295, 723–731. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2023.11.064>
- Beagley, L. (2011). Educating Patients: Understanding Barriers, Learning Styles, and Teaching Techniques. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 26(5), 331–337. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2011.06.002>
- Beebe-Dimmer, J. L., Pfeifer, J. R., Engle, J. S., & Schottenfeld, D. (2005). The Epidemiology of Chronic Venous Insufficiency and Varicose Veins. *Annals of Epidemiology*, 15(3), 175–184. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2004.05.015>
- Black, S. (2022). Local anaesthetic drugs. *Anaesthesia and Intensive Care Medicine*, 24(1), 65–70.
- Berardinelli, A., & Bernhofer, E. I. (2020). Postsurgical Follow-Up Phone Calls: Worth the Investment? *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 35(6), 665–670. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.03.014>
- Beydler, K. W. (2017). The Role of Emotional Intelligence in Perioperative Nursing and Leadership: Developing Skills for Improved Performance. *AORN Journal*, 106(4), 317–323. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.08.002>
- Berríos-Torres, S., Umscheid, C., Bratzler, D., Leas, B., Ma, E. & Stone, M., [et al.] (2017). Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection. *JAMA Surg* V. 152(8):784–91. Disponível em: <https://jamanetwork.com/>
- Belete, K. G., Ashagrie, H. E., Workie, M. M., & Ahmed, S. A. (2022). Prevalence and factors associated with thirst among postsurgical patients at University of Gondar comprehensive specialized hospital. Institution-based cross-sectional study. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 6(1), 69. <https://doi.org/10.1186/s41687-022-00476-5>
- Bjørnholdt, K., Lone, amp;, & Brix, D. (2022). Problems in self-management of analgesics Problems in self-management of analgesics after outpatient shoulder surgery after outpatient shoulder surgery. Original Article *Dan Med J*, 69(11), 1220046.
- Blöndal, K., Sveinsdóttir, H., & Ingadottir, B. (2022). Patients' expectations and experiences of provided surgery-related patient education: A descriptive longitudinal study. *Nursing Open*, 9(5), 2495–2505. <https://doi.org/10.1002/nop2.1270>
- 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>
- Breda, L., & Cerejo, M. (2021). Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na

satisfação das necessidades informativas do doente. *Revista de Enfermagem Referência*, V Série (No5). <https://doi.org/10.12707/RV20088>

Breda, L. (2019). Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>

Brodzinsky, L., Crowe, S., Lee, H. C., Goldhaber-Fiebert, S. N., Sie, L., Padua, K. L., & Daniels, K. (2021). What's in a Name? Enhancing Communication in the Operating Room with the Use of Names and Roles on Surgical Caps. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 47(4), 258-264. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2020.11.012>

Brooks, J. V., & Nelson-Brantley, H. (2023). Managing safety in perioperative settings. *Health Care Management Review*, 48(2), 175-184. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000364>

Brunton, L., Parker, K., Blumenthal, D., Buxton, I. (2008)). *Goodman & Gilman Manual de farmacologia e terapêutica*. AMGH Editora.

Caple, C. (2023). Caring for Patients in PACU After General Anesthesia. *CINAHL Nursing Guide*.

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

Cho, S., Han, J. I., Baik, H. J., Kim, D. Y., & Chun, E. H. (2016). Monitored anesthesia care for great saphenous vein stripping surgery with target controlled infusion of propofol and remifentanyl: a prospective study. *Korean Journal of Anesthesiology*, 69(2), 155. <https://doi.org/10.4097/kjae.2016.69.2.155>

Clark, C. E., Warren, F. C., Boddy, K., McDonagh, S. T. J., Moore, S. F., Teresa Alzamora, M., Ramos Blanes, R., Chuang, S. Y., Criqui, M. H., Dahl, M., Engström, G., Erbel, R., Espeland, M., Chaves L. & Pimenta C. (2003). Controle da dor pós-operatória: comparação entre métodos analgésicos. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, março-abril; vol. 11(2), p.215-9. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000200011>

Crawford, M. E. (2012). Surgical complications and their treatments. In *Lower Extremity Soft Tissue & Cutaneous Plastic Surgery* (pp. 435-445). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-7020-3136-6.00030-8>

Cho S., Atwood E., *Peripheral Edema Am J Med*. 2002; 113: 580-586

Cook N. F. (2021). The Glasgow Coma Scale: A European and Global Perspective on Enhancing Practice. *Critical care nursing clinics of North America*, 33(1), 89-99. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2020.10.005>

Comissão Nacional da Unesco (2006). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*.

https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por

Connor, L., Dean, J., McNett, M., Tydings, D. M., Shrout, A., Gorsuch, P. F., Hole, A., Moore, L., Brown, R., Melnyk, B. M., & Gallagher-Ford, L. (2023). Evidence-based practice improves patient outcomes and healthcare system return on investment: Findings from a scoping review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 20(1), 6-15. <https://doi.org/10.1111/wvn.12621>

Cushley, C., Knight, T., Murray, H., & Kidd, L. (2021). Writing's on the wall: improving the WHO Surgical Safety Checklist. *BMJ Open Quality*, 10(1), e001086. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-001086>

Deglin, J. & Vallerand, A. (2009). *Guia Farmacológico para Enfermeiros*. Lusociência.

De, N., & Machado, J. B. (2013). *Universidade Católica Portuguesa Gestão da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem-um modelo de melhoria contínua baseado na reflexão-ação*. Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de doutor em Enfermagem.

Decreto-Lei n.º 161/96 do Ministério da Saúde. (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República: I Série-A*, n.º 205. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/htm>

Decreto-Lei n.º 48/95 do Código Penal (1995). *Diário da República* n.º 63/1995, Série I-A de 1995-03-15. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1995-34437675>

Deglin, J. e Vallerand, A. (2003). *Guia farmacológico para enfermeiros*. 7a ed. Lusociência - Edições técnicas e científicas.

Deglin, J. & Vallerand, A. (2009). *Guia Farmacológico para Enfermeiros*. Lusociência.

Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde. (2021). *Diário da República: II Série*, n.º 187. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Direção-Geral da Saúde (2001). *Cirurgia de ambulatório: recomendações para o seu desenvolvimento*. Direção de serviços de planeamento. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. Recuperado de <http://www.associacaoamigosdagrandeidade.com/wpcontent/uploads/filebase/consultoria/DGS%20Cirurgia%20de%20ambulat%C3%83%C2%B3rio.pdf>.

Direção Geral de Saúde. (2022). "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf

Douglas, N., Demeduk, S., Conlan, K., Salmon, P., Chee, B., Sullivan, T., Heelan, D., Ozcan, J., Symons, G., & Marane, C. (2021). Surgical caps displaying team members' names and roles improve effective communication in the operating room: a pilot study. *Patient Safety in Surgery*, 15(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s13037-021-00301-w>

Duarte, A. & Martins, O. (2014). *Enfermagem em Bloco Operatório*. Lisboa, Portugal: LIDEL -Edições Técnicas, Lda.

D'Souza, R. S., Johnson, R. L., Bettini, L., Schulte, P. J., & Burkle, C. (2019). Room for Improvement. *Mayo Clinic Proceedings*, 94(9), 1786–1798. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2019.02.026>

Dwinger, S., Rezvani, F., Kriston, L., Herbarth, L., Härter, M., & Dirmaier, J. (2020). Effects of telephone-based health coaching on patient-reported outcomes and health behavior change: A randomized controlled trial. *PLOS ONE*, 15(9), e0236861. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236861>

Entidade Reguladora da Saúde (ERS). (2008). Estudo sobre a qualidade da cirurgia de ambulatório. https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/75/Microsoft_Word__Relatorio_Qualidade_em_Cirurgia_de_Ambulatorio-VFinal.pdf.

Estrela, M., Semedo, G., Roque, F., Ferreira, P. L., & Herdeiro, M. T. (2023). Sociodemographic determinants of digital health literacy: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Medical Informatics*, 177, 105124. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2023.105124>

Ezeamuzie, O., Darian, V., Katiyar, U., & Siddiqui, A. (2019). Intraoperative use of low-profile alternating pressure mattress for prevention of hospital acquired pressure injury. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 17.

Ferrucci, L., Guerchet, M., Hattersley, A., Lahoz, C., McClelland, R. L., McDermott, M. M., Price, J., Campbell, J. L. (2022). Higher Arm Versus Lower Arm Systolic Blood Pressure and Cardiovascular Outcomes: a Meta- Analysis of Individual Participant Data From the INTERPRESS-IPD Collaboration. *Hypertension (Dallas, Tex.: 1979)*, 79(10), 2328–2335. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.121.18921>

French Society for Anaesthesia and Intensive Care (SFAR), French Ophthalmology Society (SFO), French-speaking Intensive Care Society (SRLF), Keita, H., Devys, J. M., Ripart, J., Frost, M., Cochereau, I., Boutin, F., Guérin, C., Fletcher, D., & Compère, V. (2017). Eye protection in anaesthesia and intensive care. *Anaesthesia, critical care & pain medicine*, 36(6), 411–418. <https://doi.org/10.1016/j.accpm.2017.08.001>

Falcone, R. A., Simmons, J., Carver, A. M., Mullett, B., Kotagal, M., Lin, E., Muething, S., & von Allmen, D. (2021). Perioperative Safety: Engage, Integrate, Empower, Sustain to Eliminate Patient Safety Events. *Pediatric Quality & Safety*, 6(6), e495. <https://doi.org/10.1097/pq9.0000000000000495>

Gan, T. J., Meyer, T. A., Apfel, C. C., [et al.]. (2007). Society for Ambulatory Anesthesia guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting. *Anesthesia and*

Analgesia. V. 105(6), p. 1615-28. <https://doi.org/10.1213/01.ane.0000295230.55439.f4>

Gao, Y., Chen, X., & Kang, L. (2021). The effect of Plan-Do-Check-Act cycle nursing management of gynecological surgery: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Palliative Medicine*, 10(7), 8072-8081. <https://doi.org/10.21037/apm-21-1590>

Graham, G. G., Davies, M. J., Day, R. O., Mohamudally, A., & Scott, K. F. (2013). The modern pharmacology of paracetamol: therapeutic actions, mechanism of action, metabolism, toxicity and recent pharmacological findings. *Inflammopharmacology*, 21(3), 201-232. <https://doi.org/10.1007/s10787-013-0172-x>

Gemayel, G., & Christenson, J. T. (2012). Can Bilateral Varicose Vein Surgery be Performed Safely in an Ambulatory Setting? *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 43(1), 95-99. <https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2011.09.022>

Gruman, J., Rovner, M. H., French, M. E., Jeffress, D., Sofaer, S., Shaller, D., & Prager, D. J. (2010). From patient education to patient engagement: Implications for the field of patient education. *Patient Education and Counseling*, 78(3), 350-356. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.02.002>

Gottschalk, A., Aken, H. Van, Zenz, M., & Standl, T. (2011). Is Anesthesia Dangerous? *Deutsches Ärzteblatt International*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.0469>

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, N. P., & Crouch, E. (2019). Digital Information Technology Use and Patient Preferences for Internet-Based Health Education Modalities: Cross-Sectional Survey Study of Middle-Aged and Older Adults With Chronic Health Conditions. *JMIR Aging*, 2(1), e12243. <https://doi.org/10.2196/12243>

Hagstrom, R. S. (1955). Studies on fluid absorption during transurethral prostatic resection. *The Journal of Urology*, 73(5), 852-859. [https://doi.org/10.1016/S0022-5347\(17\)67488-3](https://doi.org/10.1016/S0022-5347(17)67488-3)

Harton, L., & Skemp, L. (2022). Medical-surgical nurse leaders' experiences with safety culture: An inductive qualitative descriptive study. *Journal of Nursing Management*, 30(7), 2781-2790. <https://doi.org/10.1111/jonm.13775>

Hannon, B., Prizeman, G., Madhavan, P., O'Neill, S., Martin, Z., O'Callaghan, A., Colgan, M.-P., Canning, C., & O'Donnell, S. (2022). Ambulatory outpatient venous surgery service: An examination of patient satisfaction and experiences. *Phlebology: The Journal of Venous Disease*, 37(8), 588-595. <https://doi.org/10.1177/02683555221110353>

Heydinger, G., Shafy, S. Z., O'Connor, C., Nafiu, O., Tobias, J. D., & Beltran, R. J. (2022). Characterization of the Difficult Peripheral IV in the Perioperative Setting: A Prospective,

Observational Study of Intravenous Access for Pediatric Patients Undergoing Anesthesia. *Pediatric health, medicine and therapeutics*, 13, 155-163. <https://doi.org/10.2147/PHMT.S358250>

How to Do Kegel Exercises for Men - Prostate Cancer _ UCLA Health. (n.d.). Pelvic Health Physiotherapy RARP Pelvic Floor Muscle Exercises and Advice for Men Information for men. (n.d.). www.pogp.csp.org.uk

Huang, T. W., Chen, S. L., Bai, C. H., Wu, C. H., & Tam, K. W. (2013). The optimal duration of compression therapy following varicose vein surgery: a meta-analysis of randomized controlled trials. *European journal of vascular and endovascular surgery: the official journal of the European Society for Vascular Surgery*, 45(4), 397-402. <https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2013.01.030>

Infarmed. (2013). Circular Informativa - Metoclopramida - alteração das recomendações de utilização.N.º183/CD/8.1.7.<https://www.infarmed.pt/documents/15786/1096079/9046263.PDF/49043b26-717b-4149-bb3a-2b0113353c6f?version=1.0>

Infarmed. (2021). Boletim de Farmacovigilância (Vol. 25). Letras & Sinais, Comunicação e Imagem,Lda.

Inott, T., & Kennedy, B. B. (2011). Assessing Learning Styles: Practical Tips for Patient Education. *Nursing Clinics of North America*, 46(3), 313-320. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2011.05.006>

Ivers, N., Brown, B., & Grimshaw, J. (2020). Clinical Performance Feedback and Decision Support. In *Improving Patient Care* (pp. 235-251). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781119488620.ch13>

Jat, A. S., & Grønli, T.-M. (2023). Harnessing the Digital Revolution: A Comprehensive Review of mHealth Applications for Remote Monitoring in Transforming Healthcare Delivery (pp. 55-67). https://doi.org/10.1007/978-3-031-39764-6_4

Jun, J., Ojemeni, M. M., Kalamani, R., Tong, J., & Crecelius, M. L. (2021). Relationship between nurse burnout, patient and organizational outcomes: Systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 119, 103933. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103933>

Ju, J.-W., Hwang, I.E., Cho, H.-Y., Yang, S., Kim, W. & Lee, H.-J. (2023). Effects of sugammadex versus neostigmine on postoperative nausea and vomiting after general anesthesia in adult patients:a single-center retrospective study. 13(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-023-32730-1>

Kehlet, H., & Dahl, J. B. (2003). Anaesthesia, surgery, and challenges in postoperative recovery. *The Lancet*, 362(9399), 1921-1928. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14966-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14966-5)

Kruzik, N. (2009). Benefits of Preoperative Education for Adult Elective Surgery Patients. *AORN Journal*, 90(3), 381-387. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2009.06.022>

Kula Şahin, S., & Bulbuloglu, S. (2022). The Effect of Spiritual Well-Being of Perioperative Nurses

on Compassion. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 37(4), 509–514. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2021.09.012>

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

Leslie, S. W., Chargui, S., & Stormont, G. (2023). Transurethral Resection of the Prostate Pelvic Health Physiotherapy RARP Pelvic Floor Muscle Exercises and Advice for Men Information for men. (n.d.). www.pogp.csp.org.uk

Liao, R.-W., Yeh, M.-L., Lin, K.-C., & Wang, K.-Y. (2020). A Hierarchical Model of Occupational Burnout in Nurses Associated With Job-Induced Stress, Self-Concept, and Work Environment. *Journal of Nursing Research*, 28(2), e79. <https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000348>

Linton, A., & Matteson, M. (2020). *Medical Surgical Nursing*. Elsevier. 10ª Ed. ISBN 9780323612425;

Liu, C., Wang, D., Liu, C., Jiang, J., Wang, X., Chen, H., Ju, X., & Zhang, X. (2020). What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Family Medicine and Community Health*, 8(2), e000351. <https://doi.org/10.1136/fmch-2020-000351>

Lopes, E., Cerqueira, M., & Rocha, M. (2022). As vantagens da consulta de enfermagem presencial à pessoa submetida a cirurgia ambulatoria. *Revista de Enfermagem Referência*, VI Série (No 1). <https://doi.org/10.12707/RV21149>

Luís, J., Apóstolo, A., Gonçalves, M., & Gameiro, H. (2005). Referências Onto-epistemológicas e Metodológicas da Investigação em Enfermagem: uma análise crítica Onto-epistemological and Methodological References of Nursing Research: a critical analysis.

Lynch, N. P., Clarke, M., & Fulton, G. J. (2015). Surgical management of great saphenous vein varicose veins: A meta-analysis. In *Vascular* (Vol. 23, Issue 3, pp. 285–296). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.1177/1708538114542633>

Machado, H. (2013). *Manual de Anestesiologia*. LIDEL, Lisboa; Perrin, S. L., Bull, C., Rowe, R., &

Maciel, B., Chagas, N., Pereira, N., Nascimento, S., Periañez, C., Caetano, E., Nakagawa, L., Simino, G., Mattia. (2017). Oxigenoterapia relacionada com a saturação periférica de oxigênio em pacientes na sala de recuperação anestésica. *Revista SOBECC*. V.22(2) p. 60-67.

Maraş, G., & Bulut, H. (2021). Prevalence of Nausea-Vomiting and Coping Strategies in Patients Undergoing Outpatient Surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 36(5), 487–491. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.10.004>

Marcus C. (2014). Strategies for improving the quality of verbal patient and family education: a review of the literature and creation of the EDUCATE model. *Health psychology and behavioral medicine*, 2(1), 482–495. <https://doi.org/10.1080/21642850.2014.900450>

Martins, F. (2013) Unidade de Cuidados Pós Anestésicos. In Manual de Anestesiologia. Lidel - Edições técnicas, Lda .

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*. V. 94: p. 337-45.

Maresca, G., Corallo, F., Catanese, G., Formica, C., & Lo Buono, V. (2022). Coping Strategies of Healthcare Professionals with Burnout Syndrome: A Systematic Review. *Medicina*, 58(2), 327. <https://doi.org/10.3390/medicina58020327>

McKendrick, Douglas R. A., Cumming, G., & Lee, A. (2014). A 5-year observational study of cancellations in the operating room: Does the introduction of preoperative preparation have an impact? *Saudi Journal of Anaesthesia*, 8(5), 8. <https://doi.org/10.4103/1658-354X.144053>

Mendes, D., & Ferrito, C. (2021). Consulta de enfermagem pré-operatória: Implementação e avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*, V Série (No 8). <https://doi.org/10.12707/RV20216>

Michl, G., Bail, K., Turner, M., & Paterson, C. (2024). Identifying the impact of audit and feedback on the professional role of the nurse and psychological well-being: An integrative systematic review. *Nursing & Health Sciences*, 26(1). <https://doi.org/10.1111/nhs.13095>

Ministério da Saúde (2009). Portaria n.º 132/2009, de 30 de janeiro. *Diário da República*.

Molero Jurado, M. del M., Pérez-Fuentes, M. del C., Oropesa Ruiz, N. F., Simón Márquez, M. del M., & Gázquez Linares, J. J. (2019). Self-Efficacy and Emotional Intelligence as Predictors of Perceived Stress in Nursing Professionals. *Medicina*, 55(6), 237. <https://doi.org/10.3390/medicina55060237>

Munro, C.A. (2010). The development of a pressure ulcer risk-assessment scale for perioperative patients. *AORN Journal*, 92(3), 272-287. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2009.09.035>

Mutlu, M., & Turkmen, S. (2022). The effect of different anaesthesia techniques on postoperative pain and hospital discharge in varicose vein surgery. *Cardiovascular Journal of Africa*, 33(2), 46-49. <https://doi.org/10.5830/CVJA-2021-061>

Nandhra, S., Wallace, T., El-Sheikha, J., Carradice, D., & Chetter, I. (2020). A randomised controlled trial of perivenous tumescent anaesthesia in addition to general anaesthesia for surgical ligation and stripping of the great saphenous vein. *Phlebology: The Journal of Venous Disease*, 35(5), 305-315. <https://doi.org/10.1177/0268355519885221>

Natário A. et al.(2000) - Cirurgia ambulatorio - Recomendações para o desenvolvimento. *Revista portuguesa de cirurgia ambulatorio*. Porto. ISSN 0874- 8349. Vol. 1, nº1, p. 19-27

Nyamekye, I. K., & Campbell, B. (2021). UK Royal Society of Medicine Venous Forum VTE Advice 2020. *Phlebology*, 36(2), 88-90. <https://doi.org/10.1177/0268355520976924>

- Nilsson, U., Jaensson, M., Dahlberg, K., & Hugelius, K. (2019). Postoperative Recovery After General and Regional Anesthesia in Patients Undergoing Day Surgery: A Mixed Methods Study. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 34(3), 517-528. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.08.003>
- Nugent, S. M., Lovejoy, T. I., Shull, S., Dobscha, S. K., & Morasco, B. J. (2021). Associations of Pain Numeric Rating Scale Scores Collected during Usual Care with Research Administered Patient Reported Pain Outcomes. *Pain medicine (Malden, Mass.)*, 22(10), 2235-2241. <https://doi.org/10.1093/pm/pnab110>
- Nunes, J., Gomes, R., Povo, A. & Alves, E. (2018). Indicadores de Qualidade em Cirurgia de Ambulatório: uma revisão bibliográfica comparando a realidade portuguesa e o contexto internacional. *Acta Médica Portuguesa*, Jul-Ago, Vol. 31, cap. 7-8, p. 425-430. <https://doi.org/10.20344/amp.10416>
- O'Brien, B., Andrews, T., & Savage, E. (2018). Anticipatory vigilance: A grounded theory study of minimising risk within the perioperative setting. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 247-256. <https://doi.org/10.1111/jocn.13881>
- OE. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - Enquadramento Conceptual - Enunciados Descritivos. Conselho de Enfermagem. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- OE. (1998). REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro. (Com as alterações introduzidas pelo pelo Decreto lei nº 104/98 de 21 de abril.
- OE. (2018). Regulamento n.º 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. *Diário da República*, 2ª série, nº 135, pp. 19359- 19370. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- OE. (2019a). Regulamento n.º 140/2019, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2ª Serie. Nº 26. pp. 4744- 4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (2018). Global guidelines for the prevention of surgical site infection. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277399/9789241550475eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Oliveira, R. de Á., Mazzucca, A. C. P., Pachito, D. V., Riera, R., & Baptista-Silva, J. C. da C. (2018). Evidence for varicose vein treatment: An overview of systematic reviews. *Sao Paulo Medical Journal*, 136(4), 324-332. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2018.0003240418>

- Pan, N., Luo, Y. Y., & Duan, Q. X. (2022). The Influence of PDCA Cycle Management Mode on the Enthusiasm, Efficiency, and Teamwork Ability of Nurses. *BioMed Research International*, 2022, 1-7. <https://doi.org/10.1155/2022/9352735>
- Pannier, F., Noppeney, T., Alm, J., Breu, F. X., Bruning, G., Flessenkämper, I., Gerlach, H., Hartmann, K., Kahle, B., Kluess, H., Mendoza, E., Mühlberger, D., Mumme, A., Nüllen, H., Rass, K., Reich-Schupke, S., Stenger, D., Stücker, M., Schmedt, C. G., ... Valesky, E. (2022). S2k guidelines: diagnosis and treatment of varicose veins. *Der Hautarzt*, 73(S1), 1-44. <https://doi.org/10.1007/s00105-022-04977-8>
- Pannier, F., & Rabe, E. (2015). Progression in venous pathology. *Phlebology: The Journal of Venous Disease*, 30(1_suppl), 95-97. <https://doi.org/10.1177/0268355514568847>
- Paterson, C., Mckie, A., Turner, M., & Kaak, V. (2024). Barriers and facilitators associated with the implementation of surgical safety checklists: A qualitative systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 80(2), 465-483. <https://doi.org/10.1111/jan.15841>
- Pavlin, D. Janet., Chen, C., Penaloza, D. A., & Buckley, F. Peter. (2004). A survey of pain and other symptoms that affect the recovery process after discharge from an ambulatory surgery unit. *Journal of Clinical Anesthesia*, 16(3), 200-206. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2003.08.004>
- Peace, J., & Brennan, P. F. (2009). Formalizing nursing knowledge: From theories and models to ontologies. *Studies in Health Technology and Informatics*, 146, 347-351. <https://doi.org/10.3233/978-1-60750-024-7-347>
- Prakash S. (2013). Perioperative eye protection under general anesthesia. *Journal of anaesthesiology, clinical pharmacology*, 29(1), 138-139. <https://doi.org/10.4103/0970-9185.105834>
- Rassweiler J, Teber D, Kuntz R, Hofmann R. Complications of transurethral resection of the prostate (TURP)--incidence, management, and prevention. *Eur Urol*. 2006 Nov;50(5):969-79; discussion 980
- Richard, C., Lussier, M.-T., Millette, B., & Tanoubi, I. (2023). Healthcare providers and patients: an essay on the importance of professional assertiveness in healthcare today. *Medical Education Online*, 28(1). <https://doi.org/10.1080/10872981.2023.2200586>
- Rodziewicz, T. L., Houseman, B., & Hipkind, J. E. (2024). Medical Error Reduction and Prevention.
- Rothrock, J. (2021). Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico. Guanabara Koogan Lda.
- Rusch, D, Eberhart, LH, Wallenborn, J, [et al.] (2010). Nausea and vomiting after surgery under general anesthesia: an evidence-based review concerning risk assessment, prevention, and

treatment. *Dtsches Arzteblatt International*. V. 107(42), p. 733-41. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2010.0733>

Sahay, A., Willis, E., Kerr, D., & Rasmussen, B. (2022). Nurse leader agency: Creating an environment conducive to support for graduate nurses. *Journal of Nursing Management*, 30(3), 643-650. <https://doi.org/10.1111/jonm.13561>

Sanguiné, A. D. S., Ramos, G. F. do N., Boschetti, J. 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>

Sequeira, C. (2014). Análise da parametrização nacional do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem - SAPE.

Shrestha, P., Karmacharya, R. M., Dahal, S., Dhakal, P., Bhandari, N., & Bade, S. (2021). Patient literacy on varicose veins in cases presenting at university hospital of Nepal subjected for surgical management of varicose veins. *Journal of Vascular Nursing*, 39(1), 2-5. <https://doi.org/10.1016/j.jvn.2021.01.002>

Siddiqui BA, Kim PY. Anesthesia Stages. [Updated 2023 Jan 29]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557596/>

Sillero, A., & Zabalegui, A. (2018). Organizational Factors and Burnout of Perioperative Nurses. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 14(1), 132-142. <https://doi.org/10.2174/1745017901814010132>

Silva, R., Fernandes, J., Maurício, M., Silva, L., Silva, G., & Cordeiro, A. (2020). Motivações para a experiência transicional das estudantes do curso de especialização em enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, V Série (No 4). <https://doi.org/10.12707/RV20021>

Singer, S., Lin, S., Falwell, A., Gaba, D., & Baker, L. (2009). Relationship of Safety Climate and Safety Performance in Hospitals. *Health Services Research*, 44(2p1), 399-421. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2008.00918.x>

Swerdlow, B. & Osborne-Smith, L. (2022). Sugammadex: Pharmacometrics, Clinical Utility, and Adverse Effects. *AANA Journal*, 90 (2),133-140

Soegaard Ballester, J. M., Scott, M. F., Owei, L., Neylan, C., Hanson, C. W., & Morris, J. B. (2018). Patient preference for time-saving telehealth postoperative visits after routine surgery in an urban setting. *Surgery*, 163(4), 672-679. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2017.08.015>

StatPearls – NCBI Bookshelf. NCBI. Retrieved December 21, 2022.

Sotto, K. T., Burian, B. K., & Brindle, M. E. (2021). Impact of the WHO Surgical Safety Checklist Relative to Its Design and Intended Use: A Systematic Review and Meta-Meta-Analysis. *Journal of*

the American College of Surgeons, 233(6), 794-809 e8. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2021.08.692>

Sousa, P. (2012). Sistemas de Informação em Enfermagem: novos desafios, novas oportunidades... Revista Da Escola de Enfermagem Da USP, 46(5), 1-2. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000500001>

Sociedade Portuguesa de Anestesiologia. (2017). Recomendações da SPA para manutenção de normotermia no período perioperatório

Stadler, D. V., Giordani, A. T., Ezaias Paulino, G. M., Sonobe, H. M., Zanardo, R. R., & Valério, M. A. (2019). ESTRATÉGIAS PARA O ENSINO DO AUTOCUIDADO DE PACIENTES CIRÚRGICOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA. Revista Eletronica Gestão & Saúde, 128-141. <https://doi.org/10.26512/ges.v0i0.23332>

Steadman, J., Catalani, B., Sharp, C., & Cooper, L. (2017). Life-threatening perioperative anesthetic complications: major issues surrounding perioperative morbidity and mortality. Trauma Surgery & Acute Care Open, 2(1), e000113. <https://doi.org/10.1136/tsaco-2017-000113>

Tehranineshat, B., Rakhshan, M., Torabizadeh, C., & Fararouei, M. (2019). Compassionate Care in Healthcare Systems: A Systematic Review. Journal of the National Medical Association, 111(5), 546-554. <https://doi.org/10.1016/j.jnma.2019.04.002>

Thota, B., Rabinowitz, A., & Guttman, O. (2024). Taking Up the Challenge to Improve Name and Role Recognition in the Operating Room. Journal of Patient Safety, 20(1), 45-47. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000001177>

Thompson, J. C., Cichowski, S. B., Rogers, R. G., Qeadan, F., Zambrano, J., Wenzl, C., Jeppson, P. C., Dunivan, G. C., & Komesu, Y. M. (2019). Outpatient visits versus telephone interviews for postoperative care: a randomized controlled trial. International Urogynecology Journal, 30(10), 1639-1646. <https://doi.org/10.1007/s00192-019-03895-z>

Terp, R., Kayser, L., & Lindhardt, T. (2021). Older Patients' Competence, Preferences, and Attitudes Toward Digital Technology Use: Explorative Study. JMIR Human Factors, 8(2), e27005. <https://doi.org/10.2196/27005>

Torossian, A., Brauer, A., Hocker, J., Bein, B., Wulf, H. & Horn, E. (2015). Clinical practice guideline: Preventing inadvertent perioperative hypothermia. Dtsch Arztebl; 112:166-72

Vallerand, A. H., & Sanoski, C. A. (2021). Davis's Drug Guide for Nurses (18th ed.). F.A. Davis Company.

van Dalen, A. S. H., Swinkels, J. A., Coolen, S., Hackett, R., & Schijven, M. P. (2022). Improving teamwork and communication in the operating room by introducing the theatre cap challenge. Journal of Perioperative Practice, 32(1-2), 4-9. <https://doi.org/10.1177/17504589211046723>

- AORN (2019). Varicose vein ligation and stripping. *AORN Journal*, 109(4). <https://doi.org/10.1002/aorn.12680>
- von Schudnat, C., Schoeneberg, K.-P., Albors-Garrigos, J., Lahmann, B., & De-Miguel-Molina, M. (2023). The Economic Impact of Standardization and Digitalization in the Operating Room: A Systematic Literature Review. *Journal of Medical Systems*, 47(1), 55. <https://doi.org/10.1007/s10916-023-01945-0>
- Wang, L., Dong, X., An, Y., Chen, C., Eckert, M., Sharplin, G., Fish, J., & Fan, X. (2023). Relationships between job burnout, ethical climate and organizational citizenship behaviour among registered nurses: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Practice*, 29(5). <https://doi.org/10.1111/ijn.13115>
- Ward, M., & Harrison, J. (2014). The Challenge of Creating a 'We'Re All in this Together' Culture in Addenbrooke's Theatres. *Journal of Perioperative Practice*, 24(5), 95-96. <https://doi.org/10.1177/175045891402400501>
- Watkins, S. (2020). Effective decision-making: applying the theories to nursing practice. *British Journal of Nursing*, 29(2), 98-101. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.2.98>
- Wei JT, Calhoun E, Jacobsen SJ. Urologic diseases in America project: benign prostatic hyperplasia. *J Urol*. 2005 Apr;173(4):1256-61
- WHO (2012). Health Education: Theoretical Concepts, Effective Strategies and Core Competencies. http://applications.emro.who.int/dsaf/EMRPUB_2012_EN_1362.pdf. Acesso em 8 de abril de 2024.
- Williams, K. (2023). Guidelines in Practice: Patient Information Management. *AORN Journal*, 117(1), 52-60. <https://doi.org/10.1002/aorn.13844>
- Wong, B. J., Nassar, A. K., Earley, M., Chen, L., Roman-Micek, T., Wald, S. H., Shanafelt, T. D., & Goldhaber-Fiebert, S. N. (2023). Perceptions of Use of Names, Recognition of Roles, and Teamwork After Labeling Surgical Caps. *JAMA Network Open*, 6(11), e2341182. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.41182>
- Wright, M. I., Polivka, B., & Abusalem, S. (2021). An Examination of Factors That Predict the Perioperative Culture of Safety. *AORN Journal*, 113(5), 465-475. <https://doi.org/10.1002/aorn.13373>
- Wu, Y., Brett, A., Zhou, C., Ou, J., Wang, Y., & Wang, S. (2018). Do educational interventions aimed at nurses to support the implementation of evidence-based practice improve patient outcomes? A systematic review. *Nurse Education Today*, 70, 109-114. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.08.026>
- Yang, A., Panchendrabose, K., Leong, C., Raza, S. S., & Joharifard, S. (2024). The utility of three-

dimensional modeling and printing in pediatric surgical patient and family education: a systematic review. *3D Printing in Medicine*, 10(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s41205-023-00198-4>

Yavuz, M., Altinbas, Y., Aslan, A., Kondakci, M., Sari, N., & Kizir, N. (2016). Surgical Patient Education: Systematic Review 2002-2012. *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing*, 8(1), 34-43. <https://doi.org/10.5336/nurses.2015-45000>

Yip, J. Y. C. (2021). Theory-Based Advanced Nursing Practice: A Practice Update on the Application of Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory. *SAGE Open Nursing*, 7, 237796082110119. <https://doi.org/10.1177/23779608211011993>

8. ANEXOS

Anexo I

PDCA - PROPOSTA DE MELHORIA 1

P_{lan}D_oC_{heck}A_{ct}



① PLANEAR:

(P) - PLAN

Contextualização e pertinência do tema: A literacia em saúde dos profissionais está diretamente relacionada com a cultura de segurança de um serviço hospitalar. Profissionais mais literados são mais recetivos à mudança, facilitam processos de transição e de melhoria e envolvem-se ativamente em ações de formação e projetos conducentes à melhoria contínua dos cuidados. O contexto de Bloco Operatório Central é um dos contextos por excelência onde a segurança dos cuidados é crucial e a existência de listas de verificação assume contornos verdadeiramente essenciais para garantir uma prestação de cuidados de excelência. A evidência refere que unidades com grande *turnover* de profissionais são mais suscetíveis à ocorrência de erros de identificação, e por consequência estão implicadas na ocorrência de *never events*, ou eventos graves ou sentinela, com dano grave para o utente ou mesmo morte. A correta identificação dos profissionais no bloco está diretamente relacionada com a atribuição adequada de funções e consequente responsabilização e é um dos fatores essenciais para garantir uma dinâmica de trabalho de equipa saudável e sobretudo segura para o utente e os demais envolvidos na prestação de cuidados. No BOC em questão não existe um código de identificação dos profissionais pela função que executam na sala operatória.

Ademais, em paralelo com a correta identificação e etiqueta de vestuário, a correta sinalização dos diferentes espaços físicos e de transição do BOC assume contornos de extrema importância para garantir a prevenção e controlo da infeção. Neste sentido no BOC é importante reforçar a sinalização do espaço de transição da área *semirestrita* do corredor central para o espaço físico da *área restrita* do BOC.

Objetivo: Contribuir para a adaptação, implementação e avaliação do projeto “*We are all in this together*” - *projeto de melhoria para* ajudar os profissionais a identificar práticas seguras que melhoram a qualidade dos cuidados, nomeadamente através da sua correta e visível identificação na sala operatória mediante um código de cores das toucas cirúrgicas, disponibilizadas para utilização antes do acesso à *área restrita* do BOC.

Metodologia: Cada profissional vestirá uma touca cirúrgica com a cor adequada à sua função para garantir a sua identificação na equipa multidisciplinar. Uma sugestão de código, a aprovar pela gestão do serviço: azul - enfermeiros; verde - médicos; vermelho - chefes/gestão; rosa - estudantes ou externos; branco - assistentes operacionais; amarelo - outros técnicos. Serão afixados cartazes explicativos do código de cores para consciencialização da equipa.

Recursos: Toucas cirúrgicas descartáveis com as cores identificadas na metodologia. Cartazes/Posters.

2 IMPLEMENTAR:**(D) - DO**

A implementação do projeto ocorrerá em 3 fases distintas: formação, teste piloto, avaliação e implementação

Formação: a formação e envolvimento da equipa multidisciplinar é fundamental para garantir o sucesso do projeto. Equipas que se sentem envolvidas são equipas que participam ativamente no processo. A motivação coletiva é uma das bases essenciais e facilitadoras da mudança numa instituição. A realização de ações de formação explicativas são momentos formativos importantes para garantir a aceitação do projeto e envolvimento da equipa.

Teste piloto: a realização de um teste piloto, restrito a uma sala, a uma especialidade, a uma dimensão do cuidado é uma estratégia para ensaiar a viabilidade e operacionalidade da ideia. Neste caso sugeria-se iniciar a implementação do projeto pela identificação de todos os elementos externos ao serviço de BOC e só numa fase posterior progredir para a identificação dos profissionais internos de acordo com as respetivas funções executadas no serviço. *O teste piloto será realizado com os recursos já existentes no serviço nomeadamente toucas azuis (para os elementos externos) e toucas verdes (para os elementos internos ao serviço).*

Avaliação: A recolha de feedback e a avaliação dos resultados obtidos é importante para garantir a adequabilidade do projeto, ponderar sobre ajustes e adaptar metodologias. Esta fase seria concretizada através de um processo de auditoria, obtenção de feedback através de questionários (Google Form® enviado para o email dos profissionais) e comentário livre em caixas de sugestões distribuídas pelo serviço.

Implementação: esta fase concretiza o início efetivo do projeto no serviço, após aprovação da gestão, envolvendo a identificação de todos os profissionais do BOC.

3 AVALIAR OU MONITORIZAR:**(C) - CHECK**

A avaliação ou monitorização do projeto é essencial para garantir a eficácia e eficiência do mesmo. Neste caso, esta atividade seria concretizada da mesma forma, usando os mesmos métodos que foram utilizados para a fase do teste piloto. Portanto seria recolhido feedback dos profissionais através do preenchimento de um formulário enviado para os emails institucionais (plataforma Google Form®) e através da obtenção de feedback por comentário livre em caixas de sugestões distribuídas pelo serviço. É importante nesta fase retribuir o feedback, ou seja, os coordenadores do projeto devem informar os profissionais do progresso do projeto, por exemplo através da divulgação dos resultados da avaliação em forma de gráfico, de diagrama ou de quadros de feedback. Esta estratégia desenvolve o espírito de equipa ou “*team building*” e potencia o envolvimento e a motivação.

4 MUDAR:**(A) - ACT**

Esta fase determina a integração deste projeto em forma já de protocolo, evoluindo a ideia para uma dinâmica protocolada pelo serviço em específico e pela instituição no geral, no sentido de garantir a correta identificação de todos os profissionais do serviço de BOC. Para garantir que a medida continua a ser corretamente implementada é crucial continuar a monitorizar a sua implementação, periodicamente, através da realização de auditorias em serviço, através das quais, pela observação, se registam as falhas na identificação correta dos profissionais através das toucas cirúrgicas.

Referências bibliográficas:

Barton, A. J., Allen, P. E., Boyle, D. K., Loan, L. A., Stichler, J. F., & Parnell, T. A. (2018). Health Literacy: Essential for a Culture of Health. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 49(2), 73-78.

Güner, M. D., & Ekmekci, P. E. (2019). A Survey Study Evaluating and Comparing the Health Literacy Knowledge and Communication Skills Used by Nurses and Physicians. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 56, 004695801986583.

Humphreys H, Bak A, Ridgway E, Wilson APR, Vos MC, Woodhead K, Haill C, Xuereb D, Walker JM, Bostock J, Marsden GL, Pinkney T, Kumar R, Hoffman PN. Rituals and behaviours in the operating theatre - joint guidelines of the Healthcare Infection Society and the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases. *J Hosp Infect.* 2023 Oct;140:165.e1-165.e28.

O'Donovan, R., Ward, M., De Brún, A., & McAuliffe, E. (2019). Safety culture in Health care teams: A narrative review of the literature. *Journal of Nursing Management*, 27(5), 871-883.

Sørensen, K., Levin-Zamir, D., Duong, T. V, Okan, O., Brasil, V. V., & Nutbeam, D. (2021). Building health literacy system capacity: a framework for health literate systems. *Health Promotion International*, 36(Supplement_1), i13-i23.

Ward, M., & Harrison, J. (2014). The Challenge of Creating a 'We'Re All in this Together' Culture in Addenbrooke's Theatres. *Journal of Perioperative Practice*, 24(5), 95-96.

Sotto KT, Burian BK, Brindle ME. Impact of the WHO Surgical Safety Checklist Relative to Its Design and Intended Use: A Systematic Review and Meta-Meta-Analysis. *J Am Coll Surg.* 2021 Dec;233(6):794-809.e8. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2021.08.692. Epub 2021 Sep 27. PMID: 34592406.

Figura 1. Sugestão de póster explicativo do projeto com as toucas por código de cores.



Figura 2. Sugestão de póster explicativo do projeto piloto com as toucas por código de cores.



Figura 3. Sugestão da sinalização da área restrita

ÁREA RESTRITA
BOC



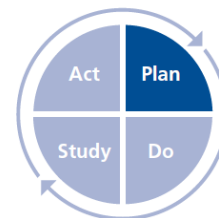
ÁREA RESTRITA
BOC



Anexo II

PDCA - PROPOSTA DE MELHORIA 2

P_{lan}D_oC_{heck}A_{ct}



1 PLANEAR:

(P) - PLAN

Contextualização e pertinência do tema: Os sistemas de comunicação nos cuidados de saúde foram evoluindo ao longo dos anos, particularmente após o ano de 2020 com a ocorrência pandêmica do vírus COVID19, que obrigou as unidades de saúde a refletir e ponderar sobre os meios de comunicação utilizados para providenciar cuidados de saúde seguros, prevenindo a disseminação da doença. Determinadas aplicações como o *Whatsup*®, ou a plataforma *Zoom*® não devem ser utilizadas pois o seu interface não é considerado seguro para a partilha de informação confidencial. Foi neste contexto desafiante que surgiu a aplicação *Microsoft Teams*®, uma aplicação que aumenta a eficiência e produtividade mas também providencia um *interface* seguro para que os profissionais de saúde possam partilhar informações sensíveis relacionadas com a gestão dos cuidados de saúde. Esta aplicação pode ser instalada de forma segura em telemóveis, *tablets* ou computadores e é intuitiva e de fácil utilização. Esta ferramenta de trabalho pode ser utilizada com segurança no âmbito da gestão do Bloco Operatório Central (BOC) para partilha de recursos organizativos (horários, listas operatórias, alocações), recursos formativos (informação oficial do serviço, *guidelines*, protocolos, projetos, formações) ou técnicos (avarias, gastos de material, stocks, reposições).

Objetivo: Dinamizar e facilitar a utilização da plataforma *Microsoft teams*® no serviço do BOC.

Metodologia: Ação de formação demonstrativa da utilização da plataforma.

Recursos: Espaço de formação, aplicação *Microsoft teams*® (o BOC em questão já adquiriu).

2 IMPLEMENTAR:

(D) - DO

A implementação do projeto ocorrerá em 3 fases distintas: formação, teste piloto, avaliação e implementação

Formação: a formação e envolvimento da equipa multidisciplinar é fundamental para garantir o sucesso do projeto. Equipas que se sentem envolvidas são equipas que participam ativamente no processo. A motivação coletiva é uma das bases essenciais e facilitadoras da mudança numa instituição. A realização de ações de formação explicativas são momentos formativos importantes para garantir a aceitação do projeto e envolvimento da equipa.

Teste piloto: a realização de um teste piloto, após a devida formação, com a criação de um canal único com acesso restrito para a partilha do horário da equipa e respetiva alocação às funções dos enfermeiros no BOC.

Avaliação: A recolha de feedback e a avaliação dos resultados obtidos é importante para garantir a adequabilidade do projeto, ponderar sobre ajustes e adaptar metodologias. Esta fase seria concretizada através de um processo de auditoria, obtenção de feedback através de questionários (*Google Form*® enviado para o email dos profissionais).

Implementação: esta fase concretiza o início efetivo do projeto no serviço, após aprovação da gestão.

3 AVALIAR OU MONITORIZAR:

(C) - CHECK

A avaliação ou monitorização do projeto é essencial para garantir a eficácia e eficiência do mesmo. Neste caso, esta atividade seria concretizada da mesma forma, usando os mesmos métodos que foram utilizados para a fase do teste piloto. Portanto seria recolhido feedback dos profissionais através do preenchimento de um formulário enviado para os emails institucionais (plataforma *Google Form*®). É importante nesta fase retribuir o feedback, ou seja, os coordenadores do projeto devem informar os profissionais do progresso do projeto, por exemplo através da divulgação dos resultados da avaliação em forma de gráfico, de diagrama ou de quadros de feedback. Esta estratégia desenvolve o espírito de equipa ou “*team building*” e potencia o envolvimento e a motivação.

4 MUDAR:

(A) - ACT

Esta fase determina a integração deste projeto em forma já de protocolo, evoluindo a ideia para uma dinâmica protocolada pelo serviço em específico e pela instituição no geral, no sentido de garantir a correta utilização da aplicação *Microsoft teams*® por todos os profissionais do serviço de BOC.

Referências bibliográficas:

Babiker A, El Hussein M, Al Nemri A, Al Frayh A, Al Juryyan N, Faki MO, Assiri A, Al Saadi M, Shaikh F, Al Zamil F. Health care professional development: Working as a team to improve patient care. Sudan J Paediatr. 2014;14(2):9-16.

“Healthcare 2020: The State Of The Doctor-Patient Relationship In The US,” Forrester Research, Inc., March 10th,2020.

Mehta J, Yates T, Smith P, Henderson D, Winteringham G, Burns A. Rapid implementation of Microsoft Teams in response to COVID-19: one acute healthcare organisation's experience. BMJ Health Care Inform. 2020 Nov;27(3):e100209.

Figura 1: Criar uma equipa no *Microsoft teams*®

Criar uma equipa do zero:

1. Selecione **Teams** no lado esquerdo da aplicação e, em seguida, selecione **Aderir ou criar uma equipa** na parte superior da sua lista de equipas.
2. Selecione **Criar equipa**.
3. Irá aceder à caixa de diálogo **From scratch** como a experiência predefinida.
4. Decida que tipo de equipa quer que isto seja. Para limitar o conteúdo e a conversação a um conjunto específico de pessoas, **selecione Privado**. Para uma comunidade ou tópico a que qualquer pessoa na organização possa aderir, **selecione Público**.
5. Dê um nome à sua equipa e adicione uma descrição opcional.
6. Quando terminar, selecione **Criar**.

Sugestão: Se for um administrador global, verá uma opção para **criar uma equipa de toda a organização**. Estes são ótimos para situações em que pretende adicionar automaticamente todos os funcionários na sua organização.

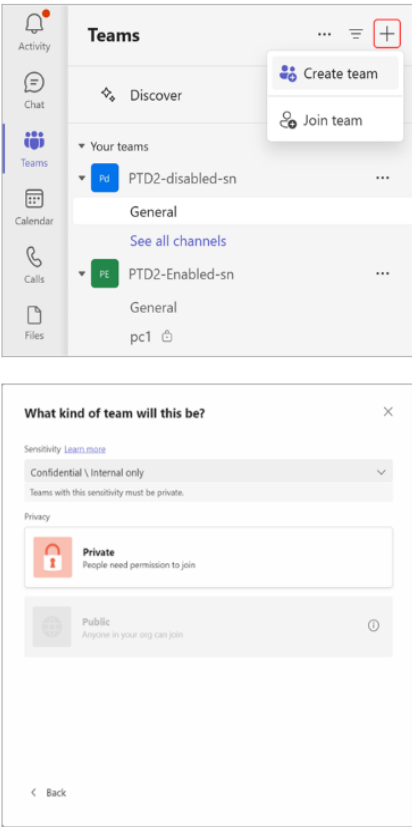
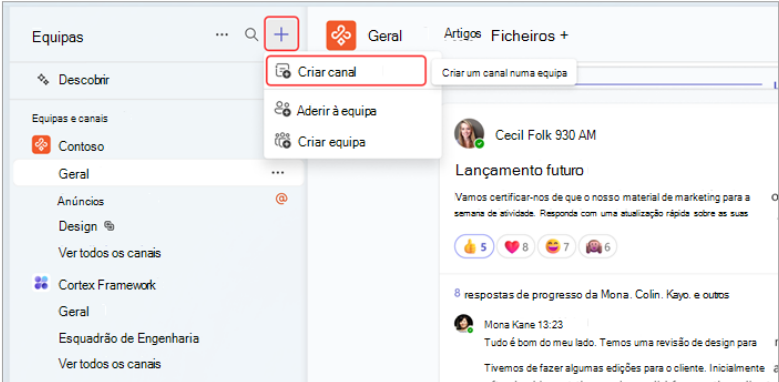


Figura 2: Criar um canal seguro no *Microsoft teams* ®

Criar um canal padrão, privado ou partilhado

A partir de Criar e aderir a equipas e canais:



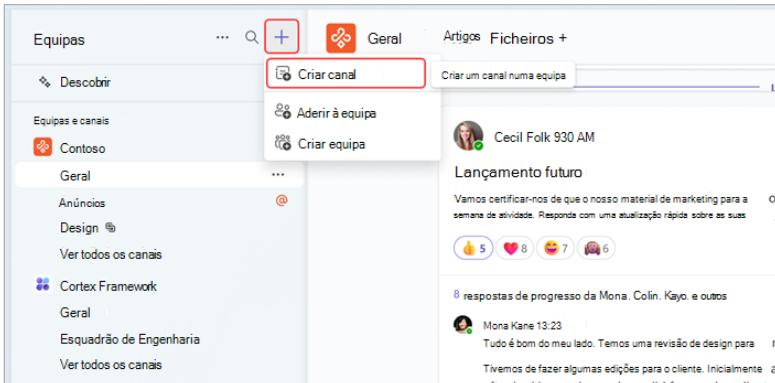
The screenshot shows the Microsoft Teams interface. On the left, the 'Equipas' sidebar is visible with a search bar and a '+' icon. A dropdown menu is open, showing options: 'Criar canal', 'Aderir à equipa', and 'Criar equipa'. The 'Criar canal' option is highlighted with a red box. The main area shows a list of teams and channels, including 'Contoso', 'Geral', 'Anúncios', 'Design', and 'Cortex Framework'. The right sidebar shows a chat conversation with 'Cecil Folk' and 'Mona Kane'.

1. Selecione **Criar e aderir a equipas e canais** + na parte superior da lista de equipas.
2. Selecione **Criar canal**.
3. **Selecione uma equipa** para escolher uma equipa para alojar o seu canal.
4. Preencha alguns detalhes rápidos sobre o seu canal ao seleccionar um nome, introduzir uma descrição opcional e um tipo de canal. É aqui que irá optar por tornar o seu canal **padrão, privado** ou **partilhado**.

Figura 3: Adicionar a equipa ao canal do *Microsoft teams* ®

Criar um canal padrão, privado ou partilhado

A partir de Criar e aderir a equipas e canais:



This screenshot is identical to the one in Figure 2, showing the Microsoft Teams interface with the 'Criar canal' option highlighted in the dropdown menu.

1. Selecione **Criar e aderir a equipas e canais** + na parte superior da lista de equipas.
2. Selecione **Criar canal**.
3. **Selecione uma equipa** para escolher uma equipa para alojar o seu canal.
4. Preencha alguns detalhes rápidos sobre o seu canal ao seleccionar um nome, introduzir uma descrição opcional e um tipo de canal. É aqui que irá optar por tornar o seu canal **padrão, privado** ou **partilhado**.

Anexo III

PDCA - PROPOSTA DE MELHORIA

P_{lan}D_oC_{heck}A_{ct}



① PLANEJAR:

(P) - PLAN

Contextualização e pertinência do tema: O nível de literacia dos utentes que sofrem de úlceras varicosas determina a sua capacidade de autogerir a sua doença, e consequente tratamento. Utentes com menos literacia são também os que apresentam maiores dificuldades em autogerir a sua condição de saúde, revelando-se aqui primordial o papel educativo do enfermeiro do contexto perioperatório (Shrestha et al., 2021). As pessoas aprendem todas de forma diferente e o material auxiliar educativo tem de ser ajustado em função da faixa etária e o tipo ou estilo de aprendizagem de cada utente. Existem vários padrões de aprendizagem e em função desses padrões devem ser selecionados os recursos educativos: visual, as pessoas que aprendem pela visualização (filme, panfleto ilustrado); auditivo são aquelas que atendem mais às instruções verbais (repetição verbal da informação, áudio); cinético, as pessoas que aprendem melhor a fazer atividades (pausas, menos material expositivo, mais vertente treino ou experimental) (Beagley (2011)). A literatura refere que a informação transmitida a utentes adultos verbalmente pelo enfermeiro, deve ser complementada com a disponibilização de outros recursos educativos (Linton e Matteson, 2020). A metodologia da intervenção deve ser adaptada à população alvo. Por exemplo no caso da população pediátrica, uma revisão sistemática publicada em 2024 demonstra os efeitos benéficos da utilização de modelos 3D na educação de utentes pediátricos cirúrgicos e suas famílias (Yang et al., 2024).

Objetivo: Compreender o efeito que a utilização de um modelo anatómico (figura 1) para a demonstração da instrução e treino da técnica de autoadministração da enoxaparina tem para a aquisição de competências nesta área. Contribuir para a utilização de um modelo anatómico nas consultas de preparação para cirurgia (pré-operatórias presenciais) na UCA sempre que seja adequado e necessário.

Metodologia: Estudo clínico randomizado aleatoriamente, com um grupo intervenção (instrução e treino com o modelo anatómicos) e com o grupo controlo (instrução e treino de acordo com o standard da instituição, *ad-hoc*). Formação em serviço sobre o modelo anatómico e respetiva utilização antes do projeto iniciar, e formação final para a apresentação dos resultados à equipa.

Recursos: Modelo anatómico. Gabinete de consulta com secretária, mesa e computador.



Figura 1. Modelo anatómico

2 IMPLEMENTAR:**(D) - DO**

A implementação do projeto ocorrerá em 3 fases distintas: formação, teste piloto, avaliação e implementação

Formação: a formação e envolvimento da equipa multidisciplinar é fundamental para garantir o sucesso do projeto. Equipas que se sentem envolvidas são equipas que participam ativamente no processo. A motivação coletiva é uma das bases essenciais e facilitadoras da mudança numa instituição. A realização de ações de formação explicativas são momentos formativos importantes para garantir a aceitação do projeto e envolvimento da equipa.

Teste piloto: a realização de um teste piloto, restrito a uma sala, a uma especialidade, a uma dimensão do cuidado é uma estratégia para ensaiar a viabilidade e operacionalidade da ideia. Neste caso sugeria-se iniciar a implementação do projeto apenas nos utentes submetidos a laqueação e *stripping* das veias varicosas. O teste piloto será realizado com os recursos já existentes no serviço nomeadamente a sala da consulta pré-operatória, e com o modelo anatómico.

Avaliação: observação da instrução da técnica por parte da enfermeira (aplicação de questionário de satisfação) e observação e recolha de dados acerca da aquisição da capacidade de autoadministrar a enoxaparina (mediante procedimento). A recolha de feedback e a avaliação dos resultados obtidos é importante para garantir a adequabilidade do projeto, ponderar sobre ajustes e adaptar metodologias.

Implementação: esta fase concretiza o início efetivo do projeto no serviço, após aprovação da gestão.

3 AVALIAR OU MONITORIZAR:**(C) - CHECK**

A avaliação ou monitorização do projeto é essencial para garantir a eficácia e eficiência do mesmo. Neste caso, esta atividade seria concretizada da mesma forma, usando os mesmos métodos que foram utilizados para a fase do teste piloto. É importante nesta fase retribuir o feedback, ou seja, os coordenadores do projeto devem informar os profissionais do progresso do projeto, por exemplo através da divulgação dos resultados da avaliação em forma de gráfico, de diagrama ou de quadros de feedback. Esta estratégia desenvolve o espírito de equipa ou *“team building”* e potencia o envolvimento e a motivação.

4 MUDAR:**(A) - ACT**

Esta fase determina a integração deste projeto em forma já de protocolo, evoluindo a ideia para uma dinâmica protocolada pelo serviço em específico e pela instituição no geral, no sentido de garantir a correta instrução do procedimento e a correta aquisição de capacidades.

Referências bibliográficas:

Beagley, L. (2011). Educating Patients: Understanding Barriers, Learning Styles, and Teaching Techniques. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 26(5), 331-337. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2011.06.002>

Linton, A., & Matteson, M. (2020). *Medical Surgical Nursing*. Elsevier. 10ª Ed. ISBN 9780323612425

Shrestha, P., Karmacharya, R. M., Dahal, S., Dhakal, P., Bhandari, N., & Bade, S. (2021). Patient literacy on varicose veins in cases presenting at university hospital of Nepal subjected for surgical management of varicose veins. *Journal of Vascular Nursing*, 39(1), 2-5. <https://doi.org/10.1016/j.jvn.2021.01.002>

Yang, A., Panchendrabose, K., Leong, C., Raza, S. S., & Joharifard, S. (2024). The utility of three-dimensional modeling and printing in pediatric surgical patient and family education: a systematic review. *3D Printing in Medicine*, 10(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s41205-023-00198-4>