

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Gestão da Hipotermia no Perioperatório: Desenvolvimento de Competências Clínicas em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

Management of Perioperative Hypothermia: Development of Clinical Competences in Medical-Surgical Nursing, in the area of Perioperative Nursing

Autor

Ana Cristina Matias da Silva

Porto, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Gestão da Hipotermia no Perioperatório:
Desenvolvimento de Competências Clínicas em
Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de
Enfermagem à Pessoa em Situação
Perioperatória

Management of Perioperative Hypothermia:
Development of Clinical Competences in
Medical-Surgical Nursing, in the area of
Perioperative Nursing

Orientador(es)

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

Ana Sabrina Silva e Sousa
Professor Adjunto, Doutor

Autor

Ana Cristina Matias da Silva

Porto, 2025

RESUMO

Este relatório descreve o percurso de aquisição de competências durante o Estágio de Natureza Profissional do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, com especialização na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, na Escola Superior de Enfermagem do Porto. A Ordem dos Enfermeiros destaca a importância dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória na melhoria da gestão dos cuidados de enfermagem, particularmente no contexto perioperatório, onde a promoção da saúde e a prevenção de eventos adversos são fundamentais.

O estágio foi realizado em instituições hospitalares no Norte de Portugal, abrangendo a Unidade de Cirurgia de Ambulatório e o Bloco Operatório Central em dois momentos: Módulo I e Módulo II. O Estágio de Natureza Profissional teve como objetivo o desenvolvimento de competências clínicas comuns e especializadas, com ênfase nas intervenções do enfermeiro na gestão da hipotermia em qualquer fase do perioperatório, uma condição comum e evitável que pode impactar negativamente os resultados clínicos esperados.

Durante o período perioperatório, são frequentes as alterações na termorregulação, que podem levar à hipotermia inadvertida. Esta condição é vista como um evento adverso comum, mas que pode ser evitado, e está associada a desfechos negativos (Mendes et al., 2021a). Através de uma revisão narrativa da literatura, procurei mapear e sintetizar de forma estruturada a evidência científica mais atualizada, resultando na elaboração de uma sessão formativa para a equipa, que culminou na criação de uma instrução de trabalho validada por um grupo de peritos (*focus group*).

Neste relatório, descrevo os contextos clínicos onde realizei o estágio, apresento um plano de conceção de cuidados e descrevo, de forma crítica e reflexiva, como os contextos, a conceção de cuidados e as experiências vivenciadas contribuíram para o desenvolvimento de competências, além de expor o conjunto de saberes adquiridos relativamente ao projeto delineado no Módulo I.

A metodologia adotada incluiu uma abordagem descritiva e crítico-reflexiva, com suporte da evidência científica. A elaboração deste relatório foi sustentada na plataforma pedagógica da Escola Superior de Enfermagem do Porto, e4Nursing, em uso na instituição.

A experiência do Estágio de Natureza Profissional permitiu uma imersão em diversas áreas da prática clínica, promovendo o desenvolvimento de competências técnicas e relacionais, bem como a consolidação de valores éticos. A reflexão crítica sobre as intervenções realizadas e a adoção da temática central - gestão da hipotermia, contribuiu para um entendimento mais

profundo dos cuidados de enfermagem no contexto perioperatório. Apesar dos desafios enfrentados, como a conciliação entre a vida académica, profissional e pessoal, o estágio foi enriquecedor e representou um marco na minha trajetória profissional.

Por fim, o relatório é um testemunho do meu crescimento pessoal e profissional, destacando a importância da formação contínua e da aplicação de práticas baseadas em evidências, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Palavras-chave: Hipotermia Perioperatória; Enfermagem; Enfermeiro Especialista; Pessoa em Situação Perioperatória; Segurança do Cliente.

ABSTRACT

This report describes the process of acquiring skills during the Professional Internship of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, specializing in the area of Perioperative Nursing, at the Escola Superior de Enfermagem do Porto. The Order of Nurses highlights the importance of Nurses Specializing in Medical-Surgical Nursing for People in Perioperative Situations in improving the management of nursing care, particularly in the perioperative context, where health promotion and the prevention of adverse events are fundamental.

The internship was carried out in hospital institutions in the north of Portugal, covering the Ambulatory Surgery Unit and the Central Operating Room in two stages: Module I and Module II. The Professional Internship aimed to develop common and specialized clinical skills, with an emphasis on nurse interventions in the management of hypothermia at any stage of the perioperative period, a common and preventable condition that can negatively impact expected clinical outcomes.

During the perioperative period, changes in thermoregulation are common, which can lead to inadvertent hypothermia. This condition is seen as a common but preventable adverse event and is associated with negative outcomes (Mendes et al., 2021a). Through a narrative review of the literature, I tried to map and synthesize the most up-to-date scientific evidence in a structured way, resulting in the preparation of a training session for the team, which culminated in the creation of a work instruction validated by a focus group of experts.

In this report, I describe the clinical contexts where I carried out my internship, present a care design plan and describe, in a critical and reflective way, how the contexts, care design and experiences contributed to the development of skills, as well as explaining the knowledge acquired in relation to the project outlined in Module I.

The methodology adopted included a descriptive and critical-reflective approach, supported by scientific evidence. The preparation of this report was based on the pedagogical platform of the Escola Superior de Enfermagem do Porto, e4Nursing, in use at the institution.

The experience of the Professional Internship allowed for immersion in various areas of clinical practice, promoting the development of technical and relational skills, as well as the consolidation of ethical values. The critical reflection on the interventions carried out and the adoption of the central theme - hypothermia management - contributed to a deeper understanding of nursing care in the perioperative context. Despite the challenges faced, such as reconciling academic, professional and personal life, the internship was enriching and represented a milestone in my professional career.

Finally, the report is a testimony to my personal and professional growth, highlighting the importance of continuous training and the application of evidence-based practices with a view to improving the quality of nursing care.

Keywords: Perioperative Hypothermia; Nursing; Specialist Nurse; Person in Perioperative Situation; Client Safety.

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

AESOP - Associação Portuguesa de Enfermeiros do Bloco Operatório

AORN - Association of periOperative Registered Nurses

APCA - Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória

BIS - Índice Bispectral

BO - Bloco Operatório

BOC - Bloco Operatório Central

CA - Cirurgia de Ambulatório

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CVP - Cateter Venoso Periférico

DGS - Direção-Geral da Saúde

DR - Diário da República

EE - Enfermeiro Especialista

EEMI - Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

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

EMCPSP - Enfermagem Médico-cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória

EORNA - European Operating Room Nurses Association

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

EMC - Enfermagem Médico-cirúrgica

ENP - Estágio de Natureza Profissional

EPI - Equipamento Proteção Individual

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

ERT - Enfermeiro Responsável de Turno

GCL-PPCIRA - Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e

de Resistência aos Antimicrobianos

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN - Conselho Internacional de Enfermagem

ILC - Infecção do Local Cirúrgico

ISBAR - Identificação, Situação, Antecedentes, Avaliação e Recomendações

LVSC - Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

NVPO - Náuseas e Vômitos Pós-Operatórios

OMS - Organização Mundial da Saúde

OE - Ordem dos Enfermeiros

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antibióticos

RF - Radiofrequência

RAM - Resistência aos AntiMicrobianos

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPA - Sociedade Portuguesa de Anestesiologia

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

UCA - Unidade de Cirurgia de Ambulatório

UCPA - Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

ÍNDICE

RESUMO	3
ABSTRACT	5
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS	7
ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS	11
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	13
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	17
3. CONCEÇÃO DE CUIDADOS DE UM CLIENTE SUBMETIDO A ARTROSCOPIA DO OMBRO	27
3.1. Enquadramento teórico	27
3.2. Clientes	31
3.3. Medicação	31
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	32
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	40
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	43
3.5. Domínios	51
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	52
3.6. Conceção de Cuidados	65
3.7. Especificação das intervenções	70
3.8. Síntese relativa ao caso	71
4. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	75
5. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	117
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	121
ANEXOS	139

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Figuras

Figura 1 - Anatomia do ombro

Figura 2 - Posicionamento em "cadeira de praia"

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

A Ordem dos Enfermeiros (OE), em 2017, sublinha a importância dos padrões de qualidade na Enfermagem Médico-cirúrgica (EMC), enfatizando o papel fundamental do Enfermeiro Especialista (EE) em Enfermagem Médico-cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória (EMCPSP) na otimização da gestão dos cuidados de enfermagem. Segundo a regulamentação estabelecida pela OE no Diário da República (DR) (2ª série — Nº 135, 2018), as intervenções deste especialista devem focar-se na pessoa e na sua família ou pessoa significativa que enfrentam processos de saúde/doença e que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos. No contexto perioperatório, o enfermeiro deve promover a saúde, prevenir eventos adversos e tratar a doença, assegurando a segurança dos clientes, em conformidade com os princípios éticos e deontológicos que se alinham com a consciência cirúrgica.

A singularidade do setor da saúde, que depende fortemente de recursos humanos qualificados, distingue-se de outros setores onde a automação e o avanço tecnológico têm substituído uma parte significativa do trabalho humano. Para melhorar a qualidade, eficiência e produtividade dos cuidados de saúde, é necessário um investimento considerável em capital humano, que abrange não apenas o conhecimento teórico, mas também as competências e ferramentas que capacitam os profissionais de saúde a assumir responsabilidades adicionais, tomar decisões complexas e garantir uma prestação eficaz dos cuidados (Lopes et al., 2018).

O Conselho Internacional de Enfermagem (ICN) caracteriza um enfermeiro com formação avançada como aquele que, além de possuir a devida formação, desenvolveu conhecimentos especializados, habilidade na tomada de decisão e competências clínicas que lhe permitem exercer uma prática avançada. O acesso a funções nesta área requer um número significativo de horas de prática clínica, além de especialização e/ou formação académica de nível pós-graduado (Lopes et al., 2018). A OE corrobora esta afirmação, sublinhando a relevância da formação e do treino do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória (EEEMCPSP) como catalisador para o desenvolvimento profissional e a melhoria da qualidade das intervenções em equipas interdisciplinares.

Neste contexto, surge o presente relatório, elaborado no âmbito do plano de estudos do Mestrado em EMC, especificamente na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, e na unidade curricular Estágio de Natureza Profissional (ENP) Módulo II da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). O objetivo deste relatório é explanar as competências adquiridas ao longo do ENP, que decorreu em dois módulos distintos: o primeiro entre abril e junho de 2024, e o segundo de setembro de 2024 a janeiro de 2025. Este trajeto

formativo visa cumprir um dos critérios essenciais para a obtenção do grau de mestre em EMC, com especialização na área da pessoa em situação perioperatória.

Em conformidade com as diretrizes da OE, o estágio foi realizado na Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) e no Bloco Operatório Central (BOC) de duas instituições hospitalares localizadas no Norte de Portugal. Tendo em vista o início da minha caminhada nesta área do perioperatório, foram estabelecidos vários objetivos específicos. Este relatório refletirá as minhas expectativas, experiências e competências adquiridas, aliadas à descrição e reflexão sobre a implementação dos objetivos gerais e específicos estabelecidos no projeto elaborado no Módulo I. O foco esteve na melhoria contínua das competências nos domínios da prática profissional, ética e legal, gestão de cuidados na área da EMC, com especial ênfase nas intervenções do EEMCPSP na gestão da hipotermia.

A temática da hipotermia foi aprofundada através de uma pesquisa detalhada, rigorosa e atual, baseada em evidências científicas, realizada por meio de uma revisão narrativa da literatura. Em resposta a uma necessidade identificada no serviço, foi realizada uma sessão formativa para a equipa, após a qual surgiu uma instrução de trabalho. Esta instrução foi validada por um grupo de seis peritos (*focus group*) e, após o devido aprimoramento, o documento final aguarda uma nova sessão formativa para o conhecimento da equipa e para a sua implementação no serviço.

A temperatura corporal é controlada pelo hipotálamo, que integra sinais de receptores de calor/frio na pele e da temperatura sanguínea que circunda a região (Danzl, 2022). Durante o período perioperatório, ocorrem frequentes alterações na termorregulação, resultando em hipotermia inadvertida, uma condição considerada um evento adverso comum, mas evitável, associada a resultados desfavoráveis (Mendes et al., 2021a). Esta condição é considerada um evento adverso comum, mas evitável, associado a resultados desfavoráveis. Segundo a literatura, entre 26% e 90% dos clientes submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos apresentam hipotermia ao término da cirurgia, podendo essa complicação ocorrer em qualquer fase do período perioperatório (Azenha et al., 2017).

A manutenção da normotermia durante o período perioperatório é essencial para o conforto do cliente e para a prevenção de complicações, como seja, prevenção da Infecção do Local Cirúrgico (ILC), pelo efeito direto na resposta imunitária e indireto na diminuição da perfusão tecidual (DGS, 2022a), alterações da coagulação, disfunção endócrino-metabólica e *shivering* (Azenha et al, 2017; DGS, 2022a). A avaliação da temperatura corporal é determinante para a tomada de decisão do enfermeiro sobre as medidas a implementar para garantir a normotermia nos vários momentos do perioperatório (AORN, 2019). O enfermeiro deve avaliar a temperatura do cliente antes da indução anestésica e observar sinais e sintomas sugestivos de hipotermia (como tremores, piloereção e extremidades frias) (AORN, 2019). A promoção da normotermia manifesta-se como uma necessidade do cuidado de enfermagem, devendo implementar-se

métodos que a promovam e tratem a hipotermia quando esta está instalada, como o aquecimento ativo, passivo ou a combinação de ambos (AORN, 2019).

Este relatório está estruturado em cinco partes. Na primeira parte, apresenta-se uma nota introdutória ao relatório, com um breve enquadramento do projeto de estágio. Na segunda parte, caracteriza-se o contexto clínico, referindo a sua estrutura e recursos. A terceira parte explora a conceção de cuidados de um caso clínico, ficcionado, a partir de situações de cuidados experimentados no contexto clínico, elaborado na plataforma educacional e4Nursing que tem por base a Ontologia em Enfermagem. Esta plataforma cumpre o parecer do encarregado de proteção de dados da ESEP nos termos do seu parecer de abril de 2021. O caso aborda um cliente submetido a uma artroscopia do ombro, com ênfase nas intervenções de enfermagem referentes à gestão da hipotermia. A quarta parte descreve e reflete sobre o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEEMCPSP, ao analisar de maneira crítica a jornada percorrida por meio da combinação da formação teórica e prática, destacando-se a maneira como essa trajetória influenciou diretamente o planeamento e execução dos cuidados de enfermagem em situação perioperatória. Por último, a quinta parte sintetiza a reflexão sobre o percurso deste processo de aprendizagem em consonância com a prática clínica.

No que concerne à metodologia, para além da abordagem descritiva e crítico-reflexiva, sustentada pela evidência científica, como já foi referido, a implementação dos objetivos foi suportada por um modelo de tutoria contínua, orientado por enfermeiros especialistas de ambos os serviços. Adicionalmente, foram realizadas reuniões de orientação tutorial, semanais ou quinzenais, com os professores orientadores da ESEP. Este modelo de tutoria promoveu um ambiente propício à reflexão sobre a prática, permitindo o desenvolvimento de uma consciência crítica em relação aos saberes e competências adquiridos. Além disso, possibilitou transformar as dificuldades enfrentadas na prática em oportunidades de aprendizagem, tornando a prática e a análise um espaço privilegiado para a construção de um conhecimento relevante para o meu crescimento profissional e pessoal.

Após a defesa pública e a consequente obtenção do grau de mestre em Enfermagem, almeja-se o reconhecimento das competências desenvolvidas ao longo deste percurso pela OE, visando a obtenção do título de Enfermeira Especialista em EMC na área da Pessoa em Situação Perioperatória.

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

O Bloco Operatório (BO) é uma unidade orgânica, funcional e autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais direcionados para a prestação de cuidados anestésico-cirúrgicos especializados, a clientes com dependência parcial ou total, com o intuito de salvar, tratar ou melhorar a sua qualidade de vida (AESOP, 2006).

As características de um BO em Portugal são definidas por normas e regulamentos rigorosos que visam garantir a segurança e a eficiência dos procedimentos cirúrgicos. Uma correta estrutura física é importante para o bom funcionamento, gestão, prevenção de riscos e infeções (Duarte & Martins, 2014).

De acordo com a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2020), um BO deve estar estrategicamente localizado para minimizar a circulação de pessoas e materiais, reduzindo assim o risco de infeções. Esta localização deve incluir áreas distintas para a preparação do cliente, a intervenção cirúrgica e a recuperação pós-operatória. Além disso, a DGS estipula que devem ser implementados protocolos rigorosos de esterilização e desinfeção para o controlo de infeções. A estrutura do BO deve estar organizada com zonas limpas e sujas, e os circuitos devem ser mantidos fechados para evitar riscos de contaminação. A localização do BO deve ser numa área de fácil e direta comunicação com serviços principais, como internamento, urgências e cuidados intensivos (Duarte & Martins, 2014).

As salas cirúrgicas devem ter um tamanho mínimo de 36 m² e um teto com pelo menos 3 metros de altura. A temperatura dentro das salas deve situar-se entre os 20-26°C, com uma humidade relativa entre 30-60%. O sistema de ventilação deve garantir uma pressão positiva com filtros HEPA, proporcionando pelo menos 20 trocas de ar por hora, de modo a manter a esterilidade e a qualidade do ar (Portaria nº 90/2024/1, de 11 de março).

Os equipamentos médicos necessários incluem mesas cirúrgicas, sistemas de iluminação, dispositivos de monitorização e equipamentos de emergência. As superfícies das salas devem ser revestidas com materiais não porosos e fáceis de limpar para assegurar a higiene. Os pavimentos devem ser contínuos, resistentes às lavagens repetidas e produtos de limpeza, impermeáveis e não escorregadios. As paredes devem ser isentas de juntas, arestas, saliências ou outras situações que possam favorecer a proliferação de microrganismos. Os tetos devem ser laváveis, e as portas de entrada nas salas devem ser automáticas, de correr, protetoras de radiação e resistentes a choques. Relativamente à iluminação, é importante que haja um equilíbrio entre a luz natural e a luz artificial (Duarte & Martins, 2014). Em ambas as instituições, ao contrário do que é habitual — uma vez que o BO é frequentemente caracterizado por ser um

espaço fechado e sem luz natural — estas apresentam uma exceção notável: são luminosos e proporcionam um ambiente iluminado e acolhedor, que favorece o bem-estar da equipa multidisciplinar e dos clientes.

A equipa cirúrgica deve ser composta por cirurgiões, anestesistas, enfermeiros, assistente técnicos e técnicos operacionais, todos com formação contínua sobre segurança, técnicas cirúrgicas e controlo de infeções. A redução ao mínimo do número de pessoas presentes durante a cirurgia, bem como evitar conversas ou movimentos desnecessários são medidas para diminuir o número de partículas em suspensão (Duarte & Martins, 2014).

Estas especificações são essenciais para garantir a segurança e a eficiência dos procedimentos cirúrgicos, cumprindo as normas e regulamentos em vigor em Portugal, nomeadamente o Decreto-Lei nº 127/2014 e as Normas DGS 015/2013 e 020/2014.

A prestação de cuidados de enfermagem de qualidade depende de condições de trabalho adequadas, especialmente em termos de recursos humanos. É crucial que as organizações assegurem uma dotação suficiente de enfermeiros, cuja qualificação e competências são fundamentais para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados (OE, 2019). Além disso, fatores como competências profissionais, a estrutura física da instituição, a distribuição de serviços, a formação contínua e a investigação desempenham um papel crucial na determinação da dotação de enfermeiros. Estes aspetos, reconhecidos internacionalmente, não podem ser reduzidos apenas ao número de horas de cuidados por cliente, por dia ou por procedimento (OE, 2019). As dotações seguras estipuladas pela OE são rigorosamente cumpridas nestes dois campos de estágio.

De acordo com o Regulamento nº 743/2019,

“A dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações, devendo, para isso, serem utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população” (Regulamento no 743/2019, p.128).

A OE (2019), no Regulamento n.º 743/2019 refere que para o cálculo de dotações seguras de enfermeiros nos Blocos Operatórios, tanto na Cirurgia Convencional como na Cirurgia de Ambulatório (CA), deve considerar a complexidade dos cuidados prestados, a capacidade instalada e a organização dos mesmos. Nas salas operatórias destinadas a cirurgias programadas ou urgentes, contemplam-se os seguintes postos de trabalho: enfermeiro circulante, enfermeiro instrumentista e enfermeiro de anestesia. É considerado apropriado que os profissionais que ocupam estas funções sejam Enfermeiros Especialistas em EMC, com especialização na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. De forma temporária, até que haja um número suficiente de Enfermeiros Especialistas nesta área, os

Blocos Operatórios poderão contar com enfermeiros de cuidados gerais e enfermeiros especialistas de diversas áreas de especialização, dando preferência a Enfermeiros Especialistas em EMC. Nos Blocos Operatórios que atendem uma população pediátrica, deve existir, preferencialmente, um EE em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica para apoiar a sala operatória, o recobro e as consultas perioperatórias. Nas unidades de recobro ou Unidades de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA), recomenda-se a presença de, pelo menos, dois enfermeiros, preferencialmente EEMCPSP. A proporção sugerida é de um enfermeiro para cada dois clientes em cirurgia convencional e um enfermeiro para cada três clientes em CA, podendo este rácio ser ajustado de acordo com a complexidade dos cuidados e as necessidades específicas dos clientes.

De seguida, passo a explorar a contextualização dos locais de estágio, descrevendo a organização, os métodos de trabalho, os recursos materiais e equipamentos, bem como os projetos planeados. Esta descrição é fundamental para compreender a dinâmica e os processos inerentes aos contextos clínicos onde foram realizadas as práticas.

Unidade de Cirurgia de Ambulatório

Entende-se por CA toda a intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local, que, embora habitualmente efetuada em regime de internamento, pode ser realizada com a admissão e alta do cliente no mesmo dia ou, no máximo, 23 horas após a admissão. Estas intervenções são realizadas em instalações próprias, com segurança e de acordo com as atuais *leges artis* (Entidade Reguladora da Saúde (ERS), 2008).

A aplicabilidade da CA tem um impacto clínico, social e económico, possibilitando um aumento da qualidade, eficácia e eficiência na prestação de cuidados de saúde aos clientes, a redução da lista de espera cirúrgica e uma racionalização da despesa em saúde (Caldinhas, 2009). Deste modo, todos os intervenientes beneficiam: o cliente (qualidade, acessibilidade, humanização), os profissionais (satisfação) e o Estado (custos), possuindo, por isso, um potencial que deve ser rentabilizado (Ministério da Saúde, 2008, citado em Caldinhas, 2009).

Em 2008, a ERS elaborou um conjunto de normas específicas para o planeamento, construção e funcionamento das UCA, com critérios bem definidos que serviram de base a futuras acreditações. Esses critérios abordam aspetos obrigatórios, recomendáveis e de excelência, incluindo condições das instalações, existência de material e equipamento médico específico, circuitos de clientes, recursos humanos, entre outros.

Esta UCA, localizada no norte de Portugal, é composta por dez pisos, sendo seis deles subterrâneos, destinados a estacionamento. O piso -1, além de ser um dos níveis subterrâneos, abriga o parque de estacionamento, a área de esterilização e uma zona de tratamento de sujios e resíduos. No piso 0, encontram-se a Receção Geral, para atendimento e informações, um bar,

além de acessos para os elevadores e escadas que conduzem aos andares superiores. O piso 1 é quase exclusivamente dedicado à cirurgia oftalmológica, incluindo blocos cirúrgicos especializados (atendendo à especificidade desta especialidade). Para além de oftalmologia, funcionam, neste piso, as consultas externas das várias especialidades. Além da oftalmologia, neste piso também funcionam as consultas externas de várias outras especialidades. No piso 2, localiza-se o BO dedicado a outras especialidades cirúrgicas, apresentando cinco salas operatórias, salas de recobro pós-operatório, receção e demais equipamentos indispensáveis à prática clínica. O piso 3 é reservado para os serviços administrativos e para a vigilância pré e pós-operatória, e é composto por dez quartos que permitem a pernoita dos clientes, quando necessário. Atualmente, esta UCA dispõe das especialidades de Angiologia e Cirurgia Vasculuar, Cirurgia Geral, Cirurgia Maxilo-Facial, Cirurgia Colorretal, Cirurgia Hepatobiliar, Cirurgia Extradigestiva, Dermatologia, Estomatologia, Ginecologia, Nefrologia, Neurocirurgia, Oftalmologia, Ortopedia, Cirurgia Pediátrica, Otorrinolaringologia e Urologia.

É importante ressaltar que toda a estrutura foi concebida tendo em conta as características ideais para o trabalho, a qualidade e a minimização de riscos. Destaca-se o circuito bem definido do cliente, a preocupação com a sustentabilidade ambiental e a rigorosa separação entre áreas limpas e sujas.

Equipa de Enfermagem

A equipa de enfermagem é composta por 62 enfermeiros, dos quais 28 são especialistas, distribuídos nas seguintes áreas: Médico-cirúrgica (14), perioperatório (3), psiquiatria (1), pediatria (2), reabilitação (3) e saúde comunitária (5). Estes profissionais são ativos e empenhados na melhoria contínua da qualidade dos cuidados que prestam. Demonstram uma dedicação incansável, procurando manter-se constantemente atualizados através de formações regulares e contribuindo com propostas de melhorias. É importante salientar que alguns elementos da equipa desempenham apenas funções específicas, como instrumentação ou anestesia. A capacidade de adaptação da equipa é notável, considerando a rotatividade do plano de cuidados, o que lhes permite desempenhar com eficácia as diversas funções que lhes são atribuídas. Relativamente às dotações seguras, apesar de não serem cumpridas no que se refere aos enfermeiros com formação especializada, verifica-se uma percentagem considerável.

Modelo de organização e métodos de trabalho

Com base nas competências e qualificações de cada profissional, e seguindo o método funcional, são alocados três elementos por sala operatória: um enfermeiro circulante, um enfermeiro instrumentista e um enfermeiro de anestesia. Na UCPA, o rácio é de dois

enfermeiros para seis clientes. Nesta mesma sala, há uma cama destinada à realização de procedimentos de anestesia loco-regional.

Considerando as diversas áreas clínicas e as necessidades dos clientes que frequentam a UCA, a distribuição dos enfermeiros é organizada pelo enfermeiro gestor, que leva em conta as competências e áreas de intervenção de cada enfermeiro do serviço. No recobro imediato (recobro 1), são alocados dois enfermeiros para cada seis clientes, sendo que um dos enfermeiros acumula funções na Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI). No recobro tardio (recobro 2), são designados entre três a quatro enfermeiros para atender a 22 clientes.

Na admissão para atender ao número de clientes agendados e às cirurgias programadas, geralmente são designados três enfermeiros pela manhã para receber e acolher os clientes, e mais 1 enfermeiro com funções de responsável de turno. Este enfermeiro responsável articula com os restantes profissionais, efetua pedidos de material e consumíveis, e coordena com outros dois enfermeiros responsáveis pela gestão de equipamentos médicos, que também acumulam funções. Durante a tarde, o número de enfermeiros aumenta para quatro, devido à necessidade de preparar altas e admitir novos clientes. No piso da pernoita (Piso 3), está designado um enfermeiro para assistir os clientes e tratar das altas durante o dia. Durante a noite, permanecem dois enfermeiros destacados, um dos quais acumula a função de responsável de turno, além de um assistente operacional que presta o apoio necessário.

No plano de cuidados, também estão designados enfermeiros para consultas de enfermagem pré-operatória e pós-operatória de follow-up, geralmente relacionados com clientes que foram submetidos a cirurgia geral. Além disso, outros enfermeiros desempenham funções de suporte, formação, interlocução em áreas de gestão de materiais e equipamentos, qualidade e segurança, controlo de infeção e sistemas de informação.

No serviço de esterilização, dois enfermeiros são responsáveis pela gestão de toda a atividade e distribuição do material cirúrgico, tendo em consideração as cirurgias programadas para o dia seguinte. Estes enfermeiros também supervisionam as assistentes operacionais que acondicionam o instrumental cirúrgico nas respetivas caixas.

Relativamente à documentação dos cuidados de enfermagem em ambos os serviços, os enfermeiros realizam os registos em suporte eletrónico, utilizando os sistemas de informação *SClínico*® e *Patient Care*®.

Projetos em desenvolvimento

Na UCA, embora não seja formalmente reconhecido como um projeto, a sustentabilidade e a triagem de resíduos são preocupações partilhadas por toda a equipa. Os blocos operatórios

sustentáveis são uma tendência crescente na área da saúde, onde se procura reduzir o impacto ambiental das operações médicas sem comprometer a segurança ou a eficácia dos cuidados. A sustentabilidade, neste contexto, envolve várias práticas, como a gestão eficiente de resíduos. O conceito de sustentabilidade é caracterizado pela utilização dos recursos humanos pelo Homem, preservando o meio ambiente e assegurando as necessidades das gerações futuras (Lopes, 2022).

A triagem de resíduos em blocos operatórios visa separar e gerir adequadamente os diferentes tipos de resíduos gerados durante os procedimentos cirúrgicos. Isso inclui desde resíduos biológicos e químicos até materiais descartáveis utilizados nas salas cirúrgicas. A implementação de práticas de triagem adequadas não só ajuda a reduzir a quantidade de resíduos enviados para aterros sanitários, mas também contribui para a segurança ambiental ao minimizar a contaminação e os riscos à saúde pública.

Essas iniciativas promovem práticas ambientalmente responsáveis dentro das instituições de saúde e apoiam uma abordagem mais holística para a prestação de cuidados de saúde, alinhada com os princípios de sustentabilidade e responsabilidade social. Existem também grupos de trabalho a desenvolver projetos de melhoria contínua, responsáveis pela dinamização da formação em serviço e pela ligação com a comissão de controlo de infeção e os sistemas de informação.

Bloco Operatório Central

O BO "é uma unidade orgânica funcional, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésicos/cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes, com o objetivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida" (AESOP, 2006, p.20). Este espaço é equipado com salas de cirurgia, onde são realizados diversos tipos de intervenções, e é frequentemente apoiado por unidades de anestesia, áreas de recuperação pós-anestésica e zonas de esterilização de instrumentos. O objetivo principal do BO é garantir a segurança do cliente, a eficácia dos procedimentos cirúrgicos e a manutenção de um ambiente estéril (Friedman & Kauffman, 2012).

Este BOC está localizado no edifício principal de um hospital no norte do país, no primeiro piso. Trata-se de uma estrutura ampla, bem delimitada e de fácil acesso a diversos serviços cruciais, incluindo internamento, urgência e bloco de partos.

Estruturalmente, o BOC divide-se em três áreas principais: acolhimento e recobro, salas operatórias e consultórios/gabinetes, vestiários e zona de refeições. Na entrada do serviço, encontra-se a área de acolhimento e receção dos clientes, onde se realiza a admissão. Durante este processo, o enfermeiro insere o cliente no sistema informático *Patient Care®*, preenche a

checklist preparatória e realiza simultaneamente a avaliação inicial. Esta área é ampla e estabelece ligação com a UCPA. Nestas duas áreas, estão atribuídos dois enfermeiros. A UCPA dispõe de seis camas individuais, equipadas com cortinas e monitorização, além de uma central com dois computadores para registo de enfermagem.

O BO, adjacente à UCPA, possui quatro salas operatórias, distribuídas de acordo com as seguintes especialidades cirúrgicas: cirurgia geral, ortopedia, otorrinolaringologia e ginecologia. A sala 1 é utilizada para urgências e conta com uma área separada para cuidados neonatais imediatos em cesarianas. Existe ainda uma sala de anatomia patológica, onde são realizados exames histológicos, como nas mastectomias com pesquisa de gânglio sentinela, e onde as peças cirúrgicas são acondicionadas e recolhidas pelo laboratório após o procedimento. Além disso, existem várias salas para acondicionamento de material clínico, equipamentos e material esterilizado. No corredor, encontram-se um carro de emergência, um carro de via aérea difícil, um vídeo laringoscópio, um aspirador de grandes quantidades - *Neptuno*, armários com medicação específica e material de apoio especializado para diferentes especialidades. No lado oposto ao corredor de movimentação das equipas e dos clientes, existe um corredor destinado a materiais sujos.

O serviço dispõe ainda de áreas de apoio, como a área de pausa e refeições para profissionais, o gabinete do enfermeiro gestor, o gabinete médico, o gabinete de anestesia, vestiários e instalações sanitárias. Adicionalmente, conta com um serviço de secretariado que presta apoio ao BOC e à UCPA. Importa referir que, relativamente à admissão dos clientes no BOC, a grande maioria ingressa apenas no dia da cirurgia, através do serviço de admissão cirúrgica centralizada. Uma minoria é admitida através dos serviços de internamento ou urgência, o que justifica a não realização de visitas pré-operatórias de enfermagem. Após a cirurgia, o cliente é transferido para o recobro ou para uma das unidades: UCPA, unidade cuidados intermédios ou internamento geral.

Equipa de Enfermagem

A equipa do BOC é constituída pelo diretor do BO, um Enfermeiro Gestor, equipas médicas de diferentes especialidades, 10 assistentes operacionais e 35 enfermeiros. Destes enfermeiros, 10 são especialistas distribuídos nas áreas de Saúde Infantil e Pediátrica (1), Saúde Materna e Obstétrica (1) e EMC (8). Os elementos da equipa de enfermagem do BO desempenham funções em todas as áreas (anestesia, instrumentação e circulação), não estando divididos em equipas dedicadas.

Os enfermeiros executam um horário rotativo em turnos diurnos e noturnos, assim como as assistentes operacionais e as equipas médicas. Diariamente, há uma equipa destinada à urgência, constituída por cinco enfermeiros no período diurno e por quatro enfermeiros no

período noturno.

Modelo de organização e métodos de trabalho

Baseado no método funcional, onde cada enfermeiro é designado a uma função específica durante o turno, são alocados três profissionais por sala operatória: um enfermeiro circulante, um enfermeiro instrumentista e um enfermeiro de anestesia. Na UCPA, estão adstritos dois enfermeiros, responsáveis também pelo acolhimento dos clientes no BO.

Considerando o plano cirúrgico, a distribuição dos enfermeiros é organizada semanalmente pela assessora do enfermeiro gestor, uma enfermeira especialista com competências em gestão. Esta distribuição leva em conta as cirurgias programadas, bem como as competências e áreas de intervenção de cada enfermeiro do serviço.

O enfermeiro gestor é responsável por ajustar o plano de alocação de recursos humanos, tendo em vista o rácio e as necessidades especializadas de cuidados do cliente cirúrgico, de modo a assegurar o cumprimento das diretrizes estabelecidas pela OE (OE, 2019).

Relativamente à documentação dos cuidados de enfermagem em ambos os serviços, os enfermeiros realizam os registos em suporte eletrónico, utilizando os sistemas de informação *SClínico*® e *Patient Care*®.

Projetos em desenvolvimento

No BOC, embora não seja formalmente reconhecido como um projeto, a sustentabilidade e a triagem de resíduos são preocupações partilhadas por toda a equipa. Os blocos operatórios sustentáveis emergem como uma tendência crescente na área da saúde, onde se procura reduzir o impacto ambiental das operações médicas sem comprometer a segurança ou a eficácia dos cuidados. Nesse contexto, a sustentabilidade envolve várias práticas, incluindo a gestão eficiente de resíduos. O conceito de sustentabilidade é caracterizado pela utilização dos recursos humanos pelo Homem, preservando o meio ambiente e assegurando as necessidades das gerações futuras (Lopes, 2022).

A triagem de resíduos em blocos operatórios tem como objetivo separar e gerir adequadamente os diferentes tipos de resíduos gerados durante os procedimentos cirúrgicos. Isso abrange desde resíduos biológicos e químicos até materiais descartáveis utilizados nas salas cirúrgicas. A implementação de práticas de triagem adequadas não só ajuda a reduzir a quantidade de resíduos enviados para aterros sanitários, mas também contribui para a segurança ambiental ao minimizar a contaminação e os riscos à saúde pública.

Ambas as iniciativas promovem práticas ambientalmente responsáveis dentro das instituições de saúde e, apoiam uma abordagem mais holística para a prestação de cuidados de saúde, alinhada com princípios de sustentabilidade e responsabilidade social.

Idoneidade formativa dos contextos de estágio

A Idoneidade Formativa "identifica os contextos de âmbito nacional que possuem um ambiente favorável ao desenvolvimento de processos formativos em Enfermagem, organizados pela OE" (OE, nd).

Em ambos os campos de estágio, a minha orientação tutorial foi realizada por enfermeiros especialistas em EMC, um dos quais EE em EMC, na vertente de Enfermagem à pessoa em situação crítica, cumprindo, assim o requisito de que "os enfermeiros especialistas em exercício efetivo são enfermeiros com o título atribuído pela OE, e estão identificados no contexto formalmente como enfermeiros especialistas, com a possibilidade de colocarem em prática as suas competências específicas na área de especialidade" (OE, nd).

Nos dois campos de estágio, estavam patentes as exigências e os requisitos exigidos pela OE. Estes locais de estágio permitiram-me desenvolver competências clínicas especializadas e diferenciadas à pessoa em situação perioperatória, além de integrar e aplicar os conhecimentos adquiridos ao longo do curso de Mestrado na prática clínica e na conceção de cuidados. Simultaneamente, constituíram um ambiente propício à implementação do meu projeto de desenvolvimento de competências.

Relativamente ao recurso a um modelo de tutoria, é importante referir a sua extrema relevância para a consolidação das competências do EE, pois proporciona um ambiente onde a reflexão sobre a prática é central, permitindo o desenvolvimento de uma consciência crítica sobre os saberes e competências, bem como a capacidade de transformar as dificuldades da prática em oportunidades de aprendizagem.

Os três tutores que acompanhei serviram como modelos e exemplos. Reconheço que foram peças fundamentais para o sucesso do meu percurso formativo e estou-lhes grata por todo o empenho, partilha, esforço e exigência.

3. CONCEÇÃO DE CUIDADOS DE UM CLIENTE SUBMETIDO A ARTROSCÓPIA DO OMBRO

Cliente do sexo feminino, 68 anos, sem antecedentes patológicos relevantes, proposta para artroscopia do ombro direito com ancoragem dos músculos supraespinhoso e subescapular devido a lesão/rutura da coifa dos rotadores. O relatório da consulta médica indica a presença de dor persistente no ombro direito, que limita significativamente a capacidade da cliente de realizar atividades cotidianas simples, como elevar os braços para alcançar prateleiras e pentear o cabelo. Embora esta cirurgia seja frequentemente realizada em regime CA, a cliente necessitou ser operada no BOC, uma vez que reside sozinha.

3.1. Enquadramento teórico

Síntese do Caso: Uma mulher de 68 anos, sem antecedentes patológicos relevantes, foi submetida a artroscopia do ombro direito por rutura da coifa dos rotadores. O estudo de caso inclui três sessões: a admissão no pré-operatório, o intraoperatório e o pós-operatório imediato, com a chegada à UCPA para a fase de recobro I. A técnica anestésica utilizada consistiu no bloqueio do plexo braquial e sedação. O posicionamento cirúrgico foi em "*cadeira de praia*". Este procedimento foi selecionado para o estudo de caso devido à relevância da técnica cirúrgica para a análise da manutenção da termorregulação e da gestão da hipotermia. Na admissão, a temperatura corporal periférica da cliente era de 36,6°C, e durante a cirurgia, houve uma queda para 35,6°C. Em resposta a essa descida térmica/hipotermia, foram implementadas medidas de aquecimento ativo, visando a correção da temperatura corporal.

Anatomia

Os músculos envolvidos no movimento do ombro incluem o deltoide, o redondo maior e os músculos que compõem a coifa dos rotadores: redondo menor, infraespinhoso, supraespinhoso e subescapular. A coifa dos rotadores é um grupo de músculos do ombro que permite uma ampla amplitude de movimento, ao mesmo tempo que mantém a estabilidade da articulação glenoumeral (Maruvada et al., 2023). O principal papel biomecânico da coifa dos rotadores é estabilizar a articulação glenoumeral, comprimindo a cabeça do úmero contra a glenoide. Os quatro músculos da coifa surgem da escápula e inserem-se no úmero (figura 1) (Maruvada et

al., 2023).

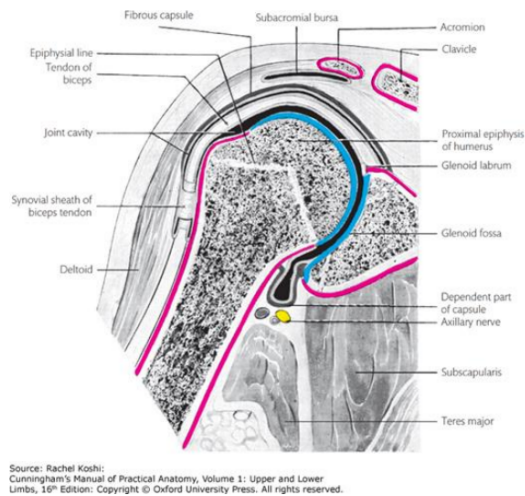


Figura 1: Anatomia do ombro. Ponte: (Rachel K., 2017, p.77).

Técnica Cirúrgica

A artroscopia do ombro pode ser utilizada tanto para o tratamento definitivo como para a confirmação do diagnóstico clínico, contribuindo para o desenvolvimento de um novo plano de tratamento ou atuando como coadjuvante em outras abordagens terapêuticas.

A técnica utilizada na cirurgia artroscópica do ombro minimiza a manipulação e a dissecação dos tecidos, o que pode acelerar a recuperação das atividades pós-operatórias. Apesar de ser uma abordagem minimamente invasiva, esta técnica apresenta alguns riscos, incluindo síndrome compartimental aguda, que pode ocorrer devido à ruptura da cápsula articular; hematoma articular pós-operatório; lesão de vasos sanguíneos ou nervos; infecção da ferida cirúrgica, entre outras complicações. Além disso, pode haver a possibilidade de diminuição da temperatura corporal e infecção dos tecidos da ferida cirúrgica (Shei-Tsung Chen et al., 2020).

Durante o procedimento, é utilizada uma artrobomba que infunde fluido sob pressão, variando entre 40 a 50 mmHg, permitindo uma visualização adequada das estruturas durante a cirurgia.

Eletrocirurgia por Radiofrequência

Durante a cirurgia, foi utilizado um equipamento de ablação através de radiofrequência (RF), com geração de campos de plasma. A RF, ou eletrocauterização, refere-se ao uso de energia térmica para tratar patologias cirúrgicas, transmitindo corrente elétrica diretamente através dos tecidos. A RF pode ser fornecida através de dispositivos monopolares ou bipolares. A RF bipolar representa uma alternativa mais segura, em relação à temperatura, tensão, pressões de contacto e tempos de contacto mais baixos. Estes dispositivos geram radicais livres de alta

energia, que podem romper ligações moleculares e extirpar tecidos moles em temperaturas relativamente baixas (40°C-70°C). Os sistemas de RF são amplamente utilizados em procedimentos ortopédicos artroscópicos para ablação, ressecção e coagulação de tecidos moles. Os dispositivos de RF de última geração utilizam campos de energia de plasma para fornecer energia térmica e minimizar os danos aos tecidos moles circundantes (Vij, 2023). Estes dispositivos não necessitam da colocação de placa de dispersão, uma vez que se tratam de dispositivos bipolares.

Anestesia

O sucesso do procedimento cirúrgico está estreitamente relacionado com a técnica anestésica utilizada. O conceito de "*anestesia*" engloba o bloqueio parcial ou total da sensibilidade ao toque e à dor, com ou sem comprometimento da consciência. Existem várias modalidades de anestesia, como a geral (inalatória, intravenosa ou balanceada), a regional (incluindo o bloqueio subaracnoideu, epidural ou bloqueios de nervos periféricos) e a anestesia combinada (associação da anestesia geral com a regional) (Duarte & Martins, 2014). A escolha da técnica anestésica depende do tipo de procedimento cirúrgico, da sua duração, da posição necessária do cliente, bem como do estado clínico e psicológico do mesmo. O planeamento da anestesia deve ser individualizado, considerando as informações obtidas na consulta pré-operatória (Guimarães et al., 2021).

O bloqueio anestésico do plexo braquial, via interescalénica, foi realizado com o auxílio de um aparelho de ultrassonografia/ecografia, com a finalidade de assegurar o correto posicionamento da agulha e a distribuição do anestésico local em tempo real.

De acordo com Negrão (2023), as complicações específicas após o bloqueio interescalénico incluem:

- Rouquidão (10% - 20%) por bloqueio do nervo laríngeo recorrente, que ocorre com maior frequência no lado direito;
- Síndrome de Horner, caracterizada por ptose, miose, anidrose e enftalmia, resultante da difusão de anestésico local para o gânglio cervical simpático/estrelado;
- Paresia hemidiafragmática ipsilateral, um achado comum que pode estar presente em quase 100% dos clientes, podendo ter impacto clínico em clientes com patologia respiratória de base;
- Reflexo paradoxal de Bezold-Jarisch, que se manifesta por bradicardia e hipotensão, com uma incidência de 15% a 30%. Este reflexo pode ocorrer quando o cliente é colocado na posição sentada para cirurgia do ombro e pode ser prevenido evitando-se a hipovolemia (Borgeat et al., 2021).

Após a transferência do cliente para a sala cirúrgica, o enfermeiro de anestesiologia inicia a

monitorização dos sinais vitais, que inclui a pressão arterial, a frequência cardíaca, a oxigenação, a ventilação, o bloqueio neuromuscular, a profundidade anestésica e a temperatura. Este acompanhamento é essencial para avaliar a evolução hemodinâmica do cliente durante o procedimento anestésico e cirúrgico (Azenha et al., 2017). Após a monitorização, os fármacos são administrados através do cateter venoso periférico (Levine, 2012).

No caso em estudo, a técnica anestésica utilizada consistiu no bloqueio do plexo braquial e sedação. Segundo o *American College of Emergency Physicians*, conforme mencionado por Benzoni e Cascella (2023), a sedação consiste na administração de sedativos ou agentes dissociativos, com ou sem analgésicos, visando induzir um estado que permita ao cliente tolerar procedimentos desconfortáveis, enquanto se preserva a função cardiorrespiratória. O objetivo é alcançar um nível de consciência reduzido, permitindo que o cliente mantenha a oxigenação e o controlo das vias aéreas de forma independente.

De acordo com Benzoni e Cascella (2023) a profundidade da sedação é classificada em quatro níveis: mínimo, moderado, profundo e dissociativo, com a possibilidade de o cliente entrar em um estado mais profundo do que o inicialmente previsto. A sedação pode ser utilizada como um complemento à anestesia local ou regional, com o intuito de diminuir a percepção do cliente durante o procedimento.

Durante o período intraoperatório, é essencial realizar uma monitorização constante, não apenas do estado de consciência do cliente, mas também do sistema respiratório, pois a transição de uma sedação leve para uma sedação profunda é bastante subtil. Assim, no pós-operatório, torna-se crucial avaliar a evolução do cliente para assegurar o retorno ao seu estado basal de consciência, sempre garantindo a administração de oxigénio.

Adicionalmente, não se pode desconsiderar a importância da avaliação da integridade dos tecidos. É imprescindível proteger as áreas de maior pressão - como a orelha, o acrómio, a crista ilíaca, o maléolo, o trocânter e o joelho - durante o procedimento, ao mesmo tempo em que se mantém um correto alinhamento corporal. Portanto, é evidente que o posicionamento cirúrgico representa uma preocupação significativa para o enfermeiro no contexto perioperatório (Lopes, 2009).

Esta sedação foi realizada com propofol, por via endovenosa, utilizando uma seringa para terapia contínua em modo TCI (*Target Controlled Infusion*). A administração de um opioide, fentanil, por via endovenosa, teve como objetivo proporcionar uma rápida instalação de analgesia, imediatamente antes da abordagem ao plexo braquial. Além disso, foi implementada a suplementação de oxigénio através de uma máscara facial, devido à esperada superficialização da ventilação resultante da sedação, e foi colocado um tubo orofaríngeo em virtude da alteração do estado de consciência e do relaxamento das estruturas.

Durante a permanência na sala cirúrgica, conforme Magalhães et al. (2023, p14.), “a compreensão das complicações intraoperatórias não só realça os riscos potenciais, mas também contribui para o desenvolvimento de estratégias de mitigação e para a melhoria da segurança geral dos procedimentos”.

Após a aplicação do penso à ferida cirúrgica, o procedimento é considerado concluído, dando início à reversão farmacológica que encerra o estado de anestesia. Neste momento, o cliente deixa de estar em estado de inconsciência induzida, recuperando progressivamente a sua capacidade de ventilação espontânea (Levine, 2012).

Após a fase de pós-operatório imediato, a cliente será encaminhada para o internamento/quarto, ainda com o membro superior sob o efeito do bloqueio do plexo, podendo apresentar uma sensação de “*peso*” e parestesias.

Para garantir a segurança da cliente, o membro submetido à técnica regional deverá permanecer imobilizado e deverá manter-se vigilância, dada a diminuição ou ausência de sensibilidade até à reversão completa do bloqueio, que é descrita entre as 10 e as 18 horas. A grande vantagem é que, durante essas primeiras horas de pós-operatório, a dor será nula ou significativamente reduzida.

Apresentação das sessões:

1.ª sessão: 21.01.2025 às 14:00 – admissão e acolhimento no BOC.

2.ª sessão: 21.01.2025 às 14:30 – indução anestésica e intraoperatório.

3.ª sessão: 21.01.2025 às 15:30 – pós-operatório imediato, UCPA, recobro I.

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 68 anos | Feminino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2025-01-21 14:00:00	Polielectrolítico 1000ml, 40ml/h IV	
2025-01-21 14:00:00	Midazolam 2mg IV toma única	2025-01-21 14:30:00
2025-01-21 14:30:00	Cefazolina 2Gr IV toma única	2025-01-21 15:30:00
2025-01-21 14:30:00	Ácido Tranexâmico 1000mg IV toma única	2025-01-21 15:30:00
2025-01-21 14:30:00	Ropivacaína 1% 100mg via perineural toma única	2025-01-21 15:30:00
2025-01-21 14:30:00	Fentanil 50 mcg IV toma única	2025-01-21 15:30:00
2025-01-21 14:30:00	Propofol 2% 30ml/h IV (por TCI Schnider 2.1 mcg/ml efeito) por bólus	2025-01-21 15:30:00
2025-01-21 14:30:00	Sulfato de Magnésio 2GR IV	2025-01-21 15:30:00
2025-01-21 14:30:00	Paracetamol 1Gr IV toma única	2025-01-21 15:30:00
2025-01-21 14:30:00	Ondasetron 8mg IV toma única	2025-01-21 15:30:00

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Em ambiente perioperatório, a preparação e a administração de fármacos constituem uma das funções do enfermeiro de anestesia. É fundamental que este profissional possua um conhecimento sólido do plano anestésico estabelecido pelo anestesista, bem como dos princípios básicos de farmacologia e das diretrizes para a preparação dos medicamentos. Segundo a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP, 2006), o enfermeiro de anestesia atua em estreita colaboração com o médico anestesista, sendo responsável pela preparação do material e dos fármacos necessários para o procedimento anestésico, assim como por auxiliar na indução anestésica do cliente (Caetano et al., 2024).

Conforme estabelecido pelo Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), a preparação e administração de medicamentos são intervenções interdependentes. O médico inicia este processo através da prescrição, enquanto o enfermeiro, de acordo com suas qualificações profissionais, realiza a preparação e administração dos fármacos, com o objetivo de melhorar o estado de saúde do cliente (OE, 2015). Utilizando o seu julgamento crítico e conhecimento, o enfermeiro deve estar atento a possíveis incompatibilidades e efeitos secundários ao preparar a terapêutica prescrita, identificando o benefício do fármaco para contribuir na manutenção ou recuperação das funções vitais.

Dessa forma, um conhecimento aprofundado em farmacologia é essencial para que o enfermeiro realize intervenções eficazes na preparação e administração de fármacos ao cliente no BO. A via endovenosa é geralmente preferida, uma vez que, conforme Evers et al., (2011), esta via permite uma distribuição completa e confiável do fármaco.

Este capítulo apresenta os fármacos prescritos pelo médico anestesiológico e pelo cirurgião responsável. Serão abordados diferentes fármacos administrados em momentos distintos do percurso do cliente no BO. Para facilitar a compreensão da sequência de fármacos utilizados, optou-se por descrever individualmente os medicamentos administrados durante o processo anestésico, assim como os fármacos utilizados no pós-operatório (analgesia). Além de abordar a especificidade de cada fármaco, serão detalhados os cuidados necessários na sua preparação, administração, dosagens, vigilância do cliente e o efeito terapêutico pretendido.

Fluidoterapia

Os eletrólitos desempenham um papel fundamental em diversos processos fisiológicos, sendo essenciais para a manutenção dos níveis normais que garantem a função adequada do coração, dos músculos e do sistema nervoso. Além disso, atuam como catalisadores em várias reações enzimáticas e são indispensáveis para o equilíbrio ácido-base, que é crucial para as trocas normais de substâncias entre os meios intracelular e extracelular (Vallerand et al., 2016). A fluidoterapia endovenosa, realizada antes, durante e após a cirurgia, com a sincronização adequada e o volume apropriado, é de extrema importância. Níveis excessivos ou insuficientes de fluidos podem influenciar significativamente o resultado clínico do cliente (Ferreira, 2017).

Solução Polieletrólítica

Durante a reposição de fluidos, é comum utilizar uma solução cristalóide, como uma solução polieletrólítica sem glicose, que é administrada por via endovenosa. Esta abordagem visa otimizar a administração de fármacos durante o ato anestésico, restaurar o equilíbrio eletrolítico e a hidratação do cliente, contribuindo para a sua recuperação.

No caso em questão, foi administrada uma perfusão de 1 frasco de 1000 ml de solução polieletrólítica isenta de glicose, tendo sido perfundidos aproximadamente 340 ml até à saída do cliente da sala cirúrgica. De acordo com Ferreira (2017), a administração de fluidos durante a cirurgia deve ser adaptada às necessidades específicas de cada cliente, uma vez que a administração excessiva pode estar relacionada com um aumento da morbidade e mortalidade no pós-operatório, podendo levar a complicações cardiopulmonares, deiscências de anastomoses e infecções nas feridas cirúrgicas.

Midazolam

O Midazolam é uma benzodiazepina de curta duração, amplamente utilizada na prática clínica

como sedativo, ansiolítico e anticonvulsivante. Este fármaco é frequentemente utilizado em procedimentos médicos e cirúrgicos que requerem sedação consciente, bem como na indução de anestesia geral. O midazolam atua principalmente no sistema nervoso central, ligando-se aos receptores GABA-A, resultando num aumento da atividade inibitória do neurotransmissor GABA, o que promove a sedação e a amnésia anterógrada (Miller et al., 2016).

A dosagem de midazolam deve ser individualizada, considerando fatores como a idade, peso, estado de saúde e a natureza do procedimento a realizar. A dose inicial recomendada para sedação em adultos varia entre 1 a 5 mg, podendo ser ajustada com base na resposta do cliente (Bourgeois et al., 2020).

Durante e após a administração de midazolam, a monitorização e vigilância devem incluir a avaliação constante dos sinais vitais, do nível de consciência e da presença de possíveis efeitos adversos, como depressão respiratória, hipotensão ou reações alérgicas. É recomendado que o cliente permaneça sob observação até que se recupere completamente da sedação, uma vez que os efeitos do midazolam podem persistir por um período considerável (Kirk et al., 2021).

Foram administrados 2 mg de midazolam por via endovenosa logo após o acolhimento da cliente no BO.

Cefazolina

A cefazolina é uma cefalosporina de primeira geração, amplamente utilizada no tratamento e na profilaxia de infeções bacterianas, especialmente em contextos cirúrgicos. Este antibiótico é particularmente eficaz contra microorganismos Gram-positivos, como o *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus spp.*, e possui atividade limitada contra algumas bactérias Gram-negativas, como *Escherichia coli* e *Klebsiella pneumoniae*.

Segundo a norma clínica da “Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto” (DGS, 2013) a dose recomenda é de 2g administradas por via endovenosa, podendo ser ajustada com base na duração da cirurgia e deve ser administrada até 60 min antes da incisão cirúrgica (DGS, 2022). Caso a intervenção ultrapasse 4 horas, recomenda-se uma segunda administração de 1g; após isso, um esquema de 1g a cada 8 horas deve ser seguido até completar 24 horas de profilaxia (Indice.eu, 2024).

Além da sua eficácia, a cefazolina apresenta um perfil de segurança relativamente favorável, com efeitos adversos geralmente leves e bem tolerados. Os efeitos colaterais mais comuns incluem reações alérgicas, como erupções cutâneas, e distúrbios gastrointestinais, como náuseas e diarreia. É importante ressaltar que a utilização deste fármaco deve ser ponderada em clientes com antecedentes de hipersensibilidade a cefalosporinas ou penicilinas. A cefazolina é excretada principalmente pelos rins, o que requer cautela na sua administração em clientes

com insuficiência renal. Nesses casos, ajustes de dose podem ser necessários para evitar toxicidade (Kauffman & Wenzel, 2015).

Neste caso administraram-se 2 gr de Cefazolina por via endovenosa antes da indução anestésica.

Ácido Tranexâmico

O ácido tranexâmico é um fármaco antifibrinolítico, um análogo sintético da lisina, cujo mecanismo de ação se baseia na inibição competitiva da conversão do plasminogénio em plasmina (Pacheco et al., 2018). Embora a sua ação principal resida na inibição da fibrinólise, o ácido tranexâmico também apresenta propriedades anti-inflamatórias, podendo atenuar a síndrome da resposta inflamatória sistémica (Colomina et al., 2022).

Estudos demonstram que o uso do ácido tranexâmico reduz o volume de perda sanguínea e a necessidade de transfusões de hemoderivados em contextos de cirurgia eletiva (Pacheco et al., 2018). Este fármaco é especialmente recomendado em procedimentos cirúrgicos onde se prevê uma perda sanguínea superior a 500 ml (Lloyd et al., 2020, citado por Colomina et al., 2022). A administração é feita por períodos de curta duração, sendo a dose recomendada para adultos, sem comprometimento da função renal, de 10 mg/kg, duas vezes ao dia (Colomina et al., 2022).

Adicionalmente, o ácido tranexâmico tem sido utilizado em outras situações clínicas, como em casos de hemorragias pós-parto, hemorragias associadas a traumas e em algumas condições hematológicas. A sua eficácia tem sido objeto de investigação em diversos estudos, destacando-se a sua utilização na redução da mortalidade por hemorragia em contextos de trauma (Colomina et al., 2022).

Em relação à segurança, o ácido tranexâmico é considerado um fármaco seguro, com efeitos adversos raros, sendo os mais comuns a náusea, diarreia e reações alérgicas. Contudo, deve ser utilizado com precaução em clientes com histórico de trombose, dada a sua potencial associação com eventos tromboembólicos (Rosado, 2023).

Na situação específica foi administrado 1 gr de Ácido Tranexâmico por via Endovenosa.

Ropivacaína

A ropivacaína é um anestésico local de ação prolongada, classificado como um anestésico do tipo amida (Multum, 2023). É amplamente utilizado em anestesia local e regional para procedimentos cirúrgicos, bem como na gestão aguda da dor, incluindo dor pós-operatória e analgesia durante o trabalho de parto. A ropivacaína é frequentemente utilizada como parte de

uma abordagem de analgesia multimodal. Quando comparada à bupivacaína, a ropivacaína geralmente apresenta efeitos semelhantes, mas com menor intensidade e duração do bloqueio motor, além de uma toxicidade cardiovascular reduzida (American Society of Health-System Pharmacists, 2024a).

No contexto de bloqueios de nervos periféricos, a ropivacaína a 1% (10 ml) é utilizada, apresentando um tempo de instalação de 10 a 30 minutos e uma duração de efeito que varia entre 5 a 10 horas, dependendo da dose administrada (American Society of Health-System Pharmacists, 2024a). É importante notar que a ropivacaína está associada ao risco de condrolise (necrose e destruição da cartilagem articular) em clientes que recebem infusões contínuas intraarticulares; no entanto, essa situação não se verificou no caso em questão.

Durante o procedimento de bloqueio, é essencial realizar uma aspiração prévia para evitar a injeção acidental no espaço intravascular, o que pode levar a toxicidade cardíaca e efeitos adversos no sistema nervoso central. A dose máxima recomendada para o bloqueio do plexo braquial pode chegar até 300 mg, próximo do limiar para toxicidade do sistema nervoso central. O bloqueio prolongado pode aumentar o risco de toxicidade plasmática e induzir lesões nervosas locais (American Society of Health-System Pharmacists, 2024a). No caso em apreço, foi administrada uma dose de 100 mg por via perineural.

Fentanil

O fentanil é um analgésico opióide amplamente utilizado para o controlo da dor, particularmente na analgesia cirúrgica, onde atua como adjuvante na indução e manutenção da anestesia geral. Tem ligeiro efeito sedativo. O seu mecanismo de ação ocorre através da ligação aos recetores opiáceos no sistema nervoso central, alterando a perceção e a resposta à dor (American Society of Health-System Pharmacists, 2024b). O início de ação do fentanil é rápido, com pico de analgesia atingido em poucos minutos, enquanto a duração do efeito varia entre 30 minutos a 1 hora (Vallerand et al., 2016).

O fentanil pode ser administrado por via endovenosa, seja em bólus intermitente (0,5-1 mcg/kg/dose) ou em perfusão contínua, com uma semi-vida que pode variar de 30 minutos a várias horas durante a perfusão (Vallerand et al., 2016). É importante notar que a administração concomitante com outros depressores do sistema nervoso central, incluindo outros opiáceos, sedativos, hipnóticos, anestésicos gerais, fenotiazinas, tranquilizantes, relaxantes musculares, antihistamínicos sedativos e álcool, pode resultar em efeitos aditivos depressores, aumentando o risco de complicações (American Society of Health-System Pharmacists, 2024b).

Entre os efeitos secundários relevantes incluem-se a depressão respiratória, rigidez muscular, hipotensão, bradicardia, arritmias, obstipação, náuseas e vômitos (Vallerand et al., 2016). Na

prática de enfermagem, especialmente na sala operatória, é crucial realizar uma monitorização rigorosa da frequência cardíaca, pressão arterial e frequência respiratória do cliente, dado o potencial impacto do fentanil nas funções vitais.

A sua ação inicia-se ao fim de 30 segundos, alcançando o pico plasmático entre 3 a 7 minutos, com uma duração de efeito de 20 a 30 minutos. Após este período, é metabolizado predominantemente pelo fígado (70%) e excretado pelos rins (90%) (Duarte & Martins, 2014).

Além disso, a utilização de fentanil deve ser cuidadosamente avaliada em clientes com histórico de dependência de substâncias ou com condições respiratórias preexistentes, uma vez que estes fatores podem aumentar a probabilidade de efeitos adversos (Miller et al., 2016). Adicionalmente, a formação de tolerância e a possibilidade de abstinência em clientes sob tratamento prolongado requerem uma abordagem atenta na gestão da analgesia.

Foram administrados num total de 150 mcg de Fentanil por via endovenosa.

Propofol

O Propofol é um agente anestésico endovenoso amplamente utilizado para a indução e manutenção da anestesia geral e sedação. Este fármaco é conhecido por sua ação rápida e de curta duração, resultando em um início de efeito quase imediato. O mecanismo de ação do propofol está associado à sua ligação ao receptor GABA_A, um neurotransmissor inibitório predominante no sistema nervoso central, que resulta em efeitos hipnóticos e sedativos. A sua elevada lipossolubilidade permite-lhe um início de ação rápido, cerca de 30 segundos, possuindo também uma rápida duração de ação, entre 5 e 10 minutos. Entre as contraindicações para a administração de propofol incluem-se a hipersensibilidade ao próprio fármaco, ao óleo de soja, à lecitina de ovos e ao glicerol (Morujão, 2013).

Os efeitos secundários mais comuns incluem depressão cardiovascular moderada, particularmente em clientes com insuficiência cardíaca ou em idosos, depressão respiratória, dor no local da administração, hiperlipidemia, hepatomegalia, acidose metabólica e rabdomiólise. A síndrome de perfusão do propofol é uma complicação rara, mas frequentemente fatal, associada à administração prolongada em clientes politraumatizados, manifestando-se por bradicardia severa e potencial de arritmia em adultos (Morujão, 2013).

No que tange aos efeitos sobre o sistema nervoso central, o propofol reduz o fluxo sanguíneo cerebral, o metabolismo cerebral, a necessidade de oxigénio e a pressão intracraniana. Em termos de função ventilatória, observa-se depressão ventilatória sem alteração significativa na resistência das vias aéreas. Os efeitos cardiovasculares incluem a diminuição da pressão arterial média e da resistência vascular sistémica, um aumento na frequência cardíaca e venodilatação, sem um efeito significativo no débito cardíaco (Morujão, 2013).

É importante mencionar que o propofol pode ter interações significativas com outros fármacos, como opióides e benzodiazepínicos, que podem potencializar os seus efeitos sedativos e depressivos. A administração e a titulação do propofol devem ser feitas com cautela, especialmente em clientes idosos ou com comorbidades, para minimizar os riscos de efeitos adversos. A monitorização contínua dos sinais vitais e da respiração é fundamental durante a administração de propofol, dado o risco de depressão respiratória e cardiovascular (Levine et al., 2012).

Sulfato de Magnésio

O sulfato de magnésio é uma opção segura e eficaz para analgesia multimodal intraoperatória, particularmente quando se pretende evitar ou reduzir o uso de opioides (Silva et al., 2021). Este fármaco atua como um adjuvante eficaz do anestésico local em bloqueios de plexo braquial por via interescalénica, especialmente na artroscopia do ombro (Rhyner et al., 2024). Na sua administração endovenosa, o início de ação é imediato, com uma duração de efeito que se aproxima de 30 minutos.

Entre os efeitos adversos comuns associados à utilização do sulfato de magnésio, destacam-se o rubor, sudorese, hipotensão, depressão dos reflexos, paralisia flácida, hipotermia, colapso circulatório, depressão da função cardíaca, depressão do sistema nervoso central, paralisia respiratória, hipocalcemia e tetania (American Society of Health System Pharmacists, 2024d).

Além disso, é importante ressaltar que a monitorização cuidadosa dos clientes durante a administração de sulfato de magnésio é essencial, dado o risco potencial de efeitos adversos significativos, especialmente em populações vulneráveis, como os clientes geriátricos ou aqueles com comorbidades cardiovasculares. A titulação da dose deve ser realizada com base na resposta clínica do cliente e nos parâmetros vitais, garantindo assim a segurança e eficácia do tratamento.

A inclusão do sulfato de magnésio na prática anestésica pode contribuir para uma abordagem mais equilibrada e menos dependente de opioides, alinhando-se com as diretrizes atuais que promovem a analgesia multimodal e a redução do uso de analgésicos opióides, visando melhorar a recuperação pós-operatória e minimizar os efeitos adversos associados à utilização destes fármacos.

Paracetamol

O paracetamol é um analgésico não opiáceo sintético derivado do p-aminofenol, utilizado para o alívio sintomático da dor leve a moderada e para efeitos antipiréticos. A sua administração deve

ser feita com precaução, especialmente em clientes com patologia hepática e renal, uma vez que a sobredosagem inadvertida pode resultar em insuficiência hepática aguda, sendo responsável por cerca de 50% dos casos dessa condição nos Estados Unidos (American Society of Health-System Pharmacists, 2024c). A Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (APCA) recomenda a prescrição de paracetamol a 1 g para o alívio da dor ligeira no pós-operatório em regime domiciliário, a cada 6 horas durante 5 dias (Sarmiento et al., 2013).

As contraindicações incluem hipersensibilidade conhecida ao paracetamol ou a qualquer componente da formulação, bem como insuficiência hepática grave ou doença hepática ativa. Em casos de suspeita de sobredosagem, é fundamental avaliar a necessidade de terapia com acetilcisteína, um antídoto eficaz (American Society of HealthSystem Pharmacists, 2024c).

O paracetamol apresenta uma boa absorção após administração oral, com o pico de concentração plasmática atingido entre 10 e 60 minutos para preparações de libertação imediata e entre 60 e 120 minutos para preparações de libertação prolongada. A exposição sistémica é semelhante após administração endovenosa ou oral, embora a concentração máxima após perfusão endovenosa de 15 minutos possa ser até 70% superior àquela obtida por via oral com a mesma dose. A semivida do paracetamol após administração endovenosa é de aproximadamente 2,4 horas em adultos (American Society of Health-System Pharmacists, 2024c).

O mecanismo de ação do paracetamol envolve a inibição da síntese de prostaglandinas no sistema nervoso central, mediadores da dor e da febre, contribuindo assim para os seus efeitos analgésicos e antipiréticos. É frequentemente utilizado como analgesia durante o intraoperatório e, quando administrado em combinação fixa com analgésicos opiáceos, pode aumentar o risco de sobredosagem inadvertida de paracetamol, especialmente devido à tolerância desenvolvida ao opiáceo.

Os efeitos adversos mais relevantes do paracetamol incluem hipotensão, obstipação, náuseas e vômitos, além de hipocaliemia. Embora raros, podem ocorrer erupções cutâneas e urticária (Vallerand et al., 2016).

Ondasetron

O ondasetron é um antagonista dos recetores de serotonina (5-HT₃) utilizado e recomendado para prevenir e controlar náuseas e vômitos no pós-operatório (APCA, 2012). Este fármaco deve ser administrado próximo do fim da cirurgia, uma vez que a administração endovenosa resulta numa biodisponibilidade completa e imediata, com pico de ação entre 15 e 30 minutos após a sua administração e duração de cerca de 4 horas. O ondasetron é metabolizado no fígado e excretado pelos rins (Vallerand et al., 2016).

Pode causar efeitos adversos como hipotensão, cefaleias e diarreia. A administração de 8 mg de ondasetron endovenoso no final da cirurgia demonstrou uma eficácia superior na prevenção de náuseas e vômitos pós-operatórios quando comparada com a administração na fase pré-indução (APCA, 2012).

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

21-01-2025 14:00

21-01-2025 14:00 - Procedimento invasivo [RESOLVIDO] 21-01-2025 15:30

21-01-2025 14:00 - Tipo de procedimento invasivo: Artroscopia do ombro direito para tratamento de lesão da coifa dos rotadores. Pré-Operatório | Admissão ao Bloco.

21-01-2025 14:30 - Tipo de procedimento invasivo: Intraoperatório | Da transferência para a mesa operatória até à indução anestésica e atos preparatórios.

21-01-2025 14:00 - Verificado: antecedentes clínicos, alergias, consentimento informado, toma de medicação pré-operatória, próteses, identificação do doente, jejum, preparação pré-operatória.

21-01-2025 14:00 - Localização do Pulso

21-01-2025 14:00 - Braço Esquerda(o)

21-01-2025 14:00 - Frequência do pulso: 85 pulsações por minuto.

21-01-2025 14:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

21-01-2025 14:00 - Membro superior Esquerda(o)

21-01-2025 14:00 - Pressão sanguínea sistólica: 135 mmHg.

21-01-2025 14:00 - Pressão sanguínea diastólica: 81 mmHg.

21-01-2025 14:00 - Temperatura corporal periférica

21-01-2025 14:00 - Ouvido: 36.60 °C.

21-01-2025 14:00 - Verbalização por parte da cliente da realização do banho pré-cirúrgico.

21-01-2025 14:00 - Confirmar a lateralidade do ombro direito, com a cliente.

21-01-2025 14:00 - Promover autogestão: procedimento invasivo [FIM]

21-01-2025 15:30

21-01-2025 14:00 - Conhecimento sobre procedimento invasivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

21-01-2025 14:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre procedimento invasivo [RESOLVIDO] 21-01-2025 15:30

21-01-2025 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre procedimento invasivo [1ª sessão]

21-01-2025 14:00 - Ensinar sobre circuito [1ª sessão, pré-operatório.]

21-01-2025 14:00 - Ensinar sobre procedimento anestésico [1ª sessão, pré-operatório.]

21-01-2025 14:00 - Ensinar sobre procedimento cirúrgico [1ª sessão, pré-operatório.]

21-01-2025 14:30 - Gerir condições de segurança físicas, microbiológicas e ambientais do intra-operatório [FIM] 21-01-2025 15:30

21-01-2025 14:30 - Recursos disponíveis: caixa de artroscopias do ombro, caixa de partes moles, caixa c shaver, kit de torre com irrigação e aspiração, trouxa de artroscopia, packs cirúrgicos, âncoras e demais material presente e esterilidade confirmada.

21-01-2025 14:30 - Manter e temperatura e humidade da sala: 21°C e 55% [Contínuo] [FIM] 21-01-2025 15:30

21-01-2025 14:30 - Reunir material instrumental cirúrgico [2ª sessão] [FIM]

21-01-2025 15:30

21-01-2025 14:30 - Otimizar ambiente físico (temperatura, humidade, ruído) [2ª sessão] [FIM] 21-01-2025 15:30

21-01-2025 14:30

21-01-2025 14:30 - Oxigenoterapia [RESOLVIDO] 21-01-2025 15:30

21-01-2025 14:30 - FiO2: 35 %.

21-01-2025 14:30 - Débito de oxigénio: 8.00 L/min.

21-01-2025 14:30 - Dispositivo: Ventimask (máscara de venturi)

21-01-2025 14:30 - Assegurar oxigenoterapia [FIM] 21-01-2025 15:30

21-01-2025 14:30 - Manter oxigenoterapia [Contínuo] [FIM] 21-01-2025 15:30

21-01-2025 14:30 - Procedimento de Anestesia [RESOLVIDO] 21-01-2025 15:30

21-01-2025 14:30 - Sedação por via endovenosa.

21-01-2025 14:30 - Boqueio regional do plexo braquial direito por via interescalénica.

21-01-2025 14:30 - Índice Bispectral (BIS): 40.

21-01-2025 14:30 - Colocação do tubo orofaríngeo nº3.

21-01-2025 14:30 - Promover a integridade dos tecidos [FIM] 21-01-2025 15:30

21-01-2025 14:30 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [Contínuo] [FIM]

21-01-2025 15:30

21-01-2025 14:30 - Prevenir complicações decorrentes do posicionamento [FIM] 21-01-2025 15:30

21-01-2025 14:30 - Aplicar equipamento de alívio de pressão [SOS] [FIM]

21-01-2025 15:30

21-01-2025 14:30 - Prevenir lesões da córnea [FIM] 21-01-2025 15:30

21-01-2025 14:30 - Aplicar lubrificante ocular [2ª sessão] [FIM] 21-01-2025 15:30

21-01-2025 14:30 - Aplicar penso ocular [2ª sessão] [FIM] 21-01-2025 15:30

21-01-2025 14:30 - Determinar evolução da anestesia [FIM] 21-01-2025 15:30

21-01-2025 14:30 - Avaliar evolução da anestesia [2ª sessão] [FIM] 21-01-2025 15:30

21-01-2025 14:30 - Procedimento cirúrgico [RESOLVIDO] 21-01-2025 15:30

21-01-2025 14:30 - Garantir a eficácia e assepsia do procedimento cirúrgico [FIM] 21-01-2025 15:30

21-01-2025 14:30 - Organizar a mesa cirúrgica [intraoperatório] [FIM] 21-01-2025 15:30

21-01-2025 14:30 - Realizar instrumentação cirúrgica [intraoperatório] [FIM]

21-01-2025 15:30

21-01-2025 14:30 - Prevenir complicações relacionadas com a eletrocirurgia

[FIM] 21-01-2025 15:30

21-01-2025 14:30 - Utilizar sonda de radiofrequência em modo bipolar para procedimento por artroscopia [intraoperatório] [FIM] 21-01-2025 15:30

Sondas, Drenos e Cateteres

21-01-2025 14:00

21-01-2025 14:00 - Cateter venoso periférico

21-01-2025 14:00 - Localização do cateter venoso periférico

21-01-2025 14:00 - Antebraço Esquerda(o)

21-01-2025 14:00 - Características do dispositivo: 18G..

21-01-2025 14:00 - Ausência de dor.

21-01-2025 14:00 - Ausência de calor.

21-01-2025 14:00 - Ausência de rubor.

21-01-2025 14:00 - Ausência de tumefação.

21-01-2025 14:00 - Ausência de exsudado.

21-01-2025 14:00 - Ausência de infiltração.

21-01-2025 14:00 - Antebraço Esquerda(o)

21-01-2025 14:00 - Características do dispositivo: 18G..

21-01-2025 14:00 - Ausência de dor.

21-01-2025 14:00 - Ausência de calor.

21-01-2025 14:00 - Ausência de rubor.

21-01-2025 14:00 - Ausência de tumefação.

21-01-2025 14:00 - Ausência de exsudado.

21-01-2025 14:00 - Ausência de infiltração.

21-01-2025 14:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter

21-01-2025 14:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico [Contínuo]

21-01-2025 14:30 - Substância administrada pelo cateter venoso periférico: soro.

21-01-2025 14:30 - Quantidade administrada pelo cateter venoso periférico: 340 ml.

21-01-2025 14:00 - Assegurar funcionamento do cateter

21-01-2025 14:00 - Otimizar cateter venoso periférico [Contínuo]

21-01-2025 14:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico

21-01-2025 14:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [Contínuo]

21-01-2025 14:30 - Localização do cateter venoso periférico

21-01-2025 14:30 - Antebraço Esquerda(o)

21-01-2025 14:30 - Ausência de dor.

21-01-2025 14:30 - Ausência de calor.

21-01-2025 14:30 - Ausência de rubor.

21-01-2025 14:30 - Ausência de tumefação.

21-01-2025 14:30 - Ausência de exsudado.

21-01-2025 14:30 - Ausência de infiltração.

21-01-2025 15:30 - Localização do cateter venoso periférico

21-01-2025 15:30 - Antebraço Esquerda(o)

21-01-2025 15:30 - Ausência de dor.

21-01-2025 15:30 - Ausência de calor.

21-01-2025 15:30 - Ausência de rubor.

21-01-2025 15:30 - Ausência de tumefação.

21-01-2025 15:30 - Ausência de exsudado.

21-01-2025 15:30 - Ausência de infiltração.

21-01-2025 14:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico

21-01-2025 14:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [SOS]

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

A pessoa em situação perioperatória, necessita, escolhe ou aceita ser submetida a um estado de alteração da consciência e aos riscos inerentes aos procedimentos anestésicos e cirúrgicos, ficando sujeita a um estado de vulnerabilidade física e emocional (OE, 2018).

Durante o período pré-operatório, a identificação das necessidades dos clientes, juntamente com o suporte e a preparação para os procedimentos anestésicos e/ou cirúrgicos, desempenham um papel essencial, efetuados pelos enfermeiros. Esta abordagem contribui para a promoção da segurança dos clientes e para a prevenção de complicações potenciais (Oliveira, 2011). Na fase intraoperatória, o foco dos enfermeiros centra-se na segurança do cliente, no apoio emocional, na prevenção de infeções e na gestão das necessidades fisiológicas durante os procedimentos cirúrgicos e/ou anestésicos (Santos et al., 2016). No período pós-operatório, os enfermeiros mantêm um papel essencial na vigilância e cuidado dos clientes. É crucial assegurar o controlo da dor, a monitorização contínua dos sinais vitais, a avaliação do nível de

consciência, a administração de fármacos, e a vigilância rigorosa para detetar complicações como hemorragias, infeções e reações adversas aos fármacos usados durante a intervenção cirúrgica (Oliveira, 2011; Santos et al., 2016). Para além disso, os enfermeiros prestam apoio emocional aos clientes/família/cuidador e fornecem orientações detalhadas sobre os cuidados pós-operatórios necessários, promovendo assim uma recuperação eficaz e segura.

Os registos de enfermagem estão intimamente ligados à qualidade dos cuidados prestados, sendo essenciais em todas as fases do processo (Breda, 2019).

Aspetos Relevantes no Pré-Operatório

Os cuidados pré-operatórios incluem a identificação do cliente, a revisão dos antecedentes pessoais, a obtenção dos consentimentos operatórios devidamente assinados, o registo de alergias, a verificação da existência de próteses, a preparação da pele, o jejum pré-operatório e a administração da medicação habitual prescrita, se necessário (Garcez et al., 2019).

É crucial que o enfermeiro confirme verbalmente com o cliente a sua identidade, o procedimento agendado, a lateralidade e o consentimento para a intervenção cirúrgica e anestésica, conforme destacado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009), garantindo, assim, a segurança contra erros procedimentais.

Adicionalmente, o enfermeiro deve verificar a presença de próteses ou implantes que possam interferir no procedimento anestésico e/ou cirúrgico. No que respeita aos cuidados seguros na utilização da eletrocirurgia, destaca-se a necessidade de ausência de objetos metálicos no corpo do cliente, conforme refere Olímpio (2016). A queimadura é a complicação mais frequente desta técnica e pode ocorrer quando a corrente elétrica não segue a direção da placa de eletrodo neutro, propagando-se através do corpo do cliente. Este fenómeno surge quando é criada uma via alternativa para a passagem da corrente elétrica, através do contacto com materiais e adornos metálicos (Olímpio, 2016).

Relativamente às próteses dentárias, estas devem ser geralmente removidas antes de procedimentos cirúrgicos devido ao risco de obstrução da via aérea, dano à própria prótese e comprometimento da esterilidade do campo operatório. Lesões dentárias são frequentemente relatadas pelos clientes após procedimentos anestésicos (Conlon et al., 2017).

Assim, no momento da preparação para a entrada na sala operatória, devem ser removidas todas as próteses (dentárias, auditivas, oculares), objetos de adorno (relógios, óculos, anéis, colares, piercings) e indagar sobre problemas dentários (restaurações, como cáries, pontes, implantes ou facetas).

O enfermeiro deve questionar sobre alergias a medicamentos ou materiais, bem como sobre antecedentes patológicos ou cirúrgicos relevantes. As medicações de uso habitual devem ser

tomadas apenas com um gole de água durante o período de jejum prescrito, ou seja, até duas horas antes da cirurgia (APCA, 2014).

O "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico recomenda a realização de um banho com clorexidina (entre 2% a 4%) no dia anterior à cirurgia e novamente no dia da cirurgia, com pelo menos duas horas de antecedência. Esta prática permite, através de uma ação mecânica, reduzir a quantidade de microrganismos presentes de forma residente ou transitória, conforme as orientações da Direção-Geral da Saúde (DGS, 2022). É fundamental verificar se o cliente seguiu estas diretrizes para minimizar o risco de infeções.

A medicação pré-anestésica e os anestésicos podem também ser depressores dos reflexos laríngeos. A Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (SPA) (Azenha et al., 2017) define o jejum pré-operatório como o período em que o cliente não pode ingerir alimentos líquidos e/ou sólidos. A aspiração de conteúdo gástrico pode ocorrer durante a indução anestésica, durante o procedimento cirúrgico ou no período pós-operatório imediato. A prevenção desta situação constitui uma parte integrante da avaliação e preparação pré-operatória do cliente (ASA, 2017). Recomenda-se um jejum de 8 horas ou mais para grandes refeições (incluindo proteína animal e alimentos ricos em gordura), de 6 horas para refeições leves, leite e sumos cítricos, e um jejum de 2 horas para líquidos claros sem polpa, contendo hidratos de carbono e até 400 ml, conforme as diretrizes estabelecidas (Joshi et al., 2023). Assim, é necessário assegurar que o cliente cumpre estas condições.

A admissão do cliente na sala operatória implica uma série de cuidados de verificação e preparação para o ato cirúrgico e anestésico, alguns dos quais são agrupados na denominada *check-list* pré-operatória.

Estudos indicam que entre 38% a 45% dos clientes apresentam ansiedade pré-operatória (Turksal et al., 2020). É essencial abordar os clientes de forma empática, especialmente devido à ansiedade associada ao ambiente desconhecido e ao procedimento cirúrgico iminente. O toque pode ser uma ferramenta eficaz para reduzir a ansiedade percebida pelos clientes durante a sua admissão. Comunicar ativamente, ouvindo as preocupações dos clientes e fornecendo informações claras e honestas sobre o procedimento, é crucial para promover um ambiente de segurança emocional e ajudar os clientes a sentirem-se mais confiantes e informados sobre o que esperar (Silva & Nakata, 2005).

Além disso, estratégias como técnicas de respiração consciente e relaxamento muscular podem ser implementadas para ajudar os clientes a controlar a ansiedade desde a admissão na sala operatória. Essas abordagens são fundamentais para promover uma experiência mais confortável e controlável para os clientes durante o período pré-operatório (Sampaio, 2017). Integrando cuidados físicos com empatia e sensibilidade emocional, os enfermeiros não só melhoram a experiência dos clientes, como também contribuem para resultados clínicos mais positivos, facilitando uma resposta tranquila e cooperativa durante o procedimento cirúrgico.

Sampaio (2017) destaca a importância da comunicação precisa e oportuna para aumentar a satisfação com a experiência cirúrgica, reduzir a ansiedade dos clientes e minimizar o uso de medicação analgésica.

Aspetos Relevantes no Intraoperatório

Segundo Jacob (2019), a prestação de cuidados de enfermagem no intraoperatório deve ter em conta determinados aspetos, como o processo anestésico, o posicionamento, a manutenção dos sistemas fisiológicos e dispositivos.

Aspetos Relevantes no Pós-Operatório

A vigilância cuidadosa no pós-operatório é crucial para monitorizar complicações. O processo de recuperação divide-se geralmente em duas fases distintas: Sala de Recobro I e Sala de Recobro II.

Durante a Sala de Recobro I, o enfermeiro deve focar-se na vigilância rigorosa dos sinais vitais do cliente a cada 15 minutos, monitorizando o estado de consciência e avaliando possíveis complicações associadas ao procedimento anestésico e cirúrgico, como parestesias, dor, hipotensão, broncospasmo, hemorragia, náuseas, vômitos e hipotermia (Azenha et al., 2017).

Para além da monitorização intensiva, são avaliados os critérios de alta específicos do pós-anestésico. Após o cumprimento destes critérios, o cliente é transferido para a Sala de Recobro II, frequentemente na unidade internamento, onde a vigilância das complicações continua e são fornecidas orientações detalhadas sobre o pós-operatório. Este processo visa preparar o cliente para a alta hospitalar e cirúrgica de forma segura, promovendo uma recuperação eficaz e minimizando o risco de complicações pós-operatórias (Azenha et al., 2017).

Atitude terapêutica > Procedimento Invasivo

Nesta dimensão, incluem-se as verificações pré-operatórias realizadas durante o acolhimento do cliente no BOC, efetuadas por um enfermeiro(a) na área destinada a esse fim. Estas verificações decorrem de pré-requisitos relacionados com a preparação para o procedimento invasivo. Na admissão da cliente, foram avaliados a temperatura corporal, a pressão arterial, a frequência cardíaca, a saturação periférica de oxigénio (SpO2), a glicemia capilar e o peso (por protocolo).

Destaco, que estes parâmetros foram avaliados em cumprimento com a Norma nº 020/2015, atualizada a 17/11/2022, referente ao "*Feixe de Intervenções*" de Prevenção da Infecção do Local

Cirúrgico. Esta norma estabelece que deve ser garantida a homeostasia pré/intraoperatória do cliente cirúrgico, nomeadamente:

- Manter normotermia (temperatura $\geq 36^{\circ}\text{C}$);
- Manter normoglicemia ($\leq 180\text{mg/dl}$);
- Manter saturação periférica de oxigénio (SpO_2) igual ou superior a 95%, e garantir uma perfusão adequada durante a cirurgia.

A manutenção da homeostasia é crucial para a diminuição da ILC, sendo essencial a adesão da equipa ao cumprimento integral das recomendações contidas no "Feixe de Intervenções" da Norma Clínica 020/2015 da DGS.

As alterações induzidas pelo procedimento anestésico foram consideradas nas intervenções terapêuticas, a fim de organizar dados e intervenções relevantes para o enfermeiro perioperatório. Igualmente, o posicionamento cirúrgico foi abordado, uma vez que este é específico do procedimento invasivo e resulta da incapacidade da cliente de se posicionar adequadamente durante o ato anestésico.

Atitude terapêutica > Procedimento Anestésico

No caso em apreço de cirurgia do ombro por via artroscópica, a cliente foi submetida a uma anestesia combinada com bloqueio regional do plexo braquial direito e sedação. Antes de iniciar o bloqueio regional a cliente foi sedada com midazolam 2mg. O bloqueio do plexo braquial, por via interescalénico, foi realizado pelo anestesista por injeção única de ropivacaína 0.75%, em conformidade com o descrito na literatura como a abordagem típica nestes casos (Hewson et al., 2019). Foi utilizada um ecógrafo para identificação das estruturas anatómicas do plexo braquial.

Para verificação da eficácia do bloqueio, tem-se por base o princípio de que o anestésico local se difunde primeiro através das fibras motoras e bloqueia-as antes, ou simultaneamente, do bloqueio das fibras sensoriais. A incapacidade do cliente de levantar o braço anestesiado da mesa ou maca em direção ao teto (*"sinal deltóide"*), ou a significativa falta de força e descoordenação neste movimento (função do músculo deltóide, ou C5) é, provavelmente, o único teste necessário a ser realizado. No estudo realizado por Ghaleb & Dillely (2012), a fraqueza motora ocorreu no período de 5 minutos, após a injeção do anestésico local, em cerca de 50% dos bloqueios.

Dado que a cirurgia do ombro, geralmente, resulta em dor pós-operatória significativa que requer opióides, a anestesia regional constitui uma parte importante da técnica anestésica, melhorando a experiência do cliente, e aumentando o sucesso cirúrgico. A anestesia regional reduz o tempo da sala operatória, permite a alta precoce da UCPA, e reduz as complicações pós-

operatórias, como dor, sedação, náuseas e vômitos sendo que pode ser usada como uma técnica anestésica única, ou pode ser combinada com anestesia geral (Hewson et al., 2019).

Para obtenção de analgesia em intervenções do ombro, estão recomendadas técnicas que abordem o plexo braquial na sua porção superior. A técnica por via interescalénica, descrita por Winnie foi, e ainda é, a abordagem mais utilizada (Borgeat et al., 2021). Nesta técnica, a injeção de anestésico local é feita dentro do manguito músculo-aponeurótico formado, na porção proximal, pelos músculos escalenos anterior (aponeurose da porção posterior) e médio (aponeurose da porção anterior) que o envolve (Borgeat et al., 2021). De acordo com o mesmo autor, o ponto de inserção da agulha encontrasse no nível de C6, e como o anestésico se costuma dispersar para as raízes de C3-C4, não há necessidade de punção separada para bloquear os nervos supraclaviculares.

Existem algumas contraindicações que devem ser consideradas para a utilização do bloqueio regional (Borgeat et al., 2021): as contraindicações absolutas incluem recusa do cliente, infecção local, hemorragia ativa em pessoa anticoagulada, e alergia comprovada ao anestésico local. As contraindicações relativas incluem doença obstrutiva crónica das vias aéreas, parestesia contralateral dos nervos frénico ou laríngeo recorrente, e défice neurológico prévio do braço envolvido. A utilização de bloqueios regionais é uma técnica considerada segura, embora não esteja isenta de riscos. Shin et al. (2018), referem que a taxa de complicações anestésicas na artroscopia do ombro é de apenas 1%, não obstante a técnica regional representar 61% dessas complicações. Complicações como instabilidade hemodinâmica, depressão respiratória, paragem cardíaca, pneumotórax e lesão permanente do nervo (Warrender et al., 2017). Outras complicações específicas da via interescalénica são síndrome de Horner e rouquidão (10%-20%), devido ao bloqueio do nervo laríngeo recorrente, que ocorre com mais frequência no lado direito. A síndrome de Horner é caracterizada por ptose, miose, anidrose e enoftalmia resultante da difusão de anestésico local para o gânglio estrelado. A parestesia hemidiafragmática ipsilateral é um achado comum e pode estar presente em quase 100% dos clientes, no entanto, raramente apresenta um problema clinicamente, e a maioria dos clientes nem se apercebe. O paradoxal reflexo de Bezold-Jarisch (ocorrência de bradicardia e hipotensão; incidência de 15% a 30%), pode ocorrer quando o cliente é colocado na posição sentada para cirurgia do ombro e pode ser prevenido evitando-se a hipovolemia (Borgeat et al., 2021). Estes sinais devem ser considerados pelo enfermeiro perioperatório, na medida em que a sua rápida identificação pode ser vital para o controlo dos danos decorrentes.

Posicionamento

A cliente foi posicionada sentada, em modo “cadeira de praia”. Neste posicionamento, é fundamental acolchoar e apoiar adequadamente os calcanhares e os braços. A cabeça deve ser

posicionada e fixada em um suporte específico. A ventilação espontânea ou ventilação com pressão de suporte é essencial para minimizar a redução do retorno venoso e a hipotensão associada à posição de cadeira de praia, sendo a ventilação com pressão positiva mandatória (Hewson et al., 2019).

A natureza da posição de “cadeira de praia”, com a cabeça numa posição mais elevada, tem sido associada a casos de isquemia cerebral secundária à hipotensão e a eventos tromboembólicos. Portanto, é importante manter a pressão arterial durante a anestesia geral próxima dos valores basais e avaliar a altura da cabeça em relação ao coração. Uma infusão vasopressora pode ser utilizada para alcançar esse objetivo. Além disso, a execução cuidadosa da técnica cirúrgica é vital para evitar a embolia gasosa. Para além da monitorização padrão, a monitorização da profundidade da anestesia pode ser vantajosa para reduzir a hipotensão secundária à anestesia profunda (Hewson et al., 2019).

O braço foi imobilizado através de um apoio de braço mecânico. O posicionamento cirúrgico exigiu o trabalho conjunto de toda a equipa cirúrgica e anestésica, pois foi necessário mobilizar a cliente para a posição correta e cobrir o membro com manguitos estéreis, específicos para o apoio de braço, cuja imagem se apresenta abaixo (figura 2).



Fonte: <https://www.arthrex.com/shoulder/trimano-arm-holder>

Figura 2: Posicionamento em "cadeira de praia". Fonte: Arthrex, (2025).

Prevenção de úlcera da córnea

A sedação provoca um estado de inconsciência e imobilidade, resultando na abolição do reflexo protetor da córnea, na redução da produção basal de lágrimas e na ausência de percepção da dor (Prakash, 2013). Estes fatores aumentam o risco de úlcera da córnea. Assim, é essencial que os olhos do cliente sejam mantidos fechados durante a sedação (Santos et al., 2017; Prakash, 2013). Para garantir a integridade dos tecidos e prevenir danos na córnea, foi aplicado um lubrificante ocular e as pálpebras foram encerradas utilizando um penso ocular até ao término do procedimento cirúrgico (Santos et al., 2017).

Índice Bispectral (BIS)

No contexto intraoperatório, o BIS é uma técnica de monitorização contínua realizada através de eletroencefalografia (EEG) para avaliar a profundidade da sedação do cliente durante procedimentos anestésicos. O BIS fornece uma pontuação numérica que varia entre 0 e 100, onde valores mais baixos indicam uma maior profundidade de sedação. Durante a cirurgia, é crucial manter o BIS entre 40 e 60 para garantir uma sedação adequada, evitando tanto o despertar quanto um estado hipnótico profundo (Herrero et al., 2017).

Para realizar a monitorização com BIS, quatro elétrodos são colocados na região fronto-temporal do cliente, com o objetivo de captar as ondas cerebrais do córtex. Os sinais obtidos são processados para gerar um valor numérico e um espectro de frequências, que são refletidos num histograma. É essencial aplicar os elétrodos com pressão moderada durante alguns segundos para assegurar uma boa aderência em pele limpa e seca.

Ao observar o monitor do BIS, o enfermeiro de anestesia e o anestesiológista obtêm informações sobre o valor atual do índice, tendências ao longo do tempo, visualização das ondas cerebrais em tempo real, indicadores da qualidade do sinal e alarmes associados a mensagens específicas. Esta monitorização permite ajustar a dosagem de sedativos de forma precisa, minimizando riscos como overdose ou sedação insuficiente, que poderiam resultar em complicações durante a cirurgia.

Cateter venoso periférico

O acesso vascular periférico é frequentemente obtido através da inserção de um cateter venoso periférico (CVP), sendo recomendado, por exemplo, para a administração endovenosa de fármacos e fluidos durante o período perioperatório. Este tipo de acesso é preferido quando a sua utilização está prevista por um período limitado (Teixeira, 2021).

O enfermeiro é responsável pela escolha da veia para punção, devendo considerar a localização e acessibilidade em relação à posição do cliente, as condições da veia, o objetivo da terapia endovenosa e a duração da mesma. Preferencialmente, deve optar pela colocação do cateter periférico nas veias do antebraço, em particular na veia cubital mediana, que permite a inserção de um cateter de maior calibre (Teixeira, 2021).

A inserção de um CVP é essencial no período pré-operatório, proporcionando uma via para a administração de fluidos, fármacos e hemoderivados. O enfermeiro assume a responsabilidade de realizar, avaliar e acompanhar o processo de cateterização venosa periférica, garantindo a manutenção do acesso conforme os objetivos estabelecidos (Arreguy-Sena & Carvalho, 2009).

Considerando que a inserção do CVP representa uma agressão à pele, são necessários cuidados rigorosos de assepsia desde a sua inserção até à otimização e remoção do dispositivo (Teixeira,

2021). É dever do enfermeiro prevenir infeções associadas à corrente sanguínea relacionadas com o CVP, utilizando práticas baseadas em evidências científicas atualizadas (Alexandre & Carreiro, 2019).

Vários fatores estão associados ao desenvolvimento de complicações do CVP, como a não realização da higiene das mãos antes da inserção ou manipulação, a escolha inadequada do local de punção, o calibre do CVP e a forma como se opta por fixar o dispositivo (Alexandre & Carreiro, 2019). Segundo Gomes et al. (2020), verifica-se um aumento considerável dessas complicações quando os CVP são colocados em situações de emergência, o que ocorre com frequência em contexto perioperatório. Além disso, de acordo com os mesmos autores, o risco de desenvolvimento de flebite aumenta cerca de 1,37 vezes quando são utilizados vários CVP em simultâneo.

Documentar o tipo de CVP inserido, o calibre utilizado e a localização da inserção é crucial para assegurar uma monitorização e seguimento adequados do cliente. Entre as complicações possíveis, destacam-se o hematoma, trombose, flebite, tromboflebite, infiltração, extravasamento, infeção local e espasmo venoso, exigindo assim uma vigilância rigorosa e medidas de otimização (Danski et al., 2016).

No caso específico em análise, a cliente apresenta dois CVP no membro superior esquerdo (MSE) e não apresenta dor, calor, rubor, tumefação, exsudado ou infiltração no local de inserção do CVP.

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
21-01-2025 14:00	Sistema cardiovascular	
21-01-2025 14:00	Termorregulação	
21-01-2025 14:00	Emoção	
21-01-2025 14:00	Atitudes terapêuticas	21-01-2025 15:30
21-01-2025 14:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
21-01-2025 14:00	Metabolismo	
21-01-2025 14:30	Movimento articular	21-01-2025 15:30
21-01-2025 14:30	Sensações somáticas	
21-01-2025 14:30	Sistema respiratório	
21-01-2025 14:30	Pele e mucosas	
21-01-2025 14:30	Volume de líquidos	
21-01-2025 15:30	Consciência	
21-01-2025 15:30	Motilidade Intestinal	
21-01-2025 15:30	Digestão	

Início	Domínios	Fim
21-01-2025 15:30	Eliminação urinária	

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

O processo de raciocínio clínico dos enfermeiros segue um conjunto de etapas mentais sequenciais e dinâmicas atendendo às necessidades apresentadas pelo cliente. Paiva e Silva, (2011, p.44) refere que: *“qualquer uma destas etapas mentais, não pode ser entendida separadamente. Este raciocínio envolve diferentes processos cognitivos no sentido de resultar na conceção de cuidados. Conceber cuidados de enfermagem é o desígnio dos enfermeiros no seu exercício profissional autónomo e processa-se através de um fluxo dinâmico e processos cognitivos que envolvem e requerem as capacidades de interpretação, análise, inferência, avaliação, explanação e auto-regulação”*. É esta etapa, conduzida pelo raciocínio, que resulta da autonomia na decisão e conceção do enfermeiro, pela qual este se responsabiliza (Silva, 2011).

A ontologia possibilita a “identificação dos conceitos e a sua organização em classes ontológicas, definindo as relações entre classes e descrevendo os seus atributos e propriedades, permitindo assim a formalização e representação do conhecimento conceptual e teórico” (Bastos et al., 2021, p.58).

A interação é o principal instrumento através do qual os enfermeiros constroem relações de confiança e avaliam as necessidades e recursos do cliente, e é também um instrumento fundamental para as intervenções de enfermagem (Meleis, 2012 citado por Alves, 2015). Dada a natureza da enfermagem como ciência humana, a interação entre enfermeiro e o cliente é crucial para que os cuidados de enfermagem possibilitem a realização dos objetivos do cliente e a promoção de um estado saudável (Abreu, 2011). Dessa interação resultam dois tipos de intervenções: as interdependentes e as autónomas.

As intervenções de enfermagem interdependentes são :

“(...) as ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com os outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas” (DL n.º 161/96, p.2961).

Por sua vez, as intervenções de enfermagem autónomas são:

“(...) as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem” (DL n.º 161/96, p.2961).

A intervenção autónoma de enfermagem durante o período perioperatório desempenha um papel crucial na preparação e recuperação cirúrgica do cliente. Os cuidados fornecidos neste período devem ser diferenciados e de alta qualidade, começando pela identificação das necessidades do cliente através da colheita de dados e, conseqüentemente, pelo estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e intervenções autónomas ao longo das diferentes fases do processo (Duarte & Martins, 2014).

Neste capítulo, serão descritos os domínios da minha intervenção, nos quais pude mobilizar conhecimentos e competências para monitorizar de forma atempada áreas de vigilância e responder de maneira abrangente a potenciais focos de instabilidade resultantes da cirurgia realizada ao cliente.

Emoção

Os procedimentos cirúrgicos podem gerar ansiedade nos clientes devido a preocupações relacionadas à anestesia, ao resultado da cirurgia, à antecipação da dor pós-operatória e à hostilidade do ambiente hospitalar (Maurício et al., 2021). Estudos indicam que entre 38% e 45% dos clientes apresentam ansiedade pré-operatória (Turksal et al., 2020), influenciada por diversos fatores, como idade, sexo, tipo de cirurgia e experiências hospitalares anteriores.

Conforme mencionado por Altinsoy et al. (2020), é fundamental avaliar, no pré-operatório, os níveis de ansiedade dos clientes, devendo essa ansiedade ser tratada por meio de uma abordagem multiprofissional, a fim de evitar complicações associadas, como o aumento da gravidade da dor relatada, a conseqüente elevação da solicitação de analgésicos, maior risco de *awareness* durante a anestesia e prolongamento do tempo até a alta clínica.

A comunicação eficaz desempenha um papel crucial nesse processo, e intervenções como sessões informativas utilizando ferramentas educacionais não verbais mostraram-se eficazes (Alanazi, 2014). Foi demonstrado que a melhoria da comunicação entre o enfermeiro e o cliente reduz significativamente a ansiedade pré-operatória (Altinsoy et al., 2020). A relação de confiança entre enfermeiro e cliente é estabelecida nesta fase pré-operatória (Luna et al., 2014).

No entanto, alguns estudos identificaram deficiências na transmissão de informações no pré-operatório (Sayin & Aksoy, 2012), ressaltando a importância de uma abordagem estruturada e de uma relação de confiança. De acordo com a AESOP (2012), o cuidado em enfermagem perioperatória deve focar na preparação psicológica e no suporte emocional do cliente, o que requer uma relação de qualidade entre enfermeiro e cliente, construída por meio de competências relacionais e humanas desenvolvidas pelo enfermeiro. O diálogo perioperatório, que implica um acompanhamento contínuo dos clientes pelos enfermeiros ao longo de todo o

processo perioperatório, demonstrou ser eficaz na redução da ansiedade e na promoção de uma recuperação mais tranquila (Pulkkinen, 2016).

Lopes et al. (2022) concluíram que os clientes consideram que a proximidade do enfermeiro, o bom relacionamento, a empatia, a informação prestada e o toque contribuíram para que se sentissem apoiados e encorajados diante da situação stressante no BO.

Deste modo, as consultas pré-operatórias, tanto de anestesiologia quanto de enfermagem, constituem momentos privilegiados para identificar dados que permitam o diagnóstico da ansiedade do cliente que será submetido a cirurgia, possibilitando intervenções no que se refere ao seu conhecimento e à autogestão da sua ansiedade.

Neste contexto, a inclusão das consultas de enfermagem no BOC não só poderia facilitar a identificação de casos de ansiedade, como também permitir a aplicação de intervenções terapêuticas direcionadas, promovendo assim um cuidado mais holístico e centrado no cliente (Rosa et al., 2019) como acontece na CA.

A cliente foi avaliada na admissão, não tendo apresentado manifestações que justificassem a identificação do diagnóstico ansiedade. O domínio foi mantido em aberto até ao pós-operatório e, perante uma segunda avaliação de ausência de manifestações, o mesmo foi encerrado.

Sistema Cardiovascular e Sistema Respiratório

A monitorização hemodinâmica desempenha um papel fundamental na gestão dos clientes durante o período perioperatório, com o objetivo de avaliar a função cardiovascular, analisar a reserva cardiovascular, garantir uma oxigenação tecidual adequada e avaliar a resposta a intervenções terapêuticas para otimizar tanto a função cardiovascular quanto a oferta de oxigénio aos tecidos (Brandão et al., 2019). Devido à natureza dinâmica do estado do cliente durante a anestesia, é crucial realizar uma monitorização constante da oxigenação, ventilação, circulação e temperatura corporal, assegurando assim os melhores cuidados anestésicos (ASA, 2020).

Assim, considerando os riscos associados ao procedimento cirúrgico, como a perda hemática, os efeitos adversos da anestesia, os desequilíbrios hidroeletrólíticos e a depressão dos mecanismos de regulação da circulação, o cliente cirúrgico apresenta uma propensão significativa ao desenvolvimento de complicações cardiovasculares. Portanto, é imprescindível elaborar um plano de cuidados individualizado, com intervenções de enfermagem focadas na prevenção e deteção precoce de possíveis complicações (Passos, 2012).

Alguns dos fármacos utilizados na sedação, nomeadamente o fentanil e o propofol, podem provocar alterações hemodinâmicas, através da redução da pressão arterial e, em alguns casos, pela manutenção ou diminuição da frequência cardíaca, efeitos que podem persistir durante o

período pós-operatório imediato (Assis et al., 2022).

A atenção do enfermeiro em relação ao sistema cardiovascular do cliente submetido a artroscopia do ombro deve ter como foco, segundo Negrão (2023, p.6), “o risco de hemorragia, que nesta cirurgia será diminuto, devido à pobre vascularização nesta região anatómica [...] a hipertensão ou hipotensão e a arritmia”.

O risco de tromboembolismo venoso está aumentado no cliente cirúrgico e é influenciado por fatores específicos do cliente, pelo tipo de cirurgia, pela anestesia utilizada e pela duração do procedimento e do internamento. A estase venosa prolongada pode levar a complicações graves, como a trombose venosa profunda. Para mitigar esses riscos, podem ser utilizados métodos de profilaxia mecânica, especialmente em clientes com risco aumentado de tromboembolismo, conforme avaliado pelo modelo de estratificação de risco de Caprini (SPA, 2014). Segundo este modelo, e considerando a condição prévia da cliente, a técnica anestésica e a localização da cirurgia no presente caso clínico, a cliente apresenta um risco muito baixo (o mais baixo da escala). Por esse motivo, não foram instituídas medidas preventivas, nem foi identificado como foco de vigilância.

No que diz respeito ao sistema respiratório, e mais especificamente à ventilação e oxigenoterapia, o enfermeiro deve identificar este domínio como uma prioridade nas suas práticas de vigilância, visando a deteção precoce de possíveis complicações.

As complicações que podem ocorrer durante a cirurgia, sejam elas diretas ou indiretas - como o posicionamento do cliente ou os efeitos adversos dos medicamentos - têm um impacto significativo na ventilação, podendo agravar a relação ventilação/perfusão. Esta realidade exige que o enfermeiro implemente um conjunto de intervenções focadas na vigilância e avaliação contínua do estado do cliente. Uma dessas intervenções é a limpeza das vias aéreas, que se torna um foco de vigilância desde o momento em que o cliente é sedado até à sua recuperação total, incluindo na fase na UCPA.

Neste contexto específico, é importante destacar que a atenção do enfermeiro deve também estar voltada para a possibilidade de paresia hemidiafragmática ipsilateral, que pode ser uma consequência do bloqueio do plexo braquial (Negrão, 2023).

Estes dois domínios são identificados na conceção de cuidados pela necessidade de acompanhar os parâmetros cardíacos e ventilatórios da cliente durante o intraoperatório e na recuperação pós-anestésica. Além disso, a vigilância de perdas hemáticas pelo local cirúrgico também se enquadra no domínio do sistema cardiovascular.

No caso em apreço, aparentemente, não se verificaram perdas hemáticas, o que é uma vantagem dos procedimentos minimamente invasivos, nomeadamente a abordagem artroscópica do ombro.

Metabolismo

A qualidade dos cuidados prestados ao cliente e a sua repercussão na diminuição da ocorrência de ILC estão intimamente ligadas a fatores já identificados, sendo um deles a manutenção da normoglicemia. O início da resposta imunológica e o conseqüente aumento da resposta hormonal ao stress cirúrgico exponenciam o aumento das catecolaminas, levando à inibição da secreção e resistência à insulina, aumento da gliconeogénese e redução da utilização de glicose, cuja consequência é a hiperglicemia e cetose (Morais, 2017). A resposta inflamatória exacerbada, o aumento da suscetibilidade a infeções, as lesões e as disfunções orgânicas (essencialmente, renal e pulmonar) são apontadas como algumas das consequências associadas à hiperglicemia (Domingos 2016).

Neste contexto, diversos protocolos cirúrgicos têm sido revistos, e novas abordagens multimodais têm sido implementadas, visando a otimização dos cuidados perioperatórios, incluindo a redução dos tempos de jejum e a reintrodução alimentar precoce (Marquini, 2019).

Em Portugal, a DGS, na norma "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da ILC, revista em 2022, estabelece intervenções integradas que abrangem as fases pré, intra e pós-operatória, preconizando o controlo e manutenção da glicemia capilar em valores inferiores a 180mg/dl.

No caso em apreço, a cliente manteve a normoglicemia, conforme evidenciado pelos seguintes registos: 14:00 - Glicemia capilar: 104 mg/dl; 14:30 - Glicemia capilar: 105 mg/dl; 15:00 - Glicemia capilar: 105 mg/dl.

Termoregulação > Hipotermia

A hipotermia é definida como uma temperatura central inferior a 36°C (Ribeiro et al., 2016). Pode ser classificada de acordo com a magnitude da diminuição da temperatura central em: hipotermia ligeira (33-35°C), hipotermia moderada (28-32°C) e hipotermia profunda (inferior a 28°C) (Azenha et al., 2017).

A hipotermia deliberada/induzida refere-se a um estado controlado de baixa temperatura central, geralmente provocado intencionalmente, em combinação com uma forma de anestesia, visando proteger os tecidos sensíveis contra a hipóxia e os danos teciduais que podem ocorrer durante determinadas cirurgias, como na cirurgia cardíaca e na neurocirurgia, bem como em certas condições clínicas patológicas (Van der Ploeg, 2010). Por outro lado, a hipotermia inadvertida/acidental é uma diminuição indesejada da temperatura central, resultante da exposição a um ambiente frio ou da incapacidade do organismo em manter a temperatura central normal. Esta condição pode também ser desencadeada por anestesia geral e/ou regional (Van der Ploeg, 2010).

A hipotermia perioperatória inadvertida é uma complicação comum, frequentemente evitável, e

está associada a piores desfechos clínicos (EORNA, 2023). De acordo com a literatura, entre 26% a 90% dos clientes submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos apresentam hipotermia ao final da cirurgia, e esta complicação pode ocorrer em qualquer fase do período perioperatório (Azenha et al., 2017).

A hipotermia inadvertida pode trazer efeitos adversos significativos, como o aumento do risco de eventos isquémicos do miocárdio, aumento da perda sanguínea devido à disfunção plaquetária, maior necessidade de transfusões de hemoderivados, aumento do risco de infecção do local cirúrgico (ILC) e dificuldades na cicatrização da ferida cirúrgica. Além disso, pode causar aumento da dor pós-operatória, alteração da função renal e da metabolização dos fármacos (AORN, 2020; EORNA, 2023). Um dos mecanismos fisiológicos de resposta à hipotermia é o tremor (*shivering*), que provoca grande desconforto ao cliente e pode aumentar as necessidades de consumo de oxigénio em até 40% (Lee et al., 2018).

Diversos fatores contribuem para o desenvolvimento da hipotermia inadvertida, incluindo a inibição das respostas fisiológicas termorreguladoras associadas à anestesia, seja ela geral ou regional. Entre esses fatores, destacam-se a administração de anestésicos regionais que provocam vasodilatação, a respiração artificial com gases frios, a diminuição do metabolismo basal, ausência de atividade muscular do cliente e fatores inerentes ao procedimento cirúrgico, como a natureza, localização e duração da intervenção cirúrgica. Além disso, a exposição do cliente a baixas temperaturas no BO, especialmente devido à convecção acentuada (originada pelo fluxo laminar em torno da mesa cirúrgica), à temperatura ambiente e à infusão e/ou irrigação de fluidos frios, também é relevante. A descida da temperatura pode iniciar-se já no pré-operatório, devido a fatores como camas frias, transporte inadequado do cliente entre o serviço de internamento/urgência, vestuário insuficiente ou inadequado, quartos frios e vasodilatação resultante da pré-medicação, como é o caso de medicamentos sedativos (Azenha et al., 2017).

Dada a repercussão hemodinâmica que a hipotermia pode desencadear, é crucial que os enfermeiros monitorizem a temperatura corporal do cliente durante o período perioperatório, implementando as medidas (passivas e/ou ativas) necessárias para a manutenção da normotermia (temperatura superior a 36°C e inferior a 38°C) e prevenindo a perda excessiva de calor desde o período pré-operatório (AESOP, 2017). Estas medidas devem ser iniciadas uma a duas horas antes do início da anestesia, sendo que a monitorização da hipotermia leve, moderada e grave deve ser realizada, respetivamente, a cada cinco minutos e continuamente (DGS, 2022b).

A queda mais significativa da temperatura corporal durante o perioperatório ocorre na fase intraoperatória, onde, 30 a 40 minutos após a indução anestésica, pode-se observar uma diminuição para cerca de 35°C (NICE, 2016).

No que diz respeito aos recursos de aquecimento ativo, as diretrizes internacionais para a

prática clínica recomendam diversas opções, como aquecimento por ar forçado, colchões de água, vestuário com circulação de água, mantas de aquecimento elétrico, mantas de fibra de carbono, mantas de polímero resistivo, aquecimento de gases anestésicos e aquecimento de fluidos endovenosos e de irrigação (AORN, 2019), enquanto que, embora considerados como medidas adjuvantes que não resolvem, por si só, a hipotermia no intraoperatório, métodos de aquecimento passivo, como lençóis e mantas de algodão (aquecidos ou não), proteções para extremidades (gorros e meias) e campos cirúrgicos (de tecido ou adesivos), são fundamentais para a preservação do calor e para promover o conforto do cliente, sendo recomendada a aplicação de pelo menos um método de aquecimento passivo, como a utilização de uma manta de algodão, durante todas as fases do perioperatório (AORN, 2019; Azenha et al., 2017).

Para minimizar todos os fatores controláveis que favorecem a ocorrência de hipotermia, recomenda-se que a administração de grandes volumes de fluidos seja cuidadosamente monitorizada, uma vez que está associada a uma diminuição da temperatura central. Assim, sugere-se que as soluções sejam aquecidas à temperatura de 37°C quando as taxas de infusão excedem os 500 ml/h, mantendo-se entre 38,0°C e 40,0°C para soluções de irrigação (AORN, 2019). Adicionalmente, é fundamental garantir que a temperatura ambiente da sala operatória se mantenha entre 20°C e 26°C, além de reduzir a exposição do corpo do cliente (AESOP, 2017; NICE, 2016).

No caso em apreço, o risco de hipotermia é aumentado devido à infusão de grandes quantidades de líquidos não aquecidos no campo cirúrgico através da artrobomba. Na realidade, a cliente apresentou, no intraoperatório, uma temperatura inferior a 36°C, que foi posteriormente corrigida com a aplicação de uma manta de aquecimento por ar forçado, bem como com o aquecimento das soluções de irrigação e perfusão a 37°C. A avaliação da temperatura foi uma preocupação desde o pré-operatório até ao pós-operatório, considerando os variados mecanismos envolvidos já descritos anteriormente.

No pós-operatório, a vigilância de sinais e sintomas de hipotermia deve considerar a técnica anestésica utilizada. Em casos de anestesia geral, é comum que os clientes relatem desconforto devido ao frio e apresentem tremores, além de sinais como pele fria, pálida, piloereção, taquicardia e leitos ungueais cianóticos (AESOP, 2017).

Consciência

Este domínio é identificado na continuidade da vigilância da recuperação pós-anestésica. Analisar cada um deles separadamente fornece uma imagem clara e comunicável do estado de um cliente (Jain & Iverson, 2021). Para fins deste estudo de caso, no pós-operatório esses parâmetros de vigilância passam a ser enquadrados no domínio da consciência, refletindo um foco de atenção da ação autónoma do enfermeiro.

A alteração do estado de consciência, induzida por fármacos durante o procedimento anestésico, exige a monitorização da sua profundidade, e torna-se, assim, um foco de atenção do enfermeiro (Guimarães et al., 2021). A avaliação do estado de consciência e possíveis complicações associa-se à utilização do BIS. Após a reversão anestésica, a recuperação plena do cliente pode demorar algumas horas, pelo que é fundamental a vigilância da consciência e orientação do cliente no período pós-operatório imediato, estimulando-o de forma verbal e tátil (Duarte & Martins, 2014).

Segundo Sampaio et al. (2016), a alteração do estado de consciência é o principal problema do sistema nervoso central observado na UCPA, na qual o cliente pode apresentar períodos de sonolência excessiva e/ou agitação, delirium ou psicose pós-operatória, induzidos pela ação dos fármacos administrados.

Na presente instituição, a recuperação da consciência dos clientes após a interrupção da anestesia é avaliada através da Escala de Aldrete. Esta escala mais não é do que um sistema baseado na escala de Apgar utilizada em recém-nascidos, e que foi desenhado nos anos 70 para avaliar a transição do cliente da recuperação da fase I para a recuperação da fase II, desde a interrupção da anestesia até o retorno dos reflexos protetores e da função motora. Na maioria das instituições, a recuperação da Fase I ocorre na UCPA. Uma vez concluída a recuperação da fase I, a homeostasia foi recuperada (Ead, 2006).

Sendo a consciência um dos parâmetros-chave na escala de Aldrete, ela pode apresentar 3 níveis de consciência do cliente: totalmente acordado e orientado (2 pontos), acorda à chamada (1 ponto), não responde (0 pontos).

Atendendo ao que já foi referido, é importante que o enfermeiro prescreva e implemente intervenções no âmbito da prevenção de quedas, nomeadamente elevar grades da cama, e de prevenção de lesões por pressão. Pelo mesmo motivo, pode-se verificar a depressão dos reflexos da tosse e de deglutição, sendo necessário posicionar o cliente de forma a prevenir a aspiração de vómito para a via aérea (Linton & Matteson, 2020).

No caso específico, durante o transporte para a UCPA, a cliente demonstrou capacidade de responder a perguntas simples, embora estivesse confusa, abriu os olhos em resposta à estimulação verbal e levantou a mão após receber uma ordem. Após 15 minutos da interrupção da sedação, a cliente obteve um score de 2 na componente de consciência e 8 no total da escala de Aldrete. Após 30 minutos de pós-operatório, obteve um score total de 10 na mesma escala, o que permitiu a sua transferência para a fase II do recobro.

Movimento articular

O domínio do movimento articular é fundamental, especialmente na avaliação da eficácia do

bloqueio do plexo braquial. No período pós-operatório, é crucial monitorizar a reversão do bloqueio, que tipicamente ocorre entre 10 a 12 horas após a sua administração. Este facto implica que a avaliação da recuperação funcional deste domínio deve ser realizada com atenção e cautela.

Segundo Ghodadra et al. (2009), conforme citado por Folgado (2021), após a cirurgia, recomenda-se que os clientes evitem realizar exercícios de carga com o membro interveniente. Em conformidade com a evidência científica, é aconselhável a realização de exercícios passivos de mobilização articular, assim como a utilização de métodos de suspensão para o braço durante um período de seis semanas. Esta abordagem visa prevenir a rigidez articular e a perda de amplitude de movimento, facilitando assim uma recuperação mais eficaz e rápida do cliente.

A literatura sugere que a intervenção precoce no movimento articular não só melhora a funcionalidade do membro operado, mas também contribui para uma diminuição da dor e da ansiedade associadas ao processo de recuperação (Folgado et al., 2021).

Sensações somáticas - Dor

A dor, segundo a *International Association for the Study of Pain* (IASP, 2021), é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a danos teciduais, sendo essencialmente subjetiva e dependente do relato do cliente (Herdman & Kamitsuru, 2018). Reconhecida como o quinto sinal vital, a dor requer uma abordagem sistemática que inclua avaliação, documentação e monitorização contínua (DGS, 2003).

No contexto pós-operatório, a dor aguda desempenha um papel fundamental na experiência do cliente e na qualidade dos cuidados cirúrgicos. Apesar dos avanços em tratamentos farmacológicos e tecnológicos, a dor continua a ser um dos principais sintomas relatados após cirurgias, impactando negativamente a satisfação e a recuperação do cliente. O controlo eficaz da dor é crucial para prevenir complicações pós-operatórias e melhorar os resultados clínicos utilizando estratégias que englobam analgésicos como paracetamol, anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), analgésicos não opióides e, em casos selecionados, anestesia regional e opióides sob rigorosa monitorização (APCA, 2013).

De acordo com Lobão (2021) e Santos et al. (2018), aproximadamente 70% dos clientes cirúrgicos relatam dor no período pós-operatório, frequentemente relacionada a diversos fatores cirúrgicos, como tipo de incisão, lesão tecidual, duração do procedimento e posicionamento durante a cirurgia.

Para os enfermeiros, a gestão eficaz da dor envolve tanto medidas farmacológicas quanto não farmacológicas, sendo estas últimas vantajosas pela sua acessibilidade e facilidade de implementação. É fundamental que os enfermeiros identifiquem sinais de desconforto físico e

emocional, demonstrando competências para garantir um alívio eficaz da dor (OE, 2018).

Embora as intervenções farmacológicas sejam a primeira linha de tratamento, podem ser complementadas com estratégias não farmacológicas, como alterações de posicionamento, uso de almofadas, exercícios de respiração e relaxamento, técnicas de distração ou musicoterapia (Linton & Matteson, 2020).

Adicionalmente, considerando que a dor aumenta a vulnerabilidade do cliente (Borgdorff, 2008), os enfermeiros devem focar na educação sobre medidas de controlo da dor a serem aplicadas no domicílio, tanto para o cliente como para os seus familiares significativos. Preparar o cliente para a recuperação cirúrgica, transmitindo conhecimentos sobre estratégias não farmacológicas, ajuda a reduzir a ansiedade e o medo associados ao processo de recuperação, promovendo uma gestão e controlo mais eficaz da dor pós-operatória (Santos et al., 2018).

A avaliação da sensibilidade superficial e profunda é realizada no intraoperatório, especialmente após o bloqueio do plexo braquial, e continua a ser uma preocupação no pós-operatório, onde o enfermeiro deve monitorizar atentamente o nível de dor do cliente.

Segundo Ghodadra et al. (2009), citado por Folgado et al., (2021), a abordagem cirúrgica artroscópica é associada a uma redução da dor pós-operatória em comparação com a abordagem aberta, que geralmente resulta numa recuperação mais lenta.

A dor musculoesquelética aguda, presente antes da cirurgia, é um fator que limita a amplitude de movimento. Folgado et al., (2021) recomendam a utilização de crioterapia na fase aguda, destacando seus benefícios no processo inflamatório pós-operatório.

Processo do sistema tegumentar > Pele e Mucosas > Ferida Cirúrgica

A pele, sendo o maior órgão do corpo humano e a primeira linha de defesa contra processos inflamatórios e infecciosos, constitui uma barreira natural à entrada de microrganismos patogénicos. Assim, não podemos descurar que a realização de um procedimento cirúrgico, que resulta na formação de, pelo menos, uma ferida cirúrgica, é considerada uma agressão à integridade da pele.

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2018), uma ferida cirúrgica é definida como uma incisão no tecido provocada por um instrumento cirúrgico afiado, resultando na abertura de um espaço no corpo ou em um órgão, com a expectativa de drenagem de soro e sangue limpos, sem sinais de infeção ou pus. Segundo Sussman et al. (2014), a avaliação e o tratamento adequados de feridas cirúrgicas são essenciais para prevenir complicações e garantir uma recuperação otimizada do cliente. O papel dos enfermeiros em contexto perioperatório é crucial não apenas na assistência direta durante o processo de cicatrização da ferida, mas também na vigilância pós-operatória para a deteção precoce de

sinais de infeção ou outras complicações, visando assegurar uma recuperação eficiente dos clientes (OE, 2018; Maya & Galeano, 2023). A monitorização do penso da ferida cirúrgica e a documentação detalhada da sua existência, localização e características são áreas de foco da atenção do enfermeiro (Duarte & Martins, 2014).

As infeções do local cirúrgico constituem a segunda causa mais comum de infeção nosocomial, estimando-se que se desenvolvam em pelo menos 2% dos clientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, o que pode duplicar o tempo de permanência no hospital e aumentar os custos associados aos cuidados de saúde (Sai Theja et al., 2023). A DGS emitiu, em 2015, a norma "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico atualizada em 2022, onde são apresentadas as intervenções a serem implementadas pelas unidades de cuidados hospitalares, com o intuito de prevenir infeções do local cirúrgico. Esta norma inclui recomendações como o banho pré-operatório com clorexidina a 4%, a profilaxia antibiótica conforme o tipo de procedimento, a realização da tricotomia o mais próximo possível do momento da incisão cirúrgica, e a manutenção da normotermia, da normoglicemia e da Saturação de O₂ periférica igual ou superior a 95% (DGS, 2022b).

A consulta de enfermagem pós-operatória e a continuidade dos cuidados por parte do EE em cuidados de saúde comunitária são de extrema importância para garantir uma transição suave e uma recuperação eficaz do cliente após a alta hospitalar.

Volume de Líquidos > Edema

A artroscopia do ombro pode estar associada ao extravasamento extra-articular de fluido de irrigação para o músculo deltóide e para a região torácica, o qual, geralmente, é reabsorvido em até 12 horas. Fatores de risco conhecidos para o desenvolvimento de edema inadvertido nos tecidos moles do pescoço e da parte superior do tórax incluem a pressão elevada da bomba artroscópica, obesidade, a posição em decúbito lateral, a duração prolongada do procedimento, a realização de artroscopia no espaço subacromial e a rutura cirúrgica da cápsula glenoumeral (Negrão, 2023).

Conforme mencionado por Negrão (2023, p.4), "dados iniciais das circunferências do ombro e do pescoço, colhidos pelo enfermeiro perioperatório antes da cirurgia, podem ser cruciais para a rápida deteção desta complicação, permitindo uma intervenção atempada", especialmente em situações como derrame pleural e desvio da traqueia, resultantes do extravasamento de líquido.

No caso em análise, não foram recolhidos os dados recomendados, o que impossibilitou a determinação objetiva do aumento do edema visível na cliente. Esta constitui uma área de potencial intervenção no serviço, visando a melhoria contínua na conceção de cuidados associados a este procedimento.

Processo do sistema gastro-intestinal > Digestão > Náusea e Vômito

A náusea e o vômito pós-operatórios (NVPO) são complicações frequentemente observadas na recuperação pós-cirúrgica, com um impacto significativo na qualidade de vida dos clientes.

Estes sintomas são considerados experiências altamente angustiantes, associadas à insatisfação do cliente e à extensão da permanência na UCPA, podendo levar a internamento hospitalar não planeado e a um aumento dos custos de saúde (Horn et al., 2014).

De acordo com a definição de Pompeo (2007), a náusea é descrita como uma sensação desagradável que precede o vômito, podendo ser acompanhada de palidez, rubor, taquicardia e o impulso de vomitar. O vômito, por sua vez, caracteriza-se pela contração da musculatura abdominal, abaixamento do diafragma e relaxamento da cárdia gástrica, resultando na expulsão do conteúdo gástrico. Fatores desencadeantes incluem o uso e a duração de anestesia inalatória (como anestésicos voláteis e óxido nítrico) e a administração de opioides.

Estudos demonstram que a duração da cirurgia e a classificação física dos clientes segundo a *American Society of Anesthesiologists* (ASA) são fatores de risco independentes para NVPO (Dziadzko et al., 2020). Adicionalmente, Gan et al. (2020) identificam fatores de risco como sexo feminino, histórico prévio de náuseas, vômitos e enxaquecas, ansiedade e a não utilização de tabaco como preditores significativos para a ocorrência de NVPO. Pesquisas genéticas também têm indicado associações entre polimorfismos genéticos e a predisposição a NVPO.

Neste contexto, a avaliação do risco de NVPO em clientes cirúrgicos é fundamental. O score simplificado de Apfel, que considera quatro fatores preditivos independentes, permite classificar o risco de NVPO em 10%, 20%, 40%, 60% ou 80%, dependendo do número de fatores presentes: sexo feminino, história prévia de NVPO, ausência de hábitos tabágicos e uso de opioides no perioperatório (Vieira et al., 2012).

Na prática clínica, a implementação de estratégias de redução do risco de NVPO é recomendada, como a escolha da anestesia loco-regional, o uso de propofol e a minimização do uso de anestésicos voláteis e opioides (Vieira et al., 2012). A abordagem farmacológica para a profilaxia e tratamento das NVPO deve envolver o uso de fármacos de diferentes grupos farmacológicos, sendo a combinação de fármacos com mecanismos de ação distintos mais eficaz do que o uso isolado (Vieira et al., 2012).

A cliente em análise apresenta um risco de 40% para a ocorrência de NVPO segundo a escala de Apfel, devido ao seu sexo e à sua condição de não fumadora. A opção pela analgesia multimodal, que incluiu o bloqueio do plexo braquial e sedação com perfusão contínua de propofol, contribuiu para a redução da administração sistêmica de opioides e evitou o uso de relaxantes musculares, que podem agravar a ocorrência de NVPO. Neste caso foi administrado preventivamente 8 mg de Ondansetron por via endovenosa.

Embora a cliente não tenha apresentado manifestações de náuseas ou vômitos até o momento da avaliação, é prudente manter o domínio de vigilância em aberto até o pós-operatório na fase de recobro II, quando se iniciará a dieta progressiva e a avaliação da tolerância alimentar.

Sistema Urinário - Eliminação urinária

A eliminação urinária adequada é um indicador fundamental da função renal, especialmente no contexto pós-operatório, onde a administração de fármacos anestésicos, anticolinérgicos e opióides pode interferir de forma significativa nessa função. Estas medicações podem provocar alterações que culminam em complicações, como a retenção urinária (Souza et al., 2021).

Embora geralmente transitória, esta condição é particularmente relevante na ausência de problemas urológicos subjacentes. O período até à primeira micção após o procedimento cirúrgico constitui um importante indicador da função urinária, sendo que a ocorrência de retenção urinária pode exigir intervenção por parte da equipa de enfermagem. Este facto enfatiza a necessidade de uma monitorização rigorosa nesta fase de recuperação (Souza et al., 2021).

No recobro imediato, a cliente não referiu vontade de urinar e não apresentava sinais de retenção urinária, sendo, portanto, necessário manter vigilância quando transferida para o recobro II.

Digestão > motilidade intestinal

O íleo paralítico pós-operatório caracteriza-se por uma disfunção transitória da motilidade intestinal (diminuição da atividade do músculo liso) que pode ocorrer em procedimentos cirúrgicos.

Goulart e Martins (2010) referem que a administração de opióides para o controlo da dor pós-operatória é um fator significativo no desenvolvimento do íleo, uma vez que estes medicamentos inibem a atividade nervosa entérica e reduzem a motilidade gastrointestinal.

Para prevenir o íleo paralítico, são recomendadas estratégias como a minimização do uso de opióides, a preferência por técnicas cirúrgicas minimamente invasivas, e a utilização de protocolos multimodais de gestão da dor que incluam analgésicos não opioides. Medidas adicionais incluem a administração pré-operatória de soluções ricas em hidratos de carbono, a restrição de fluidos intravenosos no período intraoperatório e a adoção de práticas que reduzam o stress perioperatório.

Após a cirurgia, é crucial monitorizar os clientes quanto aos sinais de íleo paralítico, tais como

distensão abdominal persistente, ausência de ruídos intestinais e intolerância alimentar, pois estes podem ser indicativos de patologias gastrointestinais, mas também podem sinalizar outras condições, como peritonite, sépsis, perturbações eletrolíticas ou isquemia gastrointestinal (Pridanta, et al., 2017). A identificação precoce desses sinais permite intervenções rápidas e apropriadas para evitar complicações graves e prolongadas. Compreender os mecanismos subjacentes ao íleo paralítico e implementar medidas preventivas adequadas são essenciais para melhorar os resultados pós-cirúrgicos, minimizando a morbidade e promovendo uma recuperação mais rápida e suave para os clientes submetidos a procedimentos abdominais (Goulart & Martins, 2010).

No caso específico mencionado, não foram observadas alterações significativas na motilidade intestinal da cliente, uma vez que esta apresenta emissão de gases, o que sugere que a função intestinal está preservada e a funcionar normalmente após o procedimento cirúrgico.

3.6. Conceção de Cuidados

Consciência

21-01-2025 15:30

21-01-2025 15:30 - Com indícios de compromisso da consciência.

21-01-2025 15:30 - Consciência comprometida

21-01-2025 15:30 - Abertura dos olhos: ao estímulo verbal.

21-01-2025 15:30 - Resposta verbal: confusa.

21-01-2025 15:30 - Resposta motora: obedece a ordens simples.

21-01-2025 15:30 - Avaliação da consciência (15:45): Abertura dos olhos- espontânea; Resposta verbal- orientada; Resposta motora- obedece a ordens simples [MELHOROU].

21-01-2025 15:30 - Determinar evolução da consciência

21-01-2025 15:30 - Avaliar evolução da consciência [Contínuo]

Movimento articular

21-01-2025 14:30

21-01-2025 14:30 - Articulação

21-01-2025 14:30 - Ombro Direita(o): Abdução.

21-01-2025 14:30 - sem mobilidade articular.

21-01-2025 14:30 - Imobilização com sling simples com cotovelo a 90°C, almofada de abdução do ombro e bola de exercício da mão (final da cirurgia).

21-01-2025 14:30 - Rigidez articular [RESOLVIDO] 21-01-2025 15:30

21-01-2025 14:30 - Determinar evolução da amplitude articular [FIM]

21-01-2025 15:30

21-01-2025 14:30 - Avaliar evolução da amplitude articular [após bloqueio de plexo] [FIM] 21-01-2025 15:30

Sensações somáticas

21-01-2025 14:30

21-01-2025 14:30 - Sensibilidade superficial

21-01-2025 14:30 - Dermátomo sensitivo - C4

21-01-2025 14:30 - Com compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

21-01-2025 14:30 - Com compromisso da sensibilidade térmica.

21-01-2025 14:30 - Com compromisso da sensibilidade dolorosa.

21-01-2025 14:30 - Sensibilidade profunda

21-01-2025 14:30 - Membro superior Direita(o)

21-01-2025 14:30 - Com compromisso da sensibilidade proprioceptiva.

21-01-2025 14:30 - Com compromisso da sensibilidade vibratória.

21-01-2025 14:30 - Com compromisso da sensibilidade discriminativa.

21-01-2025 14:30 - Sem manifestação de dor.

21-01-2025 14:30 - Determinar sinais de dor

21-01-2025 14:30 - Avaliar evolução de sinais de dor [após bloqueio de plexo]

21-01-2025 15:30 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

21-01-2025 15:30

21-01-2025 14:30 - Determinar evolução da sensibilidade

21-01-2025 14:30 - Avaliar evolução da sensibilidade [Contínuo]

21-01-2025 15:30 - Sensibilidade superficial

21-01-2025 15:30 - Dermátomo sensitivo - C4

21-01-2025 15:30 - Com compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

21-01-2025 15:30 - Com compromisso da sensibilidade térmica.

21-01-2025 15:30 - Com compromisso da sensibilidade dolorosa.

21-01-2025 15:30 - Sensibilidade profunda

21-01-2025 15:30 - Membro superior Direita(o)

21-01-2025 15:30 - Com compromisso da sensibilidade proprioceptiva.

21-01-2025 15:30 - Com compromisso da sensibilidade vibratória.

21-01-2025 15:30 - Com compromisso da sensibilidade discriminativa.

21-01-2025 15:30 - Sensibilidade comprometida

Sistema respiratório

21-01-2025 14:30

21-01-2025 14:30 - Frequência respiratória: 11 ciclos/min.

21-01-2025 14:30 - Ritmo respiratório regular.

21-01-2025 14:30 - Movimento respiratório simétrico.

21-01-2025 14:30 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

21-01-2025 14:30 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

21-01-2025 14:30 - Sem adejo nasal.

21-01-2025 14:30 - Saturação do oxigénio no sangue

21-01-2025 14:30 - Periférico(a): 99 %.

21-01-2025 14:30 - Coloração da mucosa: rosada.

- 21-01-2025 14:30 - Reflexo da tosse: ausente.
21-01-2025 14:30 - Não mobiliza as secreções das vias aéreas inferiores.
21-01-2025 14:30 - Sons respiratórios: normais.

21-01-2025 14:30 - Determinar evolução da ventilação

21-01-2025 14:30 - Avaliar evolução da ventilação [Contínuo]

- 21-01-2025 15:30 - Frequência respiratória: 11 ciclos/min.
21-01-2025 15:30 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].
21-01-2025 15:30 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].
21-01-2025 15:30 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].
21-01-2025 15:30 - Saturação do oxigénio no sangue
21-01-2025 15:30 - Periférico(a): 99 %.
21-01-2025 15:30 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].
21-01-2025 15:30 - Coloração da mucosa: rosada.

21-01-2025 14:30 - Determinar evolução da limpeza da via aérea

21-01-2025 14:30 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea [Contínuo]

- 21-01-2025 15:30 - Reflexo da tosse: presente [MELHOROU].
21-01-2025 15:30 - Expele as secreções das vias aéreas [MELHOROU].
21-01-2025 15:30 - Sons respiratórios: normais.
21-01-2025 15:30 - Secreções esbranquiçadas.
21-01-2025 15:30 - Secreções normais.
21-01-2025 15:30 - Secreções em pequena quantidade.

21-01-2025 15:30

- 21-01-2025 15:30 - Não comunica falta de ar.

Sistema cardiovascular

21-01-2025 14:00

21-01-2025 14:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

21-01-2025 14:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [5/5 minutos]

- 21-01-2025 14:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea
21-01-2025 14:30 - Membro superior Esquerda(o)
21-01-2025 14:30 - Pressão sanguínea sistólica: 137 mmHg.
21-01-2025 14:30 - Pressão sanguínea diastólica: 67 mmHg.
21-01-2025 15:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea
21-01-2025 15:30 - Membro superior Esquerda(o)
21-01-2025 15:30 - Pressão sanguínea sistólica: 143 mmHg.
21-01-2025 15:30 - Pressão sanguínea diastólica: 72 mmHg.

21-01-2025 14:30

- 21-01-2025 14:30 - Localização do Pulso
21-01-2025 14:30 - Tórax
21-01-2025 14:30 - Frequência do pulso: 60 pulsações por minuto.
21-01-2025 14:30 - Pulso rítmico.
21-01-2025 14:30 - Temperatura das extremidades
21-01-2025 14:30 - Membro superior Direita(o): Temperatura das extremidades diminuída.
21-01-2025 14:30 - Coloração das extremidades

21-01-2025 14:30 - Membro superior Direita(o): Coloração pálida das extremidades.
21-01-2025 14:30 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.
21-01-2025 14:30 - Perda sanguínea
21-01-2025 14:30 - Ombro Direita(o): Perda sanguínea externa, em pequena quantidade .
21-01-2025 14:30 - Localização da dor
21-01-2025 14:30 - Ombro Direita(o)
21-01-2025 14:30 - Intensidade da dor - sem dor.

21-01-2025 14:30 - Determinar evolução de sinais de hemorragia

21-01-2025 14:30 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia [Contínuo]
21-01-2025 15:30 - Perda sanguínea
21-01-2025 15:30 - Ombro Direita(o): Sem perda sanguínea aparente [MELHOROU].

21-01-2025 14:30 - Determinar evolução do ritmo cardíaco

21-01-2025 14:30 - Avaliar evolução de sinais de arritmia [Contínuo]
21-01-2025 15:30 - Localização do Pulso
21-01-2025 15:30 - Tórax
21-01-2025 15:30 - Pulso rítmico.
21-01-2025 15:30 - Frequência do pulso: 65 pulsações por minuto.

21-01-2025 14:30 - Perfunção dos tecidos periféricos comprometida

21-01-2025 14:30 - Determinar evolução da perfunção dos tecidos periféricos
21-01-2025 14:30 - Avaliar evolução da perfunção dos tecidos periféricos [Contínuo]
21-01-2025 15:30 - Temperatura das extremidades
21-01-2025 15:30 - Membro superior Direita(o): Temperatura das extremidades diminuída [MANTEVE].
21-01-2025 15:30 - Coloração das extremidades
21-01-2025 15:30 - Membro superior Direita(o): Coloração pálida das extremidades [MANTEVE].
21-01-2025 15:30 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

21-01-2025 15:30

21-01-2025 15:30 - Localização da dor
21-01-2025 15:30 - Ombro Direita(o)
21-01-2025 15:30 - Intensidade da dor - sem dor.

Digestão

21-01-2025 15:30

21-01-2025 15:30 - Sem sensação de enjoo.
21-01-2025 15:30 - Sem refluxo dos alimentos deglutidos.
21-01-2025 15:30 - Sem vômitos.

21-01-2025 15:30 - Determinar vômitos

21-01-2025 15:30 - Avaliar evolução do vomitar [Contínuo]

Eliminação urinária

21-01-2025 15:30

21-01-2025 15:30 - Sem globo vesical.

21-01-2025 15:30 - Determinar evolução de sinais de retenção urinária

21-01-2025 15:30 - Avaliar evolução de sinais de retenção urinária [Contínuo]

Pele e mucosas

21-01-2025 14:30

21-01-2025 14:30 - Alterações da integridade dos tecidos.

21-01-2025 14:30 - Ferida cirúrgica

21-01-2025 14:30 - Localização da ferida cirúrgica

21-01-2025 14:30 - Ombro Direita(o)

21-01-2025 14:30 - Comprimento da lesão tegumentar: 1.50 cm.

21-01-2025 14:30 - Determinar evolução da ferida cirúrgica21-01-2025 14:30 - *Avaliar evolução da ferida cirúrgica [30/30 minutos]*

21-01-2025 15:30 - Localização da ferida cirúrgica

21-01-2025 15:30 - Ombro Direita(o)

21-01-2025 15:30 - Comprimento da lesão tegumentar: 1.50 cm.

21-01-2025 15:30 - Ausência de exsudado.

21-01-2025 15:30 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

21-01-2025 15:30 - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

21-01-2025 15:30 - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente.

21-01-2025 15:30 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: descontínua.

21-01-2025 15:30 - Material de sutura da lesão tegumentar: fio não absorvível.

21-01-2025 15:30 - Número de pontos de sutura da lesão tegumentar: 3.

Metabolismo

21-01-2025 14:00

21-01-2025 14:00 - Glicemia capilar: 104 mg/dl.

21-01-2025 14:00 - Determinar evolução da glicemia21-01-2025 14:00 - *Avaliar evolução da glicemia [30/30 minutos, SOS]*

21-01-2025 14:30 - Glicemia capilar: 105 mg/dl.

21-01-2025 15:30 - Glicemia capilar: 105 mg/dl.

21-01-2025 14:30

21-01-2025 14:30 - Glicemia capilar (15:00): 107 mg/dl

Termorregulação

21-01-2025 14:00

21-01-2025 14:00 - Determinar evolução da temperatura corporal21-01-2025 14:00 - *Avaliar evolução da temperatura corporal [Contínuo]*

21-01-2025 14:30 - Temperatura corporal periférica

21-01-2025 14:30 - Ouvido: 35.60 °C.

21-01-2025 15:30 - Temperatura corporal periférica

21-01-2025 15:30 - Ouvido: 36.20 °C.

21-01-2025 14:30

21-01-2025 14:30 - Temperatura corporal periférica (15:00): 35,80°C

21-01-2025 14:30 - Hipotermia [RESOLVIDO] 21-01-2025 15:30**21-01-2025 14:30 - Promover termorregulação**

21-01-2025 14:30 - Aplicar manta de aquecimento [intraoperatório]
21-01-2025 14:30 - Aquecimento ativo com manta e unidade de ar forçado a 38,00°C [intraoperatório] [FIM] 21-01-2025 15:30
21-01-2025 14:30 - Infusão de soro aquecido a 37,00°C [intraoperatório] [FIM]
21-01-2025 15:30
21-01-2025 14:30 - Irrigação de soro aquecido a 37,00°C [intraoperatório] [FIM]
21-01-2025 15:30

Volume de líquidos

21-01-2025 14:30

21-01-2025 14:30 - Tumefação dos tecidos
21-01-2025 14:30 - Ombro Direita(o): depressível.

21-01-2025 14:30 - Edema

21-01-2025 14:30 - Localização do edema
21-01-2025 14:30 - Ombro Direita(o)

21-01-2025 14:30 - Determinar evolução de sinais de edema

21-01-2025 14:30 - Avaliar evolução de sinais de edema [final da cirurgia]
21-01-2025 15:30 - Tumefação dos tecidos
21-01-2025 15:30 - Ombro Direita(o): depressível [MANTEVE].

Emoção

21-01-2025 14:00

21-01-2025 14:00 - Sem indícios de humor depressivo.
21-01-2025 14:00 - Sem indícios de euforia.
21-01-2025 14:00 - Não verbaliza ansiedade.
21-01-2025 14:00 - Sem manifestação de inquietação.
21-01-2025 14:00 - Sem manifestação de irritabilidade.
21-01-2025 14:00 - Sem manifestação de pânico .

21-01-2025 14:00 - Determinar evolução da ansiedade

21-01-2025 14:00 - Avaliar evolução da ansiedade [3ª sessão]
21-01-2025 15:30 - Não verbaliza ansiedade [MANTEVE].
21-01-2025 15:30 - Sem manifestação de inquietação [MANTEVE].
21-01-2025 15:30 - Sem manifestação de irritabilidade [MANTEVE].
21-01-2025 15:30 - Sem manifestação de pânico [MANTEVE].

Motilidade Intestinal

21-01-2025 15:30

21-01-2025 15:30 - Emissão de gases: presente.

21-01-2025 15:30 - Emissão de gases

21-01-2025 15:30 - Determinar evolução da emissão de gases

21-01-2025 15:30 - Avaliar a evolução da emissão de gases [Contínuo]

3.7. Especificação das intervenções

Avaliar evolução da ansiedade

- Aplicar escala de ansiedade pré-operatória de Amsterdam.
- Comunicar ansiedade ao médico.
- Administrar ansiolítico conforme protocolo.

Aplicar manta de aquecimento

- Aplicar manta térmica com ar quente forçado.

Avaliar evolução da anestesia

- Colocar eletrodo de BIS.

3.8. Síntese relativa ao caso

Conforme mencionado pela OE (2015), os indicadores de resultado representam os objetivos específicos dos cuidados que os enfermeiros se comprometem a fornecer. Estes indicadores devem refletir as alterações nos padrões e no estado de saúde atual ou futuro dos clientes, que podem ser atribuídas aos cuidados prestados anteriormente. Existem duas formas de inferir os indicadores de resultado. Por um lado, através da interpretação dos dados colhidos e da evolução da condição clínica, é possível determinar se houve manutenção, melhoria ou deterioração do estado de saúde. Por outro lado, ao analisar os resultados das intervenções implementadas, pode-se inferir se os objetivos definidos anteriormente foram alcançados. Assim, ao avaliar os indicadores de resultado, é possível obter uma percepção mais clara da evolução do cliente e identificar a necessidade de ajustar os objetivos e intervenções previamente prescritas.

O cuidado de enfermagem no exercício profissional autónomo envolve um processo cognitivo complexo que requer habilidades como interpretação, análise, inferência, avaliação, explanação e autoregulação (Silva, 2011). Este processo inclui o desenvolvimento de diagnósticos de enfermagem, definição de objetivos, critérios de resultados e intervenções baseadas em evidências, com o intuito de promover o bem-estar do cliente.

Os diagnósticos de enfermagem são enunciados clínicos que avaliam as respostas humanas aos problemas de saúde, identificando tanto problemas atuais como potenciais (Silva, 2011).

Os objetivos são formulados para alcançar condições, comportamentos ou percepções mensuráveis e sensíveis às intervenções de enfermagem, promovendo resultados favoráveis para o cliente através do julgamento clínico e do conhecimento do enfermeiro (Silva, 2011).

A ontologia facilita a identificação e organização de conceitos em classes ontológicas, definindo relações entre estas classes e descrevendo atributos e propriedades que permitem formalizar e representar conhecimento conceitual e teórico (Bastos et al., 2021).

Este caso clínico ilustra duas abordagens terapêuticas distintas na prática perioperatória de enfermagem. Uma abordagem enfatiza o papel autónomo do enfermeiro na prestação de cuidados de saúde direcionados ao cliente, com decisões terapêuticas dependentes do enfermeiro. A outra abordagem está relacionada à gestão dos sinais e sintomas do cliente durante o processo cirúrgico, com ênfase em intervenções colaborativas e baseadas em evidências que visam alcançar resultados positivos.

A prática de enfermagem à pessoa em situação Perioperatória demanda um processo cognitivo abrangente que inclui diagnósticos precisos, definição de objetivos e implementação de intervenções adequadas, com o objetivo de otimizar os resultados dos cuidados. Além disso, o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória, desempenha um papel crucial na gestão dos cuidados, promovendo a segurança no ambiente cirúrgico e a qualidade dos cuidados prestados, em conformidade com normas éticas e legais.

Este contexto de cuidados abrange intervenções de enfermagem orientadas para a prevenção precoce de complicações, refletindo um domínio essencial no exercício profissional dos enfermeiros especialistas, conforme descrito nos padrões de qualidade de cuidados de enfermagem (OE, 2011). A busca pela excelência neste contexto exige um elevado nível de segurança, minimizando riscos em ambientes de alto risco (OE, 2017).

Ao longo do caso clínico, é possível verificar que as intervenções prescritas para os domínios selecionados, tal como em estudos prévios, enquadram-se em três tipos: executar/gerir, referenciar e avaliar evolução; facto que alinha com os objetivos e prioridades para os cuidados.

As intervenções do tipo "*avaliar evolução*", uma vez que requerem uma avaliação contínua, podem estar associadas à deteção de sinais de complicações face a um determinado domínio de atenção, como, por exemplo, a avaliação da evolução da consciência ou da perfusão dos tecidos. Ou, por outro lado, podem relacionar-se com os diagnósticos previamente identificados, de forma a compreender a evolução dos mesmos, como a avaliação da pressão arterial ou da temperatura corporal. As intervenções do tipo "*informar*" remetem-se à referência ao médico, sendo intervenções que exigem uma abordagem multidisciplinar devido à complexidade das necessidades do cliente. O seu objetivo é prevenir complicações relacionadas com o diagnóstico em questão. As intervenções do tipo "*executar*" envolvem ações diretas realizadas pelo enfermeiro em resposta às necessidades do cliente.

Atendendo ao que foi referido anteriormente, estruturou-se uma conceção de cuidados para uma mulher de 68 anos submetida a uma artroscopia do ombro direito devido a uma rutura na coifa dos rotadores. A técnica anestésica consistiu no bloqueio do plexo braquial e sedação. O estudo de caso inclui três sessões: a admissão no pré-operatório, o intraoperatório e o pós-operatório imediato, com a chegada à UCPA para a fase de recobro I. O posicionamento cirúrgico foi em "*cadeira de praia*".

O procedimento foi selecionado para estudo de caso por apresentar uma técnica cirúrgica com relevância para a gestão da hipotermia. O risco de hipotermia aumenta devido à infusão de grandes quantidades de líquidos não aquecidos, através da artrobomba. Tal como preconizado pela literatura, foi realizado um pré-aquecimento na admissão, aplicando uma manta térmica e verificando a temperatura da sala. Nesse momento, a temperatura corporal periférica era de 36,6°C. Durante a cirurgia, a temperatura corporal desceu para 35,6°C. Mesmo mantendo a manta térmica, foram instituídas novas medidas, como a infusão e irrigação de soros aquecidos a 37°C. A temperatura da sala não foi possível alterar, mas encontrava-se dentro do preconizado, a 20°C. A manta térmica foi mantida durante a transferência e permanência na UCPA. A avaliação da temperatura foi uma preocupação constante desde o pré-operatório até ao pós-operatório, considerando os diversos mecanismos envolvidos e os cuidados de enfermagem implementados, já descritos anteriormente.

Através deste caso clínico, é possível constatar que a gestão da hipotermia perioperatória constitui uma área de intervenção de enfermagem, exigindo um entendimento profundo dos mecanismos fisiológicos, bem como a implementação de estratégias de monitorização e intervenções adequadas. A aplicação de práticas baseadas em evidências não só melhora os desfechos clínicos, como também contribui para a satisfação do cliente e para a excelência na prestação de cuidados de saúde. O compromisso com a segurança do cliente e a busca pela melhoria contínua devem ser os pilares que orientam a prática de enfermagem neste contexto altamente especializado.

4. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O Regulamento nº 140/2019 (DR, 2019) estabelece que os cuidados de enfermagem têm assumido um papel cada vez mais significativo na assistência à saúde da população, o que tem levado à diferenciação e especialização da nossa classe profissional, em conformidade com rigorosos requisitos técnicos e científicos. No âmbito deste regulamento, o conceito de "Domínio de competência" é definido como um campo específico de atuação que abrange um conjunto de competências com uma linha condutora semelhante, bem como um conjunto de elementos agregados (Regulamento nº 140/2019, 2019).

O desenvolvimento de competências em enfermagem é um processo abrangente que inclui diversas áreas. A OE identifica um conjunto de áreas específicas que representam as diferentes especialidades reconhecidas. No total, existem seis especialidades: Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Enfermagem de Reabilitação; EMC; e Enfermagem Comunitária. Para cada uma dessas especialidades, estão definidas competências específicas, além das competências comuns, conforme estipulado no regulamento mencionado (DR, 2019).

Conforme a OE (2019), o EE é aquele que possui competências científicas, técnicas e humanas reconhecidas, permitindo-lhe fornecer cuidados de enfermagem especializados na sua área de especialidade, como a EMCPS, além das competências comuns aplicáveis a todos os contextos de prestação de cuidados de enfermagem. É fundamental destacar que um EE é, primeiramente, um enfermeiro de cuidados gerais. O conjunto de competências do EE resulta do aprofundamento das competências do enfermeiro de cuidados gerais, materializando-se em competências comuns e específicas. Isso inclui a importância da formação contínua, a valorização da experiência prática, a orientação através de supervisão, a colaboração multidisciplinar, a incorporação de tecnologia, a atualização constante em evidências científicas, o envolvimento em projetos de pesquisa, o feedback construtivo, a superação de desafios profissionais e a promoção de competências específicas para áreas especializadas. Este desenvolvimento contínuo é essencial para aprimorar a prática clínica, criando uma base sólida para enfrentar os desafios dinâmicos da enfermagem.

As competências na enfermagem caracterizam-se por um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que o enfermeiro deve possuir, face às exigências do papel a que se propõe. A existência de competências específicas justifica-se pelas diferentes necessidades identificadas nas várias áreas de atuação da enfermagem. Assim, o EE deve ser capaz de responder a essas necessidades, adequando os cuidados prestados (DR, 2019).

Este relatório tem como objetivo evidenciar o processo de desenvolvimento das competências comuns e específicas do EE (OE, 2021), essenciais para a obtenção do grau de mestre em EMCPSP e título de especialista em EMC. A seguir, apresentarei uma análise descritiva e reflexiva das atividades que contribuíram para o desenvolvimento dessas competências, resultantes das oportunidades oferecidas nos dois contextos clínicos.

Neste capítulo, descreverei as competências adquiridas durante o estágio, identificando as dificuldades enfrentadas e as estratégias adotadas para superá-las. Esta reflexão será fundamentada em referenciais teóricos abordados na componente teórica do curso, estabelecendo uma conexão clara com a prática.

A descrição terá em consideração os objetivos delineados no projeto de competências do Módulo I, que passo a transcrever:

1. Desenvolver responsabilidade profissional, ética e legal em contexto perioperatório.
2. Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória.
3. Desenvolver competências na gestão de cuidados em contexto perioperatório.
4. Adquirir novas aprendizagens profissionais no contexto perioperatório.
5. Cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa.
6. Maximizar a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica.

Ao longo deste capítulo, cada um desses objetivos será explorado em detalhe, permitindo uma compreensão mais profunda das competências comuns e específicas adquiridas e da sua aplicação no contexto clínico.

Competências Comuns

As competências comuns são habilidades partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialização. Estas habilidades manifestam-se na capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, assim como na promoção de um suporte efetivo no exercício profissional especializado, abrangendo áreas como a formação, a investigação e a assessoria (Regulamento nº140/2019). É fundamental que estas competências sejam demonstradas em todas as áreas de especialização para garantir a excelência na prática clínica e no desenvolvimento profissional.

Os domínios das competências comuns do EE, segundo o Regulamento citado, são os seguintes:

1. responsabilidade profissional, ética e legal;
2. melhoria contínua da qualidade;
3. gestão dos cuidados;
4. desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Desenvolver responsabilidade profissional, ética e legal em contexto perioperatório

De acordo com o Estatuto da OE (artigo nº 99 da lei nº 156/2015, DR, 2015), a atividade dos enfermeiros deve contemplar um conjunto de linhas norteadoras, como a responsabilidade que emerge do seu papel, a garantia do respeito pelos direitos humanos, bem como a excelência dos cuidados. No seguimento do exercício profissional do EE, a tomada de decisão deve ir ao encontro do anteriormente referido, de forma a demonstrar “uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas” (DR, 2019, p.4746).

A pessoa em situação perioperatória, necessita, escolhe ou aceita ser submetida a um estado de alteração da consciência e aos riscos inerentes aos procedimentos anestésicos e cirúrgicos, o que a coloca em posição de vulnerabilidade física e emocional. Nesses momentos, os cuidados de enfermagem especializados são fundamentais, consistindo em intervenções sistematizadas e individualizadas que visam garantir a segurança e o bem-estar do cliente ao longo de todo o processo (OE, 2018).

O pensamento crítico e a responsabilidade profissional do enfermeiro manifestam-se na reflexão sobre as práticas observadas, assegurando a integridade e dignidade do cliente. Este, ao consentir ser submetido a intervenções terapêuticas, enfrenta a fragilidade e a incapacidade de utilizar seus recursos para lidar com os riscos envolvidos. O dever ético e deontológico do enfermeiro é, portanto, garantir essa proteção, em conformidade com o que se entende por consciência cirúrgica.

“A consciência cirúrgica é um princípio ético e moral que orienta o profissional na prática de

cuidar à pessoa em situação perioperatória, agindo em seu benefício em qualquer situação independentemente do controlo externo efetuado. É demonstrado pelo comportamento profissional baseado no conhecimento, compreensão e aplicação dos princípios da prática cirúrgica e responsabilidades legais, éticas e morais, para com a pessoa e equipa, pelas quais cada profissional é responsável” (OE, 2018, p.19366).

Em suma, a consciência cirúrgica é um conceito que deve ser considerado um princípio orientador na prática de Enfermagem à pessoa em situação perioperatória. Este princípio implica que o enfermeiro deve estar ciente dos riscos e das responsabilidades associadas à prática cirúrgica, agindo sempre em benefício do cliente. Segundo a OE, a consciência cirúrgica reflete a capacidade de atuar de forma ética e responsável, garantindo a segurança e a dignidade do cliente, mesmo quando não há supervisão direta (OE, 2018).

No âmbito do projeto de competências elaborado no Módulo I, foram definidos objetivos específicos dentro do objetivo geral de desenvolver a responsabilidade profissional, ética e legal em contexto perioperatório. Alguns desses objetivos estão interligados, mas farei uma abordagem individual, que passo a explicar a seguir.

Assegurar o sigilo da informação referente aos clientes, preservando a sua privacidade e dignidade

De acordo com o Código Deontológico, ao prestar cuidados, o enfermeiro deve considerar a pessoa como um todo único, inserido numa família ou numa comunidade. É fundamental fornecer informações relevantes sobre os cuidados de enfermagem, cumprindo o dever de sigilo profissional, que visa preservar o direito à confidencialidade e privacidade do cliente.

A prática de cuidados centrados no cliente deve ser uma prioridade, considerando a individualidade de cada um. Isso implica, por exemplo, o reconhecimento das crenças, valores e preferências do cliente, garantindo que estas sejam respeitadas durante todo o processo perioperatório. A promoção de um ambiente acolhedor e seguro, onde o cliente se sinta valorizado e respeitado, é uma responsabilidade do enfermeiro que deve ser assumida com seriedade.

Nos termos do artigo nº 106 do Código Deontológico, "o enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão" (OE, 2015, p. 84), devendo partilhar informações apenas com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, sempre em prol do bem-estar do cliente (OE, 2015). Durante o contacto com o cliente, o enfermeiro tem acesso a informações privilegiadas, incluindo detalhes confidenciais sobre a saúde e a doença, sendo essencial tratá-las com respeito e ética profissional. A relação de confiança entre o enfermeiro e o cliente é crucial para assegurar cuidados de qualidade.

É igualmente importante respeitar o direito do cliente à informação, garantindo que a família não receba dados sem o seu consentimento. A divulgação de informações à família sobre a condição do cliente só é justificada quando atua em benefício deste, sempre respeitando a confidencialidade. Esta questão é particularmente relevante em situações de perda de autonomia irreversível ou de incompetência transitória, onde a família tem o direito à informação sobre a situação do cliente (ERS, 2021). Durante a minha formação, a partilha de informações clínicas foi sempre realizada com o consentimento do cliente e/ou da família.

Relativamente à privacidade do cliente, foi dada especial atenção à limitação da exposição corporal ao estritamente necessário, com enfoque na área cirúrgica. No BOC, o direito à privacidade é assegurado, sempre que possível, através da utilização de barreiras físicas, como cortinas, para mitigar a falta de espaços próprios para a admissão do cliente. Na UCA, existem espaços físicos especificamente destinados a esse fim, proporcionando um ambiente mais acolhedor.

Com relação às características estruturais dos serviços onde desenvolvi os meus estágios, a maioria das áreas de atendimento é em *open space*, o que compromete o cumprimento dos artigos 106º e 107º, que abordam o dever de sigilo profissional e do respeito pela intimidade e privacidade do cliente (OE, 2015). Contudo, verifiquei que o sigilo profissional foi sempre garantido, assegurando o respeito pela individualidade e autonomia do cliente. Além disso, preservei e vi preservada a sua privacidade e dignidade, com os meios físicos e humanos disponíveis.

A Lei nº 15/2014, de 21 de março (Assembleia da República, 2014), no seu artigo 5º, consagra o direito à proteção de dados pessoais e da vida privada, garantindo que a recolha de informações seja adequada, pertinente e não excessiva. O artigo 6º, relativo ao direito ao sigilo, impõe aos profissionais de saúde a obrigação de manter confidenciais os factos que tenham conhecimento no exercício das suas funções. A Lei de Bases da Saúde complementa este entendimento, afirmando que “a circulação da informação de saúde deve ser assegurada com respeito pela segurança e proteção dos dados pessoais e da informação de saúde” (Lei nº 95/2019, p. 60).

Deste modo, enfrentei um desafio constante na minha prática diária. Sempre que possível, procurei respeitar a privacidade dos clientes, utilizando um tom de voz baixo e recorrendo ao uso de cortinas ou espaços mais reservados, especialmente durante procedimentos que exigiram exposição corporal.

Garantir o consentimento informado, livre e esclarecido

O respeito pela autonomia do cliente é um dos pilares fundamentais da ética na área da saúde.

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) (2006) reforça nos artigos 5º, 6º e 7º que qualquer intervenção médica, seja preventiva, diagnóstica ou terapêutica só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido do cliente. Este princípio é especialmente relevante no contexto perioperatório, onde a vulnerabilidade do cliente é aumentada pela natureza invasiva dos procedimentos cirúrgicos.

O consentimento informado representa a manifestação de vontade do cliente, de forma livre e esclarecida, para a realização de um determinado procedimento de saúde, fundamentado na explicação detalhada e compreensão adequada dos elementos relativos ao procedimento a ser realizado, incluindo a sua natureza, propósito, método, possíveis riscos e resultados esperados. É pertinente salientar que esse consentimento pode ser revogado até a sua efetivação (ERS, 2023).

A ERS também esclarece que,

"Considera-se que a obrigação de prestar a informação clínica relevante para que o cliente decida e emita a necessária decisão compete, regra geral, ao profissional de saúde que propõe os cuidados de saúde. Isto não significa, porém, que os restantes profissionais fiquem isentos de obrigações no que respeita a esta matéria; neste contexto, aqueles que participem no processo - e que possuam os conhecimentos e competências necessárias para o efeito - são responsáveis por assegurar que, antes de iniciado o exame de diagnóstico ou realizada a intervenção terapêutica ou cirúrgica, o cliente está suficientemente informado sobre a ação proposta e, nesse sentido, que conferiu o consentimento exigido" (ERS, 2024, p.3).

Entendo que a prática do consentimento informado vai além da simples assinatura de um documento; envolve o dever do enfermeiro de assegurar que o cliente compreenda os riscos, benefícios e alternativas do procedimento a que será submetido. A comunicação clara e empática é crucial para garantir que o cliente se sinta seguro e respeitado, promovendo, assim, a sua dignidade e autonomia. Esta abordagem não só cumpre com as obrigações legais e éticas, mas também fortalece a relação de confiança entre o enfermeiro e o cliente, essencial para a eficácia dos cuidados prestados.

Sempre procurei garantir que a pessoa se encontrasse devidamente informada e que as decisões tomadas estivessem em consonância com as suas vontades e expectativas, respeitando os princípios do exercício profissional descritos no artigo 102º, alínea f), que estipula: "Respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos" (OE, 2015, p.82). É fundamental haver um equilíbrio entre o que é considerado cirurgicamente o melhor para o cliente e o que este realmente considera importante, competindo ao enfermeiro fazer a ponte na transição da informação.

Este princípio, aparentemente simples, revelou-se complexo na sua aplicação prática, desafiando-me a ponderar sobre os limites da autonomia do cliente e as responsabilidades dos profissionais de saúde. Na UCA, tive a oportunidade de realizar várias consultas de enfermagem pré-operatória via telefónica (normalmente realizadas nas 48 horas antes da cirurgia) para reforçar as orientações sobre jejum, banho e confirmar o estado de saúde do cliente, demonstrando preocupação com o seu bem-estar. Durante essas consultas, procurei transmitir informações adequadas e compreensíveis, assegurando-me de que o cliente possuía e compreendia as informações necessárias.

No âmbito da cirurgia convencional realizada no BOC, o acompanhamento é totalmente médico, e o primeiro contacto que o cliente efetua com a equipa de enfermagem ocorre na admissão no internamento ou no acolhimento no BOC. O enfermeiro aborda o cliente com empatia e respeito, questionando como se sente, realizando as verificações protocoladas e explicando o que sucederá a seguir. Apesar de não termos estruturas preparadas, sou da opinião de que algumas consultas deveriam ser realizadas presencialmente, e passo a explicar porquê.

Recordo dois casos específicos que exemplificam a importância da consulta pré-operatória: um cliente que iria ser submetido a Facoemulsificação com aplicação de lente intraocular e outro a Hernioplastia inguinal, apesar de já estarem na instituição de saúde, ambos se arrependeram antes da cirurgia. Um dos casos envolveu um idoso que, apesar de estar consciente da cirurgia, desconhecia que teria de seguir cuidados no pós-operatório, o que o impediria de alimentar os animais que tinha em casa. Esta falta de conhecimento levou-o a não se precaver sobre este assunto. No outro caso, um jovem adulto teve a sua cirurgia de correção de hérnia inguinal cancelada devido ao elevado grau de ansiedade e medo. Juntamente com a minha enfermeira tutora, refletimos sobre a situação e questionámos: será que a ansiedade do cliente foi adequadamente avaliada e gerida durante as consultas de anestesia, de enfermagem pré-operatória e na admissão? O cliente recebeu informação suficiente e em linguagem acessível sobre os riscos e benefícios da cirurgia, bem como sobre as opções de tratamento da sua ansiedade? Corroborando o que mencionam Altinsoy et al. (2020), é fundamental avaliar, no pré-operatório, os níveis de ansiedade dos clientes, devendo essa ansiedade ser tratada por meio de uma abordagem multiprofissional.

Esses casos demonstram a importância da consulta pré-operatória de Enfermagem, tanto em regime de ambulatório como em regime convencional, devendo considerar não apenas os aspetos físicos, mas também os emocionais e psicológicos dos clientes. A Declaração Universal da UNESCO enfatiza que os interesses e o bem-estar do indivíduo devem prevalecer sobre os interesses exclusivos da ciência ou da sociedade. Assim, cancelar a cirurgia pode ter sido a decisão mais ética, protegendo os clientes de um procedimento para o qual não estavam preparados. No entanto, isso também ressalta a necessidade de melhorar os protocolos de avaliação e tratamento da ansiedade na admissão, garantindo que os clientes se sintam seguros e informados antes de darem o seu consentimento.

Tive a oportunidade de observar, no BOC, diversas situações em que os clientes se viam confrontados com a necessidade de procedimentos de urgência e emergência. Nestas circunstâncias, assegurar que o consentimento é genuinamente livre e informado torna-se um desafio ainda maior. A pressão do tempo, o stress do momento e o potencial comprometimento da capacidade cognitiva do cliente exigem dos profissionais de saúde uma sensibilidade e perícia acrescidas. Em muitas situações, foi crucial fornecer informação clara e concisa sobre os riscos e benefícios do procedimento, responder a todas as dúvidas do cliente e da família, e garantir que a decisão havia sido tomada de forma autónoma e informada antes que a situação se agravasse.

Recordo-me de uma situação de emergência em que o cliente estava inconsciente, hemodinamicamente instável, em choque hemorrágico, com vários traumatismos, nomeadamente esplénico, após um acidente de viação. Ele não estava capaz de expressar a sua vontade. Nesta situação, a ação foi guiada pelo princípio da "beneficência". O artigo 7º da Declaração Universal da Bioética e Direitos Humanos refere, relativamente às pessoas incapazes de exprimir o seu consentimento, que “uma prática médica deve ser obtida em conformidade com o superior interesse da pessoa em causa e com o direito interno. No entanto, a pessoa em causa deve participar o mais possível no processo de decisão que conduza ao consentimento e à sua eventual retirada” (UNESCO, 2006, p.26). A OE esclarece que se deve considerar a figura do consentimento presumido, que surge em duas situações,

“quando a obtenção do consentimento implicar adiamento que represente perigo para a vida ou perigo grave para o corpo ou para a saúde” e “quando tiver sido dado consentimento para certa intervenção ou tratamento, tendo vindo a realizar-se outro diferente por se ter revelado imposto pelo estado dos conhecimentos e da experiência da medicina como meio para evitar um perigo para a vida, o corpo ou a saúde” (OE, 2015, p.74-75)

Durante o período de estágio, foram várias as vezes que refleti com os meus tutores sobre estas questões, tanto em relação a clientes em situações de urgência e emergência como em outras que não me passaram despercebidas.

Em suma, o tema do consentimento informado reveste-se de particular importância. Esta prática deve ser encarada não apenas como uma formalidade, mas como um processo dinâmico que requer um envolvimento ativo tanto dos profissionais como dos clientes. Reconhecer a singularidade de cada situação, bem como a diversidade das necessidades e capacidades dos clientes, é essencial para promover uma prática ética que respeite a autonomia e a dignidade de cada indivíduo. Assim, a reflexão sobre o consentimento informado torna-se um exercício contínuo, enriquecendo a prática profissional e contribuindo para a construção de um sistema de saúde mais justo e respeitador dos direitos humanos.

Assegurar o direito do cliente a um registo adequado e oportuno da sua situação de saúde e das suas necessidades em cuidados de enfermagem

Assegurar o direito do cliente a um registo adequado e oportuno da sua situação de saúde e das suas necessidades em cuidados de enfermagem é fundamental. Para isso, é necessário elaborar registos de enfermagem detalhados, precisos e atualizados, documentando todas as intervenções, observações e cuidados prestados, de forma a garantir a continuidade e a qualidade dos cuidados. Tal como refere Breda (2019), os registos de enfermagem estão intimamente ligados à qualidade dos cuidados prestados, sendo essenciais em todas as fases do processo.

Garantir a confidencialidade na transmissão da informação clínica, restringindo-a ao estritamente necessário para assegurar a continuidade dos cuidados, é uma prática enraizada na cultura destas duas instituições, a qual tive oportunidade de vivenciar e aprimorar. A utilização de sistemas de informação como o *Patient Care*® e o *Sclinico*® representa uma mais-valia para a continuidade dos cuidados, assegurando a integridade e a confidencialidade da informação transmitida.

Otimizar a comunicação e o trabalho em equipa, mantendo uma comunicação clara, precisa e respeitosa, promovendo um ambiente de trabalho harmonioso e centrado no cliente

A ética na prática de enfermagem não se limita à interação entre o enfermeiro e o cliente, ela também se estende à dinâmica da equipa multidisciplinar. A colaboração interdisciplinar é essencial para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados. O enfermeiro deve promover uma cultura de segurança, na qual a comunicação aberta e o respeito mútuo sejam incentivados (Rêgo et al., 2023).

Durante a prática perioperatória, o enfermeiro deve assegurar que todos os membros da equipa estejam alinhados quanto aos objetivos definidos para o cliente. A utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC), por exemplo, é uma prática que não só ajuda a prevenir erros, mas também fortalece a comunicação e o trabalho em equipa, contribuindo para um ambiente de trabalho seguro e eficaz.

Habitualmente, no início do turno da manhã, abordávamos sempre aspetos dos casos contemplados no plano cirúrgico para aquele turno ou dia. Discutíamos a necessidade de equipamentos (microscópios, motores, aparelhos de imagiologia, garrotes, artrobombas, entre outros) e o instrumental específico, bem como o posicionamento do cliente e das equipas cirúrgicas, o que impacta a sequência da cirurgia e a montagem das mesas cirúrgicas.

É fundamental treinar técnicas de comunicação assertiva e em circuito fechado, garantindo uma

comunicação eficaz durante o trabalho em equipa (Carvalho Lemos et al., 2018). Esta pode ser uma sugestão de proposta a desenvolver no futuro, mais na equipa de enfermagem da UCA do que na do BOC, assim como para mim.

Como aluna, gostaria de referir que fui muito bem recebida nas duas equipas de enfermagem. Promovi a partilha de conhecimentos mais atuais, nomeadamente no tema em estudo - gestão da hipotermia - assim como em outros temas, tendo em conta o meu percurso académico na ESEP. Destaquei o conhecimento mais recente, com o objetivo de melhorar o desempenho e alcançar a excelência nos cuidados prestados ao cliente.

Ressalto a disponibilidade dos enfermeiros tutores, sempre sedentos de novos conhecimentos ou atualizações, o que me permitiu uma troca bidirecional de saberes. Reconheço que manter uma atitude de abertura e partilha de conhecimento atualizado e relevante é fundamental enquanto EE.

Demonstrar comportamentos éticos e profissionais em todas as interações, exibindo empatia, respeito e integridade, e aderindo aos padrões de prática profissional

A construção de uma relação terapêutica assertiva e empática é um dos pilares fundamentais da prática de enfermagem, especialmente no contexto perioperatório, onde os clientes frequentemente enfrentam altos níveis de ansiedade e medo. A forma como nos apresentamos ao cliente, a nossa postura, o tom de voz e a linguagem não verbal são componentes cruciais que contribuem para a criação de um ambiente seguro e acolhedor (Sampaio, 2017).

Estabelecer uma comunicação clara e respeitosa desde o primeiro contacto é fundamental para que o cliente se sinta valorizado e compreendido. Neste sentido, a abordagem humanizada e individualizada deve ser uma prioridade, pois isso não só reforça a confiança do cliente, como também facilita a sua adesão ao tratamento e ao processo de recuperação. A empatia, enquanto habilidade relacional, permite-nos colocarmo-nos no lugar do outro, compreendendo as suas preocupações e emoções, o que é especialmente importante em momentos de vulnerabilidade, como os que precedem uma cirurgia (Lopes et al., 2022).

A influência dos enfermeiros tutores, observada na prática clínica, pode servir como um modelo a seguir. Através da observação direta, é possível aprender a importância da escuta ativa e da validação das emoções do cliente, elementos que ajudam a criar um vínculo de confiança (Sampaio, 2017). Além disso, acredito, que a formação contínua em comunicação interpessoal e ética profissional deve ser uma preocupação constante, uma vez que estas competências se desenvolvem ao longo da vida profissional e impactam diretamente a qualidade do cuidado prestado.

A ética na prática de enfermagem implica não apenas a adesão a normas e regulamentos, mas também a promoção do bem-estar do cliente, respeitando os seus direitos e dignidade. Para tal, é imperativo que os profissionais se mantenham atualizados sobre as melhores práticas e abordagens, participando em formações e reflexões críticas sobre a sua atuação (Sampaio, 2017).

Desta forma, foi meu objetivo reforçar e desenvolver as minhas capacidades de comunicação, empatia e assertividade com o cliente e/ou com a pessoa significativa. Uma das aprendizagens que se tornou rotina foi a minha apresentação na primeira abordagem, reconhecendo a sua importância e demonstrando, assim, uma atenção individualizada e humanizada. Admito que esta prática foi uma habilidade que desenvolvi ao longo da unidade curricular de Comunicação e que foi reforçada pela observação direta dos enfermeiros tutores.

Garantir a segurança do cliente, adotando práticas seguras para prevenir e/ou evitar eventos adversos

O direito à proteção da saúde é tutelado pelo artigo 64º da Constituição da República Portuguesa como um direito fundamental e social. A Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei nº95/2019, de 4 de setembro, reforça a segurança do cliente como uma das suas dimensões fundamentais, destacando o papel do Estado como promotor e protetor deste direito através do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

A ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade nos sistemas de saúde modernos. A implementação de políticas e estratégias que reduzam estes incidentes, muitos dos quais são evitáveis, é reconhecida como essencial para a promoção da saúde. O BO é um ambiente de alto risco, onde ocorrem cerca de 50% dos eventos adversos de um hospital, e a maioria desses eventos está associada a falhas nas competências não técnicas (Kalantari et al., 2020; Wevling et al., 2023).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 estabelece como um dos objetivos estratégicos aumentar a segurança cirúrgica. Para isso, foram definidas metas como: (1) Utilizar em 95% das cirurgias a LVSC; (2) Reduzir a taxa de não conformidade da utilização da LVSC em 5% em relação ao ano anterior; e (3) Reduzir anualmente em 1% a taxa de incidentes cirúrgicos inadmissíveis. No entanto, algumas instituições ainda não utilizam a LVSC, o que reforça a necessidade de continuidade nos esforços para alcançar os objetivos do PNSD 2015-2020.

Durante o período pré-operatório, a identificação das necessidades dos clientes, juntamente com o suporte e a preparação para os procedimentos anestésicos e/ou cirúrgicos, desempenha um papel essencial, contribuindo para a promoção da segurança e prevenção de complicações

potenciais. Na fase intraoperatória, os enfermeiros centram-se na segurança do cliente, no apoio emocional, na prevenção de infeções e na gestão das necessidades fisiológicas durante os procedimentos cirúrgicos e/ou anestésicos. No pós-operatório, mantêm um papel essencial na vigilância e cuidado dos clientes (Mendes et al., 2018).

A LVSC, introduzida pela OMS (2009) e transposta em forma de norma clínica para Portugal pela DGS (2013), visa melhorar a comunicação e o trabalho em equipa, reduzindo erros e complicações. A sua integração no sistema de informação utilizado durante o estágio, assim como o seu preenchimento no *check-in*, *time-out* e *check-out*, garantem a conformidade com as normas de segurança estabelecidas.

A confirmação da identidade do cliente, utilizando dados inequívocos e identificativos, assim como a verificação do procedimento e lateralidade, foram sempre meticulosamente praticadas. As questões relativas ao consentimento informado cumpriram sempre os requisitos legais.

O tema de estudo que será abordado neste relatório, e que se constituiu como um evento adverso possível é a hipotermia inadvertida. De acordo com a literatura, entre 26% e 90% dos clientes submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos apresentam hipotermia ao final da cirurgia, e esta complicação pode ocorrer em qualquer fase do período perioperatório (Azenha et al., 2017). A hipotermia perioperatória inadvertida é uma complicação comum, frequentemente evitável, e está associada a piores desfechos clínicos (EORNA, 2023).

Foi sempre uma preocupação que procurei transmitir à equipa, abordando os consensos mais atuais sobre o tema e as mudanças que devem começar a surgir. Recordo uma cirurgia longa no BOC, uma gastrectomia total. Devido à duração prolongada da intervenção, toda a equipa foi alertada para a gestão da hipotermia, sendo mantida uma vigilância apertada da temperatura central com aplicação do termómetro esofágico, aplicada a manta de aquecimento e tendo sempre em atenção a oportunidade de infusão e irrigação com soros aquecidos. Esta situação exemplifica boas práticas e demonstra uma consciência cirúrgica abrangente e articulada entre os vários intervenientes, sempre com o cliente no centro dos cuidados.

Não foi necessário proceder à notificação de eventos adversos na plataforma "*Notifica*", destinada à notificação e gestão de incidentes ocorridos no Sistema de Saúde, onde cidadãos ou profissionais de saúde podem reportar incidentes relacionados com a segurança do cliente na prestação de cuidados de saúde.

Em síntese, no que diz respeito ao desenvolvimento da competência relacionada com a responsabilidade profissional, ética e legal no contexto perioperatório, posso afirmar que a experiência adquirida durante os estágios foi fundamental para o meu crescimento enquanto EE. A integração dos princípios éticos e deontológicos na minha prática diária não apenas aprofundou a minha compreensão das responsabilidades associadas à profissão, mas também

reforçou a relevância da humanização nos cuidados que prestamos.

A vulnerabilidade dos clientes neste ambiente, aliada ao avanço tecnológico, exige um delicado equilíbrio entre a utilização de inovações e a manutenção da dignidade humana. Isso traduz-se numa prática centrada na pessoa e nas suas necessidades. O compromisso com a promoção dos direitos humanos e o respeito pela autonomia do cliente são imperativos e guiaram cada decisão no contexto clínico.

A reflexão contínua sobre os dilemas éticos e a busca pela excelência profissional não são apenas obrigações, mas sim caminhos para a construção de um sistema de saúde mais justo e humano. Assim, ao longo da minha carreira, pretendo manter uma postura crítica e proativa, assegurando que a minha prática não só respeite os princípios deontológicos, mas que também se traduza numa abordagem empática e holística, valorizando a singularidade de cada cliente.

A busca pela humanização dos cuidados deve ser uma constante, mesmo perante os desafios que possam surgir. Este percurso formativo reforçou a importância da comunicação eficaz, da empatia e da personalização dos cuidados, elementos que considero fundamentais para promover o bem-estar e a confiança dos clientes em contextos tão vulneráveis. Acredito que, ao alicerçar a minha prática nestes valores, poderei contribuir para um ambiente perioperatório que assegure não só a segurança e a eficácia dos cuidados, mas que também respeite a dignidade e a individualidade de cada pessoa.

Deste modo, pretendo continuar a evoluir enquanto profissional, sempre em busca de uma prática de enfermagem que seja ética, competente e profundamente humanizada.

Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória

A qualidade e a segurança dos cuidados têm sido reconhecidas como fatores determinantes para a melhoria dos serviços de saúde, constituindo uma preocupação constante nas organizações de saúde. No exercício das suas funções, espera-se que o EE desempenhe um papel ativo na conceção e implementação de projetos na área da qualidade. Este profissional é chamado a desenvolver práticas de excelência, promovendo a gestão e a colaboração em programas de melhoria contínua, sempre com o intuito de criar um ambiente seguro e terapêutico para os clientes. Estas diretrizes estão alinhadas com as recomendações da OE (OE, 2019).

A qualidade em saúde é definida no Despacho nº 5613/2015 (p.13551) como “a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que considera os recursos disponíveis e que assegura a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão”. No mesmo despacho, são identificados os

principais pilares da qualidade em saúde, que se fundamentam na melhoria da eficiência e eficácia da prestação de cuidados, nos quais se relaciona a segurança dos mesmos (DR, 2015).

A melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados a pessoas em situação perioperatória é uma responsabilidade fundamental do EE. Este deve atuar proativamente, identificando oportunidades de melhoria e implementando projetos que visem aumentar a segurança e a eficácia dos cuidados. Estou plenamente ciente de que a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados representa um desafio permanente na minha prática diária, exigindo a participação ativa de todos os intervenientes no processo, onde as organizações desempenham um papel fundamental.

Com o intuito de desenvolver competências nesta área, procedi à leitura e análise de documentos considerados relevantes. A OE apresenta diversos documentos normativos e vinculativos, nos quais a qualidade em saúde e a segurança são conceitos implícitos e universais, como os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMC nas diferentes áreas de especialização (OE, 2017).

A Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei nº 95/2019, acerca do direito à proteção da saúde, enfatiza a importância das boas práticas de qualidade e segurança do cliente. A conceção de programas de controlo de qualidade que estabeleçam normas e protocolos de atuação, juntamente com a certificação dos serviços, é essencial para garantir a adequação, eficácia e segurança dos cuidados prestados. Conforme mencionado por Netto et al. (2016), a vantagem da aplicação de protocolos traz vantagens como uma maior segurança para utilizadores e profissionais, bem como a redução da variabilidade nas ações de cuidado. É importante destacar que estes protocolos facilitam o desenvolvimento de indicadores de processo e resultados, promovem a partilha de conhecimento, a comunicação entre profissionais e a coordenação do cuidado.

De acordo com o regulamento nº 743/2019,

“a dotação adequada de enfermeiros, o nível da qualificação e o perfil de competências dos mesmos são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e qualidade dos cuidados de saúde para a população e para as organizações [...] que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população” (OE, 2019, p.128).

Na caracterização das equipas de enfermagem dos serviços onde estive, verifica-se que as dotações numéricas são cumpridas, mas em relação à especialização dos enfermeiros, ainda não.

Os enfermeiros não devem limitar-se a executar prescrições ou técnicas, mas sim desenvolver um pensamento crítico e reflexivo que oriente as suas intervenções, fundamentadas em boas práticas. Quando essas práticas não são asseguradas, pode haver consequências graves,

resultando em sofrimento, perdas e custos tanto para o cliente como para a sua família e para o sistema de saúde. Os profissionais de enfermagem aspiram a encontrar satisfação no seu trabalho e a alcançar o seu pleno potencial. A prestação de cuidados de saúde, devido à sua complexidade, implica inevitavelmente um certo nível de risco de danos. Há evidências de que os erros são uma realidade recorrente na prática dos cuidados de saúde, podendo ocorrer em qualquer etapa do processo. A premissa subjacente é que os seres humanos são suscetíveis a falhas, tornando os erros uma eventualidade esperada. Estes erros não devem ser vistos como causas, mas sim como consequências; assim, a sua ocorrência é inevitável. Para os minimizar, é crucial reconhecer a sua existência (Brás & Ferreira, 2016).

A ocorrência de danos evitáveis durante a prestação de cuidados de saúde torna imprescindível a implementação de políticas e estratégias para reduzir ou eliminar tais incidentes. Este é o principal objetivo do plano de ação mundial para a segurança do cliente 2021-2030, que, a nível nacional, levou ao desenvolvimento do PNSD 2021-2026. O PNSD assenta em pilares fundamentais, como a promoção de uma cultura de segurança, liderança e governança eficazes, melhoria da comunicação, prevenção e gestão de incidentes de segurança, e implementação de práticas seguras em contextos adequados. Assim como, é crucial promover continuamente uma cultura de segurança em todo o contexto perioperatório, através de estratégias que contribuam para a eficaz prevenção de erros e eventos sentinela. Os erros ou eventos sentinela caracterizam-se por serem “totalmente preveníveis, independentes do estado geral dos clientes e, quando ocorrem, resultam em danos graves ou morte” (Duff, 2021, p.1). Exemplos de erros ou eventos sentinela incluem: cirurgia no local errado, instrumental cirúrgico deixado dentro do cliente, anestesia inadequada, infeções cirúrgicas, reações adversas a medicamentos, complicações não reconhecidas, erro na identificação do cliente e falta de consentimento informado.

O conceito de “*quase-erro*” refere-se a uma sequência de eventos não intencionais que, embora não causem danos imediatos ao cliente, têm a capacidade de provocar consequências adversas. A ocorrência desses eventos é significativamente mais elevada do que a dos eventos sentinela, com uma frequência que pode ser de 3 a 300 vezes superior (Lozito et al., 2018). Por isso, a identificação e comunicação dos *quase-erros* são cruciais para garantir a segurança na área da saúde. Entretanto, existem barreiras que dificultam essa comunicação eficaz, como o receio de represálias, a falta de apoio entre colegas e a ausência de feedback (Katz et al., 2020). É essencial promover uma cultura organizacional que perceba os *quase-erros* como oportunidades de melhoria. Isso pode ser alcançado através de uma comunicação aberta, da realização de sessões de *debriefing*, do incentivo à notificação de erros e da adoção de abordagens não punitivas. Os sistemas de notificação desempenham um papel fundamental na identificação de eventos de segurança e na resolução de problemas de qualidade.

Durante o período perioperatório, há vários riscos cirúrgicos e anestésicos que precisam ser considerados, como infeções, comprometimento da integridade cutânea, hipotermia

inadvertida, lesões resultantes do posicionamento do cliente e riscos relacionados a fatores químicos, elétricos e físicos. O enfermeiro no BO, enquanto parte integrante da equipa multidisciplinar, deve antecipar esses riscos e potenciais problemas, direcionando suas intervenções para a sua prevenção (Duarte & Martins, 2014).

Como já tinha referido anteriormente, a utilização da LVSC, como a “*Cirurgia Segura Salva-Vidas*”, demonstrou eficácia na diminuição de eventos adversos/eventos sentinela durante procedimentos cirúrgicos (OMS, 2009). A validação de determinados aspetos em três momentos distintos do processo cirúrgico foi implementada para reforçar as práticas de segurança, além de promover uma comunicação mais eficaz e um trabalho em equipa mais coeso (OMS, 2009). Durante o ensino clínico, realizei a LVSC em voz alta, nos três momentos preconizados, como recomendado.

A aplicação rigorosa de protocolos de higiene e esterilização, bem como a utilização de Equipamentos de Proteção Individual, são fundamentais para garantir a segurança dos clientes e prevenir infeções (DGS, 2015). No que se refere à gestão de recursos, é essencial assegurar a eficiência e eficácia na sua utilização. A triagem adequada e a separação dos resíduos gerados na sala operatória, em conformidade com as diretrizes estabelecidas no Despacho nº 242/96, não só promovem a sustentabilidade, mas também contribuem para a redução de custos hospitalares (Baptista, 2021).

Os resíduos produzidos no BO são indispensáveis para a realização de procedimentos anestésicos e cirúrgicos, incluindo itens como os invólucros dos campos cirúrgicos. Uma triagem adequada no momento da produção, de acordo com a classificação definida pelo Despacho nº 242/96, pode reduzir a quantidade de resíduos perigosos e, conseqüentemente, os custos associados (Baptista, 2021). A separação de resíduos sólidos é uma atividade fundamental, pois a gestão de resíduos perigosos pode acarretar custos até oito vezes mais elevados do que os dos resíduos comuns (Candan, 2019). A análise da composição dos resíduos sólidos gerados no BO indica que existe uma proporção significativa de materiais que podem ser reciclados, variando entre 17% e 25%, conforme demonstrado em pesquisas (Wyssusek, 2019). Nos dois contextos clínicos em que estive envolvida, estava em implementação um projeto de separação de resíduos, incluindo plástico e papel, dentro da sala operatória. Durante todo o meu percurso, participei ativamente neste projeto, contribuindo para a sua execução e monitorização.

O “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção do Local Cirúrgico sugere várias intervenções integradas, como realizar um banho com clorhexidina a 2% no dia anterior à cirurgia e, no dia da cirurgia, com pelo menos duas horas de antecedência; evitar a tricotomia, utilizando-a apenas quando estritamente necessário e com máquina de corte imediatamente antes da intervenção; manter a normotermia perioperatória (temperatura central $\geq 35,5^{\circ}\text{C}$); e assegurar que a glicemia se mantenha ≤ 180 mg/dl durante a cirurgia (DGS, 2015). Todas as intervenções passíveis de confirmação, manutenção e execução foram implementadas ao longo

de toda a minha experiência de estágio.

O posicionamento do cliente durante a cirurgia é um fator crítico, pois movimentos inadvertidos ou um posicionamento inadequado podem resultar em lesões, algumas das quais podem ser bastante graves (Hewson et al., 2018). Para prevenir lesões nervosas, foram adotadas intervenções como o uso de dispositivos de gel, inclinações mínimas, lentas e progressivas, bem como verificações do tubo endotraqueal sempre que houvesse uma alteração no posicionamento.

A eletrocirurgia tem como objetivo cortar, coagular e dissecar os tecidos durante os procedimentos cirúrgicos. Embora os avanços tecnológicos tenham aumentado a segurança desse tipo de intervenção, há evidências que mostram a ocorrência de eventos adversos relacionados com a colocação da placa dispersiva (Link, 2022). A colocação inadequada do dispositivo, a ativação inadvertida, a transferência direta ou indireta de eletricidade para dispositivos condutores ou um funcionamento inadequado do aparelho podem provocar queimaduras, choques elétricos ou incêndios. A interferência eletromagnética também pode causar danos à unidade de eletrocirurgia ou afetar o funcionamento de dispositivos cardíacos, como os marca-passos (Link, 2022). Como parte das medidas preventivas, segui as recomendações da AORN (2021) e realizei a avaliação da presença de corpos estranhos metálicos e dispositivos eletrônicos antes de cada procedimento, além de proceder à colocação do dispositivo e do equipamento conforme as instruções do fabricante.

A ocorrência de incidentes de segurança no decorrer da prestação de cuidados de saúde é uma realidade que visa o desenvolvimento de estratégias, como as mencionadas, que reduzam eventos adversos, de forma a proporcionar ganhos em saúde (Hewson et al., 2018).

No estudo de Gomes (2020) foram referidas estratégias para a qualidade no BO, nomeadamente a utilização do manual da qualidade, dos protocolos e a *checklist* como estratégia de qualidade, assim como a contagem das compressas e a utilização da ficha de não conformidades. Os serviços onde decorreu este estágio prima pela existência de vários protocolos relevantes, especialmente os relativos à dor, posicionamento e segurança.

Diariamente, e antes de qualquer procedimento cirúrgico, procedíamos à verificação da funcionalidade de todos os equipamentos nas salas, preenchendo as *checklists* e arquivando-as posteriormente para controlo dos serviços de gestão e qualidade. Verifiquei que são implementadas práticas de higiene e esterilização adequada dos instrumentos cirúrgicos, bem como a contagem rigorosa de instrumentos cirúrgicos e compressas. Além disso, asseguramos o uso de equipamentos de proteção individual e do cumprimento das diretrizes de segurança cirúrgica, como a LVSC, cuja aplicação foi sempre respeitada, garantindo assim a segurança nos cuidados prestados e o cumprimento dos protocolos estabelecidos.

Na UCA, participei em várias sessões de formação em serviço. Durante a minha permanência

neste hospital, percebi que a instituição dispõe de uma política de formação contínua para os enfermeiros, oferecendo regularmente formações em diversas áreas da enfermagem nas quais os profissionais podem inscrever-se, promovendo assim a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional especializado.

No BOC, a aquisição de um novo aquecedor para fluidos e têxteis foi devidamente documentada e justificada após diálogo com a enfermeira tutora. O enfermeiro gestor informou que o pedido já foi efetuado, mas aguarda a realização de um concurso público. Além disso, foi sugerida a aquisição de um *kit* para objetos cortantes a ser utilizado na mesa cirúrgica, tendo o gestor ficado de ponderar sobre essa necessidade e o correspondente gasto. Outra situação verificada e refletida no BOC diz respeito à utilização de macas cirúrgicas sem grades, o que aumenta exponencialmente o risco de queda dos clientes. Esta questão já foi reportada à administração, cuja resolução se aguarda com a maior brevidade possível.

Essas sugestões refletem as necessidades diárias e a busca pela melhoria contínua, e, conseqüentemente, pela qualidade dos cuidados prestados.

Um aspeto de extrema importância na segurança e qualidade dos cuidados é a identificação inequívoca dos clientes no momento da prestação de serviços. De acordo com a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2011), a utilização da pulseira de identificação permite minimizar situações de risco em ambientes específicos, constituindo-se como um equipamento de segurança. Em diversas situações, como complicações durante a cirurgia ou ato anestésico, ou em condições clínicas específicas, a pulseira de identificação pode ser removida, não sendo recolocada posteriormente. Assim, nos casos em que os clientes não conseguem comunicar, a pulseira torna-se o único meio de identificação, sendo crucial a sua presença para mitigar riscos. Esta é uma preocupação diária que me acompanha.

A segurança na transição de cuidados depende da implementação de uma comunicação eficaz entre as equipas de cuidados, sendo da responsabilidade de cada profissional assegurar uma comunicação precisa e atempada das informações. Isso contribui para a diminuição de erros na transmissão de informações, que podem interferir na qualidade da continuidade dos cuidados (DGS, 2017). A melhoria da comunicação durante a transição de cuidados é um dos objetivos específicos do PNSD 2021-2026. A transição de cuidados é definida como qualquer momento em que ocorre a transferência de responsabilidade e de informação entre os profissionais, que têm o dever de garantir a continuidade e a segurança dos cuidados. Estes são momentos vulneráveis para a segurança do cliente, envolvendo um maior risco de erro na transferência de informação, dado que são frequentemente críticos e sujeitos a interrupções constantes (DGS, 2017).

Segundo um estudo de Rodrigues (2023), a falta de comunicação e informação é apontada como uma das principais causas de efeitos adversos que ocorrem ao longo do percurso do cliente. Acrescenta ainda dados da *Joint Commission* relativos ao período 2004-2015, que

atribuem à comunicação uma das principais causas de eventos sentinela (Rodrigues, 2023).

Para assegurar a segurança do cliente, é recomendado que a comunicação seja eficiente e normalizada, utilizando a técnica ISBAR (Identificação, Situação, Antecedentes, Avaliação e Recomendações) (DGS, 2017). Nos locais onde realizei o meu estágio clínico, a transferência de informação é efetuada através da metodologia ISBAR, conforme estabelecido pela Norma nº 001/2017 (DGS, 2017). Esta foi a técnica que utilizei consistentemente para garantir uma comunicação clara e concisa.

Durante o estágio, refleti sobre a diversidade dos sistemas de registo de informação, que dificulta a consulta e a continuidade da informação, criando barreiras na interação entre serviços. Os desafios de interoperabilidade entre os sistemas de informação contribuem para falhas de comunicação e dificultam a continuidade dos cuidados. O internamento não tem acesso ao sistema *Patient Care*® utilizado no BOC. Dentro deste contexto e com base na minha experiência, considero que os EE devem ter um papel mais ativo na elaboração de estratégias que melhorem os sistemas de informação, buscando soluções que garantam a continuidade e segurança dos cuidados prestados.

Assim, durante este estágio, desenvolvi competências importantes relacionadas à melhoria contínua da qualidade, atingindo os objetivos propostos em projeto, dando especial atenção à segurança do cliente e à prevenção de infeções, tendo como princípio:

- Implementação de procedimentos rigorosos de higiene para garantir um ambiente cirúrgico limpo e seguro;
- Garantia da esterilização adequada de todos os instrumentos cirúrgicos, seguindo os protocolos estabelecidos para prevenir infeções;
- Adoção e utilização correta de Equipamento de Proteção Individual (EPI) durante todos os procedimentos cirúrgicos, visando proteger tanto os clientes quanto os profissionais de saúde;
- Adesão às diretrizes estabelecidas para segurança cirúrgica, como a LVCS, garantindo a sua aplicação em todos os casos e contribuindo para a redução de erros e incidentes durante as intervenções cirúrgicas;
- Cumprir e garantir o cumprimento de normas ou procedimentos internos com vista a garantir a segurança dos cuidados;
- Participação na verificação diária da funcionalidade dos equipamentos da sala operatória;
- Preenchimento adequado de *checklists* e arquivamento dos registos, permitindo o controlo e avaliação dos serviços de gestão e da qualidade, contribuindo assim para a segurança e eficácia dos cuidados prestados;
- Desenvolvimento e aplicação da técnica ISBAR como um método eficaz de comunicação entre os elementos da equipa multidisciplinar, garantindo a transmissão clara e concisa de informações essenciais antes, durante e após os procedimentos cirúrgicos, melhorando assim a coordenação e a segurança do cliente.

A gestão de risco em saúde deve incluir a avaliação e auditoria, que são processos

independentes destinados a verificar a conformidade com critérios estabelecidos, como políticas e procedimentos (Instituto Português da Qualidade [IPQ], 2009). No setor da saúde, essas práticas são essenciais para garantir a qualidade e a conformidade nas atividades dos profissionais da área. Os projetos de desenvolvimento visam melhorar a qualidade, segurança, eficiência e satisfação do cliente, promovendo cuidados eficazes e direcionados. Além disso, esses projetos impulsionam a inovação e a excelência nos cuidados de saúde, proporcionando maior visibilidade às práticas clínicas. As auditorias permitem aos auditores recolher informações que possibilitam a comparação com um conjunto de critérios e objetivos previamente definidos. Para atingir esses objetivos, podem ser utilizados diversos métodos, como entrevistas, análise de documentação e processos clínicos, bem como observação direta (Barroso, 2021). Desta forma, a implementação de uma gestão de risco eficaz, através de avaliações e auditorias regulares, é crucial para a melhoria contínua dos serviços de saúde, assegurando a qualidade e a segurança dos cuidados prestados.

Em ambos os campos de estágio e regularmente, são realizadas auditorias para avaliar os padrões de qualidade do serviço, e os resultados obtidos proporcionam uma apreciação global do desempenho.

O meu contacto com esta área limitou-se à análise de relatórios de auditoria de anos anteriores, folhas de observação, inquéritos e grelhas de avaliação que a enfermeira gestora do serviço me facultou. Tive a oportunidade de conhecer alguns dos projetos de melhoria contínua da qualidade em áreas como a segurança do cliente, a eficiência dos processos e a gestão de recursos. Em algumas dessas áreas, a enfermeira gestora explicou-me os detalhes, uma vez que a enfermeira responsável pela qualidade se encontrava de licença.

Resumidamente, a promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados a indivíduos em situação perioperatória é uma responsabilidade coletiva que requer a participação ativa de todos os profissionais de saúde. O papel do EE vai além da simples execução de prescrições e técnicas; é fundamental que este profissional exerça um juízo crítico e reflexivo, cuidando de pessoas em momentos vulneráveis, como a doença e a recuperação. A prestação de cuidados de saúde de qualidade, fundamentada em boas práticas e evidências, não só assegura a satisfação dos clientes e suas famílias, mas também contribui para a eficiência do sistema de saúde.

A ocorrência de erros na prática clínica é uma realidade, e aceitar que estes podem acontecer é essencial para a implementação de estratégias que visem a sua minimização. Através da formação contínua, da colaboração interprofissional e da análise regular das práticas, é possível criar um ambiente seguro e centrado no cliente, onde a gestão proativa de riscos se torna uma prioridade. As auditorias regulares e os programas de desenvolvimento visam não apenas a avaliação dos padrões de qualidade, mas também a promoção de cuidados inovadores e eficazes.

O EE colabora na conceção e operacionalização de projetos da instituição na área da qualidade e participa na sua divulgação. Reconhece que a melhoria da qualidade exige a avaliação crítica das práticas, a revisão quando necessário e a implementação de programas de melhoria contínua. Considera a gestão de um ambiente centrado na pessoa como uma condição indispensável para a efetividade terapêutica e a prevenção de incidentes, atuando proativamente na promoção de um ambiente propício ao bem-estar e na gestão do risco (DR, 2019).

Em suma, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados perioperatórios requer um compromisso coletivo e uma abordagem sistemática que valorize a segurança do cliente. Ao integrar a avaliação das necessidades do cliente com ferramentas de qualidade e boas práticas, o EE desempenha um papel crucial na promoção da excelência nos cuidados de saúde, assegurando não apenas o bem-estar dos clientes, mas também a satisfação dos profissionais envolvidos no processo.

Desenvolver competências na gestão de cuidados em contexto perioperatório

A liderança na gestão de cuidados deve facilitar a definição de objetivos comuns, exercendo influência através de ações intencionais que promovem transformações no ambiente de trabalho. Para garantir a qualidade dos cuidados, uma liderança eficaz deve estar ancorada em valores como autodisciplina, honestidade, compromisso e crescimento mútuo. Isso otimiza o trabalho da equipa na alocação de recursos em função das necessidades de cuidados, favorecendo respostas mais adequadas tanto a nível coletivo como individual (Silva et al., 2019b).

A liderança em Enfermagem é crucial para a melhoria contínua, contribuindo para a satisfação e motivação da equipa. Um ambiente de confiança incentiva os profissionais a dedicarem-se mais e a alcançarem um desempenho superior nas suas funções, resultando em melhores resultados na prestação de cuidados (Schneider et al., 2019). De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Estatuto do Enfermeiro, são exigidas competências na área da Gestão, as quais são fundamentais para a prática diária. Esta exigência abrange não apenas a gestão de recursos materiais, como instalações e equipamentos, mas também a gestão de recursos humanos e dos cuidados. A gestão de cuidados refere-se rigorosamente a estratégias de gestão clínica, diferenciando-se da gestão de serviços, uma área mais ampla da Enfermagem.

O EE gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e contextos, visando a qualidade dos cuidados (DR, Artigo 7º Regulamento nº 140/2019, p.4745). A gestão eficaz dos recursos humanos exige que o EE

conheça o espaço de trabalho, a casuística, o fluxo de procura e as competências dos recursos humanos disponíveis (OE, 2019).

A gestão de recursos humanos num BO envolve a atuação dos enfermeiros gestores na elaboração e implementação do plano de trabalho diário da equipa de enfermagem, incluindo a coordenação eficaz das equipas de enfermagem e dos assistentes operacionais, assegurando uma distribuição eficiente dos profissionais e a antecipação de necessidades extraordinárias, de modo a garantir a continuidade, segurança, eficiência e qualidade dos cuidados prestados e dos procedimentos cirúrgicos. As competências do EE na gestão de cuidados, que incluem uma abordagem proativa na otimização de recursos, liderança adaptativa e foco na qualidade, estão alinhadas com as diretrizes do ICN, 2007.

Em ambos os campos de estágio, tive a oportunidade de observar um estilo de liderança que promovia um ambiente positivo para a prática clínica. No primeiro contexto, acompanhei a enfermeira gestora na avaliação dos cuidados de enfermagem, na gestão de materiais e na escuta ativa de alguns problemas pessoais dos membros da equipa, além de participar na resolução de questões relacionadas com a falta de pessoal. Tive também a oportunidade de acompanhar a enfermeira gestora numa formação online, onde ela desempenhou o papel de palestrante. No segundo campo de estágio, destaco a abertura e a disponibilidade do enfermeiro chefe em comunicar, relatar e procurar soluções em conjunto durante a passagem de turno. Essas experiências foram extremamente enriquecedoras e desafiadoras.

O Enfermeiro Responsável de Turno (ERT) no BO deve atuar de forma transversal e equitativa. Na ausência do enfermeiro chefe, ele desempenha um papel de gestor funcional, organizacional e logístico, assessorando os colegas. É essencial que possua competências na área da gestão que o ajudem a responder proativamente às necessidades de cuidados e a prevenir complicações (OE, 2017). Os desafios incluem a organização integral do serviço para cumprir o programa agendado, a gestão de recursos físicos e humanos, a resolução de conflitos e a garantia de que todos os meios necessários para a execução do plano cirúrgico estejam disponíveis.

O ERT desempenha um papel importante nas tarefas delegadas aos assistentes operacionais, que realizam funções essenciais tanto na preparação das salas quanto na manutenção da assepsia, sempre que se torna necessário entrar na sala. A delegação e supervisão são competências essenciais para todos os EE (OE, 2019). Como EE, é fundamental potenciar estas competências através de formação adequada, assegurando um correto enquadramento na capacitação dos profissionais a quem delegamos e supervisionamos tarefas que visam a segurança e qualidade (OE, 2017). A formação dirigida aos profissionais a quem delegamos tarefas reflete a utilização de uma variedade de técnicas, diretas ou indiretas, como a instrução e a demonstração prática das atividades a serem delegadas (OE, 2019). Respeitar as nossas responsabilidades e manter rigor na prestação de cuidados são prioridades. A otimização dos

processos de cuidados, a assertividade e uma comunicação clara são elementos cruciais para o sucesso na delegação e supervisão.

Durante o estágio observei que os EE antecipam as necessidades de cuidados e otimizam a tomada de decisão, colaborando com os colegas da equipa e participando nas decisões multidisciplinares. Colaboram na gestão de materiais para cirurgias e na mobilização de pessoal em casos de escassez de recursos humanos.

Particpei na elaboração do plano de trabalho diário em conjunto com o(a) enfermeiro(a) responsável e tive a oportunidade de acompanhar os meus tutores na função de ERT. Além disso, estive envolvida na gestão logística de apoio, que incluiu a supervisão de equipamentos e fármacos, nomeadamente os estupefacientes, assegurando a articulação com serviços como esterilização, farmácia, aprovisionamento e GCL-PPCIRA. Também participei para a gestão de stocks, realizando o controlo e o pedido de material específico, tanto consignado como não consignado (como parafusos e placas de ortopedia, conforme indicado nos impressos próprios). Colaborei ainda na gestão das vagas nos serviços de recobro e na transferência de clientes para o serviço de pernoita ou internamento.

As diversas oportunidades que tive permitiram-me aprender sobre a gestão de recursos humanos e materiais, assessorar enfermeiros e colaborar na tomada de decisões para resolver constrangimentos na prestação de cuidados. O acompanhamento do ERT foi uma experiência única de aprendizagem, uma vez que a coordenação é uma competência fundamental do EE. As principais atividades realizadas, ligadas ao apoio à equipa e supervisão, incluíram discussões de casos e a definição de planos de cuidados. Dada a sua formação e competência clínica avançada, quando atuavam como ERT, os meus tutores também prestavam apoio aos colegas, explicando e demonstrando técnicas, assim como a sua fundamentação.

Adquirir novas aprendizagens profissionais no contexto perioperatório

No ENP em BO, os enfermeiros buscam desenvolver aprendizagens alinhadas com as competências delineadas no Artigo 8º do Regulamento nº 140/2019. É crucial que os enfermeiros demonstrem autoconhecimento, reconhecendo que este fator influencia o estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Valorizando a dimensão de si e a relação com o outro, os profissionais devem atuar em contextos singulares, tanto pessoais como organizacionais.

Adicionalmente, é essencial que a prática clínica especializada dos enfermeiros se baseie em evidência científica. Isso implica alicerçar os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitadores nos processos de aprendizagem e como agentes ativos no campo da investigação. Ao desenvolver competências

relacionadas com o autoconhecimento, a assertividade e a utilização da evidência científica, os enfermeiros garantem um desempenho eficaz e seguro na sua prática profissional.

Certa de que o caminho que traçamos para o nosso desenvolvimento profissional enquanto enfermeiros está intimamente ligado à busca de novas competências, a decisão de ingressar no presente curso foi motivada pela necessidade de evoluir em face à evolução das mesmas. Após 22 anos de prestação de cuidados a clientes em situação crítica num serviço de urgência, senti a necessidade de explorar uma nova área, a fim de adquirir novas competências e consolidar as que fui desenvolvendo ao longo do meu percurso profissional.

O fato de sair do meu contexto habitual de trabalho e da minha zona de conforto constituiu um enorme desafio, que exigiu muita dedicação, motivação e a disponibilidade mental necessária para um processo de adaptação. Reconhecendo os meus limites pessoais e profissionais, e as dificuldades que surgiram, procurei adquirir novos conhecimentos e enriquecer outros, através de pesquisas bibliográficas em bases de dados científicas e da revisão dos conteúdos teóricos abordados nas unidades curriculares ao longo da formação.

O autoconhecimento deriva da perceção da disposição da pessoa para manter ou abandonar uma ação, detendo consciência. O comportamento assertivo requer que os pensamentos sejam expressos de forma direta e confiante (ICN, 2019). A consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, bem como a adaptabilidade individual e organizacional, permite o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade.

Durante o meu percurso nos ensinamentos clínicos, procurei otimizar o autoconhecimento como forma de melhorar o relacionamento com os clientes, a família ou pessoa significativa, e a equipa multidisciplinar. Reconheci os meus limites pessoais e profissionais e procurei ser assertiva em momentos de pressão e na antecipação de eventuais conflitos. A capacidade de gerir sentimentos e emoções revelou-se uma mais-valia para uma resposta eficiente nos cuidados prestados. Estou certa de que, por ser assim, a integração nas equipas por onde passei foi mais fácil.

Durante o estágio, realizei uma autorreflexão e análise crítica conjunta com os enfermeiros tutores sobre as práticas. Avaliar uma prática e refletir sobre ela cria momentos de mudança e aquisição de novos conhecimentos. A formação pedagógica que amplia a visão tradicional do ensino é fundamental, permitindo que o educando seja responsável pela sua própria formação, dialogando, questionando e promovendo a reflexão crítica sobre o que lhe é ensinado (Scarton et al., 2019).

Em colaboração com os meus enfermeiros tutores, delineámos um conjunto de atividades para que, no final do estágio, eu adquirisse noções básicas de instrumentação cirúrgica e de

circulação. Assim, nas diversas especialidades presentes nos dois campos de estágio, pude participar nas seguintes cirurgias:

Oftalmologia: Dermatocalásia, Blefaroplastia, Dacriocistorrinostomia, Facoemulsificação com aplicação de lente intraocular, Vitrectomia, Injeção intravítrea, Correção de estrabismo na pediatria. Aqui, destaco a delicadeza do instrumental cirúrgico e a concentração necessária durante o procedimento. O registo diário de materiais, como as lentes intraoculares, foi essencial para a confirmação com o processo e com o pedido à farmácia.

Cirurgia Geral: Colecistectomia por via laparoscópica e aberta, Apendicectomias, Hernioplastias e Herniorrafias de várias topologias anatómicas, colocação de cateter de diálise, uma Gastrectomia e Esplenotomia com duração de 5 horas, onde a gestão da normotermia constituiu um desafio. Nesta área, tive as noções mais gerais sobre designações dos materiais.

Cirurgia Colorretal: Fistulectomias, Excisão de quistos sacrococcígeos e Hemorroidectomias.

Cirurgia Vascular: Simpatólise lombar por RF, Hiperhidrose focal primária na região palmar, Safenetomias por via convencional e por RF, Bypass de artéria braquial, Banding de FAV e Laqueação de saída pela perfurante (FAV UMB).

Ortopedia: Artrodese da coluna lombar e da mão, Osteossíntese de várias fraturas, Próteses dos joelhos e da anca, Artroscopia nos ombros e joelhos. Tomei consciência da imensidão de material que deve ser preparado e colocado na mesa cirúrgica, prestando especial atenção à temperatura dos solutos, especialmente nas artroscopias. Em todos estes procedimentos, houve recurso a controlo radiológico na sala, o que implicou que o circulante verificasse que todos os elementos usavam equipamento de proteção.

Obstetrícia: várias cesarianas.

Dermatologia: Remoção de sinais e lesões malignas.

Otorrinolaringologia: Turbinectomia, Excisão de adenoides, Meringotomia bilateral.

Desempenhar funções como enfermeira circulante, uma vez que, segundo a literatura, "77% dos erros que ocorreram na sala operatória foram intercetados pelo enfermeiro circulante" (Kalantari et al., 2020, p.3), exigiu de mim um rigor e atenção constantes, sempre visando a diminuição do erro e contribuindo para uma melhor eficiência dos cuidados prestados.

Era prática comum e obrigatória a verificação das listas de procedimentos e *checklists*, incluindo a LVSC. Em relação à confirmação da disponibilidade de equipamentos e materiais essenciais, gostaria de sublinhar que, além de realizar testes aos ventiladores, também incluímos os dispositivos de entubação, especialmente para situações de via aérea difícil, bem como os diversos equipamentos de anestesia, na fase de *Check-in*. Participei em *briefings* preparatórios para a sala operatória, onde assegurávamos a verificação e confirmação da presença de caixas de instrumental cirúrgico e de equipamentos adicionais, como microscópios, motores diversos e

dispositivos de posicionamento, entre outros. Durante as cirurgias ortopédicas, todo o instrumental cirúrgico era aberto e inspecionado antes da indução anestésica dos clientes, garantindo que o material estava devidamente seco e que os emuladores de esterilidade indicavam que o processo de esterilização por vapor ocorrera sem incidentes. A entrada na sala, a indução anestésica e o ato anestésico propriamente dito não prosseguiram sem que estas garantias estivessem asseguradas.

Confirmava-se também, por parte da equipa de anestesia, que a profilaxia antibiótica foi realizada, assim como a prevenção de eventos tromboembólicos, com a administração de profilaxia farmacológica quando prescrita. Além disso, realizava-se a verificação da glicemia capilar e da temperatura, utilizando mantas de aquecimento sempre que houvesse indicação.

Uma área à qual dediquei especial atenção foi o posicionamento do cliente e tudo o que lhe está associado. O EE deve fornecer todo o material necessário para o posicionamento e de confirmar com o cirurgião qual a posição mais adequada para o tipo de intervenção a ser realizada (Duarte & Martins, 2014). O ato de posicionar o cliente pode ser influenciado por diversas variáveis, e estive atenta a todas elas. É fundamental garantir o máximo conforto ao cliente, manter um alinhamento corporal adequado, preservar a função respiratória e circulatória, assegurar um acesso fácil para a administração de medicamentos, proteger a integridade da pele e evitar lesões oculares, utilizando pomadas oftálmicas e compressas ou adesivos para promover a oclusão ocular. Além disso, é essencial mobilizar o cliente de forma lenta e segura, evitando quedas, o que demonstra a realização de cuidados especializados e a promoção da segurança (Duarte & Martins, 2014).

Antes da saída do cliente da sala operatória, procedíamos sempre à contagem de compressas, instrumentos e materiais corto-perfurantes, a fim de prevenir a retenção de corpos estranhos. Esta contagem era sempre efetuada antes do encerramento cirúrgico, permitindo, em caso de inconformidade, a realização de um controlo radiológico para a identificação e localização do material.

Também realizávamos o registo completo e detalhado dos dispositivos médicos utilizados, tanto consignados como não consignados. Colaborei na rotulagem das peças operatórias e fluidos orgânicos destinados à análise e diagnóstico, assegurando o seu acondicionamento em contentores apropriados, assim como a identificação e registo das peças para anatomia patológica, citologia e microbiologia. A implementação de medidas de segurança em caso de clientes infetados e a privacidade dos clientes, expondo apenas as áreas necessárias, sempre foram áreas de especial atenção enquanto desempenhava funções como enfermeira circulante.

Na UCA, dada a especificidade da instrumentação cirúrgica da enfermeira tutora, procurei aproveitar todas as oportunidades de novas aprendizagens e aperfeiçoamento. Estabelecemos como objetivos específicos a instrumentação de uma cirurgia de Facoemulsificação com aplicação de lente intraocular e a montagem de uma mesa cirúrgica em oftalmologia,

vitrectomia, e cirurgia vascular para a criação de uma fístula arteriovenosa (FAV). Estes objetivos foram alcançados com muito esforço, exigindo muito estudo, preparação, determinação e a colaboração da enfermeira tutora. Sem dúvida, estas áreas foram as que mais me desafiaram, permitindo-me experienciar uma realidade bastante diferente da minha. Reconheço que houve momentos de grande desafio e insegurança; contudo, foi precisamente neste contexto que pude desenvolver habilidades cruciais, como adaptabilidade, pensamento rápido, capacidade de tomada de decisão e tolerância à pressão.

Este percurso na área da instrumentação foi solidificado durante a minha experiência no BOC. Ao enfrentar esses desafios, fortaleci não apenas as minhas habilidades técnicas, mas também a minha resiliência e confiança enquanto profissional de saúde. Esta experiência enriquecedora moldou, sem dúvida, a minha abordagem nas áreas mais específicas do perioperatório.

A implementação da melhor evidência científica disponível nos contextos clínicos é, apesar de necessária, um desafio, uma vez que existe uma grande lacuna entre a investigação e a aplicação dos seus resultados na prática clínica. Esta lacuna pode levar a riscos desnecessários para os profissionais de saúde e para o bem-estar dos clientes, além de resultar em desperdício de recursos (Néné & Sequeira, 2022). Ciente de que a aprendizagem, a prática clínica suportada em evidência científica e a implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada em ambiente de trabalho são fundamentais para a melhoria da qualidade dos cuidados especializados e da segurança de todos, defendo que a formação é tanto um direito quanto um dever dos profissionais. O seu sucesso depende do envolvimento de todos e é essencial promover a convergência entre interesses institucionais, a realidade dos serviços e as ambições individuais.

Um exemplo da aliança entre teoria e prática profissional passa pela inclusão da investigação na formação em serviço. O desenvolvimento desta parceria traduzir-se-á num maior reconhecimento social da enfermagem e na prestação de cuidados de excelência. Esta premissa foi-me transmitida nos dois momentos em que estive com a enfermeira gestora da UCA, que me referiu ser um dos seus projetos/objetivos naquela instituição.

Nos contextos de estágio, realizaram-se formações em serviço, nas quais tive a oportunidade de participar. Considerando que a formação contínua deve estar sempre presente no nosso percurso profissional e tendo em conta a constante evolução tecnológica e a produção de conhecimento em enfermagem, a procura de conhecimento é um dever inerente aos profissionais de enfermagem, conforme previsto na deontologia profissional (Regulamento nº 140/2019; Regulamento nº 361/2015).

Particpei ainda em alguns congressos e jornadas científicas, que passo a citar:

- Participação nas I Jornadas de Enfermagem Perioperatória em Oncologia do IPO-Porto: Diferenciação da Enfermagem Perioperatória em Oncologia: realidade, futuro e desafios;
- Participação no 1º Congresso de Enfermagem Perioperatória, Hospital da Luz Póvoa de

Varzim;

- Póster como autora com o tema “*A influência da liderança no Burnout nos enfermeiros do Perioperatório*” no 1º Congresso de Enfermagem Perioperatória, Hospital da Luz Póvoa de Varzim (Anexo I);
- Póster como autora com o tema “*Intervenções de enfermagem para o controlo da ansiedade no cliente submetido a ALR*” no 1º Congresso de Enfermagem Perioperatória, Hospital da Luz Póvoa de Varzim (Anexo II).

A manutenção da normotermia é um objetivo desafiante em clientes submetidos a procedimentos cirúrgicos e anestésicos. A prevenção da hipotermia inadvertida é crucial não só para evitar infeções do local cirúrgico, mas também para o sucesso destes procedimentos. Acabei por perceber que todos os contextos necessitam do nosso cuidado para a manutenção de normotermia dos nossos clientes, alguns procedimentos mais do que outros, alguns clientes mais do que outros.

No decurso do ensino clínico, no BOC e após uma reflexão sobre a temática, identifiquei uma necessidade junto do enfermeiro gestor e dos enfermeiros tutores, o que resultou na realização de uma formação sobre a Gestão da Hipotermia no Perioperatório (Anexo III). Neste seguimento, estive envolvida na elaboração de uma revisão narrativa da literatura, fundamentada em artigos recentes, a qual fundamentou a construção de uma instrução de trabalho (Anexo IV), que foi submetida e aprovada por um grupo focal (Anexo V).

Optou-se por esta metodologia, a qual promove a partilha de saberes, de acordo com Gomes & Barbosa (1999, p.1), esta abordagem consiste em “um grupo de discussão informal e de tamanho reduzido, com o propósito de obter informações de carácter qualitativo em profundidade”. Embora possa ser considerada uma forma de entrevista em grupo, o grupo focal distingue-se por não seguir um formato rígido de perguntas e respostas. A essência desta metodologia reside na interação entre os participantes e o pesquisador, com o objetivo de colher dados a partir de discussões focadas em tópicos específicos (Carlini-Cotrim, 1996; Westphal, 1997).

O grupo focal foi composto por seis participantes: cinco enfermeiros e uma anestesiológica, todos com vasta experiência em BO. Destes, quatro possuíam formação em EEEMC, e um dos participantes detinha doutoramento na área, enquanto os restantes eram peritos com formação adicional em gestão, formação em serviço e controlo da infeção. Os dados obtidos através desta metodologia de grupo focal são de natureza qualitativa (Westphal, 1997), e o processo de análise ocorreu de forma simultânea à colheita de dados, sendo complementado posteriormente com a análise de entrevistas.

O resultado final foi o aprimoramento da instrução de trabalho a qual motivará uma formação em Serviço, visando a sua implementação no mesmo. Foi um trabalho de investigação rigoroso, prático e que me enriqueceu imenso.

Esses trabalhos possibilitaram a aquisição de novo conhecimento, com caráter de investigação e científico, que é passível de desenvolvimento na prática clínica. Além disso, procurei estar a par da evidência científica mais atual, com o intuito de a transpor para a prática clínica, demonstrando conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes. A prática clínica especializada em enfermagem, alicerçada em evidências científicas, é essencial para a tomada de decisões informadas e intervenções de qualidade. Neste contexto, os EE não apenas aplicam conhecimentos atualizados e válidos, mas também se tornam agentes ativos na promoção de pesquisa e aprendizagem contínua, contribuindo para a excelência nos cuidados prestados no BO.

A importância do autoconhecimento e da assertividade é igualmente ressaltada, uma vez que essas competências são fundamentais para o estabelecimento de relações terapêuticas e colaborativas em ambientes desafiadores. Durante o estágio, foi possível observar um esforço sistemático por parte dos serviços em promover ações de formação e sensibilização, garantindo que a equipa esteja atualizada em relação às melhores práticas, procedimentos e equipamentos. A quantidade e diversidade que estes locais de estágio permitiram foram enormes.

A experiência não se restringiu ao desenvolvimento de habilidades técnicas específicas, mas promoveu uma abordagem reflexiva que visa a melhoria contínua da prática profissional. A conceção de cuidados em enfermagem (casos clínicos) durante os estágios também permitiu fomentar os aspetos mencionados. Este processo de aprendizagem revelou-se crucial para a aquisição de novas competências em áreas como gestão, investigação, raciocínio clínico e pensamento crítico. A interação constante entre teoria e prática permitiu explorar áreas anteriormente não abordadas na minha trajetória profissional, como a instrumentação cirúrgica e a circulação e gestão de serviços.

Assim, o estágio não só consolidou conhecimentos técnicos, mas também promoveu um desenvolvimento integral e multidimensional, preparando-me para enfrentar os desafios da enfermagem perioperatória com uma base sólida e uma visão crítica. Em suma, a combinação de práticas baseadas em evidência com um forte desenvolvimento pessoal e profissional é a chave para a excelência nos cuidados de saúde e para a evolução da enfermagem como disciplina com um corpo de conhecimento estruturado.

Competências Específicas

Entende-se por competências específicas do EE aquelas que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, bem como do campo de intervenção definido para cada área de especialidade. Estas competências são demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (OE, 2019).

Todas as pessoas submetidas a algum procedimento cirúrgico e/ou anestésico devem ser cuidadas por profissionais qualificados. O EE na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória presta cuidados de saúde dirigidos, baseados em conhecimentos especializados e habilidades que visam a promoção da saúde, a prevenção de efeitos adversos e o tratamento da doença, garantindo a segurança, de acordo com os princípios éticos e deontológicos que são congruentes com a consciência cirúrgica (DR, 2018). O período perioperatório comporta as fases do pré, intra e pós-operatório, e a intervenção do EE neste contexto está inerente a cinco áreas: anestesia, circulação, instrumentação, cuidados pós-anestésicos e consulta perioperatória (DR, 2018; EORNA, 2023).

Neste contexto, descreverei de forma crítica e reflexiva as atividades desenvolvidas, assim como o seu contributo para o meu desenvolvimento enquanto futura enfermeira especialista, tendo em conta as competências previstas no Regulamento nº 429/2018 (OE, 2021).

Cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa

O EE, ao cuidar da pessoa em situação perioperatória e da respetiva família, promove a compreensão do processo vivido, capacitando-os para o autocuidado e a reintegração no seio familiar e social (DR, 2018). A maximização da segurança da pessoa e da equipa pluridisciplinar é crucial, tendo em conta o elevado risco associado aos cuidados perioperatórios, especialmente em relação à ocorrência de eventos adversos, que podem surgir devido à vulnerabilidade do cliente, à complexidade dos procedimentos realizados e ao ambiente em que são prestados os cuidados. O enfermeiro atua de forma a garantir a segurança da pessoa, dos profissionais e do ambiente, sempre em conformidade com a ética profissional (Regulamento nº 429/2018).

Assim, o cliente cirúrgico que se submete a cuidados perioperatórios enfrenta não apenas o desafio da cirurgia e as expectativas de melhoria, mas também a vulnerabilidade resultante da alteração do seu estado de consciência, o que pode afetar o seu bem-estar físico, emocional e social. A abordagem do EE é, portanto, essencial para um cuidado integral e humanizado durante todo o processo perioperatório.

A atuação do EE nesta área é estruturada em cinco componentes complementares: “consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós-anestésicos” (Regulamento

nº 429/2018, p.19366).

O período perioperatório abrange as fases pré, intra e pós-operatórias. A fase pré-operatória inicia-se com a decisão de realizar a cirurgia, estabelecida entre a pessoa e o cirurgião, e termina com a transferência do cliente para a mesa operatória. A fase intraoperatória começa com a transferência para a mesa e conclui quando a pessoa é transferida para a UCPA. Por fim, a fase pós-operatória inicia-se na UCPA e termina quando se considera que a pessoa está recuperada do processo cirúrgico/anestésico (Regulamento nº 429/2018).

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

A gestão da experiência cirúrgica é um processo complexo que exige a participação ativa do cliente e da sua família ou pessoa significativa. O EE desempenha um papel fundamental nesse contexto, promovendo o entendimento do processo cirúrgico e capacitando os indivíduos para o autocuidado e a reintegração familiar e social (DR, 2018). A abordagem centrada no cliente é essencial para fornecer um suporte abrangente durante o período perioperatório.

Estudos demonstram que o fornecimento de informação pré-operatória resulta em benefícios significativos, como a redução da ansiedade pré-operatória, sendo fundamental para o desenvolvimento saudável da experiência cirúrgica (Oliveira, 2011). Nas orientações da OE, a transmissão eficiente da informação desempenha um papel crucial no cuidado de saúde, especialmente no contexto pré-operatório, onde uma comunicação clara e precisa é essencial para garantir a segurança e o bem-estar dos clientes (DR, 2.ª série — Nº 135, 2018).

A capacitação através do conhecimento é determinante na vivência da experiência cirúrgica pelo cliente e pela sua família ou pessoa significativa. A consulta de enfermagem pré-operatória é uma ferramenta fundamental que permite ao enfermeiro avaliar as necessidades específicas do cliente e fornecer informações essenciais sobre os cuidados pré, intra e pós-operatórios, incluindo aspetos relacionados com a recuperação e a preparação para a alta. A família deve ser envolvida no plano de cuidados, sendo este o momento ideal para preparar o acolhimento na unidade cirúrgica (AESOP, 2012).

Essa consulta deve realizar-se em dois momentos (Duarte & Martins, 2014; Breda, 2019) e as informações devem ser sempre adaptadas ao nível de compreensão e contexto específico do cliente. Essa interação não apenas prepara o cliente para o procedimento invasivo, mas também promove uma tomada de decisão informada, encorajando uma participação ativa e autónoma ao longo de toda a experiência cirúrgica (OE, 2017).

Este momento é crucial, pois permite que o cliente e a sua família discutam a cirurgia, esclareçam dúvidas sobre a preparação para o procedimento e se familiarizem com o ambiente

cirúrgico. O enfermeiro tem a responsabilidade de criar condições que permitam à família acompanhar o cliente ao longo do processo cirúrgico. A transmissão clara de informações sobre o circuito perioperatório, os efeitos colaterais do procedimento, as medidas alternativas ou opções de tratamento, e os cuidados pós-operatórios é essencial para melhorar a compreensão e a expectativa do que está por vir (OE, 2017).

No entanto, na prática, observa-se uma disparidade entre as evidências científicas e a realidade assistencial, muitas vezes devido a limitações organizacionais e de recursos humanos. Essas condições dificultam a implementação da consulta pré-operatória, resultando numa diminuição da qualidade dos cuidados de saúde. A implementação de um projeto que introduza consultas pré-operatórias no BOC poderia ser uma alternativa a considerar.

Para colmatar esta ausência, procurei, no acolhimento, considerar as particularidades de cada cliente. Recordo-me de uma jovem que sofreu um acidente de cavalo, resultando numa fratura da anca, e que, além do medo, estava muito preocupada por a sua família desconhecer a sua situação. Foram tomadas as devidas diligências para tentar mitigar esta preocupação. No recobro, a mãe já a aguardava.

Esta competência específica do EE alinha-se com os princípios da teoria das transições de Afaf Meleis, que enfatiza a importância de preparar os indivíduos para mudanças significativas. Segundo Meleis (2000), as mudanças na saúde e na doença dos indivíduos criam um processo de transição, e os clientes em transição tendem a ser mais vulneráveis a riscos que podem, por sua vez, afetar a sua saúde. A identificação destes riscos pode ser melhorada através da compreensão do processo de transição. É importante perceber que, muitas vezes, as cirurgias implicam uma mudança, não desejada, no estilo e condição de vida da pessoa. A adaptação às restrições causadas, ou os ajustes diários à nova condição, requerem, muitas vezes, um apoio emocional, que permita o cliente ou família, fazer a transição. A gestão da experiência cirúrgica, nesse contexto, é uma manifestação do compromisso do EE em facilitar uma transição saudável para o cliente e a sua família, promovendo compreensão, autonomia e adaptação positiva ao processo cirúrgico. Ao capacitar a pessoa e a família para gerir a experiência cirúrgica, o EE aumenta a consciencialização sobre o processo, promove a preparação antecipada, identifica significados associados à cirurgia e reconhece pontos críticos durante a transição. Em suma, o papel do EE na capacitação da pessoa e da família é vital para a gestão que a experiência cirúrgica, aumentando a consciencialização sobre o processo cirúrgico, promovendo a preparação antecipada, identificando os significados associados à cirurgia e reconhecendo os pontos críticos-chave durante a transição.

A comunicação é um processo fundamental que envolve a transmissão de informações entre duas ou mais partes. A comunicação terapêutica, em particular, é caracterizada pelas técnicas verbais e não-verbais empregues pelo enfermeiro perioperatório, tendo em vista as necessidades dos clientes que recebem cuidados (Sampaio, 2017). Este tipo de comunicação

promove a tranquilidade, a autoconfiança, o respeito pela individualidade, a ética, a compreensão e a empatia em relação ao cliente (Sampaio, 2017). Deste modo, procurei estabelecer uma comunicação desse tipo com os clientes, de forma a incentivar a exploração de sentimentos e emoções, com o objetivo de promover a compreensão mútua e empatia. O conteúdo lecionado na unidade curricular de Comunicação e Relação Terapêutica foi de extrema importância para o desenvolvimento destas novas habilidades e competências.

Estou ciente da importância de adotar estratégias que promovam o alívio da ansiedade e do medo, uma vez que esses fatores são essenciais para uma recuperação eficaz. Sempre que possível, utilizei técnicas como a respiração diafragmática, o toque, o silêncio e a escuta ativa. Isso é especialmente relevante, pois a ansiedade excessiva, principalmente no período que antecede a cirurgia, pode impactar negativamente tanto o momento do intraoperatório quanto o pós-operatório (Oliveira, 2011). Durante a minha experiência na UCA, tive a oportunidade de verificar se estavam reunidas as condições que garantem que o cliente possa regressar a casa para um pós-operatório tranquilo e sem complicações. Essas condições incluem: recuperação do estado de consciência, estabilidade dos sinais vitais, capacidade de deambulação, ausência de náuseas e vômitos, controlo da dor, ausência de hemorragia, acompanhamento por um adulto responsável nas 24 horas seguintes à cirurgia e transporte adequado (Duarte & Martins, 2014).

Promove cuidados a pessoa em situação perioperatória

O processo de raciocínio clínico dos enfermeiros segue um conjunto de etapas mentais sequenciais e dinâmicas, atendendo às necessidades apresentadas pelo cliente. Paiva e Silva (2011, p.44) refere que,

“qualquer uma destas etapas mentais não pode ser entendida separadamente. Este raciocínio envolve diferentes processos cognitivos, resultando na conceção de cuidados. Conceber cuidados de enfermagem é o desígnio dos enfermeiros no seu exercício profissional autónomo e processa-se através de um fluxo dinâmico que requer capacidades de interpretação, análise, inferência, avaliação, explanação e autoregulação.”

É esta etapa, conduzida pelo raciocínio, que resulta na autonomia na decisão e conceção do enfermeiro, pela qual este se responsabiliza (Silva, 2011).

A interação é o principal instrumento através do qual os enfermeiros constroem relações de confiança e avaliam as necessidades e recursos do cliente, sendo também fundamental para as intervenções de enfermagem (Meleis, 2012, citado por Alves, 2015). Dada a natureza da enfermagem como ciência humana, a interação entre enfermeiro e cliente é crucial para que os cuidados de enfermagem possibilitem a realização dos objetivos do cliente e promovam um estado saudável (Abreu, 2011). Deste processo de interação resultam dois tipos de

intervenções: as interdependentes e as autónomas.

As IE interdependentes são:

“(…) as ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com os outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas” (DL nº 161/96, p.2961).

As IE autónomas são:

“(…) as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem” (DL nº 161/96, p.2961).

A intervenção autónoma de enfermagem durante o período perioperatório desempenha um papel crucial na preparação e recuperação cirúrgica do cliente. Os cuidados fornecidos neste período devem ser diferenciados e de alta qualidade, começando pela identificação das necessidades do cliente através da colheita de dados e, conseqüentemente, pelo estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e intervenções autónomas ao longo das diferentes fases do processo (Duarte & Martins, 2014).

Durante o estágio clínico, o acompanhamento próximo dos clientes possibilitou a recolha de dados essenciais para a formulação de diagnósticos de enfermagem, que orientaram intervenções focadas na resolução dos problemas identificados. A minha atitude em estágio pautou-se pela elaboração de planos de cuidados o mais completos possível e por registos detalhados através do aplicativo *Sclinico*®. O acompanhamento direto dos clientes durante as cirurgias proporcionou-me uma visão abrangente, resultando em intervenções mais informadas e personalizadas. Essa abordagem, centrada nas necessidades específicas de cada cliente, promoveu um cuidado holístico e individualizado.

Saliento, novamente, os conhecimentos adquiridos na unidade curricular de Relação e Comunicação Terapêutica e o despertar para situações como as referidas por Sakai et al. (2020), que indicam que, embora os prestadores de cuidados de saúde acreditassem que estavam a transmitir adequadamente informações, os clientes sentiam que as informações recebidas não eram adequadas. Estas conclusões fazem-nos refletir sobre a necessidade de uma comunicação efetiva, utilizando uma linguagem acessível, acerca dos cuidados de enfermagem que serão prestados ao longo de todo o período perioperatório (Gonçalves et al., 2017). Assim, considero que os domínios da emoção e do conhecimento têm uma grande margem de evolução no contexto perioperatório, quando se fala de autonomia na enfermagem.

No ambiente intraoperatório, agi sempre com o máximo de segurança possível, confirmando e agindo apenas quando a atitude fosse validada pelos tutores, pois reconheço a minha imaturidade em alguns aspetos mais técnicos, que no intraoperatório são vastos, diferentes e elaborados. Estive principalmente focada e debruçada no domínio da termorregulação, prevenção e gestão da hipotermia por ser a temática principal do meu estudo. O cumprimento rigoroso dos procedimentos e protocolos delineados contribui significativamente para a eficácia, segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Durante os meus estágios, desenvolvi a conceção de cuidados à pessoa em situação Perioperatória, elaborando quatro casos clínicos. O raciocínio clínico para cada um desses casos foi orientado pela plataforma e4Nursing da ESEP, que possibilita uma análise aprofundada do processo de enfermagem, fundamentada na Ontologia de Enfermagem, aprovada pela OE. Este modelo de referência é importante na estruturação da conceção do cuidado, facilitando a organização do conhecimento e garantindo a interoperabilidade semântica na comunicação em sistemas de saúde (ESEP, 2022). Cada caso clínico envolveu, três interações com o cliente, denominadas sessões, que refletem momentos diferentes da condição clínica do cliente.

O caso clínico inclui um cenário que descreve de forma sucinta a situação atual do cliente que necessita de cuidados, assim como um enquadramento teórico que sustenta o processo de tomada de decisão, baseado na anatomia e fisiopatologia da situação clínica. Também são apresentadas as medicações prescritas, acompanhadas pelos cuidados de enfermagem associados, possíveis efeitos adversos e as intervenções de enfermagem correspondentes. Além disso, são abordados os procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica, referentes a dispositivos ou técnicas invasivas prescritas ou aplicadas ao cliente, de acordo com a decisão médica, sendo estas ações designadas como interdependentes.

Os domínios de atenção de enfermagem relevantes para a elaboração dos cuidados são explanados, com uma justificação teórica, e as intervenções autónomas de enfermagem são prescritas de acordo com o contexto específico de cada caso. Por fim, a síntese enfatiza as intervenções de enfermagem que emergem da evidência científica mais atual, em resposta às necessidades de cuidados identificadas no caso clínico em questão.

A elaboração destes estudos de caso levou-me a agrupar o raciocínio clínico de uma forma diferente. Este processo levantou dúvidas e incertezas, mas, com o treino e os conteúdos lecionados na unidade curricular de Conceção de Cuidados de Enfermagem em contexto Perioperatório, foi bem assimilado e conseguido.

Desenvolve a sua intervenção numa perspetiva interprofissional

A vulnerabilidade inerente aos clientes no contexto do BO, amplificada pela constante evolução

das tecnologias, exige uma consciência crítica e uma vigilância proativa contínuas. A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (UNESCO, 2006) enfatiza que, ao aplicar e desenvolver conhecimentos científicos, práticas médicas e tecnologias, é fundamental maximizar os benefícios e minimizar os danos. Este princípio tem orientado a minha prática, levando-me a refletir sobre o impacto da tecnologia no bem-estar dos clientes, nas relações interpessoais e na humanização dos cuidados de saúde no ambiente perioperatório.

Sempre me foi enfatizado que devemos ter uma abordagem holística, que é a base para o sucesso nos cuidados aos clientes. Nesse sentido, não se pode subestimar a importância da interprofissionalidade, pois a colaboração entre diferentes profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, assistentes técnicos e assistentes operacionais, na abordagem do cliente em situação perioperatória é crucial. No meu entendimento, essa interação permite um planeamento mais eficaz e uma gestão mais segura do cliente. Mais uma vez, saliento que o saber ser e estar, bem como as habilidades de comunicação que aprendi, desenvolvi e apliquei nos contextos de estágio, contribuíram para que me sentisse respeitada e integrada nas equipas, além de favorecer o melhor tratamento possível ao cliente.

Em ambiente perioperatório, as competências não técnicas são pouco abordadas e desenvolvidas. Este foi um dos tópicos discutidos e refletidos com os enfermeiros tutores. Sendo uma área descuidada e pouco explorada, acredito que ainda tenho muito a desenvolver.

Comuniquei de forma clara e aberta com os vários elementos da equipa. Tenho como princípio, ao receber uma informação, contextualizá-la, tomar consciência, esclarecer dúvidas e validá-la, como, por exemplo, na administração de medicação, na abertura de material para a mesa cirúrgica, entre outras atitudes/procedimentos. Considero estas premissas fundamentais na segurança e qualidade e que se reflete no bom desempenho do EE.

No ambiente intraoperatório, assisti várias vezes a momentos de partilha e reflexão entre os diferentes elementos da equipa, tanto no pré, como durante e no pós-cirurgia. Ajustes rápidos e eficazes nas estratégias delineadas são, sem dúvida, fatores preponderantes a replicar para garantir a eficácia dos cuidados prestados.

No meu entendimento, estas práticas refletem a importância de uma colaboração eficaz entre os profissionais de saúde. Além disso, a abordagem interprofissional estende-se à forma como nos dirigimos ao cliente e à família ou pessoa significativa. Muitas vezes, o EE atua como elo entre diferentes classes. Face aos clientes que não compreenderam ou não se sentiram à vontade para perguntar ao médico, procurei tranquilizá-los, de modo a que pudessem compreender o desenrolar do seu processo perioperatório e se sentissem apoiados ao longo da vivência desta transição saúde-doença. O empoderamento do cliente por meio da educação é um fator que contribui significativamente para a sua recuperação e satisfação, promovendo resultados de saúde mais positivos.

Maximizar a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica

A pessoa em situação perioperatória enfrenta uma vulnerabilidade física e emocional ao consentir ser submetida a procedimentos anestésicos e cirúrgicos. Nesses momentos, os cuidados de enfermagem especializados são essenciais, pois visam garantir a segurança e o bem-estar do cliente ao longo de todo o processo. O enfermeiro deve exercer um pensamento crítico e uma responsabilidade profissional, refletindo sobre as suas práticas e assegurando a integridade e a dignidade do cliente. A consciência cirúrgica, um princípio ético e moral, orienta o enfermeiro a agir sempre em benefício do cliente, reconhecendo os riscos e responsabilidades inerentes à prática cirúrgica. Este conceito enfatiza a importância do enfermeiro atuar de forma ética e responsável, garantindo a segurança e a dignidade do cliente, mesmo sem supervisão direta. Assim, a consciência cirúrgica deve ser um princípio fundamental na prática de enfermagem em situações cirúrgicas, maximizando a segurança tanto do cliente quanto da equipa multidisciplinar.

Demonstração de consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório

A consciência cirúrgica implica um entendimento profundo dos riscos e desafios associados às intervenções cirúrgicas. A promoção de um ambiente seguro é fundamental, e, para isso, é essencial fomentar uma cultura de segurança, onde a comunicação aberta entre todos os membros da equipa é incentivada. Isso inclui a utilização de ferramentas de comunicação eficazes, como a técnica ISBAR, que assegura que informações cruciais sejam transmitidas de forma clara e concisa, minimizando assim o risco de erros.

Quando falamos de ambiente seguro, não podemos deixar de mencionar a relevância do PNSD 2021-2026, que tem como objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, suportado por cinco pilares, com a definição de vários objetivos estratégicos. Todos estes itens já foram abordados, desenvolvidos e mencionados nas atividades realizadas durante o estágio e reportadas, anteriormente, neste relatório. De forma sucinta, o plano refere que:

- **Cultura de Segurança:** Para promover uma cultura de segurança nos cuidados de saúde, é essencial que a liderança esteja comprometida com a segurança do cliente. A comunicação aberta e a transparência ajudam a identificar problemas, enquanto os erros devem ser vistos como oportunidades de aprendizagem num ambiente sem culpabilização. A inclusão de clientes e familiares nas decisões e a capacitação em literacia em saúde fortalecem a segurança. A colheita contínua de dados sobre incidentes e a criação de um ambiente de confiança e responsabilização entre profissionais são cruciais. Além disso, é importante identificar riscos e integrar a cultura de segurança em

- processos de melhoria contínua, envolvendo todos os profissionais e líderes nas instituições de saúde (DGS, 2022b).
- **Liderança e Governança:** É fundamental garantir o compromisso, a transparência e a responsabilidade das lideranças na implementação de práticas seguras e na supervisão contínua.
 - **Comunicação:** É necessário assegurar que os clientes compreendam os procedimentos a que serão submetidos e que dão o seu consentimento de forma livre e esclarecida. A utilização da técnica ISBAR como ferramenta de comunicação é essencial para garantir que todos os intervenientes compreendam os procedimentos e que o consentimento informado dos clientes seja obtido de forma clara e transparente. Além disso, deve-se fortalecer a comunicação eficaz entre profissionais de saúde, clientes e partes interessadas, para assegurar continuidade e clareza no cuidado (DGS, 2022b).
 - **Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança do doente:** A implementação de sistemas de notificação de incidentes, baseados em princípios de não culpabilização e a monitorização de riscos durante o período perioperatório são essenciais para a segurança do cliente. Fomenta-se a notificação através do sistema de notificação - *Notifica* (DGS, 2022b).
 - **Práticas Seguras em Ambientes Seguros:** O plano visa reduzir danos evitáveis nos cuidados de saúde por meio de uma cultura de segurança, notificação de incidentes e um ambiente de comunicação aberta. Em ambiente perioperatório, a importância da LVSC visa melhorar a comunicação e o trabalho em equipa, desenvolve-se em três momentos-chave: antes da indução da anestesia, antes da incisão da pele e antes do cliente sair da sala operatória, reduzindo erros e complicações no processo. Outras medidas estratégicas previstas no plano incluem aumentar a segurança na utilização da medicação, assegurar a identificação inequívoca dos clientes, prevenir a ocorrência de quedas, prevenir úlceras por pressão e prevenir e controlar infeções e resistências aos antimicrobianos, com o objetivo de assegurar que as práticas clínicas e os ambientes onde os cuidados são prestados estejam alinhados com os mais altos padrões de segurança. Aqui também se insere a importância da manutenção de normotermia durante todas as fases do pré-operatório para a prevenção de complicações, e que foi alvo aprofundado do meu estudo (DGS, 2022b).

Essa prática representa uma oportunidade para refletir em mais detalhe sobre esta temática, uma vez que o objetivo é assegurar que as práticas clínicas e os ambientes onde os cuidados são prestados estejam alinhados com os mais altos padrões de segurança. Durante o estágio, e tal como já foi explanado anteriormente, atender a premissas é fundamental para o meu desenvolvimento como EE.

Lidera o processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios

No contexto perioperatório, é responsabilidade do EE assegurar os padrões de qualidade dos

cuidados de enfermagem, especialmente no que diz respeito à gestão de medidas de contenção, prevenção da transmissão e descontaminação, perante a pessoa com infeção documentada (OE, 2017). Além disso, o PNSD, no seu quinto pilar, apresenta o objetivo estratégico de reduzir as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos (RAM) (DGS, 2022a).

A prevenção das IACS é uma prioridade, sendo estas definidas como qualquer infeção adquirida pela pessoa em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, independentemente de estar hospitalizada, em ambulatório ou em cuidados continuados, entre outros. Tais infeções também podem afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade (DGS, 2007).

As IACS constituem um problema de saúde significativo, uma vez que agravam o prognóstico da doença base, prolongam os internamentos e estão associadas a um aumento da morbilidade, mortalidade e, conseqüentemente, dos custos (DGS, 2018).

Em Portugal, a DGS iniciou, em 2013, a aplicação de medidas através do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antibióticos (PPCIRA), com o intuito de prevenir as IACS e a sua disseminação, bem como de conter o uso de antimicrobianos. Este programa é sustentado por três pilares essenciais: a redução das IACS através da promoção e implementação das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) e a implementação de estratégias de apoio a procedimentos e dispositivos invasivos; a diminuição do consumo de antimicrobianos, por meio da implementação do Programa de Apoio à Prescrição de Antibióticos e da monitorização do seu consumo pela DGS.

As PBCI consistem em diretrizes essenciais que devem ser seguidas por todos os profissionais de saúde, com o objetivo de reduzir o risco de infeções e a transmissão de agentes patogénicos entre clientes, do ambiente para os clientes, e dos clientes para os profissionais de saúde, e vice-versa. Estas diretrizes incluem 10 pontos fundamentais: avaliação individual do risco de infeção no momento da admissão do cliente e isolamento adequado dos clientes de alto risco; prática de higiene das mãos; adoção de medidas de etiqueta respiratória; uso correto de EPI; descontaminação adequada de equipamentos clínicos; controlo ambiental e limpeza apropriada das superfícies; manipulação segura da roupa; gestão adequada de resíduos; procedimentos seguros na preparação e administração de medicamentos injetáveis; e medidas para prevenir a exposição a agentes microbianos no ambiente de trabalho.

Ao longo do meu período de estágio, além de aprofundar os conhecimentos sobre o tema em questão, consultei os procedimentos adotados nos serviços e as diretivas da ERS. Posteriormente, realizei uma análise crítica em conjunto com os enfermeiros tutores, tendo como objetivo avaliar as práticas de prevenção de infeções em uso em cada contexto, com base na evidência mais recente disponível. Dessa forma, procurei contribuir para a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

A análise e reflexão que emergiram dessa experiência permitiram-me considerar o meu papel, enquanto futura Enfermeira Especialista, na maximização da segurança associada à prestação de cuidados de enfermagem, bem como a necessidade de manter um olhar criterioso e um escrutínio constante da prática clínica.

Esta foi uma das áreas que mais me suscitou interesse, especialmente devido à parte teórica lecionada por uma professora entusiasta, com profundo conhecimento e competência na área, que me incentivou e motivou a mudar comportamentos e a refletir sobre as práticas correntes. Ela promoveu a sensibilização para esta temática e proporcionou um sentido crítico nas ações durante os estágios.

Ao longo do relatório, foram abordados diversos aspetos que se enquadram neste âmbito, nomeadamente a temática que dá título a este documento. Assim, passo a complementar a informação sobre o meu desenvolvimento de competências na prevenção e controlo de infeções, com a descrição de um dos três casos que tive a oportunidade de assistir: um cliente de 77 anos, infetado com *Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina* (MRSA), submetido a uma prótese total da anca. Esta cirurgia evidenciou os desafios da prevenção e controlo de infeções no BO. A necessidade de restringir o acesso à sala, utilizar equipamentos dedicados e implementar medidas rigorosas de contenção levou à realocação de vários conteúdos da sala para a antecâmara, incluindo o carro de anestesia e o carro de circulante, vários equipamentos de suporte, permanecendo dentro apenas o essencial. Para além de se proteger alguns dos equipamentos que não podem ser removidos, como, por exemplo, computadores... Neste caso, assumi a posição de elemento na retaguarda, permitindo a comunicação com a equipa dentro da sala.

Este caso reforçou a minha compreensão acerca da responsabilidade do enfermeiro na promoção de um ambiente seguro e na prevenção de infeções, protegendo não apenas o cliente infetado, mas também os demais clientes e os profissionais de saúde.

É importante salientar o excelente trabalho das assistentes operacionais de ambos os campos de estágio, que se mostraram atentas e profissionalmente competentes na limpeza e desinfecção das salas e superfícies, assim como na utilização adequada do EPI.

A lavagem cirúrgica das mãos constitui uma prática diária que sigo, cumprindo todos os passos, e que, neste momento, já se tornou um processo mental assimilado.

Posto isto, o EE deve desenvolver e implementar um plano de prevenção e controlo de infeções, que inclua a adesão rigorosa às PBCI. Isso abrange a prática da higiene das mãos, o uso correto do EPI e a descontaminação adequada dos equipamentos clínicos. O conhecimento das normas e diretrizes da DGS é essencial para garantir que as melhores práticas sejam seguidas.

Promove a gestão e o controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório

A utilização de dispositivos médicos em ambientes cirúrgicos requer uma abordagem criteriosa e sistemática. O EE deve garantir que os dispositivos sejam manuseados e geridos de acordo com as melhores práticas e normas de segurança, minimizando o risco de complicações e infeções. Isso inclui a monitorização rigorosa da utilização de cateteres, drenos e outros dispositivos invasivos, assegurando que as diretrizes de inserção e manutenção sejam seguidas à risca.

Participei, por várias vezes, na gestão e rastreabilidade dos dispositivos médicos utilizados. Na área de ortopedia, surgem desafios significativos, uma vez que é uma área que envolve um elevado volume de materiais que devem ser cuidadosamente documentados no processo do cliente. Além disso, é fundamental manter um registo rigoroso dos custos associados e da reposição destes materiais, tanto os que estão consignados como os não consignados, para garantir uma gestão eficiente dos recursos.

Devo confessar que este registo me fez tomar consciência da importância de uma boa gestão dos recursos e materiais, dado o elevado custo associado.

5. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

A prestação de cuidados de enfermagem exige a aquisição e atualização constante de conhecimentos teóricos fundamentados e a sua transposição para a prática clínica, com vista à obtenção da excelência no “cuidar”. O ENP teve como objetivos iniciais a aquisição e o desenvolvimento de competências específicas na área da Enfermagem à pessoa em situação Perioperatória, com foco na aplicação de um modelo de cuidados centrado no cliente e na melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

Ao longo do período de estágio, procurei alinhar as expectativas iniciais com os resultados obtidos através da imersão em diversas áreas de atuação, como a gestão de recursos, a implementação de práticas baseadas na evidência e a promoção da segurança do cliente. A reflexão crítica sobre a prática desenvolvida permitiu não só consolidar o conhecimento teórico, mas também desenvolver habilidades práticas essenciais para a prestação de cuidados de excelência no contexto perioperatório, demonstrando um alinhamento efetivo entre os objetivos estabelecidos, as competências adquiridas, os desafios enfrentados e as estratégias utilizadas para os superar.

Este relatório, resultado das minhas experiências e perspetivas, reflete um percurso formativo e oferece uma visão abrangente do desenvolvimento das competências do EE, destacando a aplicação prática dessas habilidades no contexto perioperatório. Espero que tenha conseguido transcreever todo o meu crescimento profissional e pessoal durante este período. Desde a prática clínica até à elaboração deste documento, a natureza reflexiva e teórica do processo reforçou a relevância de uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, fundamentada na evidência científica e sujeita a constantes mudanças. Assim, a elaboração deste relatório assinala o término de uma etapa no processo de aprendizagem, durante a qual realizei uma análise detalhada do meu percurso educativo/formativo.

Ao longo deste percurso, fui confrontada com uma diversidade de situações clínicas e éticas, com a complexidade de alguns procedimentos cirúrgicos, com a gestão de recursos e com a exigência do trabalho em equipa e da tomada de decisões como determinantes na responsabilidade que a prática de enfermagem exige, especialmente no contexto perioperatório, onde a segurança e o bem-estar do cliente e dos profissionais são cruciais. Estas premissas refletem um compromisso com a excelência dos cuidados.

A experiência vivida em diferentes contextos, desde a UCA até ao BOC, permitiu-me não apenas aplicar os conhecimentos adquiridos durante a formação teórica, mas também desenvolver uma consciência crítica e reflexiva sobre as intervenções de enfermagem, em particular na gestão da

hipotermia em cada fase do perioperatório. A escolha deste tema foi fruto de uma reflexão conjunta com os enfermeiros tutores e o enfermeiro gestor do BOC, sendo uma necessidade identificada nesse contexto. A sua aplicabilidade permitiu identificar uma oportunidade de melhoria, promover a reflexão da equipa e implementar práticas baseadas na evidência científica, mudanças das quais me orgulho por ter contribuído. Durante o desenvolvimento das atividades e de todas as pesquisas que realizei, destaco como ponto negativo a escassez de informação específica, por exemplo, sobre a aplicação de mantas térmicas.

Os estudos de casos reais foram fundamentais para a conceção de cuidados personalizados e suscitaram a reflexão sobre os domínios autónomos da enfermagem na área perioperatória. A utilização da ontologia aplicada à enfermagem e da plataforma e4Nursing revelou-se um suporte valioso para o desenvolvimento das minhas competências, permitindo a estruturação do raciocínio clínico, a sistematização do conhecimento e a tomada de decisão baseada em evidência, contribuindo para uma prática mais segura, reflexiva e alinhada com os padrões de qualidade da profissão. Na minha perspetiva, a discussão de casos clínicos reais deveria ser realizada no seio das equipas, de forma a fomentar o espírito de equipa, assim como aumentar os níveis de conhecimento e de consciência, promovendo assim um crescimento coletivo.

A experiência do ENP proporcionou um crescimento profissional e pessoal significativo, através do desenvolvimento do pensamento crítico, da aquisição de competências técnicas e relacionais e da consolidação de valores éticos. Para uma melhor gestão do tempo, foi essencial a realização do projeto de estágio, elaborado no módulo I. Isso, aliado ao cronograma que tentei seguir para a realização das atividades a que me propus, permitiu-me atingir os objetivos delineados e acrescentar alguns que se tornaram decisivos na aquisição e desenvolvimento de competências do EE. Tive de realizar alguns ajustes que se pautaram pelo tempo necessário para a aprovação de questões burocráticas da instrução de trabalho elaborada no BOC, que aguarda validação da comissão de ética da instituição.

Os contextos de estágio desempenharam um papel crucial, proporcionando uma experiência prática enriquecedora que, pelo desafio de aprendizagem, me fez sair da minha zona de conforto diariamente. O acolhimento que recebi nestes contextos foi verdadeiramente uma mais-valia, permitindo uma integração eficaz e a oportunidade de aplicar os conhecimentos teóricos na prática clínica. Estes contextos foram extremamente ricos em experiências que aproveitei ao máximo. Tive a oportunidade de iniciar a longa caminhada recebendo os princípios básicos e adquirindo as ferramentas necessárias para me integrar como circulante e instrumentista em cirurgias de oftalmologia, cirurgia vascular, cirurgia geral e ortopedia. Além disso, a orientação, partilha de experiências e conhecimentos, e a disponibilidade dos enfermeiros tutores, enfermeiros com vasta experiência em contexto perioperatório, foram cruciais para a construção de uma prática segura e fundamentada em evidência científica. A articulação e apoio científico-pedagógico dos orientadores da escola garantiram ferramentas cruciais para o acompanhamento exigido pela complexidade da formação clínica.

O percurso não esteve isento de desafios e limitações. O tempo, figura implacável e inexorável, emergiu como o principal obstáculo enfrentado durante este percurso, complicando consideravelmente o equilíbrio entre as exigências das atividades acadêmicas, profissionais e familiares. É inegável que a conciliação entre as exigências acadêmicas, profissionais e pessoais foi um desafio constante. A minha força é a minha família, especialmente a minha filha Ana Miguel, e infelizmente foi a minha família que mais sofreu com a minha indisponibilidade, sendo eu a responsável pela minha ausência, uma vez que não consegui conciliar todas as minhas componentes.

Sinto-me grata por todas as orientações e ensinamentos recebidos ao longo deste percurso. Estou convicta de que o estágio não representa o fim, mas sim uma página de mudança, um novo começo na minha carreira. Levo comigo não apenas as competências adquiridas, mas também o desejo de continuar a aprender e a crescer, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, sempre com um olhar atento às necessidades dos clientes e uma postura ética e responsável.

Por fim, encerro este relatório com um profundo agradecimento a todos que me acompanharam nesta jornada, desde os meus professores, aos meus orientadores, Prof. Paulo e Prof.a Ana Sabrina, aos tutores Maria José, Sandra e Jorge, ao meu colega de curso Pedro, e aos vários colegas de profissão que, com dedicação e partilha, enriqueceram a minha experiência. Estou entusiasmada para dar continuidade a projetos de melhoria que considero tão cruciais quanto descobrir novos conhecimentos. Corrigir hábitos e vícios que o tempo nos traz é igualmente importante, assim como realizar trabalhos que fundamentem práticas seguras e a humanização dos cuidados, refletindo no que se faz e naquilo que ainda se pode fazer com o sentido de melhoria contínua.

Cresci como pessoa e profissional, e estou muito orgulhosa por isso.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W. C. (2011). *Transições e contextos multiculturais*. Coimbra: Formasau.

Alexandre, R., & Carreiro, E. (2019). *O papel do enfermeiro no controlo da infeção*. A. Duarte.

Alexandrou, E., Ray-Barruel, G., Carr, P. J., Frost, S. A., Inwood, S., Higgins, N., & OMG Study Group. (2018). *Use of short peripheral intravenous catheters: Characteristics, management, and outcomes worldwide*. *Journal of Hospital Medicine*, 13(5), 1-7. <https://doi.org/10.12788/jhm.3039>

Almeida, M., Lima, L., & Guerreiro, A. (2015). *Vivências de ansiedade e stresse dos doentes com tumor cerebral, no pré-operatório de neurocirurgia*. *Onco News*, 29, 24-31. <http://dx.doi.org/10.31877/on.2015.29.03>

Altinsoy, S., Ozhan Caparlar, C., & Ergil, J. (2020). *Relação entre ansiedade pré-operatória e consciência durante a anestesia: Estudo observacional*. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 70(4), 349-356.

Alves, T. (2015). *A pessoa em situação crítica em contexto de urgência: Dos cuidados de enfermagem prestados aos cuidados de enfermagem documentados*. Tese de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

American Society of Anesthesiologists (ASA). (2020). *Standards & Guidelines: Standards for Basic Anesthetic Monitoring*. Sociedade Americana de Anestesiologistas. <https://www.asahq.org/>

American Society of Health-System Pharmacists. (2024a). *Ropivacaine monograph*. Recuperado em 02 de janeiro de 2025. <https://www.drugs.com/monograph/ropivacaine-local.html>

American Society of Health-System Pharmacists. (2024b). *Fentanyl monograph*. Recuperado em 02 de janeiro de 2025. <https://www.drugs.com/monograph/fentanyl.html>

American Society of Health-System Pharmacists. (2024c). *Paracetamol: A review*. Recuperado em 02 de janeiro de 2025. <https://www.drugs.com/monograph/paracetamol.html>

American Society of Health-System Pharmacists. (2024d). *Magnesium sulfate monograph*. Recuperado em 02 de janeiro de 2025. <https://www.drugs.com/monograph/magnesium-sulfate.html>

AORN. (2015). *Guidelines for Perioperative Practice*. AORN, Inc. ISBN 978-1-888460-87-2.

AORN. (2019). *Guideline for prevention of hypothermia*. AORN Facility Reference Center. <https://aornguidelines.org/guidelines/content?sectionid=173731777&view=book>

- AORN. (2021). *Guidelines for Perioperative Practice*. AORN, Inc. ISBN 978-1-888460-87-2.
<https://www.aorn.org/guidelines-resources/guidelines-for-perioperative-practice>
- Archer, L., Biscaia, J., & Asswald, W. (1996). *Bioética*. Lisboa: Ed. Verbo.
- Arreguy-Sena, C., & Carvalho, E. C. de. (2009). *Risco para trauma vascular: Proposta do diagnóstico e validação por peritos*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(1), 71–78.
- Arthrex. (2025). Trimano arm. Recuperado a 12 de abril de 2025, de
<https://www.arthrex.com/shoulder/trimano-arm-holder>
- Assembleia da República. (2014). Lei nº 15/2014 de 21 de março: *Estabelece os direitos e deveres do utente dos serviços de saúde*. *Diário da República*, n.º 56/2014, Série I.
<https://dre.pt/dre/detalhe/lei/15-2014-545066>
- Assis, I., Gontijo, A., Silva, F., Costa, R., Guimarães, A., Araújo, M., Baggeto, C., & Campos, A. (2022). *Atualizações sobre a anestesia para cirurgia laparoscópica e robótica abdominal em adultos*. *Brazilian Journal of Health Review*, 5(4), 17171-17192.
<https://doi.org/10.34119/bjhrv5n4-267>
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP). (2006). *Enfermagem perioperatória: A filosofia à prática dos cuidados*. Loures: Lusodidata.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP). (2012). *Enfermagem perioperatória - Da filosofia à prática dos cuidados (2ª ed.)*. Loures: Lusodidata.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP). (2015). *Tomada de posição sobre “consulta pública sobre o Acordo Quadro para Prestação de Serviços de Reprocessamento de Dispositivos Médicos”*.
http://aesop-enfermeiros.org/Tomada_de_posicao_DMUU
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP). (2017). *Práticas recomendadas para bloco operatório: Prevenção e controlo da hipotermia inadvertida*.
<https://www.aornguidelines.org/guidelines/content?sectionid=173731777&view=book#>
- Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (APCA). (2012). *Recomendações Portuguesas para a profilaxia e tratamento das náuseas e vômitos em cirurgia ambulatória*.
http://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacoes_nauseas.pdf
- Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (APCA). (2014). *Recomendações para anestesia regional em cirurgia ambulatória*.
<http://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacoesAnestesiaRegional.pdf>
- Azenha, M., Rocha, C., Oliveira, E., Cruz, L., Pascoal, M., Macedo, A. L., & Gomes, M. (2017). *Recomendações da SPA para manutenção de normotermia no período perioperatório*. *Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*.

<https://www.spanesthesiologia.pt/ficheiros/Consensos%20normotermia.pdf>

Baptista, N. (2021). *Gestão de Resíduos hospitalares*.

https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/50565/1/ulfd0149630_tese.pdf

Barroso, F. (2021). *Desafios Globais à Gestão De Risco Nas Instituições De Saúde*. 2º Webinar da Comissão de Gestão de Risco Global. Funchal: Sesaram, Éperam.

Bastos, A., Ribeiro, J., & Silva, J. (2021). *Ontologia na enfermagem: Organização do conhecimento teórico e conceptual*. Revista Portuguesa de Enfermagem, 12(2), 55-62.

Benzoni, T., & Cascella, M. (2023). *Procedural Sedation*. In StatPearls. StatPearls Publishing.

Borgeat, I., Levine, M., Latmore, M., Boxstael, S. V., & Blumenthal, S. (2021). *Bloqueio do plexo braquial interescalênico - Pontos de referência e técnica do estimulador de nervos*. Compêndio de Anestesia Regional Nysora.

<https://www.nysora.com/pt/techniques/upper-extremity/distal-nerves/cutaneous-blocks-upperextremity>

Bourgeois, F. T., et al. (2020). *Sedation in children: A review of evidence-based guidelines*. Pediatrics, 145(2), e20193165.

Brandão, A. A., Silva, J. M., & Santos, R. (2019). *Atualização da diretriz de prevenção cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia*. Revista Brasileira de Cardiologia, 113(4). <https://doi.org/10.5935/abc.201902042018>

Brás, C., & Ferreira, M. (2016). *A segurança e qualidade dos cuidados: Revisão da literatura*. Revista Servir, 59(4), 12-16. . AORN Journal, 106(3), 227-237. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2017.07.010>

Caetano, L. M. F., Cerejo, M. N. R., & Gueifão, L. M. A. O. (2024). *Perception of perioperative nurse practices in promoting a safe surgical environment*. Journal of Nursing Referência, 6(3), 1-8. doi.org

Caldinhas, P. M. S. C. (2009). *A cirurgia de ambulatório e o tempo de espera para cirurgia electiva: Um estudo ecológico* (Tese de mestrado, Universidade NOVA de Lisboa).

Campos, C. (2017). *A Comunicação Terapêutica Enquanto Ferramenta Profissional nos Cuidados de Enfermagem*. Revista Do Serviço de Psiquiatria Do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, 15(1), 91-101. <https://revistas.rcaap.pt/psilogos/article/view/9725/11044>

Candan, Y., Aslan, A., & Yavuz, M. (2019). *Environment-Friendly Practices in Operating Rooms in Turkey*. Journal of Nursing Research, 27(2), e18. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000296>

Carlini-Cotrim, B. (1996). *Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigação sobre o abuso de substâncias*. Revista de Saúde Pública, 30(3), 285-293.

Carvalho Lemos, G., Azevedo, C., Bernardes, M. F. V. G., Ribeiro, H. C. T. C., Menezes, A. C., & da Mata, L. R. F. (2018). *A cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: Reflexão teórica*. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, 8, 1-10.

Carvalho, I. D. C. D. M. (2018). *Eficácia de um sistema de isolamento térmico na hipotermia inadvertida e no conforto perioperatório*. (Tese de doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

César, A. (2022). *Comunicação e relações humanas em enfermagem*. Revista de Enfermagem Referência, 6(1), 35-42. <https://doi.org/10.12707/RIV22035>

Colomina, M. J., Contreras, L., Guilabert, P., Koo, M., Méndez, E., & Sabate, A. (2022). *Uso clínico do ácido tranexâmico: evidências e controvérsias*. Brazilian Journal of Anesthesiology, 72(6), 795-812. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2021.08.022>

Conlon, N. P., Sullivan, R. P., Herbison, P. G., Zacharias, M., & Buggy, D. J. (2017). *The effect of leaving dentures in place on bag-mask ventilation at induction of general anesthesia*. Anesthesia and Analgesia, 105(2), 370-373. <https://doi.org/10.1213/01.ane.0000267257.45752.31>

Danski, M., Johann, D., Vayego, S., Oliveira, G., & Linf, J. (2016). *Complicações relacionadas ao uso do cateter venoso periférico: ensaio clínico randomizado*. Acta Paulista de Enfermagem, 29(1), 84-92. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600012>

Danzl, D. F. (2022). Hipotermia e lesões periféricas pelo frio. In J. Loscalzo, A. Fauci, D. Kasper, S. Hauser, D. Longo, & J. Jameson (Eds.), *Princípios de Medicina Interna de Harrison* (21ª ed.). Educação McGraw-Hill.

<https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3095&ionid=264098884>

Decreto-lei n.º 161/96. (1996). Diário da República, I Série, 205, 2959-2962.

Direção-Geral da Saúde. (2003). *A dor como 5º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da dor*. Circular normativa, 09 de junho. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em www.dgs.pt.

Direção-Geral da Saúde. (2011). Norma nº 018/2011 de 23 de maio de 2011: *Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde*.

Direção-Geral da Saúde. (2013). Norma nº 002/2013 de 12/02/2013, atualizada a 25/06/2013: *Cirurgia segura, salva vidas*.

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022013-de-12022013-atualizada-a-25062013-jpg.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Feixe de intervenções de prevenção de infeção de local cirúrgico*. Norma clínica 020/2015, 1-12.

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202015-de-15122015-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2017). Norma nº 001/2017: *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*.

Direção-Geral da Saúde. (2018). *Infeções e resistências aos antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário*.

Direção-Geral da Saúde. (2022a). Norma DGS 020/2015: *Feixe de intervenções para a prevenção da infeção do local cirúrgico*.

https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2022b). *Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*.

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>

Domingos, C., Lida, L., & Poveda, V. (2016). *Glycemic control strategies and the occurrence of surgical site infection: A systematic review*. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(5), 868-874. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000600022>

Duarte, A., & Martins, O. (2014). *Enfermagem em Bloco Operatório*. LIDEL.

Duarte, P. A., & Souza, A. C. (2021). *Prevalência de dor crônica no Brasil: Revisão sistemática*. *Brazilian Journal of Pain*, 4(3), 204-213. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20210041>

Duff, J. (2021). *Still more to do to improve perioperative safety and prevent patient harm*. *Journal of Perioperative Nursing*, 34(2), e-1-e-3. <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1127>

Dziadzko, M., & Aubrun, F. (2020). *Management of post discharge nausea and vomiting*. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 34(4), 771-778. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2020.10.008>

Ead, H. (2006). *From Aldrete to PADSS: Reviewing discharge criteria after ambulatory surgery*. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 21(4), 259-267. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2006.05.006>

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

Entidade Reguladora da Saúde. (2021). *Direitos e Deveres dos Utentes dos Serviços de Saúde*. <https://www.ers.pt/pt/utentes/direitos-e-deveres-dos-utentes/>

Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). (2022). *Nursing Ontos*.

European Operating Room Nurses Association (EORNA). (2023). *EORNA best practice for perioperative care (3ª ed.)*. Bruxelas, Bélgica: EORNA. ISBN: 9789082370904.

<https://eorna.eu/wp-content/uploads/2023/07/EORNA-Best-Practice-for-perioperative-care2023.pdf>

Ferreira, R. M. de A. M. (2017). *Fluidoterapia perioperatória: O estado de arte*.

<https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/33394/1/RodrigoMMFerreira.pdf>

Folgado, D., Marques, M. C., Santos, A., Sousa, L. M. M., & Bule, M. J. (2021). *Pessoa submetida a cirurgia de rotura da coifa dos rotadores: Relato de caso*. *Revista Sinais Vitais*, 35.

https://www.sinaisvitalis.pt/images/stories/Rie/Rie35_S2.pdf

Friedman, N. D., & Kauffman, S. J. (2012). *The surgical services: A comprehensive approach*. In *The Surgical Technician (6th ed.)*. Delmar Cengage Learning.

Gan, T. J., et al. (2020). *Fourth consensus guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting*. *Anesthesia and Analgesia*, 131(2).

<https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004833>

Garcez, J. D. S., Sousa, L. C. D. B. D., Novais Neta, M. B., Maia, F. L., & Araújo, F. P. C. (2019). *Principais recomendações em cuidados pré-operatórios*.

Ghaleb, A., & D Dilley, J. (2012). *Anesthesia for shoulder surgery: A review of the interscalene block and a discussion of regional vs. general anesthesia*. *The Open Anesthesia Journal*, 6(1).

Ghodadra, N. S., et al. (2009). *The effect of interscalene block on postoperative pain after shoulder surgery*. *American Journal of Sports Medicine*, 37(10), 1960-1965.

Gomes, B. K. G., Gomes, A., Lopes, J. R., Barbosa, H. A., Souto, D. F., Maciel, A. P. F., ... & Magalhães, D. O. L. (2020). *Conhecimento da equipe de enfermagem sobre inserção, manutenção e complicações relacionados ao cateter venoso periférico*. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 12(8), e3408.

Gomes, J. A. (2020). *A qualidade assistencial no bloco operatório de hospitais portugueses* [Tese de doutorado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar].

Gomes, M. E. S., & Barbosa, E. F. (1999). *A técnica de grupos focais para obtenção de dados qualitativos* [Publicação interna]. Instituto de Pesquisas e Inovações Educacionais.

http://www.tecnologiadeprojetos.com.br/banco_objetos/%7B9FEA090E-98E9-49D2-A638-6D3922787D19%7D_Tecnica%20de%20Grupos%20Focais%20pdf.pdf

Gomes, M. F., et al. (2020). *Complicações relacionadas com cateter venoso periférico*.

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/RIII1393>

Goulart, A., & Martins, S. (2010). *Íleo paralítico pós-operatório: Fisiopatologia, prevenção e*

tratamento. 7(2), 60-67.

Guimarães, S., Mauro, J., & Wazenkeski, E. (2021). *Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para a saúde - SOBECC Nacional*. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942020000100014&lng=pt&tlng=pt

Haesler, E. (Ed.). (2019). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline*. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. <https://internationalguideline.com/2019>

Herdman, H., & Kamitsuru, S. (2018). *NANDA International nursing diagnoses: Definitions and classification 2018-2020*.

Herrero, S., Carrero, E., Valero, R., Rios, J., & Fábregas, N. (2017). *Postoperative surveillance in neurosurgical patients-usefulness of neurological assessment scores and bispectral index*. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2016.12.001>

Hewson, D. W., Bedfordth, N. M., & Hardman, J. G. (2018). *Peripheral nerve injury arising in anaesthesia practice*. *Anaesthesia*, 73, 51-60. <https://doi.org/10.1111/anae.14140>

Hewson, D. W., Oldman, M., & Bedfordth, N. M. (2019). *Regional anaesthesia for shoulder surgery*. *BJA Education*, 19(4), 98-104. <https://doi.org/10.1016/j.bjae.2018.12.004>

Hojat, M., et al. (2011). *The impact of communication on patient satisfaction*. *Journal of Healthcare Management*, 56(1), 23-38.

Horn, C. C., Wallisch, W. J., Homanics, G. E., & Williams, J. P. (2014). *Pathophysiological and neurochemical mechanisms of postoperative nausea and vomiting*. *European Journal of Pharmacology*, 722, 55-66. <https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2013.10.037>

Indice.eu. (2024). *Cefazolina - Informação Geral*. Recuperado em 10 de junho de 2024. <https://www.indice.eu/pt/medicamentos/DCl/cefazolina/informacao-geral>

International Council of Nurses (ICN). (2012). *ICNP version 2 - International classification for nursing practice*.

International Council of Nurses. (2019). *CIPE 2019*.

Jacob, S. (2019). *Cirurgia de ambulatório um futuro presente - Importância cuidados de enfermagem pré-operatórios* [Relatório Estágio/Projeto do Mestrado de Enfermagem Perioperatória].

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/30153/1/relatorio%20vers%C3%A3ofinal.pdf>

- Jain, S., & Iverson, L. (2021). *Escala de Coma de Glasgow*. A Ilha do Tesouro (FL): StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513298/>
- Joshi, G., et al. (2023). 2023 American Society of Anesthesiologists practice guidelines for preoperative fasting: Carbohydrate-containing clear liquids with or without protein, chewing gum, and pediatric fasting duration - A modular update of the 2017 American Society of Anesthesiologists practice guidelines for preoperative fasting. *Anesthesiology*, 138(2), 132-151. <https://doi.org/10.1097/aln.0000000000004381>
- Kalantari, R., Zamanian, Z., Hasanshahi, M., Faghihi, A., Niakan, H., Jamali, J., & Gheysari, S. (2020). *Circulating nurse's non-technical skills: A literature review*. 1-17.
- Katz, M. G., Rockne, W. Y., Braga, R., McKellar, S., & Cochran, A. (2020). *An improved patient safety reporting system increases reports of disruptive behavior in the perioperative setting*.
- Kauffman, R. F., & Wenzel, R. P. (2015). *Antibiotic prophylaxis in surgery: A review*. *Surgical Infections*, 16(4), 497-502.
- Kim, B., Kang, H., & Choi, E. (2015). *Effects of handholding and providing information on anxiety in patients undergoing percutaneous vertebroplasty*. *Journal of Clinical Nursing*, 24(23-24), 3459-3468. <https://doi.org/10.1111/jocn.12928>.
- Kirk, R. M., et al. (2021). *Patient safety and midazolam sedation: A review of current best practices*. *Anesthesia & Analgesia*, 132(5), 1308-1317.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company.
- Koshi, R. (2017). *Cunningham manual of practical anatomy volume 1* (p. 77). Recuperado em 12 de abril de 2025, de <http://repository.stikesrspadgs.ac.id/73/1/Cunningham%20Manual%20of%20Practical%20Anatomy%20Volume%201-313hlm.pdf>
- Krenz, M. C., et al. (2019). *Pharmacokinetics and pharmacodynamics of midazolam: Implications for pediatric sedation*. *Anesthesia & Analgesia*, 128(4), 774-783.
- Lee, A., et al. (2018). *Effects of perioperative warm socks-wearing in maintaining core body temperature of patients undergoing spinal surgery*. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 1399-1407. <https://doi.org/10.1111/jocn.14284>
- Levine, W. C., Allain, R. M., Alston, T. A., Dunn, P. F., Kwo, J., & Rosow, C. E. (2012). *Manual de Anestesiologia Clínica - Procedimentos do Massachusetts General Hospital (8th ed.)*. Guanabara Koogan.
- Lin, J., Lin, L. S., Chen, D. R., Lin, K. J., Wang, Y. F., & Chang, Y. J. (2020). *Indocyanine green fluorescence method for sentinel lymph node biopsy in breast cancer*. *Asian Journal of Surgery*,

43(12), 1149-1153. <https://doi.org/10.1016/j.asjsur.2020.02.003>

Link, T. (2022). *Guidelines in Practice: Preoperative Patient Skin Antisepsis*. AORN Journal, 115(2), 653-666. <https://doi.org/10.1002/aorn.13605>

Linton, A. D., & Matteson, M. A. (2020). *Medical-surgical nursing*. Elsevier.

Lobão, V. T. L. F. (2021). *Follow-up da dor pós-operatória em utentes submetidos a cirurgia de ambulatório*.

Lopes, E. C. R., Cerqueira, M. M. A., & Rocha, M. do C. J. (2022). *As vantagens da consulta de enfermagem presencial à pessoa submetida a cirurgia ambulatória*. Revista de Enfermagem Referência, 6(1), e21149. <https://doi.org/10.12707/RIV22049>

Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Lobo, B. A. (2018). *Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde*. Ordem dos enfermeiros-INESC TEC.

https://ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inescotecabril2018.pdf

Lozito, M., Whiteman, K., Swanson-Biearman, B., Barkhymer, M., & Stephens, K. (2018). *Good Catch Campaign: Improving the Perioperative Culture of Safety*. AORN Journal, 107(6), 705-714. <https://doi.org/10.1002/aorn.12148>

Luna, M. N., Martínez, M. E. R., & Palacios, A. A. (2014). *Ansiedade em el cliente qui cirúrgico e sua relação com a atividade assistencial de enfermagem*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 22(5), 727-734. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3462.2487>

Machado, H. (2018). *Manual de anestesiologia*. LIDEL. (Obra original publicada em 2013).

Machado, P. A. P. (2013). *Papel do prestador de cuidados: Contributo para promover competências na assistência do cliente idoso com compromisso do autocuidado*. (Dissertação de Candidatura ao Grau de Doutor em Enfermagem). Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde.

Magalhães, R., Rêgo, H., Jaeger, K., Cardoso, J., Moura, I., Vieira, G., Aguiar, S., Sommer, P., Schimidt, A., Afya, G., Rosa, V., Xavier, T., Barros, C., Bandeira, T., Noriega, F., Ramos, P. (2023). *Anestesia Regional vs. Anestesia Geral em Procedimentos Ginecológicos: Análise Comparativa*. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 5(5), 6687-6710.

<http://dx.doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n5p6687-6710>

Marquini, G. V., et al. (2019). *Efeitos da abreviação do jejum pré-operatório com solução de carboidrato e proteína em sintomas pós-operatórios de cirurgias ginecológicas: Ensaio clínico randomizados controlados duplo-cego*. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 46(5). <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20192295>

- Martins, A. (2015). *Adaptação da escala do conforto térmico para a população portuguesa*. (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/10876>
- Maruvada, S., Madrazo-Ibarra, A., & Varacallo, M. (2023). *Anatomy, Rotator Cuff*. In: StatPearls. Treasure Island: StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441844/>
- Maurício, S., Rebêlo, I., Madeira, C. et al. (2021). *Validation of the Portuguese version of the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS)*. *Health Qual Life Outcomes*, 19, 95. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01736-6>
- Maya, Á. M., & Galeano, S. P. (2023). *Nursing care related with surgical position*. *Investigación y educación en enfermería*, 41(1).
- Meleis, A. I. (2000). *Transitions Theory*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: development & progress (5th ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 978-1-60547-211-9.
- Mendes, D. I. A., Ferrito, C. R. A. C., & Gonçalves, M. I. R. (2018). *Nursing interventions in the Enhanced Recovery After Surgery®: Scoping review*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(Suppl 6), 2824-2832. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0436>
- Mendes, D., & Ferrito, C. (2021b). *Visualização de Consulta de enfermagem pré-operatória: Implementação e avaliação*. *Revista de Enfermagem Referência*.
- Mendes, M. A., Barros, N. K., & Carmo, T. G. (2021a). *Risco de hipotermia perioperatória: Revisão integrativa*. *Ver. Sobecc*, 26(1), 60-67. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1223950>
- Mendonça, E. T., Lopes, J. M., Ribeiro, L., de Sá, F. B. B., de Oliveira, D. M., & de Oliveira Salgado, P. (2016). *Concepções de técnicos de enfermagem acerca da humanização da assistência em centro cirúrgico*. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 6(3).
- Miller, R. D., Cohen, N. H., Eriksson, L. I., Fleisher, L. A., Wiener-Kronish, J. P., & Young, W. L. (Eds.). (2016). *Miller's anesthesia (8th ed.)*. Churchill Livingstone.
- Ministério da Saúde. (1996). Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro: *Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. *Diário da República*, n.º 205/1996, Série I-A, 2959-2962.
- Morais, C. I. M. (2017). *A Diabetes Mellitus e a Medicina Perioperatória*. Trabalho final de mestrado integrado em Medicina. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/32004/1>
- Morujão, N. (2013). *Anestésicos intravenosos, opioides e agentes inalatórios*. In H. Machado

(Ed.), Manual de Anestesiologia (pp. 235-258). LIDEL.

Mota, A. S., Castilho, A. F., & Martins, M. M. (2021). *Avaliação da segurança do doente no bloco operatório: percepção dos enfermeiros*. Revista de Enfermagem Referência, 5(6), e20134, 1-10. <https://doi.org/10.12707/RV20134>

Multum, C. (2023). *Ropivacaine*. Drugs.com. Recuperado em 10 de junho de 2024, de <https://www.drugs.com/mtm/ropivacaine.html>

National Institute for Health and Care Excellence. (2016). *Hypothermia: Prevention and management in adults having surgery*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg65/resources/hypothermia-prevention-and-management-in-adults-having-surgery-pdf-975569636293>

Negrão, M. (2023). *Artroscopia do ombro - Especificação de dados, diagnósticos e intervenções de enfermagem*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/49668/1/Relat%C3%B3rio%20de%20est%C3%A1gio_Miguel%20Negr%C3%A3o.pdf

Néné, M., & Sequeira, S. (2022). *Investigação em Enfermagem - Teoria e prática*. Lidel.

Netto, J., Dias, M., & Goyanna, N. (2016). *Uso de instrumentos enquanto tecnologia para a Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II e4Nursing - ESEP* p. 172. Revista Rede Unida. <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n1p65-72>

Olímpio, M. A. C., Sousa, V. E. C., & Ponte, M. A. V. (2016). *O uso do bisturi elétrico e cuidados relacionados: Revisão integrativa*. Revista SOBECC, 21(3), 154-161. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201600030006>

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

Oliveira, J., & Santos, R. (2016). *Nursing care in the intraoperative phase*.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Tomada de Posição: Reprocessamento de Dispositivos Médicos de Uso Único*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2012/TomadaPosicao_ReprocessamentoDispositivosMedicos.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 429/2018*. Diário da República: 2.ª Série, n.º 135. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

- Ordem dos Enfermeiros. (n.d.). *Acreditação da Idoneidade Formativa*. Recuperado em 12 de abril de 2025, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/a-ordem/estrutura-de-idoneidades/acreditação-da-idoneidade-formativa/>
- Pacheco, R. L., et al. (2018). *Evidências de revisões sistemáticas Cochrane sobre o uso do ácido tranexâmico em clientes submetidos a cirurgia*. *Diagnóstico e Tratamento*, 23(3), 116-122. <https://periodicosapm.emnuvens.com.br/rdt/article/view/143>
- Passos, A. P. (2012). *O cuidado da enfermagem ao paciente cirúrgico frente ao ato anestésico*. *Perspectivas Online: Biologia e Saúde*, 6(2), 14-19. Recuperado de seer.perspetivasonline.com.br
- Pendharkar, D., et al. (2018). *Pain management in the postoperative setting: A systematic review*.
- Pompeo, D. A., Nicolussi, A. C., Galvão, C. M., & Sawada, N. O. (2007). *Intervenções de enfermagem para náusea e vômito no período pós-operatório imediato*. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(2), 191-198. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200013>
- Prakash, S. (2013). *Perioperative eye protection under general anesthesia*. *Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology*, 29(1), 136-138. <https://doi.org/10.4103/0970-9185.105833>.
- Pridanta, I. P. S., Kholili, U., Nusi, I. A., Setiawan, P. B., Purbayu, H., Sugihartono, T., ... & Miftahussurur, M. (2017). *Recent pathophysiology and therapy for paralytic ileus*.
- Pulkkinen, J., & Ahonen, J. (2016). *Perioperative dialogue—An ideal caring model in day surgery?* *Journal of Perioperative Practice*, 26(3), 58-62.
- Rêgo, H. M. A., Rocha, M. E. D. S. B., de Albuquerque, N. J. A., de Azevedo, D. A., de Oliveira Neto, O. M., de Faria, M. R., ... & do Nascimento, J. P. S. (2023). *Cuidados perioperatórios: Estratégias para melhorar os resultados em cirurgia geral*. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 5(5), 5115-5139.
- Rhyner, P., Cachemaille, M., Goetti, P., et al. (2024). *Single-bolus injection of local anesthetic, with or without continuous infusion, for interscalene brachial plexus block in the setting of multimodal analgesia: A randomized controlled unblinded trial*. *Regional Anesthesia & Pain Medicine*, 49, 313-319. <https://doi.org/10.1136/rapm-2023-104681>
- Ribeiro, O., Vieira, M., Cunha, M., Dias, A., & Martins, R. (2016). *Gestão do tempo no planeamento de cuidados de enfermagem*. *Revista Servir*, 59(4), 7-11.
- Rodrigues, P. (2023). *Falhas de comunicação em saúde: Contextos de risco, consequências e (algumas) soluções*. HealthWords.
- Rosa, A., Gomes, A. C., & Ferreira, M. (2019). *A importância da consulta de enfermagem pré-*

operatória: Uma abordagem centrada no cliente. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 12, 45-54.

Rosado Filho, A. (2023). *Atuação do ácido tranexâmico oral ou intravenoso em pacientes submetidos a reparo artroscópico de rupturas de manguito rotador no ombro: Ensaio clínico randomizado*.

Rothrock, J. (2008). *Cuidados de Enfermagem ao Doente Cirúrgico*. Loures: Lusodidacta.

Sai theja, K., Joshna, V., & Gayatri, M. (2023). *A prospective study of occurrence and risk factors in surgical site infections*. Journal of Cardiovascular Disease Research, 14(07), 704-709.

<https://doi.org/10.5530/jcdr.2023.14.7.9>

Sakai, H., Umeda, M., Okuyama, H., & Nakamura, S. (2020). *Differences in perception of breast cancer treatment between patients, physicians, and nurses and unmet information needs in Japan*. Supportive Care in Cancer, 28, 2331-2338. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05029-z>

Sampaio, A., Almeida, A. L., Bernardino, A., Campos, A. C., Raimundo, A., Marques, A., Moura, A., Martins, A. A., Silva, C., Novera, C., Dourado, C., Carreira, C., Pereira, C., Ferreira, C., Loureiro, C., Madeira, D., Chaló, D., Chieira, D., Catré, D., ... Oliveira, V. P. (2016). *Manual de cuidados pós-anestésicos*. Pantone 4. https://simcoimbra.org/files/cursos/04_29_16_02_manual_cpa.pdf

Sampaio, F. (2017). *Comunicação, relação terapêutica e relação de ajuda*.

https://www.researchgate.net/profile/FranciscoSampaio3/publication/317170703.Comunicacao_r elacao_terapeutica_e_relacao_de_ajuda/links/5928c499458515e3d466a515/Comunicacaorelacao-terapeutica-e-relacao-de-ajuda.pdf

Santos, A. P. A., Camelo, S. H. H., Santos, F. C. D., Leal, L. A., & Silva, B. R. D. (2016). *O enfermeiro no pós-operatório de cirurgia cardíaca: Competências profissionais e estratégias da organização*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 50, 0474-0481.

Santos, M. de L., Costa, A. E. K. da, Pissaia, L. F., & Moreschi, C. (2018). *Atuação da enfermagem diante da dor em uma sala de recuperação pós-anestésica*. REMAP - Revista Multidisciplinar do Amapá, 1(1). <https://doi.org/10.56856/remap.v1i1.174>

Santos, R. R., Henrique, D. M., Almeida, L. F., Penteado, M. S., Pereira, S. R. M., & Santos, D. P. S. (2017). *Fast hug: um aliado na manutenção diária dos cuidados de enfermagem ao cliente crítico*. Enferm Foco, 8(1), 57-61.

Santos, T. (2019). *Ansiedade pré-operatória: O reflexo no doente cirúrgico*. (Tese de mestrado). Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Leiria. <http://hdl.handle.net/10400.8/4714>

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

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

Sayin, Y., & Aksoy, G. (2012). *The nurse's role in providing information to surgical patients and family members in Turkey: A descriptive study*. *AORN Journal*, 95(6), 772-787.

<https://doi.org/10.1016/j.aorn.2011.06.012>

Scarton, J., Claro, L. C., Ferraz de Paula, S., & Perim, L. F. (2019). *Formação permanente: Contribuições para a prática pedagógica do enfermeiro*. *Research, Society and Development*, 9(3), e02932260. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i3.2260>

Schneider, F. V. M., Silva, L. A. A. D., Soder, R. M., Silva, S. K. D., & Olivesk, C. C. (2019). *Modelos de gestão e estilos de liderança em enfermagem no serviço hospitalar e na atenção básica*. In I. Sombra (Eds.), *O conhecimento na competência da teoria e da prática em enfermagem* (pp. XX-XX).

Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas Lda.

Shei-Tsung Chen, C., Lin, C. C., & Tseng, Y. S. (2020). *Perioperative nursing care of a patient who underwent arthroscopic shoulder labral surgery*. *Tzu Chi Nursing Journal*, 19(6), 136.

Shin, J. J., Popchak, A. J., Musahl, V., Irrgang, J. J., & Lin, A. (2018). *Complications after arthroscopic shoulder surgery: A review of the American Board of Orthopaedic Surgery Database*. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons. Global research & reviews*, 2(12), e093. <https://doi.org/10.5435/JAAOSGlobal-D-18-00093>.

Silva, A. (2011). *Diagnósticos de enfermagem, objetivos, critérios de resultado e intervenções de enfermagem*. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*, 5, 43-47.

Silva, A. R., & Pereira, M. J. (2021). *Fundamentos de Enfermagem: Abordagem ao Cliente Cirúrgico*. Porto: Editora Saúde.

Silva, F. P., Jerónimo, H. M., & Vieira, P. R. (2019). *Leadership competencies revisited: A causal configuration analysis of success in the requirements phase of information systems projects*. *Journal of Business Research*, 101(January), 688-696.

<https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2019.01.025>

Silva, F. S. E., Sandes, C. S., Vieira, J. E., & Cavalcante, I. L. (2021). *Efeito analgésico do sulfato de magnésio durante anestesia venosa total: Estudo clínico randomizado*. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 71(5), 550-556. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2021.02.008>

Silva, J., et al. (2020). *The role of nursing in postoperative care*.

Silva, M. A. T. C. P. (2011). *Intenções dominantes nas concepções de enfermagem. Estudo a partir de uma amostra de estudantes finalistas*. (Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de doutoramento em Enfermagem).

<https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/8685>

Silva, M., & Almeida, B. (2019a). *The impact of hypothermia on trauma patients: Insights from a prospective study*. *International Journal of Emergency Medicine*, 12(3), 45-58.

<https://doi.org/10.3390/ijerph18168719>

Silva, R. L. A. P. (2019b). *Cultura de segurança do doente no bloco operatório: Subsídios para a qualidade dos cuidados de saúde*. (Dissertação de mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Silva, R. M. (2016). *Inovação informática de atendimento holístico do idoso no bloco operatório*. (Tese de doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Repositório científico de acesso aberto. <http://hdl.handle.net/10400.13/2548>

Silva, W. V. D., & Nakata, S. (2005). *Comunicação: Uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58, 673-676.

Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (SPA). (2014). *Recomendações perioperatórias para profilaxia do tromboembolismo venoso no doente adulto*. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 23(3).

Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (SPA). (2020). *Journal of the Portuguese Society of Anesthesiology*, 29(Nº 3). <https://revistas.rcaap.pt/anestesiologia>

Sousa, M. (2021). *Acessos Vasculares*. In N. Coimbra (Ed.), *Enfermagem de Urgência e Emergência*.

Souza, I. T., Neto, J. F., Rangel, P. I., Dias, L. V. R., Magalhaes, S. S., & Teixeira, G. C. (2021). *Retenção urinária pós-operatória, prevenção e tratamento: Um relato de caso*. *Revista Urominas*, 9(8), 44-46.

Sussman, J., Bainbridge, D., Whelan, T. J., Brazil, K., Parpia, S., Wiernikowski, J., Schiff, S., Rodin, G., Sergeant, M., & Howell, D. (2018). *Evaluation of a specialized oncology nursing supportive care intervention in newly diagnosed breast and colorectal cancer patients following surgery: A cluster randomized trial*. *Supportive Care in Cancer*, 26(5), 1533-1541.

<https://doi.org/10.1007/s00520-017-3981-4>

Tartaglia, A., Silva, M. G., Portela, S. D. C., dos Santos, R. M., Mendes, A. C., & Andrade, E. D. C. L. (2018). *Comunicação, comportamentos destrutivos e segurança do paciente*. *Revista SOBECC*, 23(4), 226-230.

Teixeira, A. M. D. S. (2021). *Práticas dos enfermeiros na prevenção de infeção associada ao cateter venoso periférico*. (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). Repositório Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2767/1/Alina_Teixeira.pdf

Turksal, E., Alper, I., Sergin, D., Yuksel, E., & Ulukaya, S. (2020). *Efeitos da ansiedade pré-*

operatória na recuperação anestésica e na dor pós-operatória em pacientes submetidos a nefrectomia para doação. Revista Brasileira de Anestesiologia, 70, 271-277.

Vallerand, A., Sanoki, C., & Deglin, J. (Eds.). (2016). *Guia Farmacológico para Enfermeiros*. Lusodidacta.

Van der Ploeg, G., Goslings, J. C., Walpoth, B. H., & Bierens, J. J. L. M. (2010). *Accidental hypothermia: Rewarming treatments, complications, and results from a university medical center.* Resuscitation, 81(12), 1550. [PubMed: 20702016].

Vieira, M. M., (2016). *Fatores determinantes na incidência de úlceras por pressão no bloco operatório em doentes submetidos a cirurgia major.* (Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica apresentada na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo).

Vieira, V., Marcos, A., Patuleia, D., Pinto, J., & Lança, F. (2012). *Recomendações Portuguesas para a Profilaxia e Tratamento das Náuseas e Vômitos no Pós-Operatório em Cirurgia de Ambulatório.* Revista Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, 20(2), 10-21.
<http://hdl.handle.net/10400.17/913>

Vieira, M. M., (2016). *Fatores determinantes na incidência de úlceras por pressão no bloco operatório em doentes submetidos a cirurgia major.* (Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica apresentada na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo).

Vij, N., Liu, J. N., & Amin, N. (2023). *Radiofrequency in arthroscopic shoulder surgery: A systematic review.* Clinics in Shoulder and Elbow, 26(4), 423-437.
<https://doi.org/10.5397/cise.2022.01067>

Warrender, W. J., Syed, U. A. M., Hammoud, S., Emper, W., Ciccotti, M. G., Abboud, J. A., & Freedman, K. B. (2017). *Pain management after outpatient shoulder arthroscopy: A systematic review of randomized controlled trials.* The American Journal of Sports Medicine, 45(7), 1676-1686. <https://doi.org/10.1177/0363546516667906>

Watters, D. A. K., & Truskett, P. G. (2013). *Reducing errors in emergency surgery.* ANZ Journal of Surgery, 83(6), 434-437. <https://doi.org/10.1111/ans.12194>

Westphal, M. F. (1997). *Grupo focal - uma técnica de pesquisa qualitativa: Exemplo de sua utilização em saúde pública* [Mimeografado].

Wevling, A., Olsen, B. F., Nygaard, A. M., & Heiberg, T. (2023). *Knowledge and awareness of non-technical skills over the course of an educational program in nursing - A repeated cross-sectional study.* Advances in Medical Education and Practice, 14(January), 31-41.
<https://doi.org/10.2147/amep.s379341>

Wysusek, K. H., Keys, M. T., & van Zundert, A. A. J. (2019). *Operating room greening initiatives—The old, the new, and the way forward: A narrative review*. *Waste Management & Research: The Journal of the International Solid Wastes and Public Cleansing Association, ISWA*, 37(1), 3-19. <https://doi.org/10.1177/0734242X18793937>

7. ANEXOS

Anexo I

A INFLUÊNCIA DA LIDERANÇA NO *BURNOUT* NOS ENFERMEIROS DO PERIOPERATÓRIO

Ana Silva*, Juliana Oliveira**, Rita Piairol***

*Enfermeira no serviço Urgência da Unidade Local de Saúde Barcelos-Espinho, EPE

**Enfermeira no serviço de Bloco Operatório da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE

*** Enfermeira no serviço de Unidade de Cirurgia de Ambulatório da Unidade Local de Saúde do Alto Ave, EPE

INTRODUÇÃO

Burnout é uma síndrome de esgotamento profissional, caracterizada por exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização no trabalho.

No Bloco Operatório sendo um local de confusão e stress, o enfermeiro de perioperatório está exposto a diferentes fatores que contribuem para *Burnout*, como o excesso de carga de trabalho, convivência com o sofrimento, a morte, falta de autonomia, conflitos, uma má relação entre profissionais e pouco reconhecimento.

Os Enfermeiros Gestores têm impacto no ambiente organizacional e através do estilo de liderança podem influenciar o *Burnout* nos enfermeiros.

OBJETIVO

- Identificar os sinais do *Burnout*, conhecer a influência da liderança no *Burnout* e determinar quais as possíveis estratégias dos enfermeiros gestores na prevenção de *Burnout* no perioperatório.

METODOLOGIA

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Qual a influência da liderança no *Burnout* dos enfermeiros de perioperatório?

REVISÃO DE LITERATURA



Palavras-Chaves: Enfermagem Perioperatória.

RESULTADOS\DISCUSSÃO

ANEXO	AUTOR/DATA	QUESTÃO/OBJETIVO	INTERVENÇÃO	RESULTADOS
Organizational Factors and Burnout of Endoscopists	Silero et al, 2018	Determinar a influência dos fatores organizacionais do ambiente de trabalho de endoscopia nos níveis de stress, exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal.	Estudo transversal	Os resultados mostraram exaustão emocional em 43% (56) dos enfermeiros, despersonalização em 21% (26) e redução de realização pessoal em 57% (68). O grau de esgotamento geral foi moderado.
Workplace bullying, burnout and employee attitudes: perceptions among health care professionals	Yang et al, 2021	Investigar o <i>bullying</i> no local de trabalho e explorar as correlações entre <i>bullying</i> , <i>burnout</i> e resultados de erro e desempenho do profissional na Austrália.	Estudo correlacional descritivo utilizando uma pesquisa online incorporando quatro instrumentos validados.	O bem-estar psicológico dos profissionais pode ser uma prioridade através do estabelecimento e manutenção de um clima organizacional de segurança psicossocial.
Addressing Burnout and Compassion Fatigue in Perianesthesia Nursing: an integrative review	Guil, J., 2018	Impacto do esgotamento de enfermeiro perianestésico na qualidade dos cuidados ao doente.	Artigo de revisão	O esgotamento e a fadiga por compaixão têm um impacto considerável no bem-estar e na satisfação profissional dos enfermeiros perianestésicos, bem como na qualidade do cuidado ao paciente.

CONCLUSÃO

O assédio, o aumento das listas de espera e de trabalho, falta de reconhecimento, são fatores que levam o enfermeiro a desenvolver *Burnout*.

Sinais de *Burnout*: exaustão emocional, fadiga, irritabilidade ou tristeza.

Burnout conduz a erros, diminuição da satisfação e da qualidade dos cuidados prestados, por diminuição da capacidade dos enfermeiros em ter empatia, vontade de abandonar o local de emprego, diminuição da concentração.

Liderança deve adotar intervenções de prevenção de *Burnout*:

- Entrega de incentivos como forma de reconhecimento do esforço;
- Elogios verbais;
- Investimentos económicos equitativos;
- Promoção de ambiente de trabalho psicossocial seguro.

Boa liderança pode prevenir a exaustão emocional dos enfermeiros.

Há necessidade urgente de desenvolver intervenções eficazes e apoio organizacional nesta área.

Aspetos influenciadores *Burnout* nos enfermeiros do perioperatório: insatisfação no trabalho, recursos reduzidos, cuidados inacabados, falta de reconhecimento e pressão da gestão ou trabalho árduo.

Fatores organizacionais e o ambiente de trabalho na enfermagem perioperatória são fundamentais para melhorar o bem-estar dos enfermeiros especialmente os que já desenvolveram *Burnout*.

Limitações do estudo: apesar de existirem inúmeros artigos sobre *burnout* nos enfermeiros há pouco matéria científica referente ao *burnout* no perioperatório.

Referências Bibliográficas

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

PARA CONTROLO DA ANSIEDADE NO PACIENTE SUBMETIDO ALR

Alexandra Campos*; Ana Silva**; Juliana Oliveira***; Luís Patrão****; Rita Piairo*****

*Enfermeira no serviço Urgência da Unidade Local de Saúde Barcelos-Espinho, E.P.E.
 **Enfermeira no serviço Urgência da Unidade Local de Saúde Barcelos-Espinho, E.P.E.
 ***Enfermeira no serviço de Bloco Operatório da Unidade Local de Saúde do Alto Ave, E.P.E.
 ****Enfermeira no serviço de Bloco Operatório da Unidade Local de Saúde Barcelos-Espinho, E.P.E.
 *****Enfermeira no serviço de Unidade de Cirurgia de Ambulatório da Unidade Local de Saúde do Alto Ave, E.P.E.

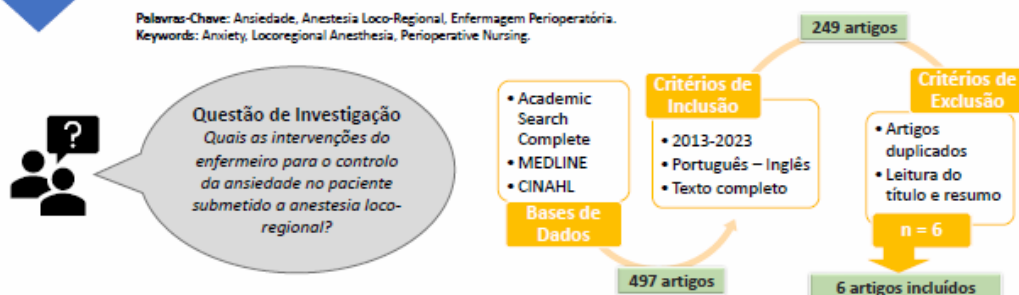


Os processos anestésicos e cirúrgicos são fases de grande complexidade onde o paciente se encontra exposto a um ambiente totalmente desconhecido. A prática de Anestesia Loco-Regional (ALR) tem vindo a aumentar e, neste contexto os pacientes são invadidos por dúvidas, receios e ansiedade que podem comprometer todo o processo cirúrgico e consequentemente a sua recuperação.

Identificar e conceber as intervenções de enfermagem para o controlo da ansiedade no paciente submetido a ALR.

REVISÃO DA LITERATURA

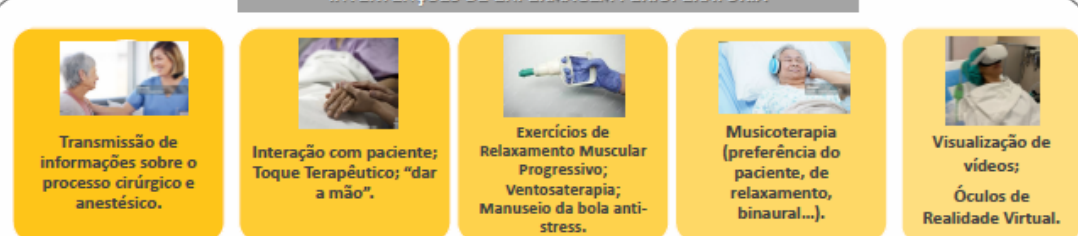
Palavras-Chave: Ansiedade, Anestesia Loco-Regional, Enfermagem Perioperatória.
Keywords: Anxiety, Locoregional Anesthesia, Perioperative Nursing.



Artigos revistos: 2 quasi-experimentais, 1 caso-controlo, 1 controlado randomizado, 1 revisão da literatura e 1 estudo qualitativo.

RESULTADOS / DISCUSSÃO

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA



DIÁLOGO PERIOPERATÓRIO

- Impacto positivo no autocontrolo da ansiedade;
- Impacto benéfico no controlo dos Sinais Vitais e BIS;
- Impacto positivo no controlo da dor pós-operatória;
- Satisfação e segurança do paciente ao longo do perioperatório.

Limitações das Intervenções: disponibilidade de tempo/recursos, experiência dos Enfermeiros, aceitação dos pacientes.

CONCLUSÃO: A identificação, compreensão e aplicação destas intervenções de Enfermagem simples, económicas e de fácil aplicabilidade torna-se fulcral para uma prestação de cuidados mais eficaz e profícua, contribuindo para uma diminuição da ansiedade e melhor experiência do paciente submetido a ALR.

Enfatiza-se a necessidade de abordagens precoces, centradas no paciente e multidisciplinares para gerenciar a ansiedade perioperatória, considerando sempre as necessidades e preferências de cada paciente. Salientamos a relação enfermeiro-paciente através do diálogo perioperatório, para uma assistência humanizada, em que o mesmo Enfermeiro deve acompanhar o paciente ao longo de todo período perioperatório.



Anexo II

Local: Bloco Operatório Central (BOC) – ULS norte de Portugal

Data: 22/01/2025 às 8:30

Tema: Gestão da Hipotermia

N. Sessão	1	Destinatários	Enfermeiros BOC
Formadores		Ana Cristina Matias da Silva	
		SM	
		JP	

Objetivo Geral

- Compreender a Importância da Temperatura Corporal: reconhecer a importância da manutenção da temperatura corporal adequada durante o perioperatório e suas implicações na recuperação do cliente.
- Identificar Riscos e Causas da Hipotermia Inadvertida: conhecer os fatores de risco e as causas mais comuns da hipotermia inadvertida em clientes submetidos a procedimentos cirúrgicos.
- Uniformizar procedimentos sobre a manutenção da normotermia e gestão da hipotermia à pessoa em situação perioperatória.

Objetivos específicos

- Compreender os benefícios da manutenção da normotermia e a sua importância na redução de complicações pós-operatórias e recuperação do cliente;
- Conhecer o mecanismo da termorregulação e a sua alteração perante a situação cirúrgica e anestésica;
- Identificar fatores de risco para o surgimento de hipotermia em clientes durante o perioperatório;
- Abordar métodos de monitorização da temperatura corporal;
- Enumerar e reconhecer sistemas de aquecimentos passivos e ativos;
- Propor linhas orientadoras atendendo às recomendações nacionais e internacionais;
- Propor a implementação de uma instrução de trabalho sobre a gestão da hipotermia nas três fases do perioperatório.

Conteúdos programáticos

- Apresentação da temática.
- Conceito de Normotermia e Hipotermia Inadvertida no Perioperatório.
- Exposição de métodos de avaliação da temperatura corporal.
- Sistemas de aquecimentos passivos e ativos.
- Intervenções de enfermagem na manutenção e gestão da hipotermia.

Metodologia:

Método Expositivo com apresentação em formato digital, Canva.

Material: computador, videoprojector e internet.

Tempo: 15 minutos

Data	Local	Hora
20/01/2024	BOC	08:30

**Plano de Sessão Formativa
Gestão da Hipotermia**

BOC

Data

Local

Hora

20/01/2024

BOC

08:30

Anexo III

1. Objetivos

- a) Assegurar os melhores cuidados de acordo com a *legis artis*;
- b) Uniformizar procedimentos sobre a manutenção da normotermia à pessoa em situação perioperatória;
- c) Facilitar a integração de novos profissionais.

2. Âmbito

- a) Aplica-se aos enfermeiros do Bloco Operatório Central.

3. Abreviaturas

AESOP - Associação de Enfermeiros Portugueses de Salas Operatórias

DGS - Direção-Geral da Saúde

ILC – Infecção do Local Cirúrgico

4. Enquadramento

Os procedimentos cirúrgicos e anestésicos, o estado de consciência alterado e a vulnerabilidade física e emocional do cliente submetido a cirurgia requerem uma atenção especializada por parte do enfermeiro no contexto perioperatório. Historicamente, a hipotermia inadvertida no cliente cirúrgico era considerada uma complicação inevitável, mas, nas últimas décadas, foram desenvolvidas novas técnicas que melhoram as possibilidades de controlo desta complicação.

A temperatura corporal é um sinal vital e deve fazer parte da monitorização padrão básica de qualquer procedimento anestésico, devendo a sua variação central manter-se entre os 36°C e os 38°C durante o período perioperatório (AORN, 2019). A inibição das respostas do sistema termorregulador associadas à anestesia, a diminuição do metabolismo basal, a redistribuição do calor corporal, as condições inerentes à cirurgia e a exposição ambiental desempenham um papel preponderante no desenvolvimento da hipotermia (Granum et al., 2019). Assim, a manutenção da normotermia durante o período perioperatório é essencial não apenas para o conforto do cliente, mas também para a prevenção da ILC, uma vez que tem um efeito direto na resposta imunitária e um efeito indireto na diminuição da perfusão tecidual (DGS, 2022).

A hipotermia pode também propiciar eventos cardíacos adversos, alterações da coagulação, disfunção endócrino-metabólica e tremores (*shivering*) (Azenha et al., 2017; DGS, 2022). Além disso, de acordo com Daniel & Sessler (1997), para muitos clientes, o desconforto gerado pelo frio e pelos tremores no período pós-operatório pode ser superior ao provocado pela dor cirúrgica.

Kolkaba (2003) refere que o conforto resulta da relação que o indivíduo estabelece com o meio que o rodeia. Neste sentido, a determinação do nível de conforto térmico do cliente contribui não só para a promoção da normotermia como para a redução da ansiedade através da sensação de conforto térmico experienciado (Bedaso & Ayalew, 2019; Kolkaba & Wilson, 2002). Para a avaliação do nível de conforto do cliente, os enfermeiros podem recorrer à escala de avaliação do conforto térmico validada para a população portuguesa por Martins (2015).

A prevenção da hipotermia inadvertida começa com a monitorização regular e sistemática da temperatura corporal central do cliente (Costa et al., 2024). Lopes et al (2015) defendem a utilização de locais mais acessíveis e periféricos para a medição da temperatura, desde que os valores obtidos sejam consistentes e se aproximem da temperatura central. Estes princípios estão alinhados com as diretrizes da *American Society of PeriAnesthesia Nurses* (ASPAN). Segundo a AESOP (2017) e a AORN (2019), é fundamental monitorizar a temperatura do cliente ao longo de todas as fases do período perioperatório, implementando medidas preventivas ou de tratamento da hipotermia em cada etapa. A escolha do método de monitorização deve levar em consideração fatores específicos do cliente, como idade, sexo, área de superfície corporal, condições médicas preexistentes, tipo e duração do procedimento cirúrgico, tipo de anestesia, posicionamento do cliente e uso de dispositivos, como torniquetes pneumáticos. A seleção do dispositivo de aquecimento deve considerar as restrições do equipamento, como o acesso ao local cirúrgico, a área de contacto com a pele e o tamanho do dispositivo, além do potencial de eventos adversos associados ao seu uso, conforme indicado pela AORN (2019). A implementação de medidas pode incluir aquecimento ativo, passivo ou uma combinação de ambos (DGS, 2022).

5. Descrição Esta instrução de trabalho foi elaborada com base nas orientações da Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações (AESOP) sobre a prevenção e controlo da hipotermia inadvertida, datadas de 2017, e nas normas da Direção-Geral da Saúde (DGS) relativas à prevenção da hipotermia, publicadas em 2022. Além disso, foram consideradas as diretrizes internacionais da AORN, da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia e

diversos estudos científicos encontrados na literatura cinzenta. A integração deste conhecimento científico, aliada à avaliação de peritos na área, resultou na elaboração desta instrução de trabalho.

Manutenção da normotermia – Fase pré-operatória

Durante a fase pré-operatória, a hipotermia pode predispor os clientes a complicações significativas, uma vez que a queda da temperatura corporal antes da cirurgia compromete a capacidade de manter a normotermia durante o procedimento. Essa condição, independentemente do tipo de intervenção, aumenta o risco de complicações cardíacas e ILC. Uma das estratégias mais eficazes para prevenir a hipotermia nessa fase é o pré-aquecimento ativo dos clientes, utilizando dispositivos como cobertores térmicos e sistemas de aquecimento por ar forçado, que têm mostrado resultados promissores na elevação da temperatura central, prevenindo quedas abruptas durante a cirurgia. O pré-aquecimento torna-se ainda mais crítico em clientes com comorbidades que os tornam mais suscetíveis à hipotermia, já que esta prejudica a microcirculação e aumenta a predisposição a complicações intraoperatórias. A literatura recomenda um tempo mínimo de pré-aquecimento ativo de 10 minutos, estendendo-se de 15 a 30 minutos para a maioria dos procedimentos cirúrgicos (Costa et al., 2024; AORN, 2019). Além disso, se a hipotermia for identificada antes da cirurgia, é aconselhável iniciar intervenções para normalizar a temperatura corporal central do cliente antes da transferência para a sala operatória, sempre que possível (AORN, 2019).

1. Identificar Fatores de risco acrescido

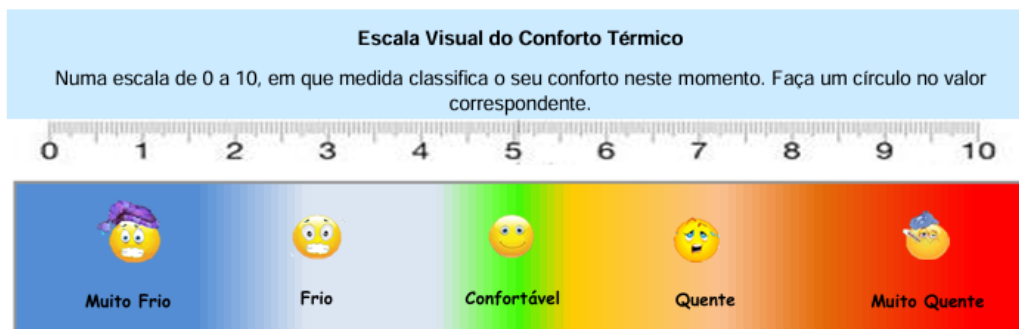
--	--	--	--	--	--	--	--

Fatores de risco da hipotermia ^{1,2,3,6}			
1	Idades extremas – neonatos, crianças e idosos	11	Anestesia combinada – geral e regional
2	Sexo Feminino	12	Alto nível de bloqueio espinal
3	Doenças endócrinas, nomeadamente diabetes com disfunção autónoma	13	Exposição de cavidades corporais
		14	Temperatura da sala operatória
4	Doenças do sistema nervoso central	15	Grande exposição cutânea
5	Alterações cardiovasculares	16	Uso de irrigações intracavitárias e fluidos intravenosos frios
6	Queimados		
7	Feridas abertas	17	ASA II a V
8	Baixo índice de massa corporal	18	Temperatura central prévia inferior a 36°C
9	Tratamento crónico com antidepressivos e antipsicóticos	19	Trauma severo
		20	Pressão sistólica inferior a 140 mmHg
10	Tempo e tipo de cirurgia	21	Uso de garrote

AESOP, 2017

2. Monitorização da temperatura Corporal _____ °C Termómetro: Timpânico

3. Aplicar a escala visual analógica do conforto térmico. Score do nível de conforto térmico: _____



Escala Visual do Conforto Térmico (Gomes, 2015)

4. Identificar sinais e sintomas de hipotermia (Foco de Atenção).

Pele fria, pálida e seca	Tremores	Piloereção	Taquicardia	Leitos ungueais cianosados	Outro
--------------------------	----------	------------	-------------	----------------------------	-------

(Garceau, Cosgrove, & Gonzalez, 2023; AESOP, 2017)

5. Manter Normotermia pré-operatória

5.1. Instituir isolamento térmico, se temperatura igual ou superior a 36°C (medidas de aquecimento passivo)

Manta térmica				
---------------	--	--	--	--

5.2. Iniciar o pré-aquecimento pelo menos, 30 minutos antes da entrada na sala operatória, com medidas passivas e/ou ativas, se hipotermia.

Dispositivo de ar forçado	Cobertor térmico	Fluidoterapia aquecida	Aumentar temperatura da sala	Outro
---------------------------	------------------	------------------------	------------------------------	-------

Manutenção da normotermia – Fase intraoperatória

A descida mais significativa da temperatura corporal no perioperatório ocorre durante a fase intraoperatória, onde, 30 a 40 minutos após a indução anestésica, pode observar-se um decréscimo para cerca de 35°C. Esta diminuição acentuada da temperatura corporal deve-se à exposição do corpo a um ambiente frio durante o procedimento, associada a fatores de risco para o desenvolvimento da hipotermia. Portanto, a manutenção de uma temperatura adequada é crucial para garantir a perfusão tecidual e reduzir as complicações perioperatórias (*National Institute for Health and Care Excellence, 2016*).

Importa salientar que a hipotermia interfere na cascata de coagulação, aumentando o risco de sangramento intraoperatório. Além disso, a perda da resposta comportamental ao frio, o comprometimento dos mecanismos termorreguladores de preservação de calor e a vasodilatação periférica provocada pela técnica anestésica, seja ela geral ou regional, contribuem para esta descida da temperatura (Azenha et al., 2017).

Em suma, a gestão adequada da temperatura corporal durante a fase intraoperatória é essencial para a segurança do cliente e para a eficácia do procedimento cirúrgico, sendo fundamental implementar estratégias que minimizem o risco de hipotermia e suas consequências.

Algumas estratégias incluem:

1. **Otimização do tempo cirúrgico:** A equipa cirúrgica, incluindo a equipa de enfermagem, pode ajudar a minimizar a duração do procedimento através de um planeamento pré-operatório meticuloso, trabalho de equipa eficiente e antecipação das necessidades do cirurgião (Kini, E., 2015).
2. **Aquecimento ativo:** Cobertores isolantes por si só podem não ser suficientes para prevenir a hipotermia (Dort et al., 2017). O uso de dispositivos ativos de aquecimento por ar forçado e colchões térmicos elétricos é uma prática amplamente adotada para manter a temperatura corporal durante cirurgias prolongadas (Dort et al., 2017).
3. **Aquecimento de fluidos intravenosos:** Esta medida tem como objetivo minimizar as quedas abruptas de temperatura corporal que ocorrem com a infusão de grandes volumes de líquidos à temperatura ambiente (Cruz-Segura & Grajeda-López, 2016). Embora o aquecimento dos fluidos de irrigação não tenha mostrado uma diferença significativa, o aquecimento de fluidos intravenosos tem demonstrado uma redução na ocorrência de tremores pós-operatórios (Dort et al., 2017). O enfermeiro circulante

deve assegurar que os fluidos intravenosos e de irrigação aquecidos são providenciados em conformidade com os parâmetros adequados (Kini, 2015).

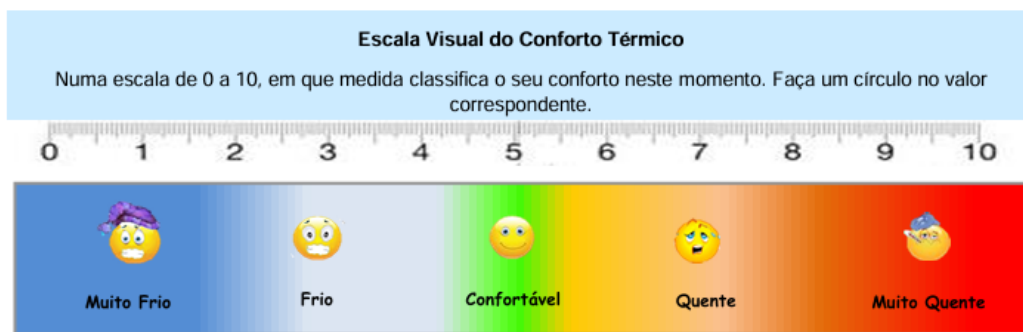
4. **Regulação da temperatura ambiente:** Ajustar a temperatura da sala operatória (20 a 26°C segundo norma da DGS, 2022) para um nível mais quente ajuda a reduzir a perda de calor por radiação (Cruz-Segura, & Grajeda-López, 2016).
5. **Monitorização contínua da temperatura central:** Os locais tradicionais para monitorização da temperatura, como a nasofaringe e o esôfago, muitas vezes estão inacessíveis. Nestes casos, podem ser utilizados cateteres de temperatura vesicais, se necessário (Dort et al., 2017). Essa técnica tem-se mostrado eficaz na correlação com a temperatura da artéria pulmonar (*Gold Standard*), proporcionando uma leitura precisa da temperatura central.

A compreensão do status térmico no final do ato cirúrgico é fundamental para orientar e dar continuidade ao plano de cuidados durante a permanência da pessoa na UCPA, bem como para o planeamento da alta (AESOP, 2017).

1. Informar a equipa cirúrgica sobre fatores de risco do cliente a interencionar.
 - 1.1 Otimizar o tempo cirúrgico através do planeamento e decisão sobre utilização de equipas simultâneas.
2. Monitorizar a temperatura de forma contínua e na sua impossibilidade pelo menos de 15/15 minutos até à normotermia.
 - 2.1 Aplicar método de medição contínua: sonda esofágica | termómetro cutâneo | termómetro timpânico

0 min		15 min		30 min		45 min		60 min	
75 min		90 min		105 min		120 min		135 min	
150 min		165 min		180 min					

3. Em contexto de anestesia loco-regional, aplicar a escala visual analógica do conforto térmico. Score do nível de conforto térmico: _____



Escala Visual do Conforto Térmico (Gomes, 2015)

4. Monitorizar temperatura da sala operatória (manter a temperatura ambiente nunca inferior a 20°C).

--	--	--	--	--	--

5. Manter Normotermia intraoperatória.

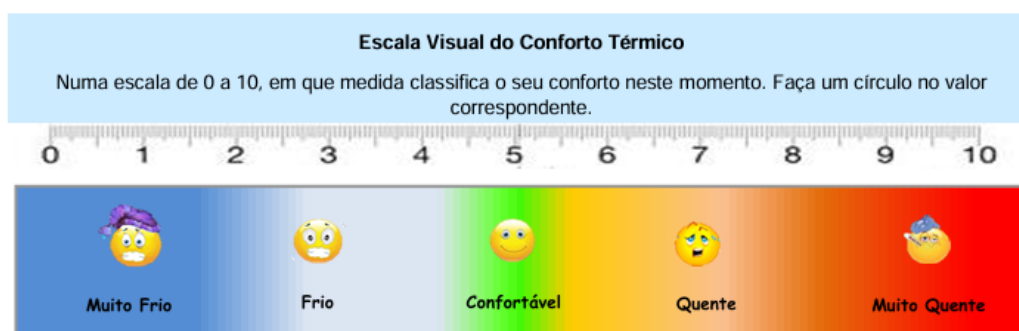
5.1 Reduzir a exposição corporal através de medidas de proteção cutânea da área não cirúrgica com materiais de isolamento térmico (incluindo a cabeça e as extremidades).

5.2 Instituir sistema de aquecimento ativo, se pessoa evidenciar de desconforto por frio, mesmo que se apresente normotérmica. (Dispositivo de ar forçado/Manta térmica/ Fluidoterapia aquecida/ Aumento temperatura da sala/Irrigação de fluidos aquecidos, etc.)

5.3 Instituir aquecimento por sistema ativo de aquecimento se $TC < 36^{\circ}C$ ou risco.

Dispositivo de ar forçado	Cobertor térmico	Fluidoterapia IV aquecida	Fluidos de instilação/irrigação aquecidos ($37^{\circ}C$)	Aumentar temperatura da sala	Outro
---------------------------	------------------	---------------------------	---	------------------------------	-------

6 - Avaliar o nível de conforto térmico e sinais e sintomas de Hipotermia intraoperatória inadvertida à saída da sala operatória.



Escala Visual do Conforto Térmico (Gomes, 2015)

Manutenção da normotermia – Fase pós-operatório imediato – recobro fase I

No pós-operatório, a manutenção de uma temperatura corporal adequada é essencial para promover a cicatrização e evitar complicações tromboembólicas, devendo ter-se em atenção a técnica anestésica utilizada. A manutenção da normotermia nesta fase é crucial para a recuperação do cliente. A hipotermia pode desencadear tremores, aumentando a dor na ferida e a taxa metabólica, o que pode levar a hipoxia e eventos cardíacos (Azenha et al. 2017, DGS, 2022).

O uso de cobertores aquecidos e a regulação da temperatura ambiente no pós-operatório imediato ajudam a evitar quedas na temperatura corporal (Goswami & Jain 2021). O aquecimento contínuo de fluidos intravenosos deve ser mantido no pós-operatório, especialmente em clientes de alto risco, para garantir a estabilidade térmica e minimizar a ocorrência de tremores.

Assim, em situações de anestesia geral, é frequente a queixa de desconforto por frio e a evidência de tremores, além da apresentação de pele fria, pálida, piloereção, taquicardia e leitos ungueais cianosados (AESOP, 2017). Neste sentido, durante a permanência na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA), a temperatura do cliente deve ser avaliada de 30 em 30 minutos, até ser atingido o conforto térmico. Uma vez alcançado esse conforto, a temperatura só deverá ser reavaliada perante sinais ou sintomas de hipotermia ou alteração do conforto do cliente (Hooper et al., 2010).

1. Transmitir à equipa da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) sobre fatores de risco de Hipotermia:

- Fatores de Risco identificados no pré-operatório
- Evolução térmica pré e intraoperatórios
- Procedimento anestésico-cirúrgico
- Duração do procedimento cirúrgico

2 – Monitorizar a temperatura de forma contínua e na sua impossibilidade pelo menos de 30/30 minutos se normotermia.

Método de medição _____

0 min		30 min		60 min		90 min		120 min	
150 min		180 min							

3 – Monitorizar temperatura ambiente: ____ °C (deve rondar os 24°C)

4 – Manter proteção cutânea por isolamento térmico se normotermia

4.1 – Aplicar medidas de aquecimento se sensação de desconforto por frio.

5 – Instituir aquecimento por sistema ativo de aquecimento se TC < 36°C.

Dispositivo de ar forçado	Cobertor térmico	Fluidoterapia IV aquecida	Fluidos de instilação/irrigação aquecidos (37°C)	Manter temperatura da sala	Outro
---------------------------	------------------	---------------------------	--	----------------------------	-------

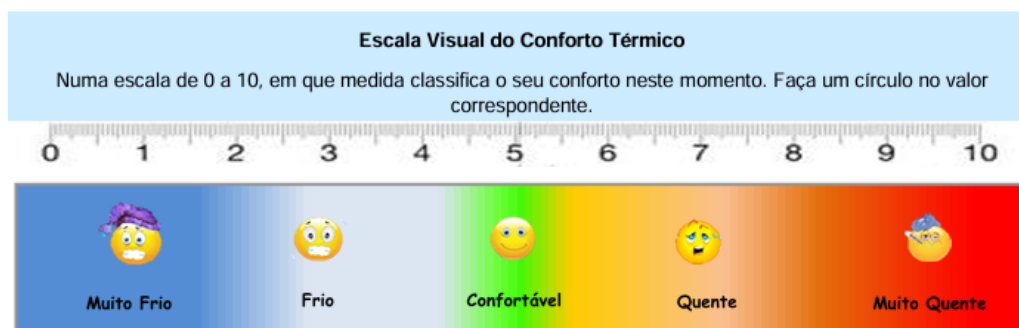
5.1 - Monitorizar a temperatura de forma contínua e na sua impossibilidade pelo menos de 15/15 minutos até à normotermia.

0 min		15 min		30 min		45 min		60 min	

6 - Avaliar temperatura central, nível de conforto térmico e sinais e sintomas de Hipotermia Inadvertida no momento da alta da UCPA.

Temperatura ____ °C método de medição _____

Nível de conforto térmico ____ (score escala visual analógica)



Escala Visual do Conforto Térmico (Gomes, 2015)

Observações

As recomendações da AESOP apontam para os seguintes aspetos a ter em consideração:

- A utilização de equipamento de ar forçado entre os lençóis hospitalares é fortemente desaconselhada pois está fora dos parâmetros das recomendações do fabricante.
- O aquecimento de fluidos, sem controlo de temperatura, aumenta o risco dos processos de hemólise e outras lesões internas, cujas consequências podem ser graves ou letais. O uso de dispositivos seguros de aquecimento é mandatário. A AORN recomenda 37°C e o NICE entre 38°C- 40°C.
- O método de avaliação da temperatura pode ser invasivo ou não invasivo e a escolha dos locais para a avaliação depende de vários fatores, tais como as técnicas anestésica e cirúrgica, as condições do cliente e os recursos da instituição. Devem ser efetuados cálculos de correspondência entre os valores da temperatura avaliada e a temperatura central, de modo a obter os resultados mais aproximados:

Auricular

aproximadamente $0,85\text{ }^{\circ}\text{C} < T^{\circ}\text{C central}$.

Axilar

aproximadamente $1,1\text{ }^{\circ}\text{C} < T^{\circ}\text{C central}$.

Oral

aproximadamente $0,55\text{ }^{\circ}\text{C} < T^{\circ}\text{C central}$.

Região frontal

aproximadamente $0,7\text{ }^{\circ}\text{C} < T^{\circ}\text{C central}$.

Retal

aproximadamente $1,25\text{ }^{\circ}\text{C} < T^{\circ}\text{C central}$.¹⁰

Referências bibliográficas

AORN. (2019). Guideline for prevention of hypothermia. AORN Facility Reference Center. <https://aornguidelines.org/guidelines/content?sectionid=173731777&view=book>

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2017). Práticas recomendadas para bloco operatório: Prevenção da hipotermia perioperatória. retirado de <https://www.ulsguarda.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2018/02/Draft-Brochura-AESOP-PR-Hipotermia-Pantone-569.pdf>

Azenha, M., Rocha, C., Oliveira, E., Cruz, L., Pascoal, M., Macedo, A. L., & Gomes, M. (2017). Recomendações da SPA para manutenção de normotermia no período perioperatório. Sociedade Portuguesa de Anestesiologia. <https://www.spanestesiologia.pt/ficheiros/Consensos%20normotermia.pdf>

Costa, A., Teixeira, C., Barroso, C., & Segadães, F. (2024). Desenvolvimento de competências de enfermagem avançadas na manutenção da normotermia da pessoa no perioperatório: Scoping review. Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health, 2 ed. espec. nº 14. <https://doi.org/10.29352/mill0214e.34585>

Cruz-Segura, A., & Grajeda-López, P. (2016). Protocolo de manejo perioperatório de procedimentos microquirúrgicos em hospitais de concentração. Revista Médica do Instituto Mexicano do Seguro Social, 54(3), 340–347.

Daniel, I., & Sessler, M. (1997). Mild perioperative hypothermia. The New England Journal of Medicine, 336 (24), 1730-1737. <https://doi.org/10.1056/NEJM199706123362407>

Direção-Geral da Saúde. (2022). Norma nº 020/2015 atualizada a 17/11/2022. Feixe de intervenções de prevenção de infeção de local cirúrgico. Direção-Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-de-local-cirurgico>

Dort, J. C., Farwell, D. G., Findlay, M., Huber, G. F., Kerr, P., Shea-Budgell, M. A., Simon, C., Uppington, J., Zygun, D., Ljungqvist, O., & Harris, J. (2017). Optimal perioperative care in major head and neck cancer surgery with free flap reconstruction: A consensus review and recommendations from the Enhanced Recovery After Surgery Society. JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery, 143(3), 292–303. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2016.2981>

European Operating Room Nurses Association (EORNA). (2023). EORNA best practice for perioperative care (3ª ed.). Bruxelas, Bélgica: EORNA. ISBN: 9789082370904. <https://eorna.eu/wp-content/uploads/2023/07/EORNA-Best-Practice-for-perioperative-care2023.pdf>

Gomes, C. (2015). Escala Visual do Conforto Térmico: estudo das propriedades métricas. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, Escola Superior de Enfermagem do Porto

Goswami, U., & Jain, A. (2021). Anaesthetic implications of free-flap microvascular surgery for head and neck malignancies: A relook. Journal of Anaesthesiology, Clinical Pharmacology, 37(4), 499–504. https://doi.org/10.4103/joacp.JOACP_22_20

Granum, M., Kaasby, K., Skou, S., & Gronkoer, M. (2019). Preventing Inadvertent Hypothermia in Patients Undergoing Major Spinal Surgery: A Nonrandomized Controlled Study of Two Different Methods of Preoperative and Intraoperative Warming. Journal of PeriAnesthesia Nursing, 81 (6),1-7. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2019.03.004>

Hooper, V., Chard, R., Clifford, T., Fetzer, S., Fossun, S., Godden, B., Martinez, E., Noble, K., O'Brien, D., Odom-Forren, J., Peterson, C., Ross, J., & Wilson, L. (2010). ASPAN's evidence-based clinical practice guideline for the promotion of perioperative normothermia: second edition.

Journal of Perianesthesia Nursing, 25 (6), 346-365. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2010.10.006>

Publicação	Revisão	Página
XX/XX/2025	XX/XX/XXXX	1 de 13

Kini, E. (2015). Free flap procedures for reconstruction after head and neck cancer. *AORN Journal*, 102(6), 644.e1–644.e6. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2015.10.013>

Lopes, C. (2009). Posicionamento cirúrgico: evidências para o cuidado de enfermagem. (Tese de mestrado, Universidade de São Paulo). Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações. <https://doi.org/10.11606/D.22.2009.tde-18082009-125209>

Mehta, S., Cro, S. C., Coomber, B., Rolph, R., Cornelius, V., & Farhadi, J. (2019). A randomised controlled feasibility trial to evaluate local heat preconditioning on wound healing after reconstructive breast surgery: The preHEAT trial. *Pilot and Feasibility Studies*, 5, 5. <https://doi.org/10.1186/s40814-019-0392-y>

Moellhoff, N., Broer, P. N., Heidekrueger, P. I., Ninkovic, M., & Ehrl, D. (2020). Impact of intraoperative hypothermia on microsurgical free flap reconstructions. *Journal of Reconstructive Microsurgery*. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1715880>

National Institute for Health and Care Excellence. (2016). Hypothermia: prevention and management in adults having surgery. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg65/resources/hypothermia-prevention-and-management-in-adults-having-surgery-pdf-975569636293>

Rahmanian-Schwarz, A., Schiefer, J. L., Amr, A., Rothenberger, J., Schaller, H.-E., & Hirt, B. (2011). Thermoregulatory response of anterolateral thigh flap compared with latissimus dorsi myocutaneous flap: An evaluation of flaps cutaneous flow and velocity due to thermal stress. *Microsurgery*, 31(8), 650–654. <https://doi.org/10.1002/micr.20950>

Anexo IV

GUIÃO DE SESSÃO DO GRUPO FOCAL

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO:

- Investigador principal - Ana Cristina Silva - Estudante do Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória da Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Orientador - Professor Doutor Paulo Puga Machado.
- Co-Orientador - Professora Doutora Ana Sabrina Sousa.

TEMA: Intervenções do Enfermeiro Especialista à Pessoa em Situação Perioperatória na Gestão da Hipotermia

A hipotermia inadvertida perioperatória é uma complicação significativa que afeta a segurança e a recuperação dos clientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. O enfermeiro desempenha um papel crucial na gestão desta condição, que pode resultar em consequências adversas, como o aumento da morbimortalidade e o prolongamento do tempo de hospitalização.

26% a 90% dos doentes submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos apresentam-se hipotérmicos no final da cirurgia e esta complicação pode ocorrer em qualquer fase do perioperatório.

Finalidade do Grupo Focal: descrever as perceções e práticas dos enfermeiros em contexto perioperatório, na manutenção da normotermia perioperatória. Validação de uma instrução de trabalho.

DURAÇÃO: 60 minutos (±15 minutos)

LOCAL: Via Zoom, através do seguinte link: <https://videoconf-colibri.zoom.us/j/99730247361>

DATA: 4 de abril de 2025, 21h.

PARTICIPANTES CONVIDADOS:

O grupo focal é constituído por um conjunto de profissionais peritos, 5 enfermeiros e 1 anestesiolista que trabalham no bloco operatório, a saber:

ACP

2006 – Licenciatura em Medicina.

2012 – Formação Especializada de Anestesiologia.

Desde novembro de 2012 – Assistente Hospitalar de Anestesiologia.

Desde 2020 Diretora do Bloco Operatório Central.

HF

1995 - Curso de Bacharelato em Enfermagem.

2000 - Curso de Licenciatura em Enfermagem Médico-cirúrgica.

2006 – Mestrado em Filosofia com especialização em Bioética.

Desde 1997 exerce funções como enfermeira em Bloco Operatório; desde 2004 até à presente data exerce funções como enfermeira especialista em enfermagem Médico-cirúrgica no Bloco Operatório Central.

De 2021 a 2023 exerceu funções como Enfermeira Gestora do Bloco Operatório Central, coordenadora da formação em serviço e desde 2002 membro dinamizador do PPCIRA.

IC

Formada em Enfermagem no Porto na Escola Superior de Enfermagem D Ana Guedes.

30 anos de profissão, 25 deles no bloco operatório.

Pós-graduação em Bloco Operatório e Reanimação.

Pós-graduação em Gestão de Serviços de Enfermagem.

Mestrado em Ciências de Enfermagem pelo ICBAS.

Doutoramento em Ciências de Enfermagem pelo ICBAS na área da Hipotermia Perioperatória inadvertida.

Professora convidada na ESEP em mestrados e pós-graduações de enfermagem.

JMPG

1998 – Curso de Bacharelato em Enfermagem.

2003 – Curso de Complemento em Enfermagem – Licenciatura.

2003 – Curso de Pós-graduação em Enfermagem de Anestesiologia, ICBAS.

Desde 2002 a exercer funções no Bloco Operatório Central e desde 2022 a exercer funções como Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Bloco Operatório Central.

MJC

1992 – Curso de Bacharelato em Enfermagem.

2001 – Curso de Complemento em Enfermagem – Licenciatura.

2020 – Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em situação crítica.

Desde 2003 a exercer funções no Serviço de Cirurgia Ambulatória.

Desde 2020 integra grupo de trabalho no âmbito de qualidade em saúde, APCA e interlocutora de risco.

SMSP

1994 – Curso de Bacharelato em Enfermagem.

1999 – Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Desde 2005 a exercer funções como Enfermeira Especialista no Hospital São João, Porto.

De março a dezembro de 2006 a exercer funções na Unidade de Cirurgia Ambulatória e desde dezembro de 2006 até à presente data a exercer funções no Bloco Operatório Central.

MATERIAL NECESSÁRIO: Computador, acesso ao ZOOM®.

MOMENTOS	CONTEÚDO	DURAÇÃO
Introdução	-Apresentação dos intervenientes -Apresentação dos objetivos do estudo -Explicação da metodologia do estudo	5-10 minutos
Desenvolvimento	-Apresentação da questão de partida do estudo -Discussão	50-55 minutos
Encerramento	-Conclusão -Agradecimentos	5-10 minutos

FINALIDADE: Aprimorar instrução desenvolvida para posterior implementação no BOC sobre a gestão da hipotermia em todas as fases do perioperatório.

QUESTÕES DE PARTIDA:

1. Qual a opinião sobre os itens desta instrução de trabalho?
2. Qual a opinião sobre as atividades descritas nos itens instrução de trabalho? (conteúdo, adequação e clareza da linguagem)
3. Qual a opinião sobre a ordem dos itens/atividades da instrução de trabalho? (conteúdo, adequação e clareza da linguagem)
4. Qual a opinião sobre as grelhas de verificação? (conteúdo, adequação e clareza da linguagem)
5. Qual a sua opinião quanto à aplicabilidade desta Instrução de trabalho?
6. Na sua perspetiva, com que periodicidade esta Instrução de trabalho deve ser atualizada?
7. Tem mais alguma sugestão a fazer em relação a esta Instrução de trabalho?

NOTA: Relativamente às questões 1, 2, 3 e 4 pode percorrer cada item constante da instrução de trabalho. Pode inclusive enviar previamente a instrução de trabalho, em PDF, a cada perito.