



Escola Superior de Saúde de Santa Maria

O ENFERMEIRO PERIOPERATÓRIO E A PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA BARIÁTRICA

Alexandra Salomé Faria Moreira

Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde de Santa Maria, para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem Médico Cirúrgica, com especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.

Porto, 2024



Escola Superior de Enfermagem Santa Maria Porto

O ENFERMEIRO PERIOPERATÓRIO E A PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA BARIÁTRICA

Alexandra Salomé Faria Moreira

Orientador: Professor Daniel Cunha

Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde de Santa Maria, para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.

Porto, 2024

“A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original.”

Albert Einstein

AGRADECIMENTOS

O percurso de uma especialidade e de um mestrado é sempre um caminho longo, com alegrias e tristezas, com alguns percalços, e com uma mistura de sentimentos muito grande.

Independente de todo o processo, ele tem o contributo de diversas pessoas que foram, indispensáveis para encontrar o rumo certo neste caminho tão longo e complexo.

Agradeço a Escola Superior de Saúde de Santa Maria pela inovação e excelência do ensino, à Professora Doutora Beatriz Edra por toda a disponibilidade e carinho.

Agradeço ao meu orientador, Professor Daniel Cunha, por toda a orientação e rigor constantes, e principalmente por todo o apoio, paciência, sabedoria e conhecimento transmitido ao longo deste percurso.

Agradeço aos tutores dos diferentes estágios, ao Enfº Filipe, Enfº Ruben, pela orientação e ensinamentos.

À Enfermeira chefe Paula Guimarães por toda a disponibilidade, carinho, ajuda e compreensão ao longo deste período.

Às minhas colegas de luta Mónica Mendes e Catarina Carvalho, por todo o apoio e ajuda num momento tão agradável da minha vida, sem vocês não teria sido possível.

À minha família (Pais, Avô, Tia Carla e Margarida), por todos os sacrifícios que fizeram para que eu pudesse chegar até aqui, por me ouvirem e encorajarem sempre que as pedras no caminho foram surgindo, por estarem sempre presentes para tudo.

Um obrigado muito especial à minha amiga Andreia, por me incentivar nesta luta, e por ser a melhor amiga que alguém pode ter. Por ser uma excelente colega de trabalho, e companheira de guerra, nesta dura caminhada, estando sempre presente nos bons e maus momentos.

À minha querida Maria e ao Márcio por ouvirem os meus desabafos, aturarem o meu mau humor, e desculparem as minhas ausências.

Finalmente, a pessoa que tem estado ao meu lado em todas as etapas da minha vida, ao meu marido, por todos os momentos em que aguentou o meu mau humor, as minhas inseguranças, a minha ausência, e que ainda assim me apoiou e motivou a seguir

este caminho. Por acreditar em mim, mais do que eu! Ao meu filho Francisco, que foi o meu parceiro desta luta, que me acompanhou sempre sem opção. Meu amor desculpa a minha ausência, pelo tempo que deveria, mas que não te dediquei.

A todos o meu sincero obrigado.

RESUMO

A elaboração do presente relatório surge no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde Santa Maria, na Unidade Curricular Estágio com relatório, referente ao ano letivo 2022/2023, culminando com a discussão pública para a obtenção do grau de Mestre.

Pretendemos evidenciar o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória; ilustrar o desenvolvimento de competências de análise e pensamento crítico-reflexivo; e comprovar o desenvolvimento de competências de Mestre.

No ensino Clínico I, correspondente ao “Cuidar na Sala Operatória”, obtive, creditação pelo Conselho Técnico-científico da escola. Considerando as competências e os saberes adquiridos nos doze anos de exercício profissional no Bloco Operatório, apresentei um portfólio, com a descrição da minha experiência profissional, atividades desenvolvidas, funções desempenhadas, cuidados prestados, retratando o desenvolvimento de competências compatíveis com as do Enfermeiro Especialista na área da enfermagem perioperatória.

Relativamente ao Módulo I, correspondente a Unidade de Cirurgia Ambulatório, realizei este estágio numa Unidade de Cirurgia Ambulatório do Norte do País.

O Módulo II, correspondente ao estágio de opção, decorreu num Bloco Operatório do Norte do País, na área da Cirurgia Bariátrica. A motivação para a escolha do estágio prende-se com o gosto pela Cirurgia Bariátrica e também pela preocupação enquanto Enfermeira com as questões ligadas à obesidade e sedentarismo, as quais afetam a qualidade de vida de jovens adultos e idosos e contribuem para o aumento de doenças crónicas como as doenças cardiovasculares.

Recorremos a metodologia descritiva, analítica e reflexiva, fundamentando a prática na evidência científica, de modo a espelhar a aplicação de conhecimentos, o pensamento crítico e reflexivo, assim como a experiência profissional.

Palavras-Chave: Enfermeiro, Enfermagem, Competência profissional, Período Perioperatório, Obesidade, Cirurgia Bariátrica

ABSTRACT

This report was drawn up as part of the 2nd Master's Degree in Medical-Surgical Nursing at the Escola Superior de Saúde Santa Maria, in the Curricular Unit Internship with report, for the 2022/2023 academic year, culminating in the public discussion to obtain the Master's degree.

The aim is to demonstrate the development of the common and specific competences of nurses specialising in Medical-Surgical Nursing, in the area of Nursing for People in Perioperative Situations; to illustrate the development of skills in analysis and critical-reflective thinking; and to prove the development of Master's competences.

In Clinical Trial I, corresponding to "Caring in the Operating Theatre", I obtained accreditation from the school's Technical-Scientific Council. Considering the skills and knowledge acquired in the twelve years of professional practice in the operating theatre, I presented a portfolio describing my professional experience, activities carried out, functions performed, care provided, portraying the development of skills compatible with those of a Specialist Nurse in the area of perioperative nursing.

With regard to Module I, corresponding to the Ambulatory Surgery Unit, I carried out this internship in an Ambulatory Surgery Unit in the North of the country.

Module II, corresponding to the optional internship, took place in an operating theatre in the North of the country, in the area of Bariatric Surgery.

The motivation for choosing this internship was due to my taste for Bariatric Surgery and my concern as a Nurse about issues related to obesity and sedentary lifestyles, which affect the quality of life of young adults and the elderly and contribute to an increase in chronic diseases such as cardiovascular disease.

We used descriptive, analytical and reflective methodology, basing practice on scientific evidence, in order to reflect the application of knowledge, critical and reflective thinking, as well as professional experience.

Keywords: Nurse, Nursing, Professional Competence, Perioperative Period, Obesity, Bariatric Surgery

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AORN – *Association of PeriOperative Registered Nurses*

APIC – Clínica de Admissão Pré Internamento Cirúrgico

ACSA – Agência de Qualidade e Sanitaria de Andalucia

BIS – Índice Bispectral

BO – Bloco Operatório

BOC – Bloco Operatório Central

CA – Cirurgia de Ambulatório

CHTS – Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPRE – Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção Geral da Saúde

DL – Decreto Lei

DR – Diário da República

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

ENQS – Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde

ERS – Entidade Reguladora de Saúde

ESSSM – Escola Superior de Saúde de Santa Maria

IACS – Infecções Associadas a Cuidados de Saúde

ILC – Infecção do Local Cirúrgico

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

ISBAR – Identificação, Situação atual, Antecedentes, Avaliação e Recomendação

LASA – Look Alike Sound Alike

LVSC – Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCA – Patient Controlled Analgesia

PEG'S – Gastrostomia Percutânea Endoscópica

PNSD – Plano Nacional de Segurança do Doente

PTA – Angioplastia Transluminal Percutânea

PVC – Pressão Venosa Central

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – Região Norte

SARS COV 2 – Coronavirus disease 2019 (Doença por coronavírus 2019)

SEFI – Serviço de Ensino Formação e Investigação

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SOP – Síndrome dos Ovários Policísticos

UCA – Unidade de Cirurgia de Ambulatório

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UIP – Unidade Intermédia Polivalente

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1.1. OBESIDADE E AS SUAS CONSEQUÊNCIAS.....	16
1.2. TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE	23
2. OS CONTEXTOS DA PRÁTICA	30
2.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DE UM HOSPITAL DA REGIÃO NORTE.....	30
2.2. ESTÁGIO EM CONTEXTO DE UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO / BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL	31
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS E ANÁLISE CRÍTICO REFLEXIVA	36
3.1. ANÁLISE E DESCRIÇÃO REFLEXIVA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	36
3.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal	37
3.1.2. Melhoria da qualidade	38
3.1.3. Gestão dos cuidados	41
3.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	44
3.2. ANÁLISE E DESCRIÇÃO REFLEXIVA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA.....	47
3.2.1. Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa	49
3.2.2. Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa multidisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica	58
4. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM.....	72
CONCLUSÃO.....	76

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
---	-----------

ANEXOS

ANEXO 1 PANFLETO

ANEXO II INSTRUÇÃO DE TRABALHO ANESTESIA E POSICIONAMENTO DA
PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA BARIÁTRICA

ANEXO III FORMAÇÃO “ ATUALIZAÇÃO EM PREVENÇÃO E CONTROLO DE
INFECÇÃO”

ANEXO IV LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

INTRODUÇÃO

A profissão de enfermagem, tem vindo a sofrer grandes alterações e mudanças ao longo do tempo, quer a nível da formação, quer a nível da complexificação e dignificação do seu exercício profissional. É hoje em dia, uma profissão que se lhe reconhece mérito e importância, sendo cada vez mais focada na interação e onde cada pessoa é perspectivada como sendo única, indivisível e singular (Serrano et al., 2011), sendo os cuidados de enfermagem traduzidos, em intervenções autónomas (OE, 2015).

Cada vez mais, são exigidas competências académicas, profissionais e sociais, mais complexas, diferenciadas e exigentes. Pelo exposto senti necessidade de alargar os meus conhecimentos teóricos e práticos, bem como, contribuir para a construção da minha identidade profissional. Ou seja, pretendia adquirir e desenvolver competências fundamentais para atuar como enfermeira especialista que presta assistência, à pessoa em situação perioperatória, adquirindo e consolidando conhecimentos, para uma prática baseada na melhor, e mais atualizada evidência científica.

O presente relatório de estágio representa o culminar de um percurso iniciado em 2022, com o ingresso no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Santa Maria (ESSSM), no Porto. Tem como objetivo uma análise e descrição crítico reflexiva das competências e experiências adquiridas durante os ensinamentos clínicos realizados. Estes ensinamentos clínicos decorreram num Centro Hospitalar do Norte do país. Pretende-se com a elaboração do mesmo, descrever e fundamentar todo o processo do percurso efetuado, tanto a nível profissional como pessoal, na aquisição e desenvolvimento das competências comuns, especializadas e de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória, para posterior apresentação e discussão pública.

No Decreto-Lei nº 65/2018, encontra-se explanada a estrutura do 2º ciclo de estudos congruente com o grau de Mestre, o qual contempla a realização de “um estágio de natureza profissional objeto de relatório final (...)” (p. 4151). Desta forma, os ensinamentos clínicos representam oportunidades enriquecedoras que possibilitam aos formandos consolidar os conhecimentos, aplicar na prática as teorias aprendidas durante o período formativo, assim como contribuir para a modificação e evolução das atitudes pessoais que se refletem numa maior qualidade e excelência na prestação dos cuidados de enfermagem. De igual modo, o Regulamento nº 658/2016 caracteriza um relatório de estágio como “um

trabalho de descrição e análise científica e crítica sobre as atividades desenvolvidas no âmbito de um estágio profissional efetuado numa instituição” (p. 21549).

O grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica é atribuído aos detentores de conhecimentos aprofundados e especializados no seu campo de intervenção, que demonstrem elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão (Ordem dos Enfermeiros, 2010) na área de especialização. A realização deste Mestrado possibilitou-me a aquisição e desenvolvimento de competências de liderança, investigação, reflexão crítica, bem como na comunicação e autoaprendizagem.

Este relatório corresponde à descrição das aprendizagens desenvolvidas ao longo dos estágios definidos no plano de estudos da ESSSM, que engloba a Unidade Curricular: Ensino Clínico I: “Cuidar na Sala Operatória” e a Unidade Curricular: Estágio com Relatório, que contempla três módulos, dos quais o módulo I que corresponde ao Ensino Clínico II – Unidade de Cirurgia Ambulatório, o Módulo II, designado de Ensino Clínico III que se refere ao Estágio de opção.

No Ensino Clínico I, correspondente ao “Cuidar na Sala Operatória”, obtive, creditação pelo Conselho Técnico-científico da escola. Considerando as competências e os saberes adquiridos nos doze anos de exercício profissional no Bloco Operatório e Unidade de Cuidados Pós Anestésicos, apresentei um portfólio, com a descrição da minha experiência profissional, das atividades desenvolvidas, funções desempenhadas, cuidados prestados, entre outros, retratando o desenvolvimento de competências compatíveis com as do Enfermeiro Especialista na área da enfermagem perioperatória.

Relativamente ao Módulo I, correspondente à Unidade de Cirurgia Ambulatório, realizei estágio numa Unidade de Cirurgia Ambulatório do Norte do País, num total de 62 horas.

O Módulo II, correspondente ao estágio de opção, decorreu num Bloco Operatório do Norte do país, na área da Cirurgia Bariátrica, contabilizando um total de 300 horas. A motivação para a escolha do estágio decorreu do gosto pela Cirurgia Bariátrica e também pela preocupação enquanto Enfermeira com as questões ligadas à obesidade e sedentarismo as quais afetam a qualidade de vida de jovens adultos e idosos e contribuem para o aumento de doenças crónicas como as doenças cardiovasculares.

Segundo a Direção Geral de Saúde (2017), a obesidade é um dos principais problemas de saúde pública atuais, sendo considerada uma doença crónica e ao mesmo

tempo um fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças crônicas, constituindo as principais causas de mortalidade e morbidade. A prevalência de obesidade está a aumentar a um ritmo alarmante em todo o mundo e representa uma epidemia quer nos países desenvolvidos quer nos países em vias de desenvolvimento (Fried M et al., 2008).

O desenvolvimento de competências é um processo, em que a educação e formação constituem a etapa inicial do desenvolvimento permanente (Santos, 2009). O profissional competente é aquele que aprende e cria conhecimento, mobiliza-o, transforma-o e adapta-o aos diferentes contextos, ou seja, aprende a aprender permitindo-lhe ter uma postura crítica/reflexiva e autónoma na sociedade (Dias, 2010).

Quando a vida surge, nasce a necessidade de cuidar, de tomar conta para que esta mesma vida permaneça, se desenvolva e contorne a morte (Collière, 2003). O cuidado é o laço que une os vários profissionais da saúde, entre os quais podemos encontrar os enfermeiros, os responsáveis por assegurar a arte e a ciência do cuidar. Para cuidar, é necessário começarmos por nós mesmos, uma vez que, para oferecer a nossa presença ao outro, é necessário saber o que se tem para se oferecer. Parece-nos um pensamento lógico, porque seria irrisório oferecer o que não se tem e depressa perderíamos o crédito, ou daríamos a segurança a alguém que não necessitasse de nós. Estamos de acordo, quando ouvimos defender que é necessário termos interesse por nós mesmos e só depois, estaremos verdadeiramente aptos para cuidar dos outros (Hesbeen, 2004).

A prática de Enfermagem num Bloco Operatório constitui uma área especializada da prestação de cuidados, que se encontra relacionada, com as questões da dinâmica no processo de cuidar. Sendo fundamental a adequada preparação, não só profissional, mas também pessoal, que é um importante fator e instrumento de sucesso e qualidade dos cuidados prestados numa unidade (Silva, Sanches e Carvalho, 2007). São caracterizados como “ambientes tensos, locais onde a morte é uma constante (...), de ruídos excessivos, de invasão de privacidade...” (Silva, Sanches e Carvalho, 2007, p.3).

A Enfermagem perioperatória é definida como o: “conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo Enfermeiro de sala de operações através de um processo programado (ou de várias etapas integradas entre si) pelo qual, o Enfermeiro reconhece as necessidades do doente a quem presta ou vai prestar cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos do trabalho realizado”. (AESOP,2006,p.346)

O enfermeiro deve equilibrar a tecnologia com a humanização dos cuidados, isto é, a tecnologia deve ser encarada como aliada a prestar cuidados com qualidade na dicotomia do cuidar/humanizar o doente na sua essência humana (Valadas, 2000). Da mesma forma “a humanização estende-se a todos aqueles que estão envolvidos no processo de saúde-doença neste contexto, que são, além do doente, a família, a equipa multiprofissional e o ambiente” (Vila e Rossi, 2002, p.2).

Temos assistido na Enfermagem Perioperatória a uma grande evolução, demonstrando que esta área de cuidados tem uma “identidade” própria, especificidade nas suas práticas, assim como, tem uma preocupação comum a todos os enfermeiros em geral, no que diz respeito à aposta na qualidade através da segurança, promovendo a continuidade de cuidados e assegurando a visão holística do doente (Cabral, 2004).

Este relatório divide-se em quatro capítulos. O primeiro capítulo, é referente ao enquadramento teórico, onde é realizada uma revisão de literatura, relativa a área do estágio de opção, nomeadamente no âmbito da Cirurgia Bariátrica.

No segundo capítulo, são abordados os contextos da prática, sendo feita uma breve apresentação e descrição dos locais onde foram realizados os ensinamentos clínicos.

No terceiro capítulo, é realizada uma descrição e análise crítico-reflexiva de todo o percurso efetuado para a aquisição e desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista, em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.

O quarto capítulo, é dedicado ao percurso para o desenvolvimento das Competências de Mestre.

No final, apresentamos a conclusão.

A elaboração deste relatório será baseada numa metodologia descritiva e crítico-reflexiva, com recurso à pesquisa bibliográfica, segundo as normas de apresentação designadas pela Escola Superior de Saúde de Santa Maria. A pesquisa bibliográfica eletrónica será realizada nas seguintes bases de dados Scientific Electronic Library Online, PubMed, Google Académico, SCIELO e agregador EBSCO.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Para a realização do enquadramento teórico, foi necessário a realização de uma revisão de literatura para um melhor conhecimento do estado de arte acerca da temática escolhida e, deste modo, aprofundar e compreender conceitos pertinentes.

Neste capítulo será abordada a obesidade e as suas consequências, e o tratamento cirúrgico da obesidade.

1.1. OBESIDADE E AS SUAS CONSEQUÊNCIAS

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o termo obesidade corresponde à acumulação excessiva de massa gorda, que representa um risco para a saúde e cujo Índice de Massa Corporal (IMC) é igual ou superior a 30 kg/m^2 , para uma pessoa adulta (OMS, 2021). A tabela seguinte apresenta a classificação do estado nutricional para adultos (idade superior a 18 anos), em função do seu IMC, de acordo com o Programa Nacional de Combate à Obesidade (DGS, 2005).

Tabela 1

Classificação do estado nutricional de indivíduos adultos.

Classificação	IMC [kg/m^2]	Risco de comorbilidades
Baixo peso	$< 18,5$	Baixo, mas com outros riscos associados
Peso normal	18,5 - 24,9	Médio
Pré-obesidade	25,0 - 29,9	Aumentado
Obesidade Classe I	30,0 - 34,9	Moderado
Obesidade Classe II	35,0 - 39,9	Grave
Obesidade Classe III	$\geq 40,0$	Muito grave

A OMS (2021) afirma que o número de pessoas com obesidade entre 1975 e 2016 triplicou a nível mundial, totalizando um número de 650 milhões de pessoas adultas obesas (13% da população adulta mundial). Números preocupantes surgem igualmente quando se trata de crianças com idade inferior a cinco anos. O número de crianças, nesta faixa etária, com obesidade, em 2019, a nível mundial, era estimado ser de 38,2 milhões, enquanto foi apurado que, em 2016, existiam 340 milhões de crianças e adolescentes com

sobrepeso e obesidade, com idade compreendida entre os 5 e 19 anos de idade (OMS, 2021). A pertinência do estudo deste tema como superior afínco destaca-se, precisamente, quando são indicadas estatísticas nesta matéria, levando autores como Koliaki et al. (2023) a retratar a obesidade como sendo uma verdadeira pandemia. Globalmente, o número de indivíduos com sobrepeso supera o número de pessoas classificadas em termos de estado nutricional, como estando abaixo do peso (Ataey et al., 2020).

As bebidas açucaradas, as dietas nutricionalmente fracas, a falta de exercício físico, o tempo de exposição prolongada aos ecrãs, distúrbios no sono, trabalhos por turnos, ou as próprias características intrínsecas ao ambiente são determinantes para uma maior predisposição à obesidade (Hruby et al., 2016). Por seu lado, Cheng et al. (2016) enumeram ainda a taxa elevada de desemprego logo na adolescência ou início da idade adulta, o facto de pertencer a uma classe socioeconómica mais baixa, uma vida pouco estruturada e a depressão como causas passíveis de terem uma relação direta com a propensão a desenvolver algum grau de obesidade.

O vício por alimentos como elevada quantidade de gorduras e açúcares é cada vez mais aceite com unanimidade pelos investigadores como sendo a principal causa de obesidade (von Deneen & Liu, 2011). Estas causas são geralmente o resultado da ocidentalização e de um maior crescimento económico. Por estas razões, há uma elevada frequência da obesidade nos países ocidentais industrializados. Recentemente, existem ainda estudos (Petrakis et al., 2020) que também apontam a relação entre a obesidade e a síndrome respiratória por SARS-CoV-2.

Em Portugal, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2020), foi possível apurar que mais de metade de população adulta apresentava, em 2019, excesso de peso, verificando-se que 16,9% são pessoas obesas. No mesmo inquérito salientou-se ainda que, a maioria da população com idade superior a 15 anos (65,6% da população), não praticava, à altura, qualquer atividade regular de atividade desportiva. Para além disto, é possível ler no Despacho n.º 12634/2023, de 11 de dezembro que, à data, 67,6% da população adulta portuguesa apresentava pré-obesidade ou obesidade e que, em 2022, 31,9 % das crianças entre os 6 e os 8 anos apresentava excesso de peso, das quais 13,5 % tinha com obesidade.

Apesar destes valores alarmantes em todo o mundo, deve ser ressaltado que, tal como defendido por Bosello & Vanzo (2021) e Simati et al. (2023), muitas vezes são

feitas avaliações erradas da população com obesidade, o que permite uma subestimação do seu impacto em parâmetros como a morbilidade e mortalidade, pois utiliza-se como referência o cálculo do IMC, quando se deve ter em consideração outros fatores como a composição corporal e distribuição da gordura para uma determinação mais correta. Contudo, embora em alguns casos possa haver esta sobrestimação da população obesa, os números associados à obesidade a nível mundial estão longe de deixar de ser preocupantes.

As pessoas com excesso de peso ou obesas têm sido associadas a um estado inflamatório crónico de baixo grau, que está associado a um aumento da infiltração no tecido adiposo a partir da circulação por macrófagos do fenótipo M1 (Jin et al., 2023). Para além disto Purdy & Shatzel (2021) concluíram que este estado de inflamação associado à obesidade é provocado por uma leucocitose relativa e, por vezes, absoluta e que está também associada a um aumento do número de plaquetas e a um risco acrescido de tromboembolismo venoso e à deficiência de ferro.

A obesidade é causada por um balanço energético positivo no organismo, resultante de um elevado consumo de energia, proveniente da ingestão alimentos em quantidades superiores às necessárias ou fruto do consumo de alimentos de elevado índice calórico, e/ou como resultado dos baixos níveis de atividade física (Barros et al., 2023). A nível hormonal a obesidade pode ser explicada pelas hormonas da grelina (“hormona da fome” - segregada pelas células enteroendócrinas do trato gastrointestinal que estimula o centro da fome no hipotálamo) e da leptina (“hormona da saciedade” - é segregada a partir dos tecidos adiposos e suprime a ingestão de alimentos e envia sinais para o centro de saciedade do cérebro) que estão envolvidas na regulação do peso, assim como, no consumo de energia e no apetite, regulando o mecanismo de fome-saciedade e cuja perturbação conduz à hiperfagia, originando o aumento de peso (Jehan et al., 2020).

Um estudo realizado na Região Mediterrânica Oriental concluiu que as mulheres apresentam níveis de obesidade superiores aos homens, muito embora a esperança média de vida das mulheres seja globalmente superior à dos homens (Ataey et al., 2020). Em Portugal, a tendência é a mesma, pelo que as mulheres são mais afetadas pela obesidade (INE, 2020). Por sua vez, Maruyama & Nakamura (2018) concluíram que o IMC é superior nas mulheres, em comparação com os homens, quando se trata de países em desenvolvimento e o contrário acontece quando os indivíduos pertencem a países

desenvolvidos.

A nível global, verifica-se que, apesar dos grandes números de incidência de obesidade, a tendência não é que este número seja sempre crescente, uma vez que estudos determinam que a tendência crescente do número de pessoas com obesidade está relacionada com o facto de um indivíduo estar, ou não, a residir num país desenvolvido ou em desenvolvimento. Salientamos, ainda, o estudo conduzido por Koliaki et al. (2023) que permite concluir que a obesidade estabilizou em crianças e adolescentes de países mais desenvolvidos, contudo mantem a tendência constante para adultos em países menos desenvolvidos. Os autores destacam ainda que, apesar da obesidade afetar em maior número esses países, existe um crescimento acentuado em países de rendimentos médio-altos, no qual se prevê que o número de casos nessas populações duplique, entre 2020 e 2035. Os resultados destes estudos permitem uma consciencialização para a ameaça iminente que se verifica ao nível dos sistemas de saúde de cada país.

A obesidade pode, muitas vezes, ser adquirida em momentos específicos da vida. Jura & Kozak (2016) estudou a relação entre o envelhecimento, dado o aumento da esperança média de vida e a obesidade, uma vez que o envelhecimento está associado a um aumento da obesidade abdominal, que consiste num dos fatores principais que contribui para a resistência à insulina e para a síndrome metabólica. A obesidade, entre os idosos, tem consequências distintas, das quais se salienta a diabetes tipo 2, artrite, doenças cardiovasculares, síndrome metabólica, incontinência urinária e depressão (Amarya et al., 2014).

Muitas mulheres também ganham peso excessivo na gravidez e, por consequência, esse ganho de peso gestacional pode ter repercussões negativas tanto para a mãe como para o bebé, onde tal como reportado por Tebbani et al. (2018) o risco de hipertensão gestacional, com todos os problemas que este acarreta, é superior para estas mulheres, bem como o risco do nascimento de bebés com baixo peso. Para as mulheres que já possuem um histórico prévio de obesidade antes da conceção, existe uma maior probabilidade dos bebés nascerem com um peso superior, bem como desenvolverem obesidade e terem distúrbios metabólicos no curso da sua vida (Norman & Reynolds, 2011; Valsamakis et al., 2015; Catalano & Shankar, 2017).

É por isto extremamente recomendável que as mulheres tenham um peso adequando antes da gravidez, que deve ser mantido dentro dos limites recomendados

durante o seu período gestacional, de modo a evitar complicações para si e complicações futuras para o seu filho (Valsamakis et al., 2015). A segurança alimentar, o elevado apoio social e o aumento do número de cuidados pré-natais, bem como o stress, ansiedade, depressão, violência, têm uma ligação com o aumento do peso na gravidez, pelo que as mulheres devem ser corretamente informadas, educadas e acompanhadas durante todo o período da mesma (Dolatian et al., 2020).

No que diz respeito à predisposição genética para a obesidade, o estudo efetuado por Hruby et al. (2016) salienta que, muito embora efetivamente haja uma predisposição genética para alguns indivíduos para serem mais propensos a desenvolver obesidade, a escolha de um estilo de vida mais saudável permite diminuir esta suscetibilidade. A literatura salienta a importância de uma população mais ativa como fator primordial para a diminuição dos números de obesidade globais e melhoria consequente nas condições de saúde. Nos indivíduos que sofrem de obesidade de classe II e III, uma combinação de exercício de resistência e aeróbico, juntamente com alterações alimentares, pode melhorar a resistência muscular e cardiovascular (Pazzianotto-Forti et al., 2020).

Associados à obesidade surgem uma série de complicações a curto e longo prazo que devem ser destacadas. Estudos indicam que o sobrepeso e obesidade são fatores de risco primordiais, com grande influência no que diz respeito:

- ✓ À diabetes mellitus tipo 2 (Finer, 2015; Hruby et al., 2016; Safaei et al., 2021; Jin et al., 2023), em que o risco aumenta em 25% por cada aumento de 1 kg/m² no IMC acima de 22 (Finer, 2015);
- ✓ Doenças cardiovasculares (Finer, 2015; Head, 2015; Hruby et al., 2016; Ortega et al., 2016; Dwivedi et al., 2020; Safaei et al., 2021; Jin et al., 2023);
- ✓ Determinados tipos de cancro, nomeadamente o cancro da mama e da próstata (Finer, 2015; Hruby et al., 2016; Safaei et al., 2021; Jin et al., 2023);
- ✓ Desenvolvimento ou agravamento de doenças renais (Naumnik & Mysliwiec, 2010; Redon & Lurbe, 2015) (Naumnik & Mysliwiec, 2010; Redon & Lurbe, 2015), uma vez que a obesidade está associada à hiperperusão glomerular e à hiperfiltração, fruto de uma ineficiente adaptação fisiológica da vasodilatação da arteríola aferente e a um aumento da pressão hidráulica transcáptica (Srivastava, 2006);
- ✓ Hipertensão (Finer, 2015; Head, 2015; Safaei et al., 2021);

- ✓ Morte prematura (Hruby et al., 2016);
- ✓ Enfarte do miocárdio (Head, 2015);
- ✓ Problemas do foro respiratório (Finer, 2015; Safaei et al., 2021);
- ✓ Acidentes vasculares cerebrais (Head, 2015);
- ✓ Doenças neurodegenerativas (Safaei et al., 2021);
- ✓ Doenças do foro hepático (Jin et al., 2023).

Para além dos riscos previamente mencionados, um estudo realizado no Hospital de Espírito Santo de Évora enfatiza ainda a relação positiva entre a exposição prolongada à obesidade com perturbações de personalidade (Ferreira et al., 2010). Finer (2015) destaca ainda que é frequente em pessoas obesas a apneia obstrutiva do sono, os sintomas de inquietação e a asma.

Doentes com sobrepeso ou obesos com pancreatite biliar têm um risco superior de desenvolver a forma mais avançada da doença, quando comparado com pessoas com um peso saudável, sendo que as complicações se vão tornando cada vez mais severas à medida que o indivíduo apresenta uma categoria de obesidade superior (De Waele et al., 2006).

Estudos apontam que existe uma relação entre obesidade e depressão (Carey et al., 2014). A disfunção do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, incluindo o glucocorticoide, e a perturbação da leptina, da insulina e dos sinais inflamatórios permitem ligar a obesidade e a depressão (Woo & Bahk, 2018). A depressão é considerada a perturbação psiquiátrica mais comum no mundo que, para além de afetar a qualidade de vida afeta também consideravelmente a saúde, uma vez que se conclui que a mesma aumenta o risco de morbilidade cardiovascular, acidentes vasculares cerebrais, diabetes e obesidade (Penninx et al., 2013), ou seja, a depressão pode ser uma causa para a obesidade, contudo, também pode ser uma consequência. Por outro lado, tal não significa que as pessoas obesas venham a desenvolver algum estado de depressão. Existem grupos de doentes obesos que são particularmente caracterizados por pensamentos menos obsessivos e com menos sintomas depressivos (Minkwitz et al., 2019). Um estudo desenvolvido num Centro Hospitalar da Região Norte de Portugal corrobora esta investigação e concluiu que, efetivamente, a população em estudo (100 doentes com obesidade mórbida ($IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$) candidatos à cirurgia bariátrica) não apresentava valores estatisticamente significativos ao nível de sintomatologia depressiva, pelo que se encontravam dentro dos

valores médios associados a uma população não obesa.

Como anteriormente explicado, não é correto fazer uma avaliação da obesidade meramente através do IMC, porque estes valores podem originar resultados descontextualizados da realidade do indivíduo, sendo este fenómeno conhecido por “paradoxo da obesidade” (Elagizi et al., 2018). Contudo Bastien et al. (2014) salientam, que deve ser analisado com maior detalhe a qualidade e função do tecido adiposo dos doentes, ao invés meramente do grau de obesidade, aquando da averiguação da sua saúde geral e dos riscos associados a doenças cardiovasculares, até porque estas doenças estão particularmente mais associadas à gordura visceral (Barroso et al., 2017).

Cheng et al. (2016) enfatiza o risco e as consequências nefastas que a obesidade pode trazer para os adolescentes a curto, médio e longo prazo. Os autores destacam as consequências físicas e psicológicas, nomeadamente a maior probabilidade das adolescentes e jovens adultas de apresentar sintomas e sinais de hiperandrogenismo, uma característica central da Síndrome dos Ovários Poliquísticos (SOP); na gravidez, há também maior probabilidade de risco de hipertensão, pré-eclâmpsia, e de diabetes gestacional, bem como de abortos espontâneos e outras consequências neonatais, que passam por macrosomia neonatal, nascimentos de baixo percentil e alterações epigenéticas, que influenciarão a saúde metabólica futura e a taxa de obesidade do bebé.

Verificou-se que a interação complexa de hormonas com a leptina (hormona segregada pelos adipócitos com influência nos eventos neuroendócrinos que iniciam a puberdade) está diretamente relacionada com a adolescência precoce e adolescentes obesas, e que acarreta um conjunto elevado de complicações, desde maior probabilidade de desenvolver algum grau de depressão, ao consumo de substâncias, diabetes tipo 2, hipertensão, cancro da mama, aumento da mortalidade e SOP (Itriyeva & Feinstein 2016). No que diz respeito às doenças cardiovasculares, Berenson & Group (2012) defendem que os fatores de risco na infância, como a obesidade, são preditivos do risco cardíaco na idade adulta e até da morte prematura, como resultado de extensos estudos epidemiológicos a longo prazo.

Ao longo dos anos têm sido implementadas estratégias de saúde pública que visam prevenir a obesidade ou diminuir os números relacionados com a mesma, contudo, tais estratégias têm-se revelado ineficazes e ineficientes.

Portugal tem apresentado distintas estratégias e planos estruturados nesta matéria.

A fim de diminuir os preocupantes números de obesidade entre as crianças e jovens, destaca-se que em 2019, foi levada a cabo, em Portugal, uma alteração feita à Lei da Publicidade, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 330/90, de 23 de outubro, que teve como objetivo restringir publicidade particularmente dirigida a menores de 16 anos, no que diz respeito a géneros alimentícios e bebidas que contenham elevado valor energético, teor de sal, açúcar, ácidos gordos saturados e ácidos gordos transformados, visando colmatar a obesidade em Portugal e os efeitos nefastos que a mesma acarreta.

1.2. TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE

Cada vez mais pessoas com excesso de peso e, particularmente, com obesidade procuram tratamentos que visem colmatar este problema. Para definir a cirurgia que permite tratar a obesidade – cirurgia bariátrica, surgiu, em 1965, o termo “bariátrico” que deriva do prefixo grego BARO, que significa “peso”, e do sufixo IATROS que significa “os que praticam a medicina”, devendo a mesma a sua origem ao Dr. Edward Mason, da Universidade de Iowa-EUA (Tavares et al., 2011). Desde então, a cirurgia bariátrica tem evoluído de forma abrupta e mudado a vida de milhares de pessoas.

Este tipo de cirurgia faz parte da estratégia de intervenção contra a obesidade, levando a Direção Geral de Saúde a incluí-la no Plano Nacional de Combate à Obesidade, em 2005 (DGS, 2005), tendo em conta os números elevados de obesidade no país. Esta cirurgia conta distintas técnicas e é utilizada para permitir a redução do peso corporal, melhor a qualidade de vida dos doentes e diminuir os riscos de comorbilidades associadas.

Em Portugal, um doente adulto pode ser indicado para cirurgia bariátrica caso tenha um IMC superior a 40 kg/m² ou maior que 35 kg/m², caso a este indicador estejam associadas outras doenças, tais como a diabetes, hipertensão, apneia de sono, problemas do foro ortopédico, vascular periférico e entre outros (SNS, 2018). Para além do fator preponderante do índice de massa corporal acresce ainda uma avaliação cuidada por profissionais da saúde, de modo a compreender se a pessoa pode ser candidata a cirurgia bariátrica.

Em 2016, em Portugal, foram realizadas 1952 cirurgias bariátricas, das quais 712 utilizando a técnica de bypass gástrico, 667 pela técnica de sleeve gástrico, 147 através de minigastric bypass e apenas oito cirurgias, através da técnica de banda gástrica (Capucho, 2017).

Uma revisão sistemática de literatura realizada por Félix et al. (2022) permitiu concluir que, globalmente, as mulheres são mais frequentemente submetidas à cirurgia bariátrica, em comparação com os homens, o que também é justificável pelo facto de que as mulheres, de um modo geral, são mais afetadas pela obesidade. Em Portugal, os doentes procuram realizar a cirurgia bariátrica como forma não só de melhorar as suas condições físicas e de saúde, mas também como forma de melhorar a sua imagem corporal (Ferreira & Pereira, 2018).

O Programa Nacional de Combate à Obesidade em Portugal (DGS, 2005) afirma que pessoas com obesidade mórbida caracterizadas por um IMC igual ou superior a 40, como resultado de serem submetidas à cirurgia bariátrica, conseguem logo nos primeiros seis meses após a cirurgia uma redução de 20 a 30 quilos de peso corporal. O programa destaca ainda o efeito da perda de peso nas comorbilidades, onde se verifica a diminuição do risco de doença cardiovascular (cada redução de 1% no peso de corporal leva a uma diminuição de um mmHg na tensão arterial sistólica e de dois mmHg na diastólica); a um melhor controlo glicémico; nos níveis de colesterol (cada um quilo de peso perdido reduz o colesterol LDL em 1%), uma melhoria na função ovárica (uma redução de 5% do peso melhora a regulação dos ciclos menstruais, ovulação e fertilidade, refletindo-se também ao nível do SOP e hirsutismo); bem como, na melhoria nos níveis de ansiedade, depressão e autoestima.

Estudos permitiram comparar doentes com obesidade submetidos a cirurgia bariátrica com doentes com obesidade não submetidos a qualquer procedimento cirúrgico, com o qual foi possível concluir que houve uma redução do risco de doença arterial coronária (Powell-Wiley et al., 2021). A cirurgia bariátrica pode reduzir os fatores de risco relacionados com a obesidade, tais como a pressão arterial, a incidência de diabetes e o perfil lipídico (Naumnik & Mysliwiec, 2010). Para além disto, Wu et al. (2024) concluíram, num estudo efetuado, que há uma menor probabilidade de doentes europeus e norte-americanos com obesidade, que foram submetidos a cirurgia bariátrica, de desenvolverem mieloma múltiplo.

Uma investigação realizada numa instituição hospitalar privada (Moraes et al., 2014), no Brasil, permitiu concluir os indivíduos com obesidade mórbida após serem sujeitos à cirurgia bariátrica consideram, de forma unânime, ter uma melhoria na qualidade de vida, reportando uma diminuição da dor músculo-esquelética nos membros

inferiores e da dor crónica ao executar atividades de esforço físico, sendo capazes de efetuar tarefas com maior facilidade. A investigação revelou ainda que os mesmos têm uma maior aceitação do seu aspeto físico e estão satisfeitos no que diz respeito ao sono, mobilidade, atividade sexual e às relações interpessoais.

Em Portugal, verificou-se ainda a importância da cirurgia bariátrica para a melhoria da condição do doente ao nível função respiratória (Guimarães et al., 2012). Estes resultados são corroborados no estudo efetuado por Santos et al. (2023). Num outro estudo realizado no Centro Hospitalar do Porto e no Hospital de Braga verificou-se que após os doentes serem submetidos a este tipo de intervenção cirúrgica foi notável uma melhoria da diabetes mellitus tipo 2 e que a mesma, bem como a existência ou não de patologias depressivas e comportamentos alimentares desajustados são determinantes para a perda de peso (Brandão et al., 2016).

A realização de cirurgia bariátrica, deve anteceder uma situação de gravidez planeada, uma vez que esta permite a redução de peso da mãe e será crucial para evitar todas as complicações associadas ao excesso de peso na gravidez. A maioria das doentes apresenta um IMC elevado após a cirurgia, sendo que uma vez realizada acresce a necessidade de um maior acompanhamento devido aos défices nutricionais, tais como o défice de proteínas, de ferro, de cálcio, de ácido fólico, de vitaminas D e de vitamina B12 resultante do procedimento cirúrgico (Maric et al., 2020). Os mesmos autores denotam ainda que estes procedimentos não afetam o normal trabalho de parto e, no caso de haver indicação de cesariana, deve ser consultado um cirurgião bariátrico para planear o melhor possível a abordagem a seguir. Relativamente à contraceção, após a cirurgia bariátrica, devem ser procurados outros métodos contraceptivos que não os orais, uma vez que a sua absorção pode ficar comprometida (Maric et al., 2020).

Existem várias modalidades de cirurgia bariátrica, e a seleção do procedimento é influenciada pela relação de risco-benefício associado a cada um tendo, por isso, em conta os fatores de risco associados aos procedimentos cirúrgicos e o estado de saúde geral do doente (Piché et al., 2015). A cirurgia bariátrica pode ser dividida em três categorias distintas (Maric et al., 2020; Tavares et al., 2011):

- ✓ Cirurgias mal-absortivas – levam a uma diminuição da absorção de alimentos pela ressecção cirúrgica de parte do trato entérico, embora tenham mais complicações nutricionais. O bypass jejunocólico e o bypass jejunoileal são

exemplos de técnicas associadas a este tipo de cirurgia;

- ✓ Cirurgias restritivas – há uma restrição do tamanho da bolsa gástrica, que conduz a saciedade precoce. A bandoplastia gástrica e a gastrectomia vertical (sleeve gástrico) são exemplos de técnicas deste tipo de cirurgia;
- ✓ Cirurgias mistas – onde são utilizados procedimentos das cirurgias mal-absortivas e restritivas. A derivação biliopancreática é um exemplo de técnica associada a este tipo de cirurgia e destaca-se como exemplo de técnica mais predominante deste tipo de cirurgias o bypass gástrico em Y-de-Roux.

A bandoplastia gástrica ajustável é uma cirurgia pouco invasiva e com reduzida taxa de complicações, que idealmente deve ser aplicada a doentes cujo grau de obesidade é moderado e possuam uma natureza colaborativa, dado que o seu princípio de funcionamento consiste na restrição da bolsa gástrica, pelo que a saciedade precoce conduzirá a uma perda de peso, onde se, pelo contrário houver a excesso do consumo de alimentos poderá levar a uma distensão da bolsa, impedindo a perda de peso, bem como se forem ingeridos alimentos hipercalóricos aquando das refeições (Tavares et al., 2011). A banda gástrica ajustável por laparoscopia consiste na introdução de uma prótese de silicone, com a configuração de uma ampulheta, por videolaparoscopia na porção alta do estômago (Zeve et al., 2012) que, em consultas de rotina é ajustada através de injeções de soro fisiológico pela porta do reservatório. Deste modo, a bolsa superior fica cheia de alimentos e a sua passagem para a parte inferior é retardada, controlando assim o apetite e a saciedade do doente (Piché et al., 2015).

A banda gástrica foi difundida inicialmente como sendo uma cirurgia de carácter reversível, com menores complicações nutricionais aquando comparada com outros procedimentos e que não necessita de efetuar uma alteração gastrointestinal, contudo, a longo prazo esta cirurgia conduz a diminuição da taxa de perda de peso, em comparação com outros procedimentos, e determinadas complicações que conduzem ao seu posterior ajuste ou remoção, pelo que salienta o deslizamento da mesma, erosão e obstrução gástrica, refluxo gastroesofágico e dilatação do esófago acima da banda (Almeida et al., 2023). Por estes motivos, preconiza-se a realização de uma vigilância com maior afincos nos doentes submetidos a este tipo de cirurgia para realizar os ajustes necessários à banda, de modo que os resultados ao nível de perda de peso sejam sustentáveis a longo prazo (Tavares et al., 2011).

A gastrectomia vertical, também conhecida por sleeve gástrico, consiste numa ressecção longitudinal do estômago, onde cerca de 75% a 80% do estômago é ressecado, devendo ficar apenas com capacidade para 150 ml, onde é preservada a sua inervação vagal, começando no antro a cinco ou seis cm do piloro e terminando no fundo junto à cárdia (Piché et al., 2015). É assim mantida uma fisiologia normal do estômago, não se excluindo qualquer parte do trato gastrointestinal (Tavares et al., 2011). Esta técnica permite limitar o tamanho do estômago, reduzindo significativamente a produção da hormona grelina, o que permite diminuir o apetite (Almeida et al., 2023).

A este tipo de procedimento estão associadas baixas complicações, muito embora possa haver défices nutricionais superiores até ao procedimento de bypass gástrico em Y-de-Roux, nomeadamente de ferro e zinco, uma vez que parte do estômago é extraído (Ferraz et al., 2018).

No que diz respeito à sua eficiência, é considerado um procedimento seguro e eficaz, na medida em que permite uma diminuição do IMC e o controlo de comorbilidades associadas à obesidade (Baratieri et al., 2013). Contudo, estudos apontam que o bypass gástrico em Y-de-Roux permite uma redução maior de peso a longo prazo do que esta técnica, verificando-se também mais eficiente quanto à melhoria das comorbilidades associadas à obesidade, ainda que tenha maiores complicações pós-cirúrgicas do que a gastrectomia vertical (Moz & Bettes, 2023).

De seguida, enfatiza-se a técnica mais amplamente utilizada no combate à obesidade mórbida que consiste numa técnica que coadjuva as vantagens das cirurgias mal-absortivas com as cirurgias restritivas – o bypass gástrico em Y-de-Roux. Esta técnica passa pela redução do tamanho do estômago para uma pequena bolsa de 15 ml (Piché et al., 2015) que é anastomosada a uma alça jejunal isolada em Y, ficando assim excluídos do trânsito alimentar o duodeno e os primeiros 50 cm de jejuno (Zeve et al., 2012). O comprimento da alça alimentar pode ser modificado, mas na maioria das vezes é padronizado em 150 cm, garantindo que este procedimento tenha um componente restritivo maior do que do que mal-absortivo e que depende do IMC do indivíduo (Piché et al., 2015; Zeve et al., 2012).

Esta técnica permite uma perda considerável e sustentável, a longo prazo, do peso dos doentes e, por este motivo está aliada ao facto de permitir o tratamento da maioria das comorbilidades associadas à obesidade, já referidas anteriormente, ainda que tenha

complicações associadas, como é o caso no défice da capacidade de absorção de micro e macronutrientes com efeitos posteriores na saúde do doente (Amando et al., 2023) e de outro tipo de complicações pós-cirúrgicas como é o caso de fistula, reexploração cirúrgica, obstrução intestinal e estenose anastomótica (Barros et al., 2023).

O desvio biliopancreático com o duodenal Switch é um procedimento que consiste na remoção de parte do estômago e no desvio de uma grande parte do intestino delgado, originando uma baixa absorção nutricional (Almeida et al., 2023).

Nesta técnica, uma grande porção do fundo do estômago é extraído ficando com um formato parecido com o de um tubo vertical e, em seguida, é seccionada cirurgicamente a comunicação entre duodeno e estômago e uma porção distal do jejuno, a fim das quatro extremidades remanescentes serem conectadas – a parte duodenal superior é suturada, o antro do estômago liga-se com a extremidade distal do jejuno e esta, que carrega a secreção biliopancreática, é conectada ao íleon (Taveira et al., 2023).

Esta técnica possui uma componente mal-absortiva mais importante quando comparada com o bypass gástrico em Y-de-Roux, sendo destacada em vários estudos como constituindo uma melhor alternativa ao bypass gástrico, no que diz respeito à redução de peso e à melhoria de comorbilidades (Piché et al., 2015), embora pelo mesmo motivo compreenda maiores complicações ao nível da absorção de nutrientes.

Os resultados da cirurgia bariátrica, a longo prazo, têm variações consoante a pessoa em questão. Uma vez realizada a cirurgia é necessário seguir um plano alimentar adequado e mais restrito de acordo com as orientações dos profissionais da saúde envolvidos (Félix et al., 2022). Contudo, a longo prazo, em muitos doentes são verificadas perturbações nos seus comportamentos alimentares, o que gera preocupação para os profissionais da saúde e investigadores na área. Estes comportamentos desadequados têm origem nas flutuações de peso decorrentes do processo quando habitualmente se atinge o plateau ou na diminuição dessa taxa de perda de peso, pelo que um estudo realizado em Portugal entre 2016 e 2017 (Conceição et al., 2018), concluiu que é muito frequente que um doente submetido a cirurgia bariátrica tenha comportamentos alimentares problemáticos em alguma altura do período pós-operatório, que são explicáveis em parte pela forma impulsiva com que estes doentes lidam com situações que são emocionalmente negativas.

Esta restrição alimentar e menor absorção de nutrientes por parte do doente pode

incorrer em alguns riscos, entre os quais a anemia, perda de massa óssea, desnutrição proteica, neuropatias periféricas, problemas visuais, encefalopatia de Wernicke e uma possível mal formação fetal (Bordalo et al., 2011). Os mesmos autores alertam ainda para o facto de que doentes obesos antes de serem submetidos a este tipo de cirurgia, por norma, já possuem algum tipo de défice em determinadas vitaminas e nutrientes, necessários ao funcionamento normal do organismo, aos quais somando as alterações anatómicas e fisiológicas resultantes da intervenção, podem resultar num agravamento deste défice, pelo que se deve proceder a uma reposição e adequação dos mesmos, a fim de assegurar o sucesso da cirurgia a longo prazo.

Concluindo, a obesidade é uma temática com um destaque significativo na sociedade, dados os números alarmantes associados à mesma. Consequentemente, por todo o mundo são procuradas soluções por pessoas com excesso de peso e, particularmente, com obesidade num grau mais avançado, a fim de as mesmas conseguirem uma redução significativa de peso, que melhore as suas condições de vida quotidianas e estado de saúde em geral. Por este motivo, tem havido uma crescente procura da cirurgia bariátrica para o efeito. Estas cirurgias podem ser efetuadas com recurso a distintas técnicas, cujos riscos-benefícios devem ser ponderados pelos profissionais da saúde e cuja tomada de decisão de submissão a estas cirurgias deve ser feita em conjunto com o próprio doente, assegurando deste modo o sucesso da intervenção.

Contudo, é importante salientar que, muito embora, os tratamentos cirúrgicos para combater a obesidade funcionem até determinado ponto, é necessária uma solução e políticas eficazes, a nível internacional, dada a enorme pressão que a obesidade acarreta nos sistemas de saúde.

2. OS CONTEXTOS DA PRÁTICA

O estágio é certamente um espaço insubstituível de transformação de conhecimentos e aquisição de saberes práticos e processuais, implicando a articulação de processos de reflexão (para, na e sobre a ação). Este constitui um meio privilegiado de aprendizagem, uma vez que permite vivenciar novas experiências.

A prática clínica é determinante e influencia a aquisição e desenvolvimento de competências, e execução de objetivos pessoais e profissionais, assumindo assim grande importância, devido à sua influência nos cuidados e no exercício profissional (Carvalho et al., 2019).

Segundo a AESOP, a enfermagem perioperatória é definida como “o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro de sala de operações através de um processo programado (ou de várias etapas integradas entre si), pelo qual o enfermeiro reconhece as necessidades do doente a quem presta ou vai prestar cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos do trabalho realizado” (AESOP, 2012, p.107).

2.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DE UM HOSPITAL DA REGIÃO NORTE

O Hospital da região Norte, onde foram realizados os dois ensinamentos clínicos, integra duas instituições hospitalares.

Criado pelo Decreto-Lei n.º 326/2007, de 28 de setembro, é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, de capitais exclusivamente detidos pelo Estado, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do regime jurídico do setor público empresarial e do artigo 18.º do Decreto-Lei nº 18/2017 de 10 de fevereiro. Integrado no Serviço Nacional de Saúde, atua na área dos cuidados de saúde hospitalares, de acordo com o seu grau de diferenciação e o seu posicionamento no contexto do Serviço Nacional de Saúde. Abrange doze concelhos de quatro distritos.

Dá resposta às necessidades em cuidados de saúde hospitalares da população de três Agrupamentos de Centros de Saúde, abrange uma população residente de aproximadamente 520000 habitantes, representando cerca de 14,2% da população da região Norte (RN).

2.2. ESTÁGIO EM CONTEXTO DE UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO / BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL

O enfermeiro do periperatório é o profissional capaz de identificar as necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais do doente/família, para elaborar e colocar em prática um plano de cuidados individualizados, com o objetivo, de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do indivíduo, antes, durante e após a intervenção cirúrgica (AORN, 2018). Envolve um conjunto de ações de enfermagem com o objetivo de avaliar as reais necessidades da pessoa a ser cuidada, promover intervenções de enfermagem e avaliar os resultados destas.

As cirurgias realizadas em regime de ambulatório são cada vez mais comuns e sustentadas num paradigma de segurança e de qualidade, aliada à obtenção de elevados níveis de eficiência e eficácia, sendo a vertente cirúrgica com maior expansão à escala mundial (Lemos, 2010). Com o progresso tecnológico, assim como a evolução das técnicas cirúrgicas e anestésicas, associadas aos cuidados de enfermagem prestados no pré, intra e pós-operatório este tipo de cirurgia mostrou ser tão seguro e eficaz quanto a cirurgia convencional, focando-se em minorar o trauma causado, através de procedimentos minimamente invasivos (Ferreira, 2017). Com ela promove-se o rápido regresso do doente à sua casa e às atividades do dia a dia. Os doentes submetidos a cirurgia ambulatoria (CA) ficam menos tempo fora do seu ambiente sociofamiliar, o que permite o regresso precoce ao seu quotidiano. A diminuição do tempo de permanência em ambiente de cuidados de saúde é um fator que contribui para a diminuição da taxa de infeções associadas aos cuidados de saúde, assim como, a diminuição do stress associado ao internamento hospitalar (AESOP, 2012).

De acordo com a Entidade Reguladora de Saúde (ERS, 2008), a CA define-se por: “toda a intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora geralmente realizada em regime de cirurgia convencional, possa ser realizada em regime de ambulatório com admissão e alta do doente no mesmo dia, ou até um máximo de 23 horas após a admissão, em instalações próprias, com segurança e de acordo com as atuais leyes artis” (ERS, 2008, p.5).

A Unidade de Cirurgia de Ambulatório onde o estágio foi realizado é constituída por duas unidades. A UCA tem duas salas operatórias e uma sala de indução, que é comum às duas salas operatórias. Estas encontram-se equipadas com ventilador, monitor, sistemas

de aspiração, bisturi elétrico, adufas de apoio com material cirúrgico, um carro de anestesia com diverso material de apoio, um carro de circulante, e uma marquesa com material de suporte para as diversas técnicas cirúrgicas. Também possui, um carro de emergência, uma torre de laparoscopia, uma torre de urologia, um microscópio de oftalmologia, quatro cadeiras de oftalmologia, um carro de emergência e todo o tipo de material cirúrgico das várias especialidades. No recobro imediato, existem seis camas e seis cadeiras com monitores de sinais vitais, aquecedores para os doentes, bombas e seringas perfusoras. No recobro tardio existem, doze camas, doze cadeirões, oito monitores com monitorização central, carros de tratamentos, e um carro com material para a preparação cirúrgica dos doentes.

A atividade cirúrgica decorre de segunda a sexta-feira das 8:00 às 20:00 horas. Além das salas cirúrgicas, a UCA é também constituída por uma receção/secretariado, sala de espera para doentes e familiares, vestiários dos doentes individualizados, vestiários dos funcionários, armazém de consumo clínico e esterilizados, farmácia, armazém de equipamentos, sala de limpos, sala de sujos, sala de registos, gabinete da Enfermeira Chefe e gabinete do Diretor de serviço. A equipa de Enfermagem é constituída por um Enfermeiro Gestor, três Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico Cirúrgica e um Especialista em Enfermagem Comunitária, e quatro encontram-se a realizar o Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica. O Serviço de Cirurgia de Ambulatório presta assistência aos doentes do foro cirúrgico das especialidades de Cirurgia, Ortopedia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia Plástica, Ginecologia, Cirurgia Vascular e Maxilo-facial. O recobro tardio presta, apoio ao serviço de gastroenterologia nos procedimentos de colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) e percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG'S), à cirurgia vascular nas angiografias e na angioplastia transluminal percutânea (PTA) e à nefrologia nas biópsias renais, onde é feita a admissão do doente antes do procedimento. Após o procedimento é feito o recobro e o doente pernoita no serviço, tendo alta no dia seguinte.

A UCA é um local onde circulam diferentes tipos de materiais (limpo, esterilizado e sujo) e de pessoas (profissionais e doentes). Estes trajetos estão bem definidos para que se reduza ao máximo o cruzamento de circuitos não desejáveis, como é o caso de sujos com limpos, evitando o cruzamento de bactérias e microrganismos, indesejáveis à cirurgia. Segundo a Associação Enfermeiros das Salas de Operações Portuguesas

(AESOP), é essencial a definição de circuitos para estas zonas, adaptando os espaços ao tipo de uso e à função de cada uma.

O estágio na UCA permitiu-me sair da minha zona de conforto, adquirir conhecimentos e competências no acolhimento ao doente, desenvolvendo competências relacionais com o doente/família, e na alta do doente.

A hospitalização, ainda que curta, representa para o doente um acontecimento significativo que pode ser analisado em duas vertentes. Por um lado, a procura de ajuda para satisfazer uma necessidade, por outro, a ansiedade manifestada pela separação dos rostos e lugares familiares, ao entrar em contacto com um local desconhecido.

Acolher é o iniciar de uma relação, que se pretende que seja de ajuda, não se trata apenas de um ato inicial de admissão do doente para a intervenção cirúrgica. O doente que procura um serviço de saúde encontra-se vulnerável, é uma pessoa com identidade própria, com um determinado papel e estatuto na família e sociedade a que pertence, e possui necessidades psicológicas, sociais e físicas próprias.

O BO é um serviço complexo e dinâmico que, pelas suas características exige muito dos profissionais de enfermagem, quer pela condição do doente, pelos procedimentos cirúrgicos e anestésicos, quer pelas tecnologias avançadas utilizadas, comportando a ideia de ser um ambiente desgastante e de grande stress. O trabalho neste contexto, complexo e exigente, implica que o enfermeiro atualize constantemente os seus conhecimentos e competências (Cruz, 2004).

O desenvolvimento da tecnologia conduziu a um aumento da complexidade da sala operatória e a mudanças das práticas perioperatórias (cirúrgicas e anestésicas), a alterações nos cuidados ao doente perioperatório e na própria estrutura do bloco operatório. Atualmente, o BO é definido como “(...) uma unidade orgânico-funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésico/cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes, com o objetivo de salvar, tratar ou melhorar a qualidade de vida. É constituído pelo conjunto de várias Salas de Operações ou Suítes Operatórias reunidas numa mesma imobiliária e que funciona de forma autónoma.” (AESOP, 2006, p.20).

Pode ser definido como “uma organização complexa e completa, com atividade altamente especializada” Bilbao e Fragata (2006, p. 280); ou uma “unidade orgânico-funcional, constituída por um conjunto integrado de meios físicos, técnicos e humanos,

vocacionados para prestação de cuidados anestésicos cirúrgicos, onde se realizam intervenções cirúrgicas programadas e de urgência, bem como exames e tratamentos invasivos que requeiram um elevado nível de cuidados de assepsia e/ou anestesia, ao doente adulto e pediátrico” Bilbao e Fragata (2006, p 281).

O BO onde foi realizado o estágio, está sediado no piso quatro, onde se encontram respetivamente, as sete salas operatórias, a unidade de cuidados pós-anestésicos e as instalações administrativas e secretariado do Serviço. O Bloco Operatório contempla na sua atividade, cirurgias programadas e de urgência. A sala 7 está sempre disponível para a urgência, e situações de doente COVID, e uma outra sala, aquela que no dia não tiver cirurgia programada, é utilizada para cirurgia de urgência. A sua localização permite uma fácil e direta comunicação com o serviço de urgência, Unidade de Cuidados Intensivos, Bloco de Partos e esterilização. De forma a dar resposta aos objetivos específicos do serviço, este encontra-se organizado, sob a orientação de uma Diretora de Serviço, e da Enfermeira Chefe. As sete salas disponíveis, encontram-se devidamente equipadas com ventilador, monitor, sistemas de aspiração, bisturi elétrico, adufas de apoio com material cirúrgico, um carro de anestesia com diverso material anestésico de apoio, um carro de circulante, e uma marquesa com material de suporte para as diversas tipologias cirúrgicas. A Unidade de cuidados pós-anestésicos tem espaço para dez camas com monitores de sinais vitais, aquecedores para os doentes, bombas e seringas perfusoras. A meio do corredor dos limpos, existe um carro de entubação difícil e um carro de emergência, torres de laparoscopia (uma em 3D), de urologia, de ortopedia, um microscópio, todo o tipo de material cirúrgico das várias especialidades. Apresenta ainda as seguintes salas de apoio: vestiários, sala de reuniões, dois gabinetes (enfermeira gestora e diretor de serviço), duas salas de pessoal administrativo, quatro salas de armazém (consumo clínico, esterilizados e de equipamentos), farmácia, três salas de arrumos, sala de limpos, sala de sujos, sala de registos, laboratório, sala de pessoal (copa para funcionários), área de acolhimento ao doente e zona de transferência de doentes.

O BO presta assistência aos doentes do foro cirúrgico das especialidades de cirurgia, ortopedia, oftalmologia, otorrino, cirurgia plástica, ginecologia, urologia, cirurgia vascular e apoio cirúrgico ao serviço de urgência, com uma população que ronda os 500 mil habitantes.

O BO realiza com segurança, e de acordo com as atuais legis artis, intervenções

cirúrgicas programadas e de urgência, sob anestesia geral com atos invasivos, mesmo em doentes com SARS COV2. A cirurgia eletiva decorre de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, e a cirurgia de urgência é assegurada 24h por dia, sete dias por semana. É prestado apoio a uma sala Híbrida por enfermeiros da área da cirurgia vascular e de anestesia. É dado também apoio no serviço de gastroenterologia por enfermeiros da área de anestesia.

Na UCPA são prestados cuidados pós-operatórios aos doentes submetidos a cirurgias das várias especialidades, ocorrendo a colocação de cateteres arteriais e cateteres centrais, bem como sedações para eletroconvulsivoterapia. A equipa de enfermagem está integrada e habilitada a fazer a função de anestesia e recobro em todas as especialidades. Esta é constituída por 64 enfermeiros. Está organizada segundo um modelo integrativo de gestão, obedecendo a critérios de hierarquias e responsabilidades, mas valorizando as qualificações e competências individuais.

Tal como na UCA, no BO circulam diferentes tipos de materiais (limpo, esterilizado e sujo) e de pessoas (profissionais e doentes).

Neste sentido, no BO existem três zonas que permitem definir corretamente a circulação de materiais e pessoas: zona livre/limpa (vestiários, transfer dos doentes), zona semi-restrita (áreas de circulação interna, gabinetes, que exigem fardamento) e zona restrita (sala de operações, onde também é necessário o fardamento). Segundo a AESOP, é essencial a definição de circuitos para estas zonas, adaptando os espaços ao tipo de uso e à função de cada uma.

O estágio decorreu maioritariamente na cirurgia programada, na especialidade de Cirurgia Bariátrica. Os doentes submetidos a uma intervenção cirúrgica programada são recebidos da Clínica de Admissão Pré-Internamento Cirúrgico (APIC).

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS E ANÁLISE CRÍTICO REFLEXIVA

Neste capítulo, apresentamos uma análise crítico reflexiva do desenvolvimento de competências comuns aos enfermeiros especialistas, e de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

As competências comuns abordam quatro domínios, sendo eles a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão de cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

As competências especializadas englobam duas competências: “cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa e, maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa multidisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica” (Regulamento n.º 429/2018).

3.1. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A competência significa a capacidade comprovada de usar conhecimentos, habilidades e capacidades pessoais, sociais e/ou metodológicas, em situações de trabalho ou de estudo e no desenvolvimento profissional e pessoal. As competências habilitam o enfermeiro perioperatório a prestar cuidados de qualidade enquanto enfermeiro circulante, de apoio à anestesia, instrumentista e enfermeiro de UCPA, à pessoa e sua família, bem como trabalhar numa equipa multiprofissional e a participar em programas de qualidade, organizar e gerir um bloco operatório (AESOP, 2006).

Os cuidados de Enfermagem, paralelamente aos cuidados de saúde, assumem uma crescente importância e exigência técnica e científica, motivo pela qual a generalidade dos profissionais da saúde sentem necessidade de diferenciação e especialização (Regulamento nº140/2019).

Ainda de acordo com Regulamento supracitado as competências comuns do enfermeiro especialista são as “partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e

assessoria” (DR, 2019, p.4745).

Os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, são as seguintes: “Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019, p. 4745).

3.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

De acordo com o regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, secção II, pág. 4745, artigo 5º), o enfermeiro especialista deve desenvolver “(...) uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”. O mesmo tem também o dever de “informar o indivíduo e a família no que respeita os cuidados de enfermagem” e “Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem”. (OE, 2019, p.4745).

No decorrer de todo o ensino clínico, assim como no exercício profissional de Enfermagem procurei prestar cuidados de qualidade e seguros como uma obrigação ética, garantindo sempre uma tomada de decisão baseada no Código Deontológico, no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), e nos princípios éticos.

Assim sendo, cabe aos profissionais da saúde reconhecer que existe um compromisso latente em respeitar os direitos da pessoa em situação perioperatória, as suas necessidades e angústias, diante de momentos em que estes estão entregues aos seus cuidados, com o propósito final de reduzir a possibilidade de ocorrência de danos (Araújo et al., 2022).

Durante o trabalho desenvolvido tive sempre presente que cada indivíduo é único, sem nunca esquecer o respeito pela individualidade, capacidades, valores, crenças e desejos do doente. Respeito igualmente a liberdade e autonomia do doente, informando-o de todos os cuidados prestados e solicitando o seu consentimento, sempre que o seu estado de consciência e capacidade de tomar decisões permita. Na interação com o doente foi importante uma observação atenta, uma monitorização e vigilância continuas dando especial ênfase à comunicação, prestando cuidados e salvaguardando a igualdade, dignidade, intimidade e privacidade.

Justifiquei sempre as minhas intervenções e opções, de acordo com os

conhecimentos científicos.

3.1.2. Melhoria da qualidade

No domínio da melhoria contínua da qualidade, o enfermeiro especialista desempenha um importante papel através da responsabilidade de garantir dinamização no “desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, no desenvolvimento de “práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” assim como assegurando “um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento n.º 140/2019).

Para se verificar uma melhoria na qualidade, as iniciativas e estratégias institucionais, nomeadamente a nível da governação clínica, devem ser dinamizadas, e aqui o enfermeiro especialista representa esse papel dinamizador (Regulamento n.º 140,2019).

A qualidade em saúde é um conceito que tem evoluído ao longo dos anos, definido no Despacho n.º 5613/2015 como a “prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com o nível profissional ótimo”, pressupondo “a adequação dos cuidados às necessidades e expetativas do cidadão”. Aliada à segurança, constituem uma “obrigação ética porque contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas da inovação, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados” (p. 13551).

Sendo que, o Ministério da Saúde elaborou o documento “Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 – 2020, integrado no Despacho n.º 5613/2015, tendo como principal objetivo “potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde”. Como tal, os projetos de melhoria da qualidade na saúde tornaram-se, um imperativo, na medida em que estimulam a efetividade, a eficiência, a equidade e a segurança dos cuidados.

O Plano Nacional de Saúde para a Segurança Dos Doentes 2015-2020, no Despacho n.º 1400-A/2015, defende o acesso a cuidados de saúde de qualidade, em qualquer etapa do processo, este é um direito do doente, que tem toda a legitimidade para o exigir.

O novo PNSD 2021-2026 veio destacar a importância da segurança do doente,

apresentando ações a este nível, em que foram definidos nove objetivos estratégicos, sendo eles: aumentar a cultura de segurança do ambiente interno; aumentar a segurança da comunicação; aumentar a segurança cirúrgica; aumentar a segurança na utilização de medicação; assegurar a identificação inequívoca dos doentes; prevenir a ocorrência de quedas; prevenir a ocorrência de úlceras por pressão; assegurar a prática sistemática de notificação; analisar e prevenir incidentes e prevenir e controlar as infecções e as resistências aos antimicrobianos (Despacho nº 9390/2021).

De acordo com estas orientações, foram criadas as comissões de qualidade e segurança em todas as instituições de saúde, a fim de se propagar em rede, contínua e permanente, a todos os profissionais da saúde, as melhores práticas clínicas e a interiorização da cultura de segurança, em consideração pelas prioridades definidas na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, no Despacho nº 5613/2015. Também a Lei nº 95/2019 que consagra a Lei de Bases da Saúde, regulamenta as boas práticas de qualidade e segurança em saúde, ao definir que todas as pessoas têm o direito de “aceder aos cuidados de saúde (...) seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde” (p. 56). Em 2001, a OE elaborou enunciados descritivos, com a finalidade de uniformizar e ajudar as unidades de saúde a obter a máxima qualidade de cuidados no exercício profissional, contribuindo para a reflexão individual de cada enfermeiro e para a melhoria contínua dos seus cuidados. Os enunciados descritivos contemplam a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem, que são transversais a todos os enfermeiros

O Colégio da especialidade de EMC aprovou, em 2017, um referencial de padrões de qualidade para a prática especializada, com o objetivo de estimular a reflexão e auxiliar na criação de projetos de melhoria contínua da qualidade (OE, 2017), servindo igualmente como fio condutor na definição de indicadores que permitam identificar o contributo para ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem. A meta de qualquer sistema de gestão de qualidade é providenciar serviços ao melhor nível possível e oferecer cuidados segundo um padrão de qualidade elevado, sendo o subproduto resultante, a redução do risco e a melhoria da segurança do doente (Pires et al., 2021)

O Centro Hospitalar da região Norte onde foram realizados os ensinamentos clínicos encontra-se certificado pelo modelo de acreditação da Agência de Calidad Sanitaria de

Andalucía (ACSA). É um modelo, adotado pela DGS, para a certificação de hospitais. Neste modelo, verifica-se e reconhece-se de que forma os cuidados de saúde prestados estão de acordo com os padrões de qualidade nacionais e internacionais, aplicáveis às diversas tipologias de unidades de saúde, e com os eixos prioritários da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (ENQS). As características deste modelo assentam na aplicação das referências nacionais, como as normas de orientação clínica ou os regimes jurídicos de qualidade e segurança (Barroso et al., 2021) com o objetivo último de alcançar, de forma consistente e sustentável a excelência organizacional, e colocando-a ao serviço do cidadão, consonante com o domínio do sistema de saúde do Perioperative Patient Focused Model.

Durante o ensino clínico, a gestão de um ambiente seguro centrado na pessoa, garantindo o bem-estar e gerindo o risco foi uma constante. Na prestação de cuidados de Enfermagem tentei sempre reduzir ao máximo a probabilidade da ocorrência de erro, prevenindo riscos relacionados com o ambiente, e promovendo um ambiente seguro. Como tal, tenho sempre o cuidado de verificar a correta identificação dos doentes, na preparação e administração de fármacos certificar-me sempre da dosagem, assim como da sua diluição, ter o cuidado de manter o doente aquecido, verificar sempre as checklists das salas operatórias e da UCPA. A dupla verificação destas prescrições, pode ser efetuada pelo Enfermeiro em colaboração com a equipa médica, nomeadamente o anestesiológista, salientando que esta prescrição farmacológica é verbal. Assim é assegurada a aplicação dos princípios relevantes para a garantia da segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares (Regulamento nº 140, 2019)

No papel de Enfermeira Circulante verifiquei sempre as condições da sala operatória, bem como, do material necessário para a cirurgia, com o objetivo de diminuir o erro e procurando uma melhoria continua dos cuidados.

Na transferência do doente para a UCPA ou internamento, na passagem de informação relativa ao doente, tenho sempre o cuidado de manter uma comunicação objetiva e eficaz, de forma a transmitir a informação pretendida, e que esta não se dilua, pois só assim é possível manter uma qualidade contínua dos cuidados. A melhoria continua dos cuidados está presente em todas as ações de um Enfermeiro, uma vez que é uma busca constante enquanto profissional. Fazer sempre mais e melhor, mantendo um ambiente seguro, promovendo a garantia da qualidade e gestão de risco, para a segurança

do doente e equipa.

Neste sentido, o enfermeiro especialista deverá estar atento e consciente dos momentos críticos de transferência de cuidados e promover a implementação de ferramentas como a metodologia I.S.B.A.R. (Identificação, Situação atual, Antecedentes, Avaliação e Recomendações) (DGS, 2017). Segundo a mesma norma da DGS, a ferramenta ISBAR para além de contribuir para a uniformização da comunicação entre os intervenientes, contribui ainda para a tomada de decisão, promoção do pensamento crítico, diminuição do tempo de transferência e rápida integração dos profissionais. A minimização dos riscos e excelência da qualidade e segurança prestada nos cuidados é da responsabilidade de toda a equipa, que deve mobilizar competências individuais e melhorar a gestão dos riscos da prestação de cuidados.

A técnica ISBAR, é uma ferramenta de comunicação conhecida por promover a segurança da pessoa a vivenciar experiência perioperatória, nos momentos mais complexos, onde existe maior risco de erro na transferência de informação, sendo a admissão e o momento da alta exemplos (DGS, 2017). Em ambos os locais de estágio, se verificou o uso desta técnica pelos profissionais da saúde, contribuindo deste modo para uma comunicação eficaz.

A melhoria continua da comunicação, esta incorporada no PNSD 2021-2026, no pilar da comunicação, que tem como objetivo melhorar a comunicação e segurança do doente no processo de transição de cuidados.

Neste, está descrito que “a comunicação efetiva é essencial ao longo de todo o ciclo de cuidados, com particular destaque para os momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde” (Despacho nº 9390/2021, p.101). Os objetivos estratégicos são: otimizar a comunicação intra e interinstitucional; melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados; e adequar a comunicação da informação clínica ao doente, família e cuidador (Despacho nº 9390/2021).

3.1.3. Gestão dos cuidados

Este domínio abarca competências inerentes à gestão dos cuidados de enfermagem, mediante a otimização da resposta da equipa de enfermeiros e sua respetiva

articulação na equipa de saúde. Incide também na adaptação da gestão e liderança dos recursos existentes ao contexto e situações, tendo em vista a garantia de cuidados de qualidade (OE, 2019).

É contemplado pela competência “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde”, e a competência “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”, como consta no Regulamento nº 140/2019 da OE (p.4745).

Deste modo, o Enfermeiro, deve realizar uma gestão de cuidados adequada, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e a qualidade das tarefas delegadas (OE, 2019). Segundo, Costa (2013) a aquisição de um novo conjunto de competências acopladas a um largo espectro de conhecimento, possibilita ao enfermeiro utilizar e agregar estas diferentes habilidades técnicas, humanas e científicas, no sentido de gerir e liderar as unidades de saúde com maior responsabilidade e eficiência.

A gestão permite uma melhoria continua da qualidade dos cuidados, num processo em que o objetivo principal é atingir uma máxima eficiência, sem colocar em causa a qualidade dos cuidados prestados.

Neste domínio de competências, o facto de por vezes ser responsável de turno, otimizou o seu desenvolvimento. Assim executei inúmeras atividades, desde a receção e envio de material cirúrgico proveniente do exterior, controle e receção dos estupefacientes do serviço, até à gestão e manutenção dos materiais e equipamentos do serviço.

No que respeita à gestão de recursos materiais, nos turnos em que sou responsável, sempre que ocorre uma avaria de equipamento, procedo à sua sinalização e pedido de resolução, e quando ocorre alguma rutura de stock de algum fármaco, efetuo o respetivo pedido aos serviços farmacêuticos. Por outro lado, quando surge alguma situação anómala do foro elétrico, informático, entre outros, estabeleço o contacto com os serviços de equipamentos responsáveis pela resolução da situação.

Além da gestão de materiais, como responsável de turno faço gestão dos recursos humanos e se necessário, em caso de urgência ou emergência, procedo à mobilização de profissionais. A gestão da equipa de enfermeiros a que pertenço, enquanto responsável de turno por vezes é complicada, porque é necessário assegurar todas as funções. Uma equipa de urgência tem de ser constituída por um enfermeiro experiente na função de

anestesia, um instrumentista de cirurgia geral, ginecologia/obstetrícia e ortopedia, um circulante que esteja apto para receber e prestar cuidados ao recém-nascido e um circulante que esteja treinado para circular estas especialidades. Numa equipa com elementos recém-chegados, por vezes torna difícil esta atribuição de funções. No turno da noite esta função é ainda mais complicada, uma vez que não temos elementos a quem recorrer na necessidade de abrir uma segunda sala. Nesta situação a experiência da equipa é crucial para que tudo corra pelo melhor, sem comprometer a segurança dos doentes.

Quando assumo esta função, efetuo a gestão da equipa de enfermeiros a que pertenço, procurando motivá-la, partilhando experiências e conhecimentos e esclarecendo dúvidas que surjam.

Reconhecendo que o enfermeiro é responsável pelas decisões que toma, assim como pelos atos praticados e que delega, tenho procurado aperfeiçoar a capacidade de tomada de decisão em situações para as quais sou solicitada e sempre que considero necessário, tenho delegado e supervisionado tarefas a outros enfermeiros.

A liderança surge como um conceito complexo, sendo compreendida como a capacidade para influenciar a equipa, visando atender os objetivos da instituição, com recurso ao conhecimento teórico-científico e ao desenvolvimento de habilidades humanas e interpessoais, como a capacidade de planeamento, de organização, de motivar os outros, de controlo situacional e de tomada de decisão (Alves et al., 2010). Esta ideia é corroborada por Costa (2013), afirmando que o exercício de uma liderança eficaz na Enfermagem, contribui para a promoção de um ambiente calmo, de harmonia para a qualidade nos cuidados prestados e nas relações, por forma a atingir metas, objetivos e melhores *outcomes* em saúde.

No parecer dado pelo Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE, 2017), evidenciou-se que este profissional é dotado de um conjunto de competências comuns e específicas, que contribuem para que seja líder no conhecimento, nas capacidades e habilidades, na cultura organizacional do serviço/ unidade de saúde, por forma a antecipar focos de instabilidade e complicações e a promover respostas adequadas e seguras. O mesmo documento expõe que a função de responsável de turno compete ao enfermeiro especialista, uma vez que se trata do profissional mais preparado e com competências para a área da gestão.

3.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Ao nível das aprendizagens profissionais, o Enfermeiro Especialista deve desenvolver o autoconhecimento e assertividade e basear a sua prática clínica especializada na evidência científica (OE, 2019). Com o intuito de conseguir dar resposta à multiplicidade de responsabilidades no cuidado ao doente, no bloco, tive sempre a preocupação de atualizar os meus conhecimentos, participando em formações em contexto de trabalho e em congressos cujas temáticas considerei pertinentes para o meu enriquecimento, nomeadamente ao nível das temáticas cirúrgicas. Consulto bibliografia atual, publicações recentes que orientam a minha prestação e tomada de decisão enquanto enfermeira.

Procuro ser ativa nos processos de aprendizagem, colaboro na integração de novos elementos na equipa, promovendo deste modo a melhoria dos conhecimentos da equipa, e desenvolvo um papel de formadora, em contexto de trabalho.

Tive oportunidade de colaborar com os colegas responsáveis pela orientação de alunos, no âmbito dos ensinamentos clínicos de alunos do 3º e 4º ano da Licenciatura de Enfermagem.

Na instituição onde trabalho, no âmbito de um workshop de Cirurgia Vascular, fiz parte da organização, e participei também como palestrante. Habitualmente participo como formadora no curso “Hands-on Cirurgia no pé Diabético” realizado no Hospital de São João.

Com o objetivo de formação e aperfeiçoamento de competências aos pares, foi realizada uma formação sobre “Traqueostomia de Urgência”, que é um procedimento cirúrgico cada vez mais realizado em contexto de urgência ou emergência.

Um dos objetivos do estágio de opção foi adquirir e aprofundar conhecimentos no intraoperatório da pessoa submetida a cirurgia bariátrica, onde aprofundi com os conhecimentos na área da anestesia e adquiri conhecimentos na área da circulação e instrumentação.

A par de todas as aprendizagens de uma integração, temos o saber ser, saber fazer e o saber estar. O saber ser e o saber estar dos enfermeiros em contexto periperatório, vão sendo adquiridos ao longo do percurso social, familiar, profissional e educacional, contribuindo tanto para a aquisição de competências de socialização como para o correto comportamento dentro do bloco operatório. Estes conceitos estão relacionados com a

motivação, empenho, rigor profissional, consciência cirúrgica, destreza, espírito de equipa, facilidade de integração, autodomínio, concentração, rapidez na resposta a emergência e controlo do stress (AESOP, 2012).

Segundo o programa de integração proposto pela AESOP (2012), o acolhimento é a primeira fase, a integração como enfermeiro de anestesia corresponde à segunda fase é, a terceira fase é a integração como enfermeiro circulante e a quarta fase é a integração na instrumentação.

Sendo que as funções de acolhimento já estariam adquiridas, o objetivo foi aprofundar conhecimento na anestesia, circulação e instrumentação, onde tive oportunidade de elaborar uma instrução de trabalho sobre a anestesia e posicionamento do doente submetido a cirurgia bariátrica (ANEXO I), que aguarda aprovação.

A OE (2004, p.1), no que concerne às Orientações Relativas Às Atribuições Do Enfermeiro Circulante, refere que: “O enfermeiro circulante é o profissional de enfermagem que, no desempenho das suas competências, tem como foco de atenção as necessidades do doente cirúrgico, e assenta a sua tomada de decisão nos conhecimentos científicos e técnicos que lhe permitem conhecer e compreender a complexidade do ambiente em que desenvolve as suas intervenções, incluindo em situações de emergência ou de limite”.

As atividades desenvolvidas como enfermeira circulante foram:

- ✓ Verificação do plano operatório e planeamento dos cuidados;
- ✓ Controle e garantia das condições ambientais da sala operatória;
- ✓ Preparação e teste dos materiais e equipamentos necessários para a cirurgia;
- ✓ Abertura dos consumíveis, materiais e instrumentais;
- ✓ Participação no acolhimento do cliente;
- ✓ Participação no posicionamento do cliente;
- ✓ Colaboração na desinfeção do campo operatório;
- ✓ Cooperação com a toda a equipa cirúrgica e de anestesia;
- ✓ Manutenção da organização da sala;
- ✓ Resposta às necessidades durante a cirurgia;
- ✓ Concretização da contagem de compressas, corto-perfurantes e dispositivos médicos;
- ✓ Preparação dos materiais necessários à realização do tratamento da ferida

cirúrgica;

- ✓ Garantia das condições de segurança do cliente e da equipa;
- ✓ Colaboração na saída dos clientes para o recobro;
- ✓ Reorganização e reposição da sala.

De salientar, que dentro do vasto leque das funções desempenhadas pelo Enfermeiro circulante, este deve ter competências específicas e atualizadas no âmbito da gestão de risco, da segurança do doente e equipa, assim como, de organização e controlo do ambiente da sala operatória, circuitos dos doentes e profissionais, com o objetivo de cumprir-se a assepsia cirúrgica e em prol de uma melhoria contínua dos cuidados prestados.

Relativamente ao enfermeiro instrumentista, a AESOP diz-nos que este “ deve compreender e valorizar a área da instrumentação enquanto isolada e distinta, mas deve, simultaneamente, valorizar a área a circulação e da anestesia, como forma de complementar a sua prestação de cuidados no âmbito dos cuidados perioperatórios”, sendo da sua responsabilidade “prever, organizar, utilizar, gerir e controlar a instrumentação para que a cirurgia decorra nas melhores condições de segurança para o doente e equipa” (AESOP,2012,p.139).

As atividades desenvolvidas como enfermeira instrumentista foram:

- ✓ Verificação do plano operatório e planeamento dos cuidados;
- ✓ Lavagem cirúrgica das mãos;
- ✓ Utilização correta da indumentária cirúrgica;
- ✓ Aplicação dos campos estéreis e colocação das mesas de instrumentação, de acordo com as normas preconizadas;
- ✓ Cumprimento das regras de movimentação e circulação na sala operatória;
- ✓ Cumprimento das normas de manuseamento e de passagem dos instrumentos cirúrgicos ao cirúrgico principal e cirurgião ajudante;
- ✓ Conhecimento e previsão dos tempos operatórios;
- ✓ Conhecimento dos diferentes tipos de sutura;
- ✓ Realização da contagem de compressas, ferros cirúrgicos e corto perfurantes;
- ✓ Colaboração na realização do tratamento às feridas cirúrgicas;
- ✓ Conhecimento das normas de evacuação de materiais contaminados da sala operatória.

3.2. ANÁLISE E DESCRIÇÃO REFLEXIVA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA

A enfermagem perioperatória tem como alvo de intervenção a pessoa e família/pessoa significativa que vivenciam uma experiência cirúrgica/anestésica.

De acordo OE (2017, p.27) “O enfermeiro especialista na área de Enfermagem à pessoa em situação perioperatória terá como alvo a pessoa a vivenciar processos de saúde/doença que necessita procedimentos cirúrgicos e anestésicos, no período perioperatório, visando o empoderamento da pessoa, a promoção da saúde, a prevenção de eventos adversos e o tratamento da doença”.

Sendo que, as intervenções de Enfermagem desenvolvem-se em cinco áreas de atuação, entre as quais a consulta perioperatória de enfermagem, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos.

Estes cuidados especializados, devem respeitar os cinco pilares descritos nos padrões de qualidade, no reconhecimento do outro e a capacitação, na vulnerabilidade, na responsabilidade de cuidado, na prudência e gestão de risco e na consciência cirúrgica.

Estes devem ser princípios basilares do cuidar no perioperatório, num ambiente tão frio, complexo e exigente como é o BO.

O enfermeiro do perioperatório tem como funções “identificar as necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais do doente/família, para elaborar e implementar um plano individualizado de cuidados que coordene as ações de enfermagem, baseadas no conhecimento das ciências humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do indivíduo antes, durante e após a cirurgia” (AESOP, 2012, p.9).

As competências são um saber agir, responsável e eficiente, reconhecidas pelo próprio e pelos outros (Boterf, 2005). Não se limitam a um conjunto de conhecimentos teóricos e empíricos detidos por um indivíduo. Implicam saber como integrar saberes, múltiplos e complexos, mobilizar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades, num determinado contexto profissional e empregá-los eficazmente. Estas são influenciadas por fatores relacionados com a própria pessoa, contexto de trabalho, a forma e gestão e os dispositivos de formação.

O enfermeiro especialista, é definido como aquele que através de “(...) um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem (...) demonstra

níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (Ordem dos Enfermeiros, 2017a, p.2).

O desenvolvimento e aquisição destas competências, não se restringe num acréscimo de habilidades técnicas, exigindo a integração de conhecimentos variados, estruturados, interligando o conhecimento público, aquele que é investigado e sistematizado, com o conhecimento privado, ou seja, aquele que é adquirido através da experiência, a intuição, a sensibilidade e “da resposta imediata e altamente contextualizada (...)” (Queirós, 2016, p.144).

Competência significa a capacidade comprovada de usar conhecimentos, habilidades e capacidades pessoais, sociais e/ou metodológicas, em situação de trabalho ou de estudo e no desenvolvimento profissional e pessoal.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, as competências específicas dos enfermeiros especialistas são as que “decorrem das respostas humanas nos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (OE, 2018, p.4745).

Os cuidados de saúde, de uma forma geral, têm vindo a assumir uma maior importância, exigência técnica e científica, levando cada vez mais a uma maior diferenciação e especialização. Tal requer que o enfermeiro especialista desenvolva a sua prática diária na mais recente evidência científica, orientada para os resultados nos cuidados prestados e que tenha capacidade para liderar projetos de formação, assessoria e investigação, com o objetivo de atualizar conhecimentos e competências.

A aquisição de competências específicas, do enfermeiro especialista, em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem, à pessoa em situação perioperatória, encontra-se contemplada no artigo 5º do Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho de 2018, publicado em Diário da República (2018), que se enquadram na homologação: "1. Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa; 2. Maximiza a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica"(Regulamento 429/2018, p.19360).

Os cuidados de enfermagem, nesta área de especialização, são dirigidos aos

projetos de saúde da pessoa e família/pessoa significativa, a vivenciarem processos de saúde/doença, que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, em ambiente perioperatório, à promoção da saúde, à prevenção de eventos adversos e ao tratamento da doença (Regulamento nº429/2018).

3.2.1. Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa

A submissão de uma pessoa em situação perioperatória a atos cirúrgicos e/ou anestésicos expõe-na a uma posição que envolve fortes significados na sua vida pessoal, carregando reações que podem assemelhar-se a outras vivências traumáticas, sejam elas de natureza social, física ou mental. A experiência com o procedimento cirúrgico exige uma preparação psicológica, a promoção de um novo estilo de vida, que pode ser passageiro ou permanente, a necessidade de adaptar-se às mudanças socioeconómicas resultantes da cirurgia, bem como a sua transição entre o medo e a certeza, a dor e a cura, e a ansiedade e paz (Araújo et al., 2022).

A enfermagem perioperatória tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao doente que vai ser submetido a uma intervenção cirúrgica ou uma intervenção invasiva no bloco operatório, assim como à sua família. Segundo a AESOP (2006, p. 37), esta pode ser definida como, “o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelos enfermeiros de sala de operações através de um processo programado pelo qual o enfermeiro reconhece as necessidades do doente a quem presta ou vai prestar cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos do trabalho realizado”.

Ser enfermeiro perioperatório é garantir e disponibilizar ao doente cirúrgico e ao ambiente que o envolve, cuidados de enfermagem específicos e de qualidade. O “saber ser” no bloco operatório implica consciência cirúrgica, motivação, espírito de equipa, rigor profissional, autodomínio, destreza, rapidez, facilidade de adaptação, espírito crítico, facilidade de concentração, resposta rápida a emergências e controlo de stress. Mas, o “saber-saber” e o “saber-fazer”, também têm de estar presentes nas competências do enfermeiro perioperatório. O enfermeiro deverá possuir capacidades cognitivas ou conceptuais e capacidades técnicas ou instrumentais. A competência do bloco operatório representa o conjunto dos conhecimentos, habilidades e práticas necessárias para o

desempenho global do conteúdo funcional do enfermeiro perioperatório (AESOP, 2006).

O processo cirúrgico é entendido pelo doente, como um acontecimento de risco, que remete a pessoa para a incapacidade e/ou alteração da imagem corporal. São vários os desequilíbrios emocionais provocados por esta situação, nomeadamente, a vulnerabilidade emocional, que pode prejudicar a recuperação pós-operatória.

O enfermeiro perioperatório, como em qualquer outro contexto, deve proteger o doente contra qualquer dano ou prejuízo, e responsabilizar-se por este, até que ele esteja novamente capacitado para tomar as suas próprias decisões (AESOP, 2006). Neste contexto em específico, é fulcral este cuidado pois mesmo quando consciente, o doente poderá não deter o conhecimento e esclarecimento necessário para tomar as suas decisões e exercer o seu direito e autonomia. É fundamental, para o efeito, que o enfermeiro tenha presente o Código Deontológico e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), assim como os direitos do doente. Esta advocacia, na prática, passa por aspetos como a promoção da autonomia, segurança, privacidade e dignidade da pessoa.

O doente que encontramos no perioperatório, é caracterizado por se apresentar numa situação vulnerável, incapacitado de responder com os seus próprios meios.

Sendo que, o primeiro contacto com o doente, acontece no momento da admissão, onde lhe é explicado o ambiente cirúrgico, e as diferentes etapas do circuito no BO, o que permite avaliar e identificar as necessidades e planear cuidados. O acolhimento efetuado no BO, deve adequar-se às características e necessidades do doente, o que irá facilitar todo o seu processo no decorrer da experiência cirúrgica. Estas intervenções de enfermagem, promovem a humanização dos cuidados através do apoio psicológico/emocional, diminuindo assim a ansiedade, angústia e medo do procedimento cirúrgico, através da criação de uma relação de empatia e confiança, na transmissão de informação relevante sobre o procedimento cirúrgico, valorizando a pessoa enquanto ser humano segundo as suas emoções, sentimentos e estilo de vida.

Neste sentido, durante o acolhimento do doente é-nos permitido a humanização nos cuidados prestados no perioperatório, bem como na segurança e qualidade dos cuidados. No acolhimento fornecemos informação ao doente, desmistificamos o ambiente cirúrgico, promovemos a sua capacitação e autogestão. Sempre que me foi permitido fazer o acolhimento aos doentes, procurei estabelecer uma relação empática e de ajuda

com a pessoa e família/pessoa significativa, de forma a identificar as suas necessidades e elaborar um plano de cuidados individualizado, informando o doente de todos os procedimentos a realizar neste período, através de estratégias facilitadoras de comunicação.

O respeito pelo doente/ família foi sempre mantido e, demonstrei sempre delicadeza e disponibilidade.

A informação transmitida ao doente/família, foi efetuada de forma adequada, e respondi apropriadamente a todas as questões e solicitações. A continuidade de cuidados foi assegurada através da comunicação verbal e escrita. O cumprimento da lista de verificação do acolhimento, foi assegurada como a sistematização da verificação de critérios de admissão do doente para a área peri operatória, o que permitiu reduzir as não conformidades.

A comunicação eficaz, não só com o doente, mas na transição dos cuidados de saúde é necessária para melhorar a segurança do utente e contribuir para a diminuição dos eventos adversos (DGS,2017).

O investimento na comunicação tem demonstrado resultados positivos na adesão ao tratamento, na saúde emocional do doente, na sua função física, recuperação e nos resultados fisiológicos. Por outro lado, tem também demonstrado satisfação do doente e resultados positivos na relação profissional-doente (Sequista, et al.2008).

Para alguns autores, a comunicação é indispensável ao estabelecimento de uma relação terapêutica, favorecendo a perceção do outro como individuo único, que possui necessidades específicas, estimulando, por outro lado, a sua autonomia e favorecendo a confiança entre quem cuida e quem é cuidado (Conz,Merighi & Jesus, 2009).

A transição de cuidados define-se como “(...) qualquer momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos” (DGS, 2017). A DGS recorda que a metodologia ISBAR é recomendada por várias organizações de saúde, por força da sua fácil memorização pelos profissionais, e pela possibilidade de replicação em diferentes contextos da prestação de cuidados, mas também, porque é uma estratégia de compreensão de mensagens, recorrendo a uma metodologia padronizada, simples, flexível, concisa e clara. A metodologia ISBAR permite fomentar a segurança na transição de cuidados e aumentar deste modo a qualidade destes. Este objetivo foi

reforçado no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, no pilar número três, onde fortalece a necessidade de uma comunicação efetiva essencial em todo o ciclo de cuidados. A metodologia ISBAR para além de ser utilizada como ferramenta de uniformização da comunicação entre os profissionais de saúde, contribui para a rápida tomada de decisões, promove o pensamento crítico, diminui o tempo na transferência de informação e promove a rápida integração dos novos profissionais (DGS, 2017).

Na transição dos doentes, do acolhimento para a sala operatória, e da sala operatória para a UCPA, e desta para o internamento, utilizei sempre esta técnica, uma vez que é clara, precisa e objetiva, e a transmissão de informação é muito importante para garantir uma continuidade de cuidados de qualidade prestados. Durante o ensino clínico, todos os doentes levam consigo um documento que os acompanha, até a sua chegada na UCPA. Este documento contém toda a informação relativa ao doente, segundo a técnica ISBAR, que perceciono como adequadamente implementada na equipa.

Cabe ao enfermeiro especialista, em enfermagem médico cirúrgica, à pessoa em situação perioperatória, possuir capacidades e competências, que permitam o cuidado ao doente, identificando de forma precoce problemas e potenciais focos de instabilidade. Enquanto aluna no Bloco Operatório Central fiz o planeamento, execução e posteriormente avaliação dos cuidados prestados.

Durante o percurso do estágio, na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa e família/pessoa significativa no intraoperatório, foi utilizada a lista de verificação de segurança cirúrgica (LVSC) como uma ferramenta na gestão do risco que promove a comunicação entre os elementos da equipa multidisciplinar (Anestesiologistas, Cirurgiões e Enfermeiros). Este instrumento contribui para a maximização da segurança dos cuidados perioperatórios e sucesso cirúrgico. É aplicada em três momentos decisivos do procedimento cirúrgico: antes da incisão da indução anestésica (*sign in*), antes da incisão da pele (*time out*) e antes do doente sair da sala operatória (*sign out*) e consiste na confirmação oral pela equipa de fatores que contribuem para a segurança cirúrgica.

Durante o ensino clínico realizado, na especialidade de cirurgia geral, direcionado para o doente submetido a cirurgia bariátrica, senti necessidade de aumentar os meus conhecimentos teóricos, assim como os práticos, e aperfeiçoar técnicas fundamentais para a prestação de cuidados diferenciados e de qualidade. Dada a preocupação pela melhoria de cuidados prestados e dando resposta a uma necessidade do serviço, foi definido

também, como objetivo específico de estágio, juntamente com o meu enfermeiro tutor, a realização de uma instrução de trabalho sobre a anestesia e posicionamento do doente submetido a cirurgia bariátrica, conforme já referido anteriormente.

Esta instrução de trabalho, tem como objetivo servir de guia orientador para a integração de enfermeiros, uniformizar procedimentos, otimizar o desempenho na área da anestesia e posicionamento, bem como garantir a segurança e conforto do doente. O correto posicionamento do doente é um dos fatores fundamentais para a realização de um procedimento seguro e efetivo. Destaca-se a importância e a necessidade de elaborar guias orientadores de boas práticas dos cuidados de enfermagem, baseados na evidência, constituindo a base estrutural para a melhoria contínua da qualidade da prática profissional dos enfermeiros (OE, 2001).

O cumprimento dos diversos protocolos, existentes no Bloco Operatório, foi parte integrante do ensino clínico, o que tornou fundamental o conhecimento destes para a sua aplicação, de forma segura e eficaz. Também foram utilizados, sempre que foi possível, os diversos instrumentos de avaliação, como as escalas de ALDRETE, MORSE, BRADEN, BIS, Escala da dor, entre outras. Durante todo o ensino clínico, na prestação de cuidados, estive sempre atenta a todos os sinais e sintomas que o doente poderia apresentar.

De acordo com o Regulamento nº140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, secção II, artigo 5º, o enfermeiro especialista deve desenvolver “(...) uma prática profissional, ética e legal, na área da especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”. O mesmo tem também o dever de “informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem” e “atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem” (OE, 2019, p.4775).

Durante a minha prestação, enquanto aluna e futura especialista, procurei tomar decisões com base no código deontológico, no REPE, e nos princípios éticos. Tive sempre presente que cada indivíduo é único, sem nunca esquecer o respeito pela individualidade, capacidades, valores, crenças e desejos do doente. O respeito pela liberdade e autonomia do doente, foram uma preocupação constante, como tal, informei sempre sobre os cuidados a serem prestados, solicitando o seu consentimento, quando o seu estado de consciência e a capacidade de tomar decisões o permitiram. Se estes estavam

comprometidos, assumi o meu papel de advogada do utente, tomando as melhores decisões possíveis, tendo em atenção o seu estado de saúde, e o que seria melhor e mais vantajoso para o doente.

Na interação com o doente, é importante uma observação atenta, monitorização e vigilância contínua, dando especial ênfase à comunicação, e prestação de cuidados salvaguardando sempre a igualdade, dignidade, intimidade e privacidade do doente.

Os enfermeiros precisam de tomar decisões, mesmo perante um conflito, e desta forma procurar conhecer a situação na íntegra e fazer um planeamento da realidade, tendo em conta os recursos disponíveis, tanto humanos como materiais, assim como a decisão do indivíduo e da família (Fontoura et al.,2011).

As questões éticas estão presentes em várias situações do dia a dia do enfermeiro no perioperatório. Os princípios éticos, como o respeito da pessoa, a sua intimidade, autodeterminação, esclarecimento, acompanhamento e apoio, independentemente das suas escolhas e perspetivas de saúde, estão inerentes aos cuidados da pessoa no perioperatório. A experiência e competência, aliadas ao sentido crítico, produzem bons cuidados de enfermagem, cuidados seguros e responsáveis.

Para além das intervenções técnicas, que incidem no cuidado ao doente do foro cirúrgico, é de salientar a importância do desenvolvimento de competências relacionais e de comunicação com o doente, família e equipa multidisciplinar.

Sempre que o doente apresentou dúvidas procurei dar respostas sucintas, específicas, com a máxima informação possível e numa linguagem compreensível, isenta de termos técnicos complicados, e verificando sempre se ficaram esclarecidos. Com o objetivo de tirar dúvidas aos doentes, e baseado nas questões mais colocadas, elaborei um panfleto (ANEXO II) para ser entregue aos doentes submetidos a cirurgia bariátrica.

Relativamente ao consentimento informado, este pode ser definido como a autorização esclarecida prestada pelo doente antes da submissão a determinado ato médico, incluindo qualquer ato integrado na prestação de cuidados de saúde, participação em investigação ou ensaio clínico. Esta autorização, pressupõe uma explicação e respetiva compreensão, quanto ao que se pretende fazer, o modo de atuar, razão e resultado esperado da intervenção consentida (ERS, 2020).

O código deontológico da Ordem dos Enfermeiros, afirma que, “no respeito pelo direito a autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de: a) Informar o indivíduo e a

família, no que respeita aos cuidados de enfermagem; b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; c) Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feita pelo indivíduo, em matéria de cuidados de enfermagem (OE, 2015, p.8).

No BO o enfermeiro tem de ser o “advogado do doente”, pelo que ao assumir este papel, certifiquei-me que nenhum doente era submetido a intervenção cirúrgica sem conhecimento dos aspetos relacionados com o procedimento cirúrgico e respetiva recuperação.

Durante a prestação de cuidados, e sempre que possível, vou explicando ao doente, tudo o que vou fazer, e qual o objetivo, de forma a esclarecer o doente, assim como, obter o seu consentimento. A informação fornecida permite esclarecer as dúvidas do doente, criar uma relação empática, e reduzir o stress provocado, uma vez que o ambiente do bloco é frio, distante, gerando ansiedade e medo. No decorrer da prestação de cuidados, tive sempre em atenção a assepsia e antissepsia. Nos dias de hoje, de uma forma geral, temos doentes mais informados e empoderados, em relação às complicações que um procedimento cirúrgico implica, nomeadamente as intervenções técnicas derivadas da própria intervenção ou da anestesia. No entanto, a complicação cirúrgica mais frequente e, muitas vezes, a mais temida, é a infeção.

Nesta o enfermeiro tem um papel crucial, uma vez que, os cuidados seguros e de qualidade, estão associados a boas práticas de prevenção e controlo de infeção. Na prestação de cuidados, tenho sempre presente o rigoroso cumprimento dos procedimentos adequados, com base nas diretrizes emanadas pela Comissão de Controlo de Infeção da Instituição e pelas recomendações ou normas da DGS. Saber interpretar todos os procedimentos, normas e processos de esterilização é fundamental na prática dos Enfermeiros especialistas. Temos um papel essencial no cumprimento rigoroso desta garantia na prevenção de infeção.

Conhecer todas as normas de prevenção de infeção cirúrgica no período pré-operatório, intraoperatório e no período pós-operatório, é um aspeto crucial das competências específicas dos enfermeiros especialistas à pessoa em situação perioperatória. Com o objetivo de melhorar toda a minha prestação, senti necessidade de aprofundar conhecimentos, para tal, fui assistir a uma formação dada pelo SEFI, denominada de “Atualização em Prevenção e Controlo de Infeção” (ANEXO III).

De salientar também, a importância de o enfermeiro estar atento as possíveis quebras de assepsia por parte da equipa multidisciplinar.

Durante o ensino clínico, no BO consegui fazer ensinamentos aos doentes no acolhimento e na UCPA. Na UCPA, aos doentes conscientes, são realizados os primeiros ensinamentos, sobre a cirurgia a que foram submetidos, a sua recuperação e os cuidados pós-alta. No panfleto por mim realizado, os doentes têm informação relativa aos cuidados pré-operatórios, pós-operatórios e após a alta.

O processo de enfermagem permite ao enfermeiro identificar problemas, traçar um plano de ação que lhe permita melhorar ou resolver os problemas do doente.

Este é realizado através de uma avaliação inicial detalhada, diagnósticos de enfermagem, planeamento, implementação e posteriormente a avaliação.

Apesar deste ser individualizado para cada doente, encontramos diagnósticos de enfermagem, que são transversais a vários doentes, assim como as cirurgias também. A tabela abaixo apresenta um plano de cuidados e as suas respetivas intervenções de enfermagem, que podemos aplicar ao doente submetido a cirurgia bariátrica:

Tabela 2

Plano de Cuidados

Plano de Cuidados	
Diagnostico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
	Pré-Operatório
Ansiedade	Incentivar a comunicação de emoções Esclarecer dúvidas Incentivar suporte familiar Incentivar técnica respiratória Gerir ambiente físico (atender à privacidade, ruído, luminosidade, temperatura)
Medo	Encorajar a expressão dos medos Esclarecer dúvidas Executar técnica de distração Incentivar suporte familiar
Conhecimento	Ensinar sobre técnica de respiração Ensinar sobre técnica de relaxamento Ensinar sobre hospitalização Ensinar sobre o que vai acontecer (circuito a realizar) Ensinar sobre procedimento cirúrgico

Plano de Cuidados	
Diagnostico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Intraoperatório	
Risco de Retenção de Corpo Estranho	Contabilizar instrumentos cirúrgicos, compressas e corto-perfurantes
Risco de Queda (associado a alteração do estado de consciência, provocado pela medicação anestésica)	Monitorizar risco de queda (Escala de Morse) Executar medidas de segurança: - Elevar grades - Aplicar fitas de contenção - Travar a maca e mesa operatória - Colocar mesa operatória baixa - Manter vigilância contínua de comportamento
Risco de Hemorragia (associado à intervenção cirúrgica)	Vigiar hemorragia Monitorizar perda de sangue e comunicar à equipa cirúrgica Monitorizar TA, FC, FR
Risco de Hipotermia (associado à exposição do corpo e a baixa temperatura da sala operatória)	Monitorizar temperatura Aplicar medidas de aquecimento passivo e ativo
Risco de Lesão Perioperatória por Posicionamento (lesões nervosas transitórias ou permanentes)	Identificar zonas de risco de lesão Proteger zonas de risco Otimizar posicionamento cirúrgico
Risco de Queimadura (associado à utilização de eletrocirurgia durante os procedimentos cirúrgicos ou fluidos de lavagem excessivamente quentes)	Usar corretamente o eletrobisturi Colocar placa dispersiva de elétrodo neutro Controlar temperatura de fluidos de lavagem Proteger o corpo do contacto com partes metálicas da mesa operatória Proteger o bisturi quando não está a ser usado Verificar o bisturi cuidadosamente e rejeitar se apresenta sinais de desgaste ou suscitar dúvidas
- Risco de Infecção (associado a qualquer procedimento invasivo, exposição ambiental, defesa secundária inadequada ou doença crónica)	Monitorizar temperatura corporal Monitorizar glicemia Administrar profilaxia antibiótica segundo protocolo Gerir temperatura ambiente Cumprir princípios de assepsia Desinfectar do campo cirúrgico Verificar esterilidade dos dispositivos médicos

Plano de Cuidados	
Diagnostico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Pós-Operatório	
Dor (associado ao procedimento cirúrgico)	Monitorizar a dor Vigiar a dor Gerir analgesia segundo protocolo Posicionar o utente em posição antiálgica Aplicar técnica não farmacológica de controlo da dor: técnica de relaxamento, aplicar frio Reavaliar a dor após administração de terapêutica
Conhecimento sobre dor, não demonstrado	Ensinar sobre autocontrolo da dor Ensinar sobre medidas não farmacológicas para o alívio da dor (aplicar frio) Ensinar sobre técnica de relaxamento
Ferida cirúrgica	Executar tratamento da ferida cirúrgica Vigiar ferida cirúrgica Vigiar penso da ferida cirúrgica

3.2.2. Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa multidisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica

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

É fundamental que o enfermeiro numa sala operatória (instrumentista, circulante e anestesista) desenvolva “consciência cirúrgica”.

O enfermeiro no perioperatório tem o dever de garantir e disponibilizar cuidados de enfermagem específicos e de qualidade, sempre baseados na melhor evidência científica. O “saber ser” no BO implica consciência cirúrgica, motivação, espírito de equipa, rigor profissional, autodomínio, destreza, rapidez, facilidade de adaptação, espírito crítico, facilidade de concentração, resposta rápida a emergências e controlo de stress. O enfermeiro especialista tem este papel bem definido, devendo garantir que tudo

é feito para a sua salvaguarda. É expectável que esteja atento a todos os pormenores que influenciam negativamente a segurança e proceda à sua correção.

O “saber fazer” também tem que estar presente nas competências do enfermeiro especialista à pessoa em situação perioperatória, pois representa o conjunto dos conhecimentos, habilidades e práticas necessárias para o desempenho global do conteúdo funcional do enfermeiro perioperatório (Oliveira et al.2014).

Segundo a AESOP (2006, p. 8): “a missão do Enfermeiro Perioperatório é garantir e disponibilizar ao doente cirúrgico e ao ambiente que o envolve, cuidados de enfermagem específicos de qualidade, tanto no bloco operatório como noutros locais onde se realizam procedimentos invasivos”. O elevado risco de ocorrência de eventos adversos, a vulnerabilidade da pessoa, os procedimentos realizados e a complexidade do ambiente perioperatório, exigem profissionais competentes capazes de promoverem um ambiente seguro para todos os intervenientes. Neste sentido, é imprescindível que o enfermeiro numa sala operatória (instrumentista, circulante e anestesia) desenvolva “consciência cirúrgica” fundamentada por conhecimentos teóricos, práticos e competência profissional.

A consciência cirúrgica, trata-se de um sistema de valores internos, que levam a uma prática correta do profissional a qualquer altura do seu desempenho (AESOP, 2012). Definida como um princípio ético e moral, que orienta o enfermeiro na prática de cuidar a pessoa em situação perioperatória, agindo em seu benefício em qualquer situação independentemente do controlo externo efetuado e consiste em:

- ✓ Conhecer os princípios de assepsia;
- ✓ Autodisciplinar e organizar a própria higiene, vestuário e prática de enfermagem, sem quebras da técnica;
- ✓ Antecipar as necessidades do doente e da equipa conhecendo o doente, o tipo de cirurgia, as preferências da equipa, os materiais necessários e como os obter;
- ✓ Desenvolver a maturidade para ultrapassar divergências e preferências, independentemente das cirurgias, das circunstâncias em que ocorrem e dos diferentes membros da equipa.

O BO oferece um vasto campo de intervenção aos enfermeiros, com atividades muito específicas, a exigirem um conjunto de conhecimentos e competências de natureza

diversa para o desempenho dos diversos papéis no perioperatório.

Também são exigidos gestos precisos, procedimentos perfeitos, consciência dos riscos, respeito máximo pelas normas de segurança, e alto nível de responsabilidade no cumprimento das funções que lhes são atribuídas, as quais devem ser exercidas em clima de cooperação e complementaridade.

Durante o ensino clínico, assim como, na minha prestação enquanto enfermeira e futura especialista em enfermagem médico cirúrgica à pessoa em situação perioperatória, considero que cumpro com os princípios de um ambiente seguro, promovendo uma cultura de consciência cirúrgica. Prestei cuidados no sentido de manter sempre as portas da sala cirurgia fechadas, reduzir o número de elementos por sala, controlar os movimentos próximos da equipa estéril, promover um ambiente silencioso e calmo e, detetar e corrigir falhas no vestuário da equipa.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2018) a intervenção do Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória desenvolve -se em cinco áreas de atuação complementares entre si: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós-anestésicos

A consulta perioperatória de enfermagem tem como objetivo “tranquilizar o doente na procura de uma melhoria do seu bem-estar, num ambiente novo e hostil (...) e tem uma eficácia objetiva sobre o excesso de stress do futuro operado” (Lourenço in Pires e Rego, 2017, p. 54).

Esta permite conhecer o doente, identificar os diagnósticos de enfermagem existentes e preparar o doente para a cirurgia (Duarte e Martins, 2014). Permite uma continuidade de cuidados, uma vez que é o primeiro elo da cadeia do processo dos cuidados perioperatórios, sendo considerada como uma atitude personalizada e de humanização dos cuidados de saúde dos hospitais (AESOP, 2006).

Para além de ajudar a diminuir a ansiedade do doente e prepará-lo para a cirurgia, tem como principais objetivos:

- ✓ Familiarizar o doente com a equipa multidisciplinar e com o ambiente do BOC, proporcionando apoio biopsicossocial ao doente e família;
- ✓ Avaliar as perceções, expectativas e conhecimentos do doente face ao procedimento cirúrgico a que vai ser submetido;
- ✓ Permitir que o enfermeiro conheça os antecedentes pessoais do doente, bem

como as suas necessidades, possibilitando também que seja fornecido informação sobre os procedimentos inerentes à preparação pré-operatória;

- ✓ Operacionalizar o processo de enfermagem, garantindo a continuidade dos cuidados;
- ✓ Promover a articulação entre o enfermeiro do BO e o enfermeiro do internamento;
- ✓ Informar a equipa do BOC de alguns problemas ou necessidades do doente, com os quais se vai confrontar no momento cirúrgico (Lourenço, 2004; AESOP, 2006; Pires e Rego, 2017).

Na instituição onde foi realizado o estágio ainda não se encontra implementada, no entanto encontra-se em fase de implementação, o que se torna fundamental para o empoderamento dos doentes.

O estágio permitiu-me desenvolver e aprofundar competências na área de anestesia ao doente submetido a cirurgia bariátrica.

O **enfermeiro de anestesia** colabora com o médico anestesista e desenvolve atividades específicas em cada uma das fases do perioperatório: pré-anestésica, indução, manutenção e reversão anestésica (AESOP, 2006).

Os turnos realizados na função de enfermeira de anestesia foram iniciados com a consulta do programa cirúrgico, seguida da devida preparação dos fármacos e dispositivos necessários para as técnicas anestésicas previstas. Esta realização atempada permitiu-me a implementação de cuidados seguros e de excelência, sendo este um pensamento constante da equipa.

Segundo a EORNA (2019), o enfermeiro deve fornecer um ambiente seguro e eficaz para o atendimento adequado do doente, devendo por isso preparar o ambiente para maximizar a segurança e eficiência, utilizando mecanismos de verificação adequados. Foi também realizada a chamada atempada dos doentes para o Bloco Operatório. Após a transferência deste, foi sempre confirmada a *Checklist* desenvolvida no PIS (Projeto de Intervenção em Serviço), se estão reunidas as condições de segurança cirúrgica e anestésica para o doente poder ser intervencionado. Foi também confirmado com o doente: a sua identidade, intervenção cirúrgica, lateralidade do procedimento, o consentimento informado, se os adornos foram todos removidos, a preparação intestinal efetuada (quando justificada), o jejum, os antecedentes de saúde e cirúrgicos, valores

analíticos relevantes, bem como a disponibilização de hemoderivados (quando necessário), cumprindo o *Sign In* da Cirurgia Segura (Organização Mundial de Saúde, 2009).

O enfermeiro de anestesia, bem como o enfermeiro da UCPA, são os enfermeiros que mantêm um maior contacto com o doente consciente (Brienza et al., 2019). Tive oportunidade de estabelecer uma relação terapêutica, criar um momento propício ao esclarecimento de dúvidas, medos e angústias, onde foi possível informar, acalmar e obter o consentimento relativo aos cuidados de enfermagem a serem prestados.

O diagnóstico que muitas vezes leva o doente ao bloco operatório, é difícil, gerador de stress, de medo da morte, insegurança e tristeza. Com o intuito de diminuir estes sentimentos, a equipa de enfermagem tenta manter um ambiente harmonioso, de confiança, tranquilo e seguro, além de orientar e informar sobre o processo cirúrgico (Callegaro et al., 2010)

Conforme recomenda a AESOP (2006, p. 294) o enfermeiro de anestesia deve ter sempre presente que o “doente é o indivíduo mais importante numa sala operatória e que para isso deve garantir a sua integridade física, psicológica e ser seu advogado, isto é, garantir a sua segurança e garantir que a sua vontade seja respeitada”. O enfermeiro deve, segundo a EORNA (2019), demonstrar uma consciência das necessidades psicológicas do doente e utilizar habilidades de cuidado adquiridas para aliviar a ansiedade.

Na função de enfermeira de anestesia participei no posicionamento do doente para a técnica anestesia, na indução, e manutenção, sedação, anestesia geral balanceada, anestesia local, bloqueio do neuro eixo, entubação oro traqueal (auxiliando na promoção de uma ventilação eficaz), colocação de CVC, colocação de monitorização invasiva, colocação de PVC, preparação de dispositivos de *Patient-controlled Analgesia* (PCA), endovenosos e epidurais para controlo da dor no pós-operatório. A promoção de uma temperatura corporal adequada, foi uma preocupação constante, bem como manter sempre uma avaliação intensiva dos parâmetros vitais do doente e do balanço hídrico.

Aquando da prevenção e controlo da infeção, tive o cuidado de gerir a manutenção da normotermia do doente. Segundo a Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (SPA, 2017), a hipotermia perioperatória inadvertida é uma complicação frequente, que pode ser prevenida. É definida por uma temperatura central inferior a 36°C. Segundo a literatura, 26% a 90% dos utentes submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos

apresentam-se hipotérmicos no final da cirurgia. Fatores como a inibição das respostas fisiológicas termorreguladoras associada à anestesia, a diminuição do metabolismo basal, os fatores associados ao procedimento cirúrgico e a exposição do doente às baixas temperaturas do bloco operatório, assumem um papel preponderante no desenvolvimento desta complicação. Os mecanismos fisiopatológicos associados à hipotermia são responsáveis pela ocorrência de várias complicações, nomeadamente: o aumento da incidência de infeção da ferida operatória (pelo efeito direto na resposta imunitária e indireto, pela diminuição da perfusão tecidual), eventos cardíacos adversos (hipertensão arterial, taquicardia, consumo aumentado de oxigénio e propensão para eventos isquémicos), alterações da coagulação, disfunção endócrino-metabólica (supressão da secreção de corticoides, redução da libertação de insulina com maior resistência à sua atividade nos tecidos, produção aumentada de TSH e tiroxina) e shivering (SPA, 2017).

Na preparação e administração de fármacos, foram adotadas medidas de forma a evitar danos provocados por uma administração incorreta, como tal a rotulagem destes. Nos contextos da prática, em Ensino Clínico, verificou-se que os carros de anestesia se encontram padronizados de acordo com as recomendações da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia. Os carros de anestesia não padronizados podem contribuir para o aumento dos erros de medicação, armazenamento incorreto dos dispositivos e desperdício de material e de tempo (Shultz et al., 2010).

Os fármacos que são utilizados tem nome semelhante e aparência, o que aumenta o fator de risco para a ocorrência de erros. São os fármacos denominados LASA (*Look Alike – Sound Alike*), que podem ser confundidos uns com os outros, originando troca de medicamentos (DGS, 2015c). Os medicamentos LASA são (entre muitos outros fatores) contribuições para a ocorrência de incidentes de segurança relacionados com a medicação e “de acordo com a literatura, um em cada quatro destes incidentes estão relacionados com medicamentos LASA” (DGS, 2015c, p.3). A adoção de técnicas de rotulagem, e de cores definidoras de grupos farmacológicos, são ferramentas efetivas para minimizar o erro e devem ser adotadas na elaboração das gavetas de medicação (ISO, 2020). A utilização de seringas pré-cheias, como é exemplo a disposição da fenilefrina, elimina a necessidade de diluição, diminuindo os erros de dosagem ou administração inadvertida de um fármaco não diluído, sendo particularmente útil em situações de emergência (AORN, 2018b).

Em Portugal, no ano de 2016, foram reportadas 2627 notificações por parte dos profissionais da saúde, destes eventos, 11% estavam relacionados com a medicação, o terceiro evento mais notificado (DGS, 2016; DGS, 2019;).

Segundo o *United States National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* (NCCMER, 2022) erro de medicação é descrito como qualquer evento que pode ser evitável, mas que pode causar ou levar ao uso inapropriado de medicação que pode prejudicar o doente, enquanto a medicação está sob o controle do profissional de saúde ou doente. Estes eventos podem estar relacionados com a prática do profissional, produtos de saúde, procedimentos e sistemas, onde está incluído comunicação de pedidos, prescrição, rotulagem de produtos, embalagem e nomenclatura, distribuição, administração, manuseamento e uso.

Nas seringas pré-carregadas, a uniformização de rótulos de acordo com código internacional de cores e identificação legível e correta, na posição vertical do rótulo, nas seringas para fácil visualização, contribuem para minimizar os erros de identificação e dosagem dos medicamentos (Merry et al., 2011).

O controlo da dor assume uma posição de destaque no bloco operatório, pelo que é fundamental diminuir ao máximo a dor que o doente manifesta e ter sempre em conta a premissa que “um doente anestesiado não pode manifestar a dor ou o desconforto” (AESOP, 2006, p. 72).

Neste sentido, e tendo presente o conforto do doente, foram realizadas intervenções para a promoção do mesmo, como posicionamento adequado do doente, aplicação de medidas farmacológicas e não farmacológicas, administração de terapêutica sempre que necessário, monitorização constante da dor, interpretação das monitorizações existentes na relação da dor (taquicardia, hipertensão, aumento de BIS, etc.), alívio de zonas de pressão através de material disponível (como almofadas de gel, calcanhares, entre outros) e manutenção da normotermia.

A realização dos registos de enfermagem foi cumprida em cada doente, contribuindo deste modo, para a elaboração e desenvolvimento do plano de cuidados, e para a segurança e melhoria contínua dos mesmos. Aquando do término da intervenção cirúrgica, participei no despertar do doente e transferência do mesmo, para o seu local de destino que pode ser UCPA, UCIP, UIP, onde este permanece sobre vigilância contínua.

Segundo AESOP (2006), o enfermeiro de anestesia deve compreender e valorizar

a área de enfermagem de anestesia como um campo distinto, mas em complementaridade com a área de circulação e instrumentação, no âmbito dos cuidados de enfermagem perioperatória.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2004, p.1) o enfermeiro circulante tem como funções específicas “a redução dos riscos inerentes à natureza dos cuidados no bloco operatório, pela promoção da segurança do doente e dos restantes profissionais e o suporte necessário à qualidade do ato cirúrgico no que ao ambiente diz respeito”. Este profissional tem como “foco de atenção as necessidades do doente cirúrgico, e assenta a sua tomada de decisão nos conhecimentos científicos e técnicos que lhe permitem conhecer e compreender a complexidade do ambiente em que desenvolve as suas intervenções, incluindo em situações de emergência ou de limite”.

O enfermeiro circulante coordena o conjunto das atividades dentro da sala e zela para que o procedimento cirúrgico decorra nas melhores condições de segurança para o doente e equipa. Ser enfermeiro circulante não é uma prática meramente rotineira, mas implica desenvolver um conjunto de procedimentos, fruto de um pensamento crítico e reflexivo permanente, em busca de uma melhoria contínua dos cuidados realizados ao doente cirúrgico (AESOP, 2006).

Durante os turnos realizados nesta função, comecei por verificar a *checklist* de segurança da sala e dos equipamentos de forma a promover a manutenção e segurança do ambiente cirúrgico. De seguida procedi a verificação do plano cirúrgico, de forma a confirmar se todo o material e equipamento estariam disponíveis para a realização das cirurgias, nomeadamente da disponibilidade das torres de laparoscopia. A gestão deste material implica, por parte dos enfermeiros um vasto conhecimento de todos os instrumentais cirúrgicos e dispositivos médicos existentes no BO. Muitas vezes não existem em quantidades suficientes para o elevado número de cirurgias realizadas por dia, e é necessário fazer uma gestão adequada dos mesmos. Para que tudo corra dentro do desejado é necessária uma constante e eficaz comunicação entre os membros da equipa, e destes com a esterilização.

Os conhecimentos e competências, a perspicácia, a técnica de controlo, o seu conhecimento sobre dispositivos médicos, ativos e inoperacionais, fazem do enfermeiro circulante um perfeito gestor da sala de operações, ao qual promove a segurança do doente e de toda a equipa multidisciplinar (AESOP, 2006).

Durante os turnos, foi possível preparar o material necessário para a cirurgia bariátrica, confirmando sempre a sua funcionalidade e disponibilidade, e proceder à reorganização do programa cirúrgico, estabelecendo-se prioridades, em função das necessidades do serviço.

De acordo com o enunciado, nas competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica à pessoa em situação perioperatória cabe, a este promover a gestão e o controlo dos dispositivos médicos utilizados.

Segundo os critérios de avaliação, este deve assegurar que os dispositivos médicos estão disponíveis, íntegros e funcionais, e são utilizados de acordo com as instruções do fabricante, garantir a rastreabilidade dos dispositivos médicos; providenciar a atualização da equipa acerca das normas de segurança na utilização dos dispositivos médicos; assegurar a gestão de risco associado à retenção inadvertida de itens quantificáveis no local cirúrgico; gerir a utilização dos dispositivos médicos implantáveis de acordo com a legislação, políticas, instruções do fabricante e protocolos, assegurando a documentação e a rastreabilidade; controlar a gestão de tecidos e fluidos orgânicos para análise, eliminação, colheita e transplante,; participar na conceção e na implementação dos processos de reprocessamento de dispositivos médicos de uso múltiplo e, emitir pareceres técnicos para a aquisição de dispositivos médicos (OE,2018).

Durante o ensino clínico, geri eficazmente a utilização dos dispositivos médicos, de forma eficaz, tendo a oportunidade de enriquecer os meus conhecimentos em relação à gestão e acomodação de tecidos e fluidos para análise, através de uma instrução de trabalho apresentada no serviço.

Colaborei sempre com a equipa multidisciplinar presente na sala, nomeadamente com o enfermeiro de anestesia, priorizando a importância do posicionamento do doente, prevenindo a ocorrência de lesões associadas ao posicionamento.

Segundo a AESOP (2006, p.72), “Um pequeno erro de posicionamento pode deixar sequelas permanentes num doente”, dependendo da cirurgia e de acordo com as limitações do doente, é fundamental um posicionamento seguro e confortável, de forma a permitir a melhor exposição cirúrgica e anestésica possível, com o mínimo de desconforto para o doente, de forma a reduzir lesões. Devem ser implementadas medidas de segurança, providenciar recursos humanos e materiais para a promoção do conforto, proteger as zonas de pressão com materiais adequados, adaptar o posicionamento e a

condição física do doente, prevenir queimaduras, prevenir o comprometimento das funções respiratórias, circulatórias e compressão nervosa e muscular. No posicionamento do doente submetido a cirurgia bariátrica, são colocados apoios de braços, rolos de gel nos calcanhares e no cavado poplíteo, de forma a reduzir possíveis lesões provocadas por um posicionamento inadequado.

Durante o uso de eletrocirurgia, ou seja, do bisturi elétrico, foi uma preocupação minha a prevenção de incidentes, nomeadamente queimaduras. No sentido de evitar complicações indesejadas, durante o seu uso, certifiquei-me sempre da correta conexão do bisturi elétrico, da conexão deste ao dispositivo, assim como, da conexão da placa neutra ao dispositivo. Tive sempre o cuidado de nunca existir contacto do doente com superfícies metálicas, de forma a prevenir complicações, assim como, certificar-me que a placa neutra não ficava humedecida, pois pode tornar-se um condutor de energia elétrica. Na colocação da placa neutra, selecionei sempre um local apropriado, de forma a proporcionar uma boa área de contacto. Sempre que necessário, foi efetuada a tricotomia ao local.

A contagem de compressas, instrumentos e cortoperfurantes é um procedimento que envolve o enfermeiro circulante, e o instrumentista. Na ausência de enfermeiro instrumentista, a contagem deve ser realizada em conjunto, pelo cirurgião, ou outro elemento da equipa, e o enfermeiro circulante. Esta situação aconteceu na cirurgia de urgência, em que estavam duas salas a decorrer em simultâneo.

A ocorrência de eventos adversos relacionados com o inadequado controlo destes materiais pode causar lesões graves ao doente, e levar a um novo procedimento cirúrgico.

A contagem cirúrgica para a segurança do doente, e as falhas na norma de contagem cirúrgica, revela que a mudança da prática deve ser investida por parte dos especialistas, visto que a maioria entende ou reconhece a importância da contagem cirúrgica, para evitar complicações futuras ao doente. Durante a minha prestação, enquanto aluna, reforcei sempre este aspeto primordial na sala cirúrgica com mudança de comportamento, com rigor, reforçando a importância do cumprimento da norma existente no serviço, assim como a importância da *checklist* da OMS da cirurgia segura (Anexo IV), para a contagem de compressas com fios detetáveis ao RX. A contagem é sempre efetuada numa fase inicial e na fase final (antes do encerramento cirúrgico), e é confirmada e contada as vezes que forem necessárias. Não só a contagem de compressas,

como a contagem de corto perfurantes e instrumentos cirúrgicos, são muito importantes durante a cirurgia, para evitar complicações ao doente, salientando a importância do enfermeiro neste momento, nomeadamente do enfermeiro especialista. Considero fundamental ir para casa de consciência tranquila e com a certeza de que fiz o melhor pelo doente, e sem dúvidas que me possam atormentar, com a certeza de uma prática segura e de qualidade.

Por outro lado, não podemos menosprezar o risco de acidentes associados ao uso inadequado e acondicionamento de materiais cortoperfurantes, por parte dos enfermeiros.

A importância da segurança cirúrgica não termina na sala de cirurgia, inicia-se na admissão e termina com a saída do doente da instituição. No bloco operatório, o envolvimento de toda a equipa multiprofissional é essencial para uma prática segura.

De acordo com a DGS “A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade” (DGS, 2007, p.4).

Todos os doentes hospitalizados correm o risco de adquirir uma IACS, porém esse risco é mais elevado e complexo, quando o acontecimento se dá em contexto cirúrgico. Esta situação prende-se com o estado crítico do doente, com a sua doença de base, comorbilidades, estado imunitário e exposição a vários agentes microbianos, na sequência de procedimentos para colocação de dispositivos invasivos, assim como de intervenções cirúrgicas programadas.

Durante a minha prática, respeitei as normas de prevenção de infeção da instituição, e senti necessidade de aprofundar conhecimentos nesta área, e como já referido anteriormente, fui a uma formação disponibilizada pelo Serviço de Ensino Formação e Investigação, relativa à prevenção e controlo de infeção.

Nesta formação, foram abordadas as vias de transmissão de microorganismos, multiplicação bacteriana, interrupção da cadeia de transmissão e a sobrevivência dos microorganismos nas superfícies. Foram também expostos, casos clínicos sobre precauções básicas de controlo de infeção, precauções básicas nas vias de transmissão e feixes de intervenção. Sempre que possível alertei a equipa, no que respeita à lavagem das mãos, na descontaminação de equipamentos, no cumprimento dos vários tipos de isolamento e no uso adequado de proteção individual. Nos vários procedimentos que

exigem técnica asséptica, tive o cuidado de os cumprir, de acordo com as boas práticas, com os protocolos existentes no serviço e na evidência científica.

No caso da prevenção da infeção associada aos doentes cirúrgicos, minimizo a sua ocorrência, cumprindo protocolos de antibioterapia na instrução de próteses e cirurgia major, desinfecção da área cirúrgica, tricotomia com máquina, o mais perto possível da cirurgia (conforme o preconizado na literatura mais recente), número de profissionais em sala, condições ambientais, controlo de fluxo negativo nas salas e circuitos de limpos e sujos.

A infeção do local cirúrgico é considerada uma das infeções hospitalares mais comuns, sendo esta responsável pelo aumento da morbilidade, tempo de internamento e custos hospitalares (DGS, 2004).

É consequência da cirurgia, podendo ocorrer mesmo no local ou próxima deste, nos primeiros 30 dias, ou em caso de colocação de implantes esta pode ocorrer até 90 dias (Karki&Suetens, 2017).

Sendo esta uma preocupação minha, como tal, cumpro sempre os princípios para a prevenção da infeção no local cirúrgico conforme a norma 020/2015 da DGS “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção no Local Cirúrgico:

- ✓ Realizar banho com cloro-hexidina a 2% no dia anterior, e no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência;
- ✓ Administrar antibiótico para profilaxia cirúrgica nos 60 minutos que antecedem a incisão cirúrgica (sempre que indicado);
- ✓ Evitar tricotomia, exceto quanto estritamente necessário;
- ✓ Manter a normotermia perioperatória (temperatura central igual ou superior a 35,5°);
- ✓ Manter glicemia menor ou igual a 180 mg/dl (durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes).

Segundo a DGS, a higiene das mãos integrada no conjunto de precauções básicas, constitui a medida mais relevante na prevenção e controlo da infeção. É considerada uma medida com um impacto direto no controlo das resistências aos antimicrobianos (DGS,2010).

A **função de enfermeiro instrumentista** é desenvolvida no seio da equipa cirúrgica, que irá cuidar/tratar do doente durante o procedimento cirúrgico. Apesar de ser

uma função bastante tecnicista, a perspectiva do cuidar está na base todas as intervenções, mesmo daqueles que aparentemente se situam numa área ao nível do saber fazer e da operacionalização (AESOP, 2006). Nesse sentido, assume a responsabilidade individual e em equipa, dos cuidados que presta, em parceria com outros profissionais, que têm a seu cargo determinado doente (EORNA, 2020).

Sempre que assumi esta função iniciei o turno com a consulta do plano cirúrgico. De seguida, e em conjunto com o enfermeiro circulante era feita a confirmação de todo o material necessário para a intervenção cirúrgica, bem como, de todos os dispositivos médicos necessários.

Posteriormente, junto do doente realizei uma colheita de informações necessárias para me ajudar na instrumentação da cirurgia, onde me foi permitido estabelecer uma relação empática com o doente, diminuir a ansiedade e proporcionar-lhe conforto num momento tão delicado.

A lavagem e desinfeção das mãos, foi sempre uma preocupação enquanto instrumentista e realizada de forma meticulosa, bem como, a colocação da bata, mesa cirúrgica e campos cirúrgicos. O enfermeiro instrumentista segundo a AESOP (2006), tem como função prevenir, reduzir e eliminar o risco de infeção operatória e, cumprir e fazer cumprir os protocolos estabelecidos no âmbito da técnica asséptica cirúrgica.

As luvas têm um papel muito importante não só para manutenção da assepsia, mas também no controle da infeção, prevenção da contaminação, não só do cliente, como também, da equipa cirúrgica (Kommission & Krinko, 2018). Estas, podem desenvolver microperfurações ao longo do procedimento cirúrgico devido à tensão mecânica, perdendo a sua função protetora, e com isto, contaminar a ferida cirúrgica, podendo trazer consequências para o doente e para o profissional, em termos de risco, e económicas para o sistema de saúde (Paoli et al., 2018), daí a necessidade de efetuar uma troca de luvas sempre que necessário.

A acomodação, assim como a abertura do instrumental, a disposição na mesa, foi sempre pautada, pela organização, assepsia, segurança e conservação dos mesmos.

Assegurei-me que a restante equipa cirúrgica, mantinha a assepsia, e comportamentos adequados de forma a diminuir o risco de infeção. Para assim, ser possível promover a segurança do doente, conforme recomenda Organização Mundial de Saúde (2009), realizando sempre a contagem dos instrumentos, perdas de fluidos,

compressas, batufos e corto-perfurantes utilizados.

Por vezes, temos a ideia de que a comunicação nesta função é menos precisa, ou menos importante, mas é errado. É muito importante uma comunicação eficaz com toda a equipa para a identificação de necessidades, quer seja a nível da anestesia, como por exemplo, nível de tensões, relaxamento muscular, posicionamento e, nas perdas hemáticas ocorridas durante a cirurgia. Nas situações descritas, devemos alertar a equipa, com o objetivo de evitar complicações.

Após o ato anestésico/cirúrgico o doente é transferido para a UCPA. Segundo a AESOP (2006), trata-se do período mais curto e crítico, em que o doente conjuga os riscos associados aos fármacos anestésicos e à intervenção cirúrgica o que implica uma grande agressão para o organismo, exigindo um cuidado especial ao doente.

Assim que o doente é admitido na UCPA, o enfermeiro dedica-se exclusivamente a este doente, até que apresente as funções respiratória, cardiovascular, neurológica e neuromuscular estáveis, conforme recomendado pela Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland in (Sampaio et al.,2017). A avaliação inicial realizada inclui a monitorização dos seguintes parâmetros: função respiratória, função cardiovascular, neuromuscular, neurológica, temperatura, dor, e ainda avaliar a presença de náuseas e vômitos, administração de fluídos, monitorização do débito urinário e capacidade de micção, estado dos drenos e hemorragia ativas (Sampaio et al., 2017)

Segundo a OE os cuidados de enfermagem perioperatórios exigem identificação das necessidades, planeamento, execução e avaliação dos resultados obtidos, nas áreas complementares entre si (desde a anestesia, circulação, instrumentação, cuidados pós anestésicos e consultas perioperatórias), numa atitude antecipatória dos riscos, fundamentados em cinco pilares:

- ✓ reconhecimento do outro e a capacitação;
- ✓ vulnerabilidade do cuidado;
- ✓ responsabilidade de cuidado;
- ✓ prudência e gestão de risco;
- ✓ consciência cirúrgica (OE, 2017, p.27).

De seguida, abordamos as competências de Mestre em Enfermagem Médico Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatoria.

4. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

Ao longo do desenvolvimento deste relatório apresentei o caminho desenvolvido para a aquisição de competências comuns do Enfermeiro especialista e específicas em Enfermagem Médico – Cirúrgica na área da pessoa em situação perioperatória. Neste capítulo refletimos sobre as competências de Mestre.

O grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica é atribuído aos detentores de conhecimentos aprofundados e especializados no seu campo de intervenção, que demonstrem níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão (OE, 2010).

De acordo com o Decreto-Lei nº 65/2018 de 16 de agosto, o grau académico de mestre é atribuído aos que possuem um nível de conhecimento e capacidades de compreensão que possibilitem o desenvolvimento e aprofundamento das competências adquiridas no 1º ciclo de estudos.

Segundo o Regulamento nº705/2021 (artigo 7º, p. 124), “o grau de mestre deve assegurar conhecimentos altamente especializados, alguns dos quais se devem encontrar na vanguarda do conhecimento na área de enfermagem, que sustentam a capacidade de reflexão, resolução de problemas em matéria de investigação e ou inovação”. O Enfermeiro Mestre deve “conseguir gerir e transformar contextos de estudo ou de trabalho complexos, imprevisíveis e que exigem novas abordagens estratégicas. Em simultâneo, deve assumir responsabilidade por forma a contribuir para os conhecimentos e as práticas profissionais e ou para rever o desempenho estratégico de equipas” (Regulamento nº705/2021, artigo 7º, p. 124).

Ao detentor do grau de Mestre é exigido saber aplicar conhecimentos, capacidade de entendimento e de resolução de problemas em situações novas e não familiares (em contextos alargados e multidisciplinares); ter capacidade de integrar novas aptidões e ser capaz de lidar com situações complexas; encontrar soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta (incluindo considerações acerca das implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e juízos); ser capaz de comunicar as suas conclusões, conhecimentos e raciocínios subjacentes às mesmas, de uma forma clara e sem ambiguidades, quer a especialistas, quer a não especialistas; e desenvolver competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo.

O Enfermeiro deve adquirir e colocar em prática os domínios social e afetivo,

devendo estar visíveis nas atitudes, comportamentos, na capacidade de estabelecer relações, não só entre pares, mas com o doente a quem lhe presta cuidados. Deve transmitir o conhecimento previamente adquirido, ter uma atitude moral, conhecer os seus limites e fazer uma reflexão de si mesmo, dos cuidados prestados.

É fundamental que o enfermeiro seja detentor de habilidades técnicas, mas, e igualmente importantes, de habilidades humanas como a capacidade de comunicar, de ser sensível às necessidades físicas, psicológicas e emocionais do doente, considerando-se que quando o cuidar não tem em conta o doente, facilmente surgem desafios ao nível do desenvolvimento de capacidades, conhecimentos e recursos e, portanto, no desenvolvimento de competências (Serrano, Costa, & Costa, 2011). A comunicação é extremamente importante, sendo crucial para a relação terapêutica estabelecida com o doente, bem como com a sua família e com a equipa multidisciplinar que o enfermeiro perioperatório integra, já que este não atua de forma isolada (DGS, 2010).

O meu percurso enquanto Enfermeira, iniciou-se no curso de Licenciatura em Enfermagem, seguido do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória, das formações realizadas nesta área e, do meu exercício profissional de doze anos, como Enfermeira no Bloco Operatório, onde assumo todas as funções (acolhimento, anestesia, circulação, instrumentação e Unidade de Cuidados Pós Anestésicos).

Ao longo do meu percurso aprofundei conceitos, explorei novas áreas de interesse, como é o caso da cirurgia bariátrica, melhorei a segurança e qualidade dos cuidados prestados e principalmente apliquei conhecimentos e otimizei a resolução de problemas.

A enfermagem é caracterizada pela arte do cuidar, no entanto, nem sempre é fácil, pelo que o enfermeiro deve ter uma conduta responsável e ética, onde a enfermagem se afigura uma profissão que requer um agir profissional com características, princípios e valores próprios (Deodato, 2014).

Estas características muito próprias da profissão, nomeadamente do cuidar, exigem ao enfermeiro uma visão holística do doente, que compreende à pessoa como um todo, devendo integrar um conjunto de competências que não se subordinam as competências meramente técnicas. Ou seja, competências que são “adquiridas por meio de formação profissional, académica ou pela experiência adquirida ou competências relacionadas com a profissão ou atividade exercida, procedimentos administrativos

relacionados com a área de atividade da organização, tais como: saber operar/manusear máquinas, aparelhos e equipamentos, conhecimento de normas de segurança, conhecimentos de informática/programas, habilidades financeiras/contabilísticas, experiência profissional e técnica” (Swiatkiewicz, 2014, p. 678). Deve igualmente possuir competências não técnicas (Swiatkiewicz, 2014).

A unidade curricular de investigação permitiu adquirir conhecimentos sobre a importância desta, sobre a prática baseada na melhor evidência, promovendo a aquisição de ferramentas para alcançar novos conhecimentos, através de uma pesquisa melhorada, mais eficaz e atualizada. Tal contribuiu para a revisão de literatura presente neste documento.

Também foi realizado um trabalho de grupo, onde se procedeu à análise detalhada de um artigo científico. No decorrer do curso de mestrado foram realizadas ações de formação, trabalhos académicos, planeamento dos ensinamentos clínicos, reflexão crítica segundo a metodologia do Ciclo de Gibbs, a conceção do projeto de autoformação e respetivo relatório, os quais forneceram ferramentas e permitiram-me adquirir competências fundamentais para o desenvolvimento autónomo da formação e autoaprendizagem.

As bases de dados ou o agregador das mesmas consultados, possibilitaram o acesso a artigos e estudos publicados, que depois de analisados contribuíram para o trabalho elaborado. A temática investigada permitiu-me prestar cuidados baseados numa melhor evidência científica. Melhorei e integrei saberes, questioneei outros, mas com a certeza de que no final deste percurso o balanço é positivo, refletindo-se numa melhoria constante, maior segurança nos cuidados, o que leva a uma maior segurança e conforto do doente.

Com o objetivo de empoderar o doente e baseado nas questões mais colocadas por este, elaborei um panfleto para ser entregue ao doente submetido a cirurgia bariátrica.

Para melhorar a minha prática clínica, senti necessidade de aumentar os meus conhecimentos teóricos e práticos do perioperatório do doente submetido a cirurgia bariátrica, aperfeiçoar técnicas, para uma prestação de cuidados mais diferenciada e de qualidade. Elaborei, a instrução de trabalho denominada “Anestesia e Posicionamento do Utente Submetido a Cirurgia Bariátrica” Esta instrução de trabalho tem como objetivo uniformizar procedimentos, otimizar o desempenho na área da anestesia e

posicionamento, servir de guia para elementos recém-chegados ao serviço, bem como garantir segurança e conforto ao doente. De destacar a importância da elaboração de guias orientadores de boas práticas dos cuidados de enfermagem, baseados na evidência, constituindo a base estrutural para a melhoria contínua da qualidade da prática profissional dos enfermeiros (OE, 2011).

No decorrer da minha prática clínica, assim como deste percurso de mestrado, procurei aprofundar conhecimentos e novas oportunidades para aprender. Na procura de uma prestação de cuidados baseados na excelência, desenvolvi competências que me permitiram uma aprendizagem constante ao longo da vida. Este percurso aprimorou a minha curiosidade, vontade de saber sempre mais e o meu pensamento crítico reflexivo.

Este foi desenvolvido ao longo dos estágios, nomeadamente durante a análise crítica reflexiva elaborada no estágio de CA.

O terminar deste relatório traz um sentimento de dever cumprido, um momento importante profissionalmente, e a defesa pública um desafio com um misto de insegurança e sensação de ultrapassar limites e medos.

Em suma, o percurso efetuado durante o curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação perioperatória, expõe a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e especializadas, e a construção de conhecimentos/competências congruentes com a exigência do grau de mestre em enfermagem.

CONCLUSÃO

Os avanços científicos e tecnológicos, que traduzem uma enfermagem em constante mudança, desenvolvimento e crescimento, exigem por parte dos enfermeiros, a necessidade de aquisição, aprofundamento e atualização de saberes. Apenas com esta consciência se pode caminhar para uma prestação de cuidados cada vez mais diferenciada, com qualidade e segurança, que são fundamentais para um cuidar de excelência.

O estágio é um momento de excelência ao nível da formação, permitindo desenvolver uma prática sustentada pelo saber teórico baseado na mais recente evidência científica. Possibilita, ainda, aprofundar e adquirir competências para o exercício profissional de excelência.

Este relatório representa o culminar de um percurso duro, complexo, carregado de esforço tanto à nível pessoal como profissional.

A elaboração do presente relatório, consolida e articula conhecimentos lecionados nas diferentes unidades curriculares, dando ênfase ao estágio na área de opção para o desenvolvimento de competências específicas do especialista em enfermagem médico cirúrgica à pessoa em situação perioperatória. Tornou-se uma mais-valia pela consciencialização das atividades e das aprendizagens desenvolvidas ao longo dos estágios. Adquirir e sedimentar conhecimentos, identificar lacunas, refletir e partilhar experiências contribuíram para a aquisição de competências especializadas nos cuidados à Pessoa em Situação Perioperatória, que só foi possível com o acompanhamento dos enfermeiros orientadores.

Foi um caminho de descobertas, quer teóricas, quer práticas e pessoais que me proporcionaram novas experiências, uma mente mais disponível, mais alerta e permeável. Os estágios foram extremamente importantes e motivadores para mim, enquanto enfermeira e futura enfermeira especialista, concedendo-me a oportunidade de ter contacto com uma área da cirurgia pouco explorada por mim, a cirurgia bariátrica. O cuidado à pessoa submetida a cirurgia bariátrica, pelo estado psicológico destes doentes e pela esperança que a cirurgia traz para a sua qualidade de vida, são diferenciados, enfatizando a segurança e a qualidade, para garantir um cuidar de excelência. Os enfermeiros procuram compreender o doente e dar sentido à experiência vivida, tanto dos doentes, como da nossa própria vivência, enquanto cuidadores e no sentido de melhorar a prática. É importante realçar que todo este processo de melhoria, aprendizagem e

desenvolvimento de competências, irá continuar, enquanto exercer enfermagem, sempre na busca da melhor prática e do melhor para o doente.

Deste modo, para que o doente vivencie a sua experiência cirúrgica de forma tranquila, satisfatória e em paz, é necessário mantê-lo informado durante todo o processo, ajudá-lo em todo o seu percurso tanto físico, como emocional e garantir que a sua homeostasia e segurança são mantidas. Estas intervenções de enfermagem passam por uma relação de ajuda, o que aumenta a satisfação do doente. Para uma relação de ajuda é necessário tempo, continuidade de cuidados, disponibilidade, o que nos ira permitir minimizar a vulnerabilidade, tanto física como emocional, do doente. Podemos assim afirmar que a satisfação do doente com a experiência cirúrgica é tão dependente das relações que estabelece com os profissionais de saúde como o sucesso do ato cirúrgico é dependente das competências técnicas de quem o executa.

Atualmente torna-se imprescindível uma preparação adequada dos Enfermeiros, aumentando as suas competências e conhecimento, o que permite empoderar o doente, de forma que este possa ter um papel mais participativo e ativo no seu processo de doença e na tomada de decisões mais informada, livre e esclarecida. O que tem um impacto considerável na segurança e qualidade dos cuidados, e na satisfação do doente.

A disponibilidade, e as críticas construtivas que me foram feitas ao longo deste percurso, contribuíram para o aperfeiçoamento da minha prática clínica.

O recurso a estratégias como o *debriefing* e o feedback positivo foram fulcrais para a transformação pessoal e profissional.

Durante este percurso foram surgindo várias dificuldades, sendo que a mais desafiante de todas foi conciliar a vida pessoal com a profissional e académica, devido à carga horária que comporta.

Este percurso foi marcado por um processo construtivo, enriquecedor, pautado pelo interesse, curiosidade, duvida, e dedicação, mas também pela tomada de consciência das dificuldades sentidas, e lacunas, o que trabalhar despoletou um maior esforço para dar resposta a uma realidade tão específica e desafiante como o cuidar no periperatório.

Termino, consciente de que os objetivos traçados inicialmente foram atingidos, considerando que foram adquiridas as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica à pessoa em situação perioperatória e Mestre.

Finalizo este percurso com sentimento de dever cumprido, e com certeza de que com perseverança, esforço e dedicação conseguimos alcançar os objetivos delineados.

Pretendo continuar a aperfeiçoar e melhorar as minhas competências especializadas adquiridas e de mestre. Estas foram determinantes para a melhoria da qualidade e aumento na segurança dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória

Acresce agora a responsabilidade de uma prática diferenciada, com vista a obtenção de ganhos em saúde para os doentes, que são traduzidos em valor da enfermagem especializada.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- AESOP – Enfermagem Perioperatória. Lisboa, Sinalgráfico, Lda., 1994.
- AESOP (2006). Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos cuidados. Loures: Lusodidacta.
- AESOP (2012) Enfermagem Peri operatória. Da Filosofia à Prática de Cuidados (1ª reimpressão). Estúdio Lusociência. ISBN 978-972-8930-16-5.
- Almeida, L. N. de, Ribeiro, R. C., Oliveira, J. S., Resende, P. P. de, & Celestino, H. de O. (2023). Cirurgia Bariátrica: Técnicas e Resultados: Revisão das técnicas cirúrgicas no tratamento da obesidade e seus resultados a longo prazo. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 5(4). <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n4p2580-2594>
- Alves, J., Ribeiro, C. & Campos, S. (2010). Liderança e enfermagem: Estudo realizado com enfermeiros chefes e especialistas. *Gestão e Desenvolvimento*, 17-18. 51 – 71. <https://orcid.org/0000-0002-1000-6890>
- Amando, A. B. L., Pereira, A. M. de M., Santos, A. R., Borges, G. F. de A. R., Souza, I. L. de C. e, Perdigão, L. A. M., Bolsoni, T. T., & Martin, A. H. da G. (2023). Avaliação do impacto da cirurgia bariátrica por bypass gástrico quanto ao aporte nutricional no paciente adulto. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(5), 24737–24748. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n5-516>
- Amarya, S., Singh, K., & Sabharwal, M. (2014). Health consequences of obesity in the elderly. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, 5(3), 63–67. <https://doi.org/10.1016/j.jcgg.2014.01.004>
- Association of Perioperative Registered Nurses (AORN) (2018b). Guideline Summary: Medication Safety. *AORN journal*, 107(4).
- Araújo, I. A. et al. (2022). Conflitos ético-morais na assistência de enfermagem no período perioperatório. *Health Residencies Journal* 3(14), 890–911. <https://doi.org/10.51723/hrj.v3i14.317>
- Ataey, A., Jafarvand, E., Adham, D., & Moradi-Asl, E. (2020). The relationship between obesity, overweight, and the human development index in orld health organization

eastern mediterranean region countries. Journal of Preventive Medicine and Public Health, 53(2), 98–105. <https://doi.org/10.3961/jpmph.19.100>

- Baratieri, R., Onzi, T. R., Kremer, G., & Josino, T. F. (2013). Resultados iniciais da perda do excesso de peso e redução de comorbidades em obesos mórbidos submetidos à gastrectomia vertical laparoscópica. *Arquivos Catarinense de Medicina*, 42(1), 9-14.
- Barroso, T. A., Marins, L. B., Alves, R., Gonçalves, A. C. S., Barroso, S. G., & Rocha, G. de S. (2017). Associação Entre a Obesidade Central e a Incidência de Doenças e Fatores de Risco Cardiovascular. *International Journal of Cardiovascular Sciences*, 30, 416–424. <https://doi.org/10.5935/2359-4802.20170073>
- Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S. (2021). *Guia Prático para a segurança do doente* (1a ed). Lidel.
- Barros, T. B. de, Ferreira, R. C. N., Silva, A. F. L., & Costa, D. F. (2023). Complicações pós-operatórias em gastroplastia por Y de Roux: Aplicado a um relato de caso. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(6), 32414–32420. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n6-451>
- Bastien, M., Poirier, P., Lemieux, I., & Després, J.-P. (2014). Overview of Epidemiology and Contribution of Obesity to Cardiovascular Disease. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 56(4), 369–381. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2013.10.016>
- Berenson, G. S., & Group, for the B. H. S. (2012). Health Consequences of Obesity.
- Bilbao, M., & Fragata, I. (2006). Gestão do Bloco Operatório. In J. Fragata (Ed.), *Risco clínico, Complexidade e performance*. Almedina.
- Bordalo, L. A., Mourão, D. M., & Bressan, J. (2011). Deficiências nutricionais após cirurgia bariátrica: Por que ocorrem? *Acta Médica Portuguesa*, 24, 1021–1028. <https://doi.org/10.20344/amp.1564>
- Bosello, Ottavio & Vanzo, Angiola. (2021). Obesity paradox and aging. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 26. 10.1007/s40519-019-00815-4.
- Brandão, I., Pinho, A. M., Arrojado, F., Pinto-Bastos, A., Costa, J. M. da, Coelho, R.,

- Calhau, C., & Conceição, E. (2016). Diabetes Mellitus Tipo 2, Depressão e Alterações do Comportamento Alimentar em Doentes Submetidos a Cirurgia Bariátrica. *Acta Médica Portuguesa*, 29(3). <https://doi.org/10.20344/amp.6399>
- Brienza, Nicola [et al.] - Clinical guidelines for perioperative hemodynamic management of non cardiac surgical adult patients. *Minerva Anestesiologica*. [Em linha]. 85:12 (2019), p. 1315–1333. ISSN 1827-1596. <https://doi.org/10.23736/S0375-9393.19.13584-5>
- Cabral, D. (2004). Cuidados Especializados em Enfermagem Perioperatória: contributos para a sua implementação. [Tese de Doutoramento]. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Cheng, H. L., Medlow, S., & Steinbeck, K. (2016). The Health Consequences of Obesity in Young Adulthood. *Current Obesity Reports*, 5(1), 30–37. <https://doi.org/10.1007/s13679-016-0190-2>
- Callegaro, Giovana Dorneles [et al.] - Cuidado perioperatório sob o olhar do cliente cirúrgico. *Revista Rene.* . ISSN 2175-6783. Vol. 11, nº 3 (2010), p. 132–142.
- Catalano, P. M., & Shankar, K. (2017). Obesity and pregnancy: Mechanisms of short term and long term adverse consequences for mother and child. *BMJ*, 356. <https://doi.org/10.1136/bmj.j1>
- Carvalho, A., Barroso, C., Pereira, M. A., Teixeira, A. P., Pinho, F., & Osório, M. (2019). Implementação de um modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem - Manual Prático. ESEP. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31971/4/978-989-98443-9-1-ebookversion.pdf>
- Carey, M., Small, H., Yoong, S. L., Boyes, A., Bisquera, A., & Sanson-Fisher, R. (2014). Prevalence of comorbid depression and obesity in general practice: A cross-sectional survey. *The British Journal of General Practice*, 64(620), e122–e127. <https://doi.org/10.3399/bjgp14X677482>
- Capucho, J. (2017, December 18). Portugal à frente da Europa no tratamento da obesidade. *Diário de Notícias*. <https://www.dn.pt/portugal/portugal-a-frente-da-europa-no-tratamento-da-obesidade-8992828.html/>
- Collière, Marie-Françoise- CuidarB A primeira arte da vida. 2ª ed. Loures: Lusociência.

2003. 437p. ISBN 972-8383-53-3.

- Conz, C., Merighi, M. & Jesus, M. (2009). Promoção de Vínculo Afetivo na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: um desafio para as enfermeiras. *Revista de Escola de Enfermagem de São Paulo*, (43), 846-851.
- Conceição, E., Teixeira, F., Rodrigues, T., Lourdes, M. D., Bastos, A. P., Vaz, A., & Ramalho, S. (2018). Comportamentos Alimentares Problemáticos após Cirurgia Bariátrica: Um Estudo com Amostra Nacional Portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 31(11), 633–640. <https://doi.org/10.20344/amp.9237>
- Costa, A. P. (2013). Liderança: A arte de fazer seguidores. In P. Parreira, R. Melo, A. Castilho, R. Vieira & A. Amaral (Coords.). *Gestão em organizações de saúde* (pp. 63-72). UICISA-E e ESEnFC.
- Cruz, A. (2004). O desgaste profissional dos enfermeiros do bloco operatório na Região Autónoma dos Açores. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 9, 35-44.
- Deodato, S. (2014). *Decisão ética e enfermagem: do problema aos fundamentos para agir*. Almedina.
- De Waele, B., Vanmierlo, B., Van Nieuwenhove, Y., & Delvaux, G. (2006). Impact of Body Overweight and Class I, II and III Obesity on the Outcome of Acute Biliary Pancreatitis. *Pancreas*, 32(4), 343. <https://doi.org/10.1097/01.mpa.0000220857.55378.7b>
- Dias, I. (2010). Competências em Educação: conceito e significado pedagógico. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*. 1 (14). 73-78. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&id=S1413-85572010000100008&lng=en&nrm=isso
- Despacho n.º 1400-A/2015. *Diário da República Série II*. 28 (10-02-2015) 3882(2) - 3882 (10). Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/66463212>
- Despacho n.º 5613/2015. *Diário da República Série II*. 102 (27-05-2015) 13550-13553. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/67324029>
- Despacho n.º 9390/2021. *Diário da República 2ª Série*. 187 (24/09/2021). 96-103. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021->

[171891094](#)

Despacho nº 12634/2023. Diário da República 2ª Série. 237 (11/12/2023) 99-101. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho>

DGS. (2005). Programa Nacional de Combate à Obesidade. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas.

DGS (2007) Direção Geral da Saúde. Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde. Manual de Operacionalização p.4. obtido em 3 de Janeiro de 2021, de <http://www.dgs.pt/>

DGS. (2010). Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009, Cirurgia Segura Salva Vidas (Safe Surgery Saves Lives). <https://www.who.int/docs/default-source/patientsafety/9789241598552-por.pdf>

DGS. (2015c). Norma no 020/2014: Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes. DGS. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2019/10/medicamentos-com-nome-ortografico-fonetico-ouaspeto-semelhantes.p>

Direção-Geral da Saúde (2015b). Norma n.º 014/2015 de 6 de agosto: Medicamentos de alerta máximo. DGS: Departamento da Qualidade na Saúde, (1-7). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/medicamentos-dealerta-maximo.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2015) Norma n.º 020/15 de dezembro. "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico. Departamento da qualidade:Lisboa

Direção-Geral da Saúde (2016). Guia para a implementação da estratégia multimodal da organização mundial da saúde para a melhoria da higiene das mãos nas unidades de saúde. https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-deimplementacao/2016_guia_implementacao_hm-pdf.aspx.

DGS (2017) Direção Geral da Saúde. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-dadgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-080>

Direção-Geral da Saúde - Norma nº 001/2017: Comunicação eficaz na transição de

cuidados. 2017. Acessível na DGS.

DGS. (2019). Segurança na utilização da medicação. <https://www.dgs.pt/qualidadeeseguranca/seguranca-dos-doentes/seguranca-na-utilizacao-da-medicacao.as>

Direção-geral da Saúde. Plano Nacional de saúde 2011-2016. <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Documento-Estrategico-PNS-2011-20161.pdf>

DGS. (2021). Plano Nacional para a Segurança dos doentes 2021-2026. Recuperado de: <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/PlanoNacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026>.

Decreto-Lei n.º 330/90 de 23 de outubro (1990). Aprova o Código da Publicidade. Diário Oficial da República Portuguesa n.º 245/1990, Série I de 1990-10-23.

Decreto-Lei nº 326/2007 de 28 de setembro (2007). Cria o Centro Hospitalar do Porto, E. P. E., e o Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E. P. E., e aprova os respectivos Estatutos. Diário da República I Série, Nº 188 (28-09-2007) (6996-6998).

Decreto-Lei n.º 18/2017 de 10 de fevereiro de 2017. Diário Da República nº 30 - I Série. Ministério da Saúde. <https://files.dre.pt/1s/2017/02/03000/0069400720.pdf>

Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto (2018). Diário da República n.º 157/2018, Série I de 2018-08-16. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa, Portugal. <https://dre.tretas.org/dre/3435133/decreto-lei-65-2018-de-16-de-agosto>

Decreto-lei nº 95/2019 da Assembleia da República. (2019). Diário Da República: I Série, nº 95/2019. <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>

Dolatian, M., Sharifi, N., Mahmoodi, Z., Fathnezhad-kazemi, A., Bahrami-vazir, E., & Rashidian, T. (2020). Weight gain during pregnancy and its associated factors: A Path analysis. *Nursing Open*, 7(5), 1568–1577. <https://doi.org/10.1002/nop2.539>

Duarte, A., & Martins, O. (2014). Enfermagem em Bloco Operatório. Lide.

Dwivedi, A. K., Dubey, P., Cistola, D. P., & Reddy, S. Y. (2020). Association Between Obesity and Cardiovascular Outcomes: Updated Evidence from Meta-analysis Studies. *Current Cardiology Reports*, 22(4), 25. <https://doi.org/10.1007/s11886->

[020-1273-y](#)

- Elagizi, A., Kachur, S., Lavie, C. J., Carbone, S., Pandey, A., Ortega, F. B., & Milani, R. V. (2018). An Overview and Update on Obesity and the Obesity Paradox in Cardiovascular Diseases. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 61(2), 142–150. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2018.07.003>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2008). Estudo sobre qualidade da cirurgia de ambulatório. Porto. ERS.
- ERS (2020) Entidade Reguladora de Saúde disponível em <https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/consentimento-informado>
- EORNA (2019). Common core curriculum for perioperative nursing. <https://eorna.eu/wp-content/uploads/2020/09/EORNACommon-Core-Curriculum-for-Perioperative-Nursing-Third-Edition-2019.pdf>
- EORNA - Best Practice for perioperative care. 2. ed. Brussels: The European Operating Room Nurses Association, 2020. ISBN 978-90-82-37090-4.
- Ferraz, Á. A. B., Carvalho, M. R. C., Siqueira, L. T., Santa-Cruz, F., & Campos, J. M. (2018). Deficiências de micronutrientes após cirurgia bariátrica: Análise comparativa entre gastrectomia vertical e derivação gástrica em Y de Roux. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 45. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20182016>
- Félix, M. J., Mendes, P., & Pereira, A. M. G. R. (2022). Evolução ponderal após cirurgia bariátrica – revisão sistemática da literatura. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 28, 64–70. <https://doi.org/10.21011/apn.2022.2812>
- Ferreira, A., Santos, O., Pegacho, M., & Carvalho, M. (2010). Caracterização psicológica dos doentes candidatos a Cirurgia Bariátrica no Hospital do Espírito Santo de Évora. *Endocrinologia, Diabetes e Obesidade*, 4, 181–189.
- Ferreira, R. (2017). Cirurgia de ambulatório: tudo o que precisa saber. *Ekonomista*. Recuperado de <https://www.e-konomista.pt/ambulatorio/>
- Ferreira, A., & Pereira, A. (2018). Evaluation of body image in bariatric surgery: The Portuguese contribution. *Psicologia, Saúde & Doença*, 19, 50–56.

<https://doi.org/10.15309/18psd190108>

- Finer, N. (2015). Medical consequences of obesity. *Medicine*, 43(2), 88–93. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2014.11.003>
- Fontoura, Elaine Guedes. et al. Processo de formação da enfermeira para um agir ético. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 25, n. 1, p. 59-68, jan./abr. 2011.
- Fried M, Hainer V, Basdevant A, et al (2008) Interdisciplinary European Guidelines on Surgery of Severe Obesity, *Obesity facts* 1: 52 – 59.
- Guimarães, C., Martins, M. V., & Moutinho dos Santos, J. (2012). Função pulmonar em doentes obesos submetidos a cirurgia bariátrica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 18(3), 115–119. <https://doi.org/10.1016/j.rppneu.2012.01.005>
- Head, G. A. (2015). Cardiovascular and metabolic consequences of obesity. *Frontiers in Physiology*, 6. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fphys.2015.00032>
- Hesbeen, Walter – Cuidar neste mundo. Loures: Lusociência, 2004. 292p. ISBN 972-8383-71-1.
- Hruby, A., Manson, J. E., Qi, L., Malik, V. S., Rimm, E. B., Sun, Q., Willett, W. C., & Hu, F. B. (2016). Determinants and Consequences of Obesity. *American Journal of Public Health*, 106(9), 1656–1662. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303326>
- INE, Instituto Nacional de Estatística. (2020). Estatísticas da Obesidade 2019.
- ISO. (2020). ISO 26825:2020 Anaesthetic and respiratory equipment: User-applied labels for syringes containing drugs used during anaesthesia: Colours, design and performance. <https://www.iso.org/standard/76678.html>
- Itriyeva, K., & Feinstein, R. (2016). Impact of Obesity on Female Puberty. *Abnormal Female Puberty*, 127–150.
- Jin, X., Qiu, T., Li, L., Yu, R., Chen, X., Li, C., Proud, C. G., & Jiang, T. (2023). Pathophysiology of obesity and its associated diseases. *Acta Pharmaceutica Sinica B*, 13(6), 2403–2424. <https://doi.org/10.1016/j.apsb.2023.01.012>
- Jura, M., & Kozak, Leslie. P. (2016). Obesity and related consequences to ageing. *AGE*, 38(1), 23. <https://doi.org/10.1007/s11357-016-9884-3>
- Kärki, T., & Suetens, C. (2017). Surveillance of surgical site infections and prevention

indicators in European hospitals HAI-Net SSI protocol, version 2.2 Surveillance of surgical site infections and prevention indicators in European hospitals. ECDC <https://doi.org/10.2900/260119>

Koliaki, C., Dalamaga, M., & Liatis, S. (2023). Update on the Obesity Epidemic: After the Sudden Rise, Is the Upward Trajectory Beginning to Flatten? *Current Obesity Reports*, 12(4), 514–527. <https://doi.org/10.1007/s13679-023-00527-y>

Kommission, E. Der, & Krinko, I. (2018). Prävention postoperativer Wundinfektionen: Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 61(4), 448–473. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2706-2>

Le Boterf, G. (2005). Construir as competências individuais e colectivas: resposta a 80 questões. Porto: Asa Editores. LOURENÇO, M. - Cuidar no bloco operatório. Nursing. Lisboa. ISSN 0871-6196. (2004), p. 25–28.

Lemos, P. – Grande crescimento da cirurgia ambulatória em Portugal: resultados do V Inquérito Nacional. Revista Portuguesa de Cirurgia Ambulatória. 11: 1 (2010) 9-20.

Merry, A., Shipp, D., MRP-harmS, Lowinger, J. (2011). The contribution of labelling to safe medication administration in anaesthetic practice. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2011.02.009>

Maric, T., Kanu, C., Muller, D., Tzoulaki, I., Johnson, M., & Savvidou, M. (2020). Fetal growth and fetoplacental circulation in pregnancies following bariatric surgery: A prospective study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 127(7), 839–846. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16105>

Maruyama S, Nakamura S. Por que as mulheres são mais magras que os homens nos países desenvolvidos? *Eco Hum Biol*. 2018; 30 :1–13

Minkwitz, J., Scheipl, F., Cartwright, L., Campbell, I. C., Chittka, T., Thormann, J., Hegerl, U., Sander, C., & Himmerich, H. (2019). Why some obese people become depressed whilst others do not: Exploring links between cognitive reactivity, depression and obesity. *Psychology, Health & Medicine*, 24(3), 362–373.

<https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1524153>

Moraes, J. da M., Caregnato, R. C. A., & Schneider, D. da S. (2014). Qualidade de vida antes e após a cirurgia bariátrica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27, 157–164.

<https://doi.org/10.1590/1982-0194201400028>

Moz, L., & Bettes, P. S. L. (2023). Comparação da perda de peso após cirurgia de bypass gástrico e gastrectomia vertical. Seven Editora.

<https://sevenpublicacoes.com.br/index.php/editora/article/view/837>

Naumnik, B., & Mysliwicz, M. (2010). Renal consequences of obesity. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 16.

Norman, J. E., & Reynolds, R. M. (2011). The consequences of obesity and excess weight gain in pregnancy. *The Proceedings of the Nutrition Society*, 70(4), 450–456.

<https://doi.org/10.1017/S0029665111003077>

Oliveira, Elizabeth; FERREIRA, Pedro - Métodos de Investigação: Da Interrogação à Descoberta Científica. Porto : Editora Vida Económica. ISBN 978-989-768-053-3. 157 2014.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos. Author.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidadedos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (OE) - Orientações Relativas às Atribuições do Enfermeiro Circulante [Em linha]. Lisboa: OE. 2004.

Ordem dos Enfermeiros. Conselho Diretivo. (2010). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Retrieved from

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginasantigas/regulamento-das-compet%C3%A2ncias-comuns-do-enfermeiroespecialista-e-regulamentos-das-compet%C3%A2ncias-espec%C3%ADficasdas-especialidades-em-enfermagem/>

Ordem dos enfermeiros (2011). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica n.º 124; Diário da República, 2.ª série, n.º35; Fevereiro; Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código deontológico dos enfermeiros. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Codigo Deontologico.pdf>

Ordem dos enfermeiros (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Diário Da República, 2ª Série, nº135, 19359– 19370. <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>

OE. (2018). Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, 2.ª série, N.º 135, 19359- 19370. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

OE (2019) Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista nº 140/2019. Diário da República 2ª série, nº 26 de 6 de fevereiro de 2019, p.4745. Disponível em <https://dre.pt/application/file/a/119189160>

Organização Mundial de Saúde, (OMS). (2009). Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009 - Cirurgia Segura Salva Vidas . Lisboa: DGS - Ministério da Saúde

Ortega, F. B., Lavie, C. J., & Blair, S. N. (2016). Obesity and Cardiovascular Disease. Circulation Research, 118(11), 1752–1770. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.115.306883>

Paoli, C. J., Reynolds, M. A., Sinha, M., Gitlin, M., & Crouser, E. (2018). Epidemiology and costs of sepsis in the United States-an analysis based on timing of diagnosis and severity level. Critical Care Medicine, 46(12), 1889–1897. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003342>

- Pazzianotto-Forti, E. M., Moreno, M. A., Plater, E., Baruki, S. B. S., Rasera-Junior, I., & Reid, W. D. (2020). Impact of Physical Training Programs on Physical Fitness in People With Class II and III Obesity: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Physical Therapy*, 100(6), 963–978. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzaa045>
- Penninx, B. W., Milaneschi, Y., Lamers, F., & Vogelzangs, N. (2013). Understanding the somatic consequences of depression: Biological mechanisms and the role of depression symptom profile. *BMC Medicine*, 11(1), 129. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-129>
- Piché, M.-È., Auclair, A., Harvey, J., Marceau, S., & Poirier, P. (2015). How to Choose and Use Bariatric Surgery in 2015. *Canadian Journal of Cardiology*, 31(2), 153–166. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2014.12.014>
- Pires, Marta; Rego, Amélia - Visita pré-operatória de enfermagem. *Servir*. ISSN 0871-2379. Vol. 59, nº 6 (2017), p. 54–59.
- Pires, S., Ramos, S. & Barroso, F. (2021). Equipas de Gestão da Qualidade e Segurança em Saúde. In Barroso et al. (Eds.), *Guia Prático para a Segurança do Doente*. (pp. 31-40). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Powell-Wiley, T. M., Poirier, P., Burke, L. E., Després, J.-P., Gordon-Larsen, P., Lavie, C. J., Lear, S. A., Ndumele, C. E., Neeland, I. J., Sanders, P. & St-Onge, M.-P. (2021). Obesity and Cardiovascular Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 143(21), e984–e1010. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000973>
- Queirós, P. (2016). Enfermagem, uma ecologia de saberes. *Cultura de Los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, 45. <https://doi.org/10.14198/cuid.2016.45.15>
- Redon, J., & Lurbe, E. (2015). The Kidney in Obesity. *Current Hypertension Reports*, 17(6), 43. <https://doi.org/10.1007/s11906-015-0555-z>
- Regulamento nº 658/2016. Diário da República n.º 133/2016, Série II de 2016-07-13, páginas 21549-21553 Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/658-2016-74931900>

- Regulamento nº 429/2018 de Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: 2ª série, nº135 de 16-07-2018, 19359-19370. <HTTPS://WWW.ORDEMENFERMEIROS.PT/MEDIA/8418/115698536.PDF>
- Regulamento nº 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (6 de fevereiro de 2019). Diário da República, 2.ª série — N.º 26.
- Regulamento nº705/2021 de 27 de julho (2021). Regulamento dos Cursos de Mestrado em Enfermagem.
- Safaei, M., Sundararajan, E. A., Driss, M., Boulila, W., & Shapi'i, A. (2021). A systematic literature review on obesity: Understanding the causes & consequences of obesity and reviewing various machine learning approaches used to predict obesity. *Computers in Biology and Medicine*, 136, 104754. <https://doi.org/10.1016/j.compbiomed.2021.104754>
- Sampaio, Adelina [et al.] - Manual De Cuidados Pós-Anestésicos II. [Em linha]. Coimbra 2017.
- Santos, M. (2009). Desenvolvimento de competências profissionais com a educação pelos pares: estudo de caso (Dissertação de Mestrado). Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Retrieved from <https://repositorioaberto.up.pt/handle/10216/19172>
- Santos, A. J. L. dos, Oliveira, I. L. S., & Amma, P. C. C. (2023). Pressão positiva nas vias aéreas na função pulmonar no pós-operatório de cirurgia bariátrica. *Revista Saúde Dos Vales*, 6(1), Article 1. <https://doi.org/10.61164/rsv.v6i1.1933>
- Sequist, T. D., Schneider, E. C., Anastario, M., Odigie, E. G., Marshall, R.; Rogers. W. H. & Gelb Safran, D. G. (2008) Quality monitoring of physicians: Linking patients' experiences of care to clinical quality and outcomes. *Journal of General Internal Medicine*, (23), 1784-1790, disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18752026/>
- Serrano, M., Costa, A., & Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de EnfermagemReferência*, 3, 15-23.
- Shultz, J., Davies, J. M., Caird, J., Chisholm, S., Ruggles, K., & Puls, R. (2010). Standardizing anesthesia medication drawers using human factors and quality

assurance methods. *Canadian Journal of Anesthesia*, 57(5), 490-499.
<https://doi.org/10.1007/s12630-010-9274-8>

Silva, Gisele F. da S.; Sanches, Patrícia G.; Carvalho, Maria D. de B.- Reflectindo sobre o cuidado de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. In: *Revista Mineira de Enfermagem*. Belo Horizonte. Vol. 11, nº 1 (Jan.-Mar. 2007), p.1- 9. Disponível em: . ISSN 1415-2762.

SNS. (2018, maio 18). *Tratamento da obesidade*.
<https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/05/18/tratamento-da-obesidade/>

Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (2017). Recomendações da SPA para a manutenção da normotermia no periodo perioperatório. Guidelines de conduta clínica. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de <http://www.spanesthesiologia.pt/ficheiros/Consensos%20normotermia.pdf>

Srivastava, T. (2006). Nondiabetic consequences of obesity on kidney. *Pediatric Nephrology*, 21(4), 463–470. <https://doi.org/10.1007/s00467-006-0027-4>

Swiatkiewicz, O. (2014). Competências transversais, técnicas ou morais: um estudo exploratório sobre as competências dos trabalhadores que as organizações em Portugal mais valorizam. *Cadernos EBAPE.BR*, 12(3), 663-687.

Tavares, A., Viveiros, F., Cidade, C., & Maciel, J. (2011). Cirurgia bariátrica: Do passado ao século XXI. *Acta Médica Portuguesa*, 24(1), Article 1.
<https://doi.org/10.20344/amp.337>

Taveira, A. L. dos S., Eiras, G. G., Granero, H. A. F., Rodrigues, L. F., Rodrigues, M. A. C., Souza, C. F. P. de, Bertoluci, M. E. F., Andrade, G. T. F., & Cecchi, A. de O. (2023). Current techniques in bariatric surgery and their benefits: A review of the literature. *International Seven Journal of Health Research*, 2(4), Article 4.
<https://doi.org/10.56238/isevjhv2n4-015>

Tebbani, F., Oulamara, H., & Agli, A. (2018). Effects of gestational weight gain on pregnancy complications. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 32(1), 27–32.
<https://doi.org/10.1016/j.nupar.2017.09.011>

Valadas, Amélia – Viver e sentir, Reflectir e mudar. In: *Revista Aesop*. Lisboa. ISSN 0874-8128. Vol. 1, nº 3 (Dez. 2000), p. 21-23.

- Valsamakis, G., Kyriazi, E. L., Mouslech, Z., Siristatidis, C., & Mastorakos, G. (2015). Effect of maternal obesity on pregnancy outcomes and long-term metabolic consequences. *Hormones*, 14(3), 345–357. <https://doi.org/10.14310/horm.2002.1590>
- Vila, Vanessa da S. C.; Rossi, Lídia A. – O significado cultural de cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. In: *Revista Latino-Americana Enfermagem*. Ribeirão preto. [em linha]. Vol. 10, nº 2 (Mar-Abr. 2002), p. 1-9. Disponível em:. ISSN 0104-1169.
- Von Deneen KM, Liu Y. Obesity as an addiction: Why do the obese eat more? *Maturitas*. 2011 Apr;68(4):342-5. doi: 10.1016/j.maturitas.2011.01.018. Epub 2011 Mar 3. PMID: 21376484.
- Who. (2021). Obesity and overweight. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Woo, Y. S., & Bahk, W.-M. (2018). The Link Between Obesity and Depression: Exploring Shared Mechanisms. In Y.-K. Kim (Ed.), *Understanding Depression: Volume 2. Clinical Manifestations, Diagnosis and Treatment* (pp. 203–220). Springer. https://doi.org/10.1007/978-981-10-6577-4_15
- Wu, Q., Zhao, T., Zhu, C., & Da, M. (2024). Correlation Between Bariatric Surgery and the Risk of Multiple Myeloma: Results from an Evidence-Based Strategy. *Obesity Surgery*. <https://doi.org/10.1007/s11695-024-07059-x>
- Zeve, J. L. de M., Novais, P. O., & Júnior, N. de O. (2012). Técnicas em cirurgia bariátrica: Uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde*, 5(2), 132–140. <https://doi.org/10.15448/1983-652X.2012.2.10966>

ANEXOS

ANEXO 1
PANFLETO

Deve contactar o Médico ou recorrer ao serviço de urgência em caso de dor abdominal intensa e persistente, aumento do volume abdominal, febre constante, vômitos incoercíveis, intolerância alimentar, dor ou edema dos membros inferiores, dor torácica, mal estar geral, taquicardia, dor no ombro esquerdo, sinais de infecção no local cirúrgico.

CIRURGIA BARIÁTRICA



CUIDADOS PRÉ OPERATÓRIOS

- Consultas de especialidade, Nutrição, Psicologia e Fisioterapia.
- Consulta de anestesia.
- Dieta / jejum (de acordo com indicação médica).
- Banho com solução aquosa de Cloro-hexidina 4%.
- Levar medicação do domicílio.
- Antes de ir para o Bloco Operatório deve retirar próteses e adornos, e colocar meias de compressão.

CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS IMEDIATOS

- Após a cirurgia irá para a Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA).
- Deve manter o repouso no leito, até indicação médica.
- Deve manter as meias elásticas, até ao 1º levante.
- Deve movimentar as pernas e os braços de 2 em 2 horas ate ao 1º levante.

- É importante fazer exercícios respiratórios , para melhorar a função respiratória e recuperação cirúrgica.
- Se tiver de tossir, deve colocar as mãos na ferida operatória.
- Não deve mexer nos pensos e drenos.
- Deve manter pausa alimentar, até indicação médica.
- Deve cumprir o regime alimentar prescrito



CUIDADOS PÓS ALTA (DOMICÍLIO)

- É importante a presença de um acompanhante/familiar no momento da alta e para apoio durante o pós-operatório.

- Deve retomar a medicação habitual de acordo com indicação médica.
- No caso de a sutura ter sido com pontos ou agrafos, estes devem ser retirados ao 8º e 9º dia de pós operatório.
- Não deve conduzir até indicação médica.
- Deve retomar lentamente atividade física, evitar esforços e pegar em pesos.
- Após indicação médica deve iniciar 30 minutos de caminhadas.
- Deve seguir as indicações médicas e da consulta de nutrição em relação à alimentação.
- Deve tomar os suplementos vitamínicos.
- Em caso de obstipação, deve contactar o médico.
- É normal que nas primeiras semanas exista uma sensação de cansaço extremo.



ANEXO II

INSTRUÇÃO DE TRABALHO ANESTESIA E POSICIONAMENTO DA PESSOA
SUBMETIDA A CIRURGIA BARIÁTRICA

Bloco Operatório Central
Instrução de Trabalho – Anestesia e Posicionamento do Utente submetido a
Cirurgia Bariátrica

SUMÁRIO:

1. CAMPO DE APLICAÇÃO.....	
2. DESCRIÇÃO.....	2
2.1.OBJETIVOS.....	2
2.2.FUNDAMENTAÇÃO.....	2
2.3.REQUISITOS.....	3
2.4.DESCRICÃO DO PROCEDIMENTO E/OU FORMA DE ATUAÇÃO.....	4
2.4.1.POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES IMEDIATAS	7
3. DOCUMENTAÇÃO ASSOCIADA.....	7

Elaborado

Data
__/__/__

Aprovado

Data
__/__/__

Bloco Operatório Central
Instrução de Trabalho – Anestesia e Posicionamento do Utente submetido a
Cirurgia Bariátrica

1. CAMPO DE APLICAÇÃO

Este documento tem como objetivo definir os procedimentos necessários para a uniformização da atuação na Anestesia e Posicionamento da pessoa submetida a cirurgia bariátrica, no Bloco Operatório Central (BOC) do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa.

2. DESCRIÇÃO

Com esta instrução de trabalho pretende-se uniformizar e atualizar os procedimentos relacionados com o planeamento e cuidados a ter na Anestesia e Posicionamento do utente.

2.1. Objetivos

- Servir de guia orientador na integração de Enfermeiros
- Uniformizar procedimentos e otimizar o desempenho na área da anestesia e posicionamento do utente
- Garantir a segurança e conforto do utente

2.2. Fundamentação

A Entubação Endotraqueal consiste na colocação de um tubo dentro da via aérea através da via aérea superior do utente, utilizando um laringoscópio (SPA,2020).

É um processo terapêutico que consiste na utilização de uma via aérea artificial, que pode ser colocada por via endotraqueal (orotraqueal ou nasotraqueal) ou via cirúrgica (Cricotirotomia ou traqueostomia).

O posicionamento cirúrgico ideal para a pessoa deve ser o mais anatómico e fisiológico possível, de forma a manter o alinhamento corporal, com o mínimo de tensão e pressão sobre o tecido, preservando as funções ventilatória e circulatória e evitando exposição desnecessária, além de permitir ao cirurgião um bom acesso ao local cirúrgico e, ao anestesista, acesso às perfusões e monitorização (AORN, 2014).

As lesões por pressão provocadas pelo posicionamento cirúrgico são consideradas eventos adversos, causados pelo procedimento cirúrgico. O ideal é que se identifique e previna lesões, através da criação e uniformização de métodos e padrões. O relato

Elaborado

Data
//__

Aprovado

Data
//__

Bloco Operatório Central
Instrução de Trabalho – Anestesia e Posicionamento do Utente submetido a
Cirurgia Bariátrica

destes eventos é fundamental para a melhoria dos cuidados à pessoa submetida a cirurgia (National Patient Safety Foundation, 2015).

O posicionamento é um dos fatores fundamentais para a realização de um procedimento seguro e efetivo. Ao posicionar-se o paciente, é necessário ter cuidado com as articulações dos quadris, joelhos e membros superiores e inferiores, pois lesões nervosas podem ocorrer caso a abertura ou flexão das extremidades sejam maiores que 90° (Fleisch et al, 2015).

Segundo a Direção Geral de Saúde (2017), obesidade é um dos principais problemas de saúde pública atuais, sendo considerada uma doença crónica e ao mesmo tempo um fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças crónicas que constituem as principais causas de mortalidade e morbilidade.

A prevalência de obesidade está a aumentar a um ritmo alarmante em todo o mundo e representa uma epidemia quer nos países desenvolvidos quer nos países em vias de desenvolvimento(Fried M et al 2008).

2.3. Requisitos

- Quem executa

Anestesta em colaboração com o Enfermeiro de Anestesia (Técnica anestésica)

Enfermeiro Circulante em colaboração com o Cirurgião (Posicionamento)

Responsabilidade

A decisão da técnica anestésica é da responsabilidade do Anestesta, cabendo ao Enfermeiro de Anestesia a preparação do material e fármacos, colaboração durante a indução, manutenção e reversão anestésica.

O posicionamento é da responsabilidade do Enfermeiro Circulante, em colaboração com o Cirurgião, assim como, garantir o conforto e segurança do mesmo.

Elaborado

Data

__/__/__

Aprovado

Data

__/__/__

Bloco Operatório Central
Instrução de Trabalho – Anestesia e Posicionamento do Utente submetido a
Cirurgia Bariátrica

Material e equipamentos

- Anestesia conforme Norma IT 006 (Procedimento para Entubação Endotraqueal)
- Material conforme Norma IT 006 (Procedimento para Entubação Endotraqueal)
- Sonda de fouche (descartavel)
- Soro Fisiológico de 250 ml
- Azul de metileno
- Sistema de soro

- **Posicionamento**
-
- Apoio lateral de braços
- Rampa
- Rolos de apoio
- Calcanhares de gel
- Meias de compressão
- Máquina de pressão alternada

2.4. Descrição do procedimento e/ou forma de atuação

Procedimento	Objetivos
Explicar procedimento ao utente (sempre que possível)	Diminuir a ansiedade e obter colaboração
Lavar as mãos	Prevenir infeção cruzada
Preparar e testar: Laringoscopia Ventilador Material de aspiração de secreções	Economizar tempo, prevenir complicações e otimizar recursos.

Elaborado

Aprovado

Data
//

Data
//

Bloco Operatório Central
Instrução de Trabalho – Anestesia e Posicionamento do Utente submetido a
Cirurgia Bariátrica

Testar o cuff do tubo endotraqueal	Avaliar integridade do cuff
Posicionar o utente corretamente. Anestesia: posicionar o utente numa posição de rampa, em alternativa elevar a cabeceira a 30°. Cirurgia: posição de flexão do tronco com ligeira flexão da anca – posição semi-sentado (beach chair position), com as pernas abertas.	Facilitar e execução da técnica (hiperextensão cervical). Facilitar a técnica cirurgica (maximiza o espaço de trabalho do cirurgião). Prevenir complicações.
Colaborar com o médico na anestesia	Administração de fármacos e auxilio para a entubação.
Colaborar com a Enfermeira circulante e equipa cirúrgica no posicionamento e conforto do utente	Colocação da rampa no utente, ou em alternativa elevação da cabeceira a 30°. Colocação de apoio de braços, calcanhares de gel, rolos para apoio de joelhos, colocação da cinta no abdómen, colocação de ligaduras nas pernas (que ficam abertas), colocação almofadas de gel no cavado popliteo (para as pernas ficarem fletidas). Evitar lesões provocadas pelo posicionamento. Promover o conforto.
Calçar meias de compressão e colocar máquina de pressão alternada nas pernas	Aumentar a circulação sanguínea, melhorar o retorno venoso, evitar tromboembolismos.
Colaborar com o médico anestesista na entubação segundo a norma IT 006 BOC	
Monitorizar sinais vitais e coloração da	Avaliar o estado hemodinâmico.

Elaborado

Aprovado

Data
 __/__/__
 Data
 __/__/__
 Pág. 5 de 8

Bloco Operatório Central
Instrução de Trabalho – Anestesia e Posicionamento do Utente submetido a
Cirurgia Bariátrica

pele e mucosas	Obter valores de referencia. Prevenir complicações.
Reposicionar corretamente o utente sempre que necessário.	Proporcionar conforto e facilitar a ventilação e técnica cirúrgica.
Lavar / desinfetar as mãos sempre que necessário.	Prevenir a infeção cruzada.
Colocação da sonda de Fouche	Lavar as mãos, lubrificar a ponta distal com xilocaína gel, introdução da sonda com movimentos suaves e firmes, ter em atenção ao tubo endotraqueal (para não haver deslocação do mesmo), fixação da sonda com adesivo, mudar o adesivo sempre que necessário. Permitir delimitar e modelar o estômago. Evitar complicações.
Administração de Azul de Metileno pela sonda Fouche	Fazer o teste das anastomoses. Evitar complicações.
Retirar a sonda de Fouche	Lavar as mãos, retirar o adesivo, retirar a sonda com movimentos suaves, estar atento ao tubo endotraqueal, limpar a boca, verificar a cavidade oral.
Registos de enfermagem: --Procedimento, data e hora; - Reações do utente; - Nível e calibre do tubo endotraqueal; -Parâmetros de ventilação; -Complicações.	Permitir a continuidade de cuidados, suporte legal, estatístico e/ou de qualidade.

Elaborado

Aprovado

Data

__/__/__

Data

__/__/__

Bloco Operatório Central
Instrução de Trabalho – Anestesia e Posicionamento do Utente submetido a
Cirurgia Bariátrica

2.4.1. Possíveis complicações imediatas

- Intubação esofágica / seletiva
- Náuseas / vômitos
- Broncoespasmo
- Hipóxia
- Traumáticas
- Perfuração da via aérea e esófago
- Coloração azul da pele e mucosas
- Lesões por pressão
- Lesões dos nervos
- Alterações hemodinâmicas
- Lesões cerebrais

3. BIBLIOGRAFIA

Sociedade Portuguesa de Anestesiologia. (1016). *Consensos na gestão clínica da via aérea em anestesiologia*, Vol,25, nº1.

Spruce L, Van Wicklin AS. Back to basics: positioning the patient. AORN J [Internet]. 2014 set. [citado em 10 out. 2017];100(3):298-305. Disponível em:
https://www.aorn.org/websitedata/cearticle/pdf_file/CEA14530-0001.pdf
<http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2014.06.004>

National Patient Safety Foundation. Free from harm: accelerating patient safety improvement fifteen years after To Err Is Human [Internet]. Boston: National Patient

Elaborado

Data
__/__/__

Aprovado

Data
__/__/__
Pág. 7 de 8

Bloco Operatório Central
Instrução de Trabalho – Anestesia e Posicionamento do Utente submetido a
Cirurgia Bariátrica

Safety Foundation; 2015 [citado em 02 nov. 2017]. Disponível em:

<https://www.aig.com/content/dam/aig/americanacanada/us/documents/brochure/free-from-harm-final-report.p>

Fleisch MC, Bremerich D, Schulte-Mattler W, Tannen A, Teichmann AT, Bader W, et al. The prevention of positioning injuries during gynecologic operations guideline of DGGG (S1-Level, AWMF Registry No. 015/077, February 2015). Geburtshilfe Frauenheilkd [Internet]. 2015 ago. [citado em 10 out. 2017];75(8):792-807. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4554497/>
<https://dx.doi.org/10.1055%2Fs-0035-1557776>

Fried M,. "et alli" (2008) Interdisciplinary European Guidelines on Surgery of Severe Obesity. Obesity facts

Elaborado

Data
____/____/____

Aprovado

Data
____/____/____
Pág. 8 de 8

ANEXO III
FORMAÇÃO “ATUALIZAÇÃO EM PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECÇÃO”



CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica-se que **ALEXANDRA SALOME FARIA MOREIRA**, frequentou a 16 de Março 2023, com a duração total de 3 horas e 30 minutos, o curso "**ATUALIZAÇÃO EM PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO**".

Penafiel e Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, aos 28 de Março de 2023.

**O VOGAL DO CONSELHO DE
ADMINISTRAÇÃO,**


(José Ribeiro, Enf. Diretor)

A DIRETORA DO SEFI,


(Eliana Pereira, Dra.)

CERTIFICADO N.º PF 730/2023

Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho n.º 13019/98 (2.ª série), de 29 de Julho, da Ministra da Saúde
Avenida do Hospital Padre Américo, n.º 210 | 4560-136 GUILHUFÉ – PENAFIEL | T: 255 147 527 | F: 255 714 575 | E: sefi@chis.min-saude.pt | NIPC – NIF: 508 318 262

ANEXO IV
LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica



World Health
Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

Direção-Geral da Saúde

www.dgs.pt



Ministério da Saúde

Antes da Indução da Anestesia
(Sign in)

(Na presença de, pelo menos, o enfermeiro e o anestesiologista)

O doente confirmou a sua identidade, o local, o procedimento e deu consentimento?

- ☐ Sim
- ☐ O local está marcado?
- ☐ Sim
- ☐ Não aplicável

A verificação do equipamento de anestesia e da medicação está concluída?

- ☐ Sim
- ☐ O oxímetro de pulso está no doente e em funcionamento
- ☐ Não
- ☐ Sim

O doente possui:

Alergia conhecida?

- ☐ Não
- ☐ Sim

Via aérea difícil ou risco de aspiração?

- ☐ Não
- ☐ Sim e equipamento/assistência acessível

Risco de perda > 500ml de sangue (7ml/kg em crianças)?

- ☐ Não
- ☐ Sim e:

2 acessos IV/central e administração de fluidos planeada

Tipagem e sangue disponível

Antes da incisão da pele
(Time out)

(Na presença do enfermeiro, do anestesiologista e do cirurgião)

Confirmar que todos os elementos da equipa se apresentaram indicando os seus nomes e funções

Confirmar o nome do doente, o procedimento e o local da incisão

A profilaxia antibiótica foi administrada nos últimos 60 minutos?

- ☐ Sim
- ☐ Não aplicável

A profilaxia tromboembólica foi administrada?

- ☐ Sim
- ☐ Não aplicável

Antecipação de eventos críticos

O cirurgião enuncia em voz alta

Quais são os passos críticos ou fora da rotina

O tempo planeado para o caso

Qual a perda de sangue prevista

O Anestesiologista enuncia em voz alta

Há alguma preocupação específica com o doente?

A equipa de enfermagem enuncia em voz alta

A esterilização (incluindo os indicadores) foi confirmada?

Existem problemas com os equipamentos/dispositivos ou qualquer outra preocupação?

Estão visíveis exames imagiológicos essenciais ou outros?

- ☐ Sim
- ☐ Não aplicável

Antes do doente sair da sala de operação
(Sign out)

(Na presença do enfermeiro, do anestesiologista e do cirurgião)

O enfermeiro confirma verbalmente

- ☐ O nome do procedimento
- ☐ As contagens de instrumentos, compressas e corto-perfurantes
- ☐ A rotulagem dos produtos biológicos ou outros (ler os rótulos das amostras em voz alta, incluindo o nome do doente)
- ☐ Se existem problemas com os equipamentos ou outros a resolver

O cirurgião, anestesiologista e enfermeiro indicam

informação relevante a transmitir à equipa de recobro e as principais preocupações/necessidades do doente