

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

A música binaural na ansiedade pré-operatória:  
Desenvolvimento de competências em Enfermagem Médico-  
cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação  
Perioperatória

Binaural music in preoperative anxiety: Development of skills in  
Medical-surgical Nursing, in the area of Nursing for People in  
Perioperative Situation

**Autor**

**Maria da Assunção Miranda Mendes**

**Porto, 2025**



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

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

**Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

A música binaural na ansiedade pré-operatória:  
Desenvolvimento de competências em  
Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de  
Enfermagem à Pessoa em Situação  
Perioperatória

Binaural music in preoperative anxiety:  
Development of skills in Medical-surgical  
Nursing, in the area of Nursing for People in  
Perioperative Situation

**Orientador(es)**

Maria de Fátima Segadães Moreira  
*Professor Adjunto, Mestre*

Cristina Maria Correia Barroso Pinto  
*Professor Coordenador s/ Agreg., Doutor*

**Autor**

Maria da Assunção Miranda Mendes

**Porto, 2025**



## RESUMO

A ansiedade sentida pelo cliente em contexto cirúrgico é uma das reações psicológicas mais frequentemente observada, estimando-se que 25% a 80% dos clientes apresentam ansiedade pré-operatória.

As investigações comprovam que um nível aumentado de ansiedade pré-operatória conduz a alterações fisiológicas e psicológicas com impacto significativo na anestesia, na cirurgia e no processo de recuperação pós-operatório, como o aumento de dor, das náuseas e dos vômitos, recuperação mais prolongada e aumento do risco de infeção.

Apesar da ansiedade pré-operatória ser, habitualmente, tratada com recurso a benzodiazepinas de curta ação, estas não são desprovidas de efeitos adversos, pelo que o recurso a intervenções não farmacológicas que permitam reduzir a ansiedade tem sido sugerido. A musicoterapia, no caso em concreto, a música binaural, surge como uma intervenção de enfermagem não farmacológica, sem efeitos adversos, económica e com benefícios comprovados não só ao nível da diminuição da ansiedade, mas também da dor.

Com o crescimento anual dos procedimentos cirúrgicos, a cirurgia de ambulatório assume cada vez maior complexidade de cuidados em contexto perioperatório, com curta permanência do cliente em contexto hospitalar. Perante este desafio crescente e os riscos inerentes ao bloco operatório, o enfermeiro desempenha um papel crucial no acompanhamento do cliente e família/pessoa significativa ao longo da sua vivência perioperatória, centrando a sua atividade na satisfação das necessidades do cliente. Assim, o presente relatório teve como objetivo refletir a jornada de aprendizagem clínica realizada em contexto de estágio de natureza profissional, no âmbito da obtenção do título de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. Desta forma, objetivou-se descrever e demonstrar as aprendizagens e habilidades desenvolvidas, refletindo sobre a aquisição de competências comuns e específicas da prestação de cuidados especializados em contexto perioperatório.

O estágio de natureza profissional desenvolvido no contexto de Unidade de Cirurgia de Ambulatório e de Bloco Operatório, proporciona uma oportunidade única para aquisição de conhecimentos específicos, habilidades técnicas e atitudes próprias do contexto perioperatório. A conceção de cuidados especializados ao cliente em contexto perioperatório, assim como o desenvolvimento e implementação de um projeto de estágio focado na diminuição da ansiedade pré-operatória dos clientes, com recurso à aplicação de música binaural, são parte integrante deste processo de aquisição de competências. O referido projeto insere-se no âmbito do

desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros, contribuindo, também, para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e promoção da satisfação dos clientes.

**Palavras-chave:** Enfermagem Perioperatória; Cuidados Pré-operatórios; Ansiedade; Musicoterapia; Música Binaural.

## ABSTRACT

Anxiety felt by patients in a surgical context is one of the most frequently observed psychological reactions, with an estimated 25% to 80% of patients experiencing preoperative anxiety.

Research has shown that an increased level of preoperative anxiety leads to physiological and psychological changes with a significant impact on anesthesia, surgery and the postoperative recovery process, such as increased pain, nausea and vomiting, longer recovery and an increased risk of infection.

Although preoperative anxiety been usually treated with short action benzodiazepines, they have indeed adverse effects, which is why the use of non-pharmacological interventions to reduce anxiety has been suggested. Music therapy, in this specific case binaural music, appears to be a non-pharmacological nursing intervention that has no adverse effects, is cost-effective and has proven benefits not only in terms of reducing anxiety but also pain.

With the annual growth in surgical procedures, outpatient surgery is becoming increasingly complex in terms of care in the perioperative context, with the client having a short hospital stay. Faced with this growing challenge and the risks inherent in the operating room, nurses play a crucial role in monitoring the client and their family/significant other throughout their perioperative experience, focusing their activity on meeting the client's needs. Thus, this report aimed to reflect on the clinical learning journey undertaken in the context of a professional internship, as part of the Master's degree in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for People in Perioperative Situations. Thus, the aim was to describe and demonstrate the learning and skills developed, reflecting on the acquisition of common and specific skills for the provision of specialized care in the perioperative context.

The professional internship developed in the context of the Outpatient Surgery Unit and Operating Room provides a unique opportunity to acquire specific knowledge, technical skills and attitudes specific to the perioperative context. The design of specialized care for clients in a perioperative context, as well as the development and implementation of an internship project focused on reducing preoperative anxiety among clients, using binaural music, are an integral part of this process of acquiring skills. This project is part of the ongoing professional development of nurses, also contributing to the continuous improvement of the quality of care and promoting client satisfaction.

**Keywords:** Perioperative Nursing; Preoperative Care; Anxiety; Music Therapy; Binaural Music.



## **CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS**

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AINEs - Anti-inflamatórios não esteroides

anti-VEGF - Anti fator de crescimento endotelial vascular intravítreo

AORN - Association of Operating Room Nurses

APCA - Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório

ASA - American Society of Anesthesiologists

BO - Bloco Operatório

C3F8 - Octafluoropropano

CHKS - Caspe Healthcare Knowledge System

CVP - Cateter Venoso Periférico

DGS - Direção-Geral da Saúde

DM - Dispositivos Médicos

DMUM - Dispositivos Médicos de Uso Múltiplo

DR - Descolamento da Retina

EE - Enfermeiro Especialista

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

EORNA - European Operating Room Nurses Association

EPR - Epitélio pigmentado da retina

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

ESRA - European Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy

ISBAR - I: Identificação, S: Situação atual, B: Antecedentes, A: Avaliação, R: Recomendações.

JBI - Joanna Briggs Institute

MAC - Cuidados Anestésicos Monitorizados

MEMCEPSP – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

MMR – Microrganismos Multirresistentes

NEE – Núcleos de Especialidade de Enfermagem

NVPO – Náuseas e vômitos pós-operatórios

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

OSF - The Open Science Framework

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PIO – Pressão Intraocular

PMCQ – Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos

RLAE – Revista Latino-Americana de Enfermagem

RNM – Ressonância Magnética Nuclear

SF6 – Hexafluoreto de enxofre

SPA – Sociedade Portuguesa de Anestesiologia

TAC – Tomografia Computorizada

UC – Unidade Curricular

UCA – Unidade de Cirurgia de Ambulatório

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

UDA – Unidade de Dor Aguda

ULS – Unidade Local de Saúde

VPP – Vitrectomia *via pars plana*

## ÍNDICE

RESUMO .....	3
ABSTRACT .....	5
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS .....	7
ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS .....	11
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO .....	13
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S) .....	17
3. VITRECTOMIA VIA PARS PLANA POR DESCOLAMENTO DA RETINA .....	25
3.1. Enquadramento teórico .....	25
3.2. Clientes .....	36
3.3. Medicação .....	37
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita .....	37
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica .....	43
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica. ....	44
3.5. Domínios .....	45
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....	45
3.6. Conceção de Cuidados .....	55
3.7. Especificação das intervenções .....	62
3.8. Síntese relativa ao caso .....	64
4. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....	67
5. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO .....	95
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	97
ANEXOS .....	117



## ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Tabela 1 - Cronograma das sessões <i>e4nursing</i> .....	26
Figura 1 - Anatomia do olho.....	29
Figura 2 - Anatomia da retina.....	30
Figura 3 - Descolamento da retina .....	31



## 1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre o enfermeiro e o cliente e a sua família/pessoa significativa, onde a formação e a experiência do enfermeiro lhe permitem compreender e respeitar o outro, numa perspetiva multicultural, bem como estabelecer uma relação terapêutica com os mesmos, valorizando as suas capacidades, e identificando e dando resposta às suas necessidades (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2001).

Nesta perspetiva, e atendendo à diversidade e complexidade de procedimentos médicos e/ou cirúrgicos a que o cliente, em contexto perioperatório, é submetido, acresce a necessidade de desenvolvimento de competências específicas. Estas permitirão responder eficazmente às necessidades, através da mobilização de conhecimentos e habilidades na identificação de intervenções especializadas, na conceção, na implementação e na avaliação do plano de cuidados concebido. Esta perícia deve ser colocada em prática em parceria com o cliente, no sentido de cuidar deste com segurança e qualidade, promovendo, também, a sua satisfação (Regulamento n.º 429/2018 da OE).

Assim, a prestação de cuidados ao cliente em contexto perioperatório exige, do enfermeiro, não só o domínio das competências de Enfermeiro de Cuidados Gerais (Regulamento n.º 190/2015 da OE) mas, também, o desenvolvimento e o aperfeiçoar de competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, mais especificamente, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, desenvolvendo a sua prática baseada na evidência científica mais recente (Regulamento n.º 429/2018 da OE).

É com este propósito que no primeiro semestre do ano letivo 2024-2025, do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (MEMCEPSP), surge a avaliação da Unidade Curricular (UC) Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II. Essa proposta consistiu na elaboração do presente relatório de estágio, focado no desenvolvimento de competências avançadas que cumprissem os objetivos de avaliação, de forma a tornar evidente o contributo dos cuidados de enfermagem perioperatórios para os ganhos em saúde dos clientes, famílias e instituição de saúde. O estágio de natureza profissional decorreu no contexto de uma Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) e de um Bloco Operatório (BO).

Este relatório tem como objetivo demonstrar e descrever as aprendizagens e habilidades desenvolvidas na prática clínica, com o propósito de dominar as competências comuns e específicas da Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (EMCEPSP), descritas pela OE nos Regulamentos n.º 140/2019 e 429/2018.

Durante o desenvolvimento das referidas competências, foi tido em consideração, também, o Modelo Perioperatório Centrado no Cliente (*Perioperative Patient Focused Model*) apresentado pela Association of Operating Room Nurses (AORN), onde o cliente e a sua família/pessoa significativa são o foco da atenção dos cuidados de enfermagem (Benze et al., 2021). Neste modelo, são assumidas quatro dimensões do cuidado imprescindíveis à prestação de cuidados em contexto perioperatório, onde dominam os cuidados centrado nas necessidades do cliente: a segurança do cliente; as respostas fisiológicas do cliente e da família/pessoa significativa aos procedimentos cirúrgicos e outros procedimentos invasivos; as respostas comportamentais do cliente e da família/pessoa significativa aos procedimentos cirúrgicos e outros procedimentos invasivos; e o próprio sistema de saúde onde o cliente recebe os cuidados perioperatórios de que necessita, representando as preocupações administrativas e elementos estruturais essenciais para resultados perioperatórios bem-sucedidos, incluindo determinantes sociais da saúde (Benze et al., 2021).

Importa referir, ainda, que o Modelo Perioperatório Centrado no Cliente defende que os enfermeiros são os profissionais de saúde que detêm conhecimento teórico e competências únicas, fundamentais à colocação em prática de um modelo de cuidados efetivamente centrados no cliente. Em colaboração interdisciplinar, a enfermagem perioperatória recorre ao processo de enfermagem para desenvolver planos de cuidados individualizados, com intervenções e atividades dirigidas às necessidades do cliente, e à obtenção dos melhores resultados em saúde (Mendes, 2020).

Assim, no decorrer do estágio de natureza profissional, a conceção de cuidados explanada no caso clínico em contexto perioperatório constitui-se como uma etapa crucial para o desenvolvimento de competências ao nível da reflexão e da toma de decisão clínica, centrada nas necessidades do cliente, e baseada na melhor evidência disponível. A conceção de cuidados de enfermagem, resulta do processo de Enfermagem e do juízo clínico implícito à tomada de decisão com a realização da avaliação, a formulação de diagnósticos, a determinação dos resultados, o planeamento e a implementação das intervenções (Kuiper et al., 2017), com vista à prestação de um conjunto de cuidados específicos e adequados às necessidades do cliente e família, a vivenciar um processo cirúrgico.

O caso clínico apresentado refere-se a um cliente submetido a vitrectomia via *pars plana* (VPP) por descolamento da retina exsudativo, de repetição, do olho direito, e todas as etapas da conceção de cuidados foram registadas na plataforma *e4nursing*, construídos com base nas etapas primordiais do processo de tomada de decisão clínica, e estruturados conforme os princípios da Ontologia de Enfermagem, reconhecida pela OE. Essa abordagem permite a individualização dos cuidados, desde a seleção de dados relevantes, determinação de objetivos, levantamento de diagnóstico e planeamento de intervenções direcionadas à pessoa, garantindo cuidados fundamentados e de qualidade, organizados de forma sistemática, assegurando consistência e acompanhamento eficaz dos cuidados planeados (VirtualCare, 2024).

Como parte do processo de aquisição de competências, pretendeu-se, também, desenvolver e implementar um projeto de melhoria contínua da qualidade (PMCQ) dos cuidados centrado nas necessidades do cliente, implementando uma intervenção autónoma de enfermagem, ao nível da redução da ansiedade pré-operatória do cliente cirúrgico, através da música binaural, o que se traduz num resultado sensível aos cuidados de enfermagem.

Perante um cliente a vivenciar um processo de saúde/doença que necessita de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, em ambiente perioperatório, o enfermeiro deve estar atento, não só às suas necessidades físicas, mas também às necessidades psicológicas/emocionais.

Segundo Altinsoy et al. (2020) e Zemla et al. (2019), a ansiedade é uma das reações psicológicas mais presente entre os clientes cirúrgicos, estimando-se que 25% a 80% dos clientes apresentam ansiedade pré-operatória (Omkaram et al., 2023). Os seus níveis e formas de manifestação podem ser vários e variáveis, mas as investigações realizadas são unânimes: um nível aumentado de ansiedade pré-operatória traduz-se em consequências negativas, tanto psicológicas como somáticas, e afeta, conseqüentemente, a anestesia, o procedimento cirúrgico em si e os cuidados pós-operatórios, com impacto significativo no tempo de internamento e no processo de recuperação (Gorini et al., 2022; Zemla et al., 2019). Os elevados níveis de ansiedade pré-operatória também surgem como causadores de uma resposta neuroendócrina alterada, pelo que é considerado um fator de risco para a mortalidade pós-operatória (Bansal & Joon, 2016; Zemla et al., 2019).

Perante a diversidade de sintomatologia associada à ansiedade pré-operatória, esta constitui uma preocupação para os cuidados de enfermagem perioperatórios na medida em que, o diagnóstico de enfermagem Ansiedade é considerado um dos mais difíceis de identificar e quantificar, mas que carece de intervenções de enfermagem para a sua diminuição. Além disso, esta é experienciada por cada cliente de forma particular, e tem por base a sua experiência prévia, tornando-a uma vivência única e exclusiva de cada um (Rebelo & Carvalho, 2014).

Neste sentido, o PMCQ dos cuidados âmbito da redução da ansiedade pré-operatória através da música binaural surgiu pelo interesse e motivação pessoal e profissional na implementação de intervenções não farmacológicas para a diminuição da ansiedade, associada ao foco na prestação de cuidados de enfermagem centrados nas necessidades dos clientes em contexto perioperatório, melhorando a sua satisfação com os cuidados de saúde prestados. O projeto desenvolvido propôs, assim, uma abordagem inovadora, não farmacológica, que se alinha com as tendências atuais de humanização dos cuidados de saúde e de busca por intervenções menos invasivas.

Conjuntamente, este projeto está alinhado com as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista (EE) em EMCEPSP (Regulamento n.º 140/2019 da OE; Regulamento n.º 429/2018 da OE) na medida em que se promove a implementação de um PMCQ e se fomenta a gestão dos cuidados de acordo com as necessidades identificadas, bem como, se privilegia o

cuidar da pessoa em situação perioperatória, capacitando-a para a gestão da sua experiência cirúrgica, estabelecendo uma relação terapêutica desde o primeiro contacto com o cliente.

Incontornáveis são, também, os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMCEPSP, os quais o PMCQ procura evidenciar, prestando cuidados de enfermagem perioperatórios com o reconhecimento da singularidade do outro e do seu potencial para melhorar as suas capacidades, promovendo a sua autonomia (OE, 2017). Focado numa gestão e organização eficaz dos cuidados de enfermagem, este PMCQ visa o acolhimento do cliente com o estabelecimento de uma relação terapêutica, promovendo a sua saúde e prevenindo complicações associadas à ansiedade pré-operatória, aumentando a satisfação do cliente com os cuidados de saúde.

No âmbito da diminuição da ansiedade pré-operatória através da música binaural, foi desenvolvida uma revisão da literatura, mais especificamente uma *Scoping Review*, segundo a metodologia Joanna Briggs Institute (JBI), na qual foram incluídos todos os tipos de estudos relacionados com aplicação de música binaural na ansiedade pré-operatória, em clientes adultos submetidos a cirurgia, sendo esta apresentada em formato de artigo, submetido para publicação na Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE).

Posto isto, o presente relatório, desenvolve-se utilizando uma metodologia descritiva e iminentemente crítico reflexiva, baseada nas mais recentes evidências científicas. Procede-se à caracterização dos contextos clínicos, seguindo-se o caso clínico desenvolvido no estágio de natureza profissional. Posteriormente, são apresentadas as atividades e intervenções realizadas durante o estágio, descrevendo-as de forma crítica e reflexiva, estabelecendo uma correlação entre os conhecimentos teóricos e a prática clínica. Neste capítulo são realçados os pontos mais relevantes do PMCQ “Música binaural na ansiedade pré-operatória” assim como, se realiza uma reflexão sobre os contributos das atividades para o desenvolvimento de competências comuns e específicas de EE em EMCEPSP.

Por fim, é realizada uma síntese final, cuja reflexão incide sobre os objetivos iniciais definidos, os resultados alcançados, as limitações e as perspetivas para futuros projetos, na expectativa de ter contribuído para a valorização profissional através do desenvolvimento da prática de enfermagem, e para promoção de melhorias na qualidade da prestação de cuidados perioperatórios centrados no cliente tendo, por base, a evidência científica mais atual.

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

O presente estágio de natureza profissional foi realizado numa UCA e num BO de um hospital no norte do país, num total de 350 horas de prática de cuidados em contexto de cirurgia de ambulatório e 170 horas em contexto de BO.

A unidade hospitalar em questão, assegura cuidados de saúde a 1,2 milhões de pessoas e tem como missão prestar esses mesmos cuidados com excelência, fundamentando a sua prática, na qualidade, competência, rigor, eficiência e diferenciação. Procura fortalecer os princípios da humanização e envolver-se com a comunidade promovendo, simultaneamente, a valorização pessoal e técnica dos seus profissionais, incentivando e apoiando o ensino pré e pós-graduado e a investigação, em estreita colaboração com instituições universitárias, nas várias vertentes das ciências da saúde.

A prestação de cuidados em saúde assenta nas melhores práticas clínicas e na inovação, assim como na promoção de um desenvolvimento sustentado, a par de uma relação de excelência com os seus clientes, familiares e profissionais, sendo a visão presente na prestação de cuidados desta unidade hospitalar. Assume como valores e princípios o Respeito pela dignidade humana e foco no cliente, o Desenvolvimento Humano através da valorização do talento, formação, multidisciplinariedade e trabalho em equipa, a Competência e a Responsabilidade através de uma cultura e prática assistencial centradas em elevados padrões éticos, a Paixão, o Compromisso e a Inovação na promoção da saúde e envolvimento da comunidade, assim como a assunção de práticas sustentáveis e o uso eficiente dos recursos.

Na procura pela garantia de excelência na prestação de cuidados, a unidade hospitalar referida iniciou, em 2024, o processo de renovação da Acreditação Global e Certificação ISO 9001, por parte do Caspe Healthcare Knowledge System (CHKS), uma das mais notórias organizações no âmbito da acreditação da qualidade em saúde. Esta organização procura certificar padrões de qualidade estruturais e processuais ao nível da Gestão e Liderança, Risco e Segurança, Cuidados Centrados no Doente, Instalações e Serviços Locais, Governança de Serviço, Serviços Clínicos e Especialidades, bem como Serviços de Suporte e Reabilitação, numa interação dinâmica e contínua com as instituições de saúde (CHKS, 2025).

Posto isto, procede-se a uma breve descrição e caracterização mais específica dos locais de estágio, onde foi possível desenvolver competências como EE em EMCPSTE, salientando que a UCA e o BO da unidade hospitalar em causa são contíguos, havendo aspetos de gestão e organização que serão comuns.

## Unidade de Cirurgia de Ambulatório

A UCA da referida unidade hospitalar, onde decorreu parte do estágio de natureza profissional, procura dar resposta, diariamente, à missão, valores e princípios suprarreferidos, realizando cirurgia eletiva a todos os clientes que cumpram os critérios definidos para a realização da intervenção cirúrgica, em regime de cirurgia de ambulatório.

Tal como está definido na Portaria n.º 97/2024/1 (p. 2), considera-se cirurgia de ambulatório

a intervenção cirúrgica programada, realizada em bloco operatório, sob anestesia geral, loco-regional, local ou sedação realizada em instalações próprias ou integrada em bloco operatório convencional, com segurança e de acordo com as *leges artis*, em regime de admissão e alta do doente num período inferior a 24 horas.

Para tal, deve atender-se a critérios clínicos de elegibilidade, que incluem a aceitação do regime ambulatório por parte do cliente; um bom estado geral (Classificação da American Society of Anesthesiologists [ASA] - I, II ou eventualmente III); e intervenção com duração prevista inferior a duas horas; e a sociais, nomeadamente a presença de adulto responsável nas primeiras 24 horas após a intervenção; meio de transporte próprio; telefone disponível na habitação; habitação com condições mínimas de conforto e higiene, e a menos de 60 minutos de viagem da UCA (Caseiro, 2009).

É com base nestes princípios que, na UCA, se realizam cirurgias diariamente, exceto no primeiro domingo de cada mês, que se destina à realização da higienização geral do serviço. O horário de funcionamento é das 8:00 às 24:00, sendo que das 20:00 às 24:00 se realizam cirurgias de ambulatório, em regime adicional. Em 2023 foram operados 30312 clientes em regime de cirurgia de ambulatório, pelas seguintes especialidades: cirurgia geral, cirurgia plástica, cirurgia vascular, ortopedia, dermatologia, oftalmologia, ginecologia, urologia, otorrinolaringologia e cirurgia pediátrica.

Aos clientes em idade pediátrica, ou adultos com necessidades especiais, é garantido o acompanhamento dos pais/pessoas significativas desde a admissão até ao início da fase intraoperatória e, posteriormente, na fase pós-operatória, desde o recobro imediato até ao momento da alta, incluindo a pernoita (quando necessária).

Tal como referido anteriormente, nesta unidade hospitalar, a UCA está estruturalmente contígua ao BO, partilhando equipamentos e consumíveis, o que permite planos operatórios com clientes apenas em regime ambulatório ou, então, clientes em regime ambulatório e regime convencional. É constituída por uma sala de espera e respetivo secretariado, dois vestiários para clientes, dois gabinetes de enfermagem para admissão/preparação pré-operatória e alta, um vestiário e uma copa para os profissionais de saúde, e três salas operatórias (sala nº 11, 12

e 14, sendo que qualquer outra das salas do BO pode operar clientes em regime de ambulatório). Todas as salas possuem uniformização de carros de anestesia e de apoio à circulação e, contíguo a cada sala operatória encontra-se uma zona de desinfeção cirúrgica. Importa referir, ainda, que o circuito de sujos é realizado pelo corredor do bloco, com acesso à zona de sujos, por meio de contentores fechados, assim como, o material cirúrgico contaminado é transportado em contentores e carros fechados, que depois são encaminhados para a central de esterilização.

A UCA contempla, ainda, uma Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) que inclui o recobro fase I, que dispõe de 10 camas com monitorização, e o recobro de fase II, com 12 cadeirões com monitorização.

A equipa de enfermagem da UCA é constituída por 44 enfermeiros, sete dos quais são especialistas: cinco EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica (dois dos quais na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória); um EE em Enfermagem de Reabilitação; um EE em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; e dois enfermeiros com competência acrescida em Supervisão Clínica.

Relativamente à organização e distribuição dos elementos de enfermagem, por turno, são destacados, para cada sala operatória, três enfermeiros: um enfermeiro de anestesia, um enfermeiro circulante e um enfermeiro instrumentista. Na sala onde se realizam procedimentos sem anestesia (sala nº 14) estão presentes, apenas, o enfermeiro circulante e o enfermeiro instrumentista. Para a UCPA fase I são destacados dois enfermeiros, por turno (sendo que um deles é o responsável de turno), dois enfermeiros para UCPA fase II, um enfermeiro para a admissão/alta de clientes, e um a dois enfermeiros para a consulta pré-operatória. É da competência e função do enfermeiro responsável da UCA realizar o planeamento e gestão dos clientes operados em regime de ambulatório com necessidade de pernoita, realizar os pedidos de dietas e gerir a equipa de enfermagem, consoante as necessidades do serviço.

No que respeita à realização da consulta telefónica pós-operatória, 24 horas após a cirurgia (telefonema *follow-up*), o protocolo da instituição preconiza que a mesma seja realizada a todos os clientes submetidos a anestesia geral e/ou sedação. Contudo, um cliente operado sob anestesia local também poderá ser contactado, se o enfermeiro que o acompanhar no momento da alta considerar pertinente, atendendo ao historial clínico do cliente e ao procedimento realizado. Nos últimos anos, a média anual de consultas telefónicas pós-operatórias ronda as 7 000, sendo a sua realização da responsabilidade do enfermeiro da UCPA, em colaboração com o enfermeiro da admissão/alta.

Na dinâmica da UCA, é de salientar, ainda, que todas as sextas-feiras a equipa de enfermagem, da UCA e do BO, realiza uma reunião de serviço onde são transmitidas informações relevantes para o funcionamento do serviço, organização e segurança dos cuidados, assim como, são realizadas ações de formação que têm em vista a formação contínua da equipa, sobre temas

inerentes aos cuidados em contexto perioperatório, com uniformização de práticas, traduzindo-se em melhorias na prestação de cuidados centrados no cliente.

Perante um cliente proposto para ser submetido a cirurgia em regime de ambulatório, o principal desafio para a prestação de cuidados de enfermagem, neste contexto, é a necessidade de continuidade de cuidados, que muitas vezes são assegurados pelos próprios clientes ou pelo seu familiar/pessoa significativa. Assim, a capacitação do cliente e do seu familiar/pessoa significativa para a cirurgia e para o processo de recuperação da mesma, através do conhecimento, é o principal foco de atenção do enfermeiro em contexto perioperatório. É imprescindível dirigir os cuidados de enfermagem para as necessidades do cliente e pessoa significativa, promovendo a sua compreensão sobre o processo vivenciado/a vivenciar, capacitando-os para o autocuidado e reintegração familiar e social, desde a Consulta de Enfermagem Pré-operatória até à alta (OE, 2018).

Como referido anteriormente, a consulta pré-operatória é realizada diariamente, pelo enfermeiro da UCA em conjunto com o anestesista, e, tal como é preconizado pela Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses ([AESOP], 2012), tem como objetivos avaliar as necessidades físicas e psicológicas do cliente, informá-lo sobre toda a dinâmica inerente ao procedimento cirúrgico (desde a preparação pré-operatória no domicílio, a admissão, o processo intraoperatório e o pós-operatório imediato, bem como o processo de alta, com continuidade de cuidados na comunidade), assim como, procura envolver a família/pessoa significativa no plano de cuidados definido. O enfermeiro, para além de fornecer as esponjas de clorexidina para realização do banho pré-operatório (quando indicado), e de transmitir toda a informação oralmente, fornece também um folheto informativo sobre a preparação pré-operatória, circuito cirúrgico, e cuidados pós-operatórios inerentes à cirurgia a realizar.

Relativamente a projetos em desenvolvimento na UCA, há a destacar o atual projeto desenvolvido pelos EE em Enfermagem de Reabilitação que exercem funções no serviço, que visa identificar e implementar estratégias que facilitem e diminuam o tempo de recuperação pós-operatório de clientes submetidos a *sleeves* gástricos, em regime de cirurgia de ambulatório.

Outros projetos são transversais à UCA e ao BO, encontrando-se em desenvolvimento o projeto “Luvas Seguras Salvam Vidas”, que tem como propósito reforçar a consciência e a segurança cirúrgica, relativamente ao uso adequado de luvas esterilizadas durante a realização dos procedimentos cirúrgicos, assim como, um projeto-estudo na área da normotermia, com a implementação de novos sensores de avaliação da temperatura.

Sendo a UCA e o BO estruturalmente contíguos e o nível de exigência na qualidade e segurança dos cuidados ser comum, existem outros projetos que dizem respeito à existência de elementos de enfermagem que são elos de ligação a diferentes grupos de trabalho, nomeadamente na área da Formação, Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos

Antimicrobianos (PPCIRA), Gestão do Risco, e Qualidade, que promovem o desenvolvimento e implementação de medidas de melhoria nas respetivas áreas.

## **Bloco Operatório**

O BO da referida unidade hospitalar, onde decorreu o restante estágio, procura proporcionar tratamentos com qualidade e eficiência, adequados à condição clínica dos clientes. Procura acolher os seus clientes com respeito e dignidade, promovendo, também, a sua satisfação e a satisfação dos colaboradores.

Efetivamente, o BO é uma das estruturas mais complexas do sistema hospitalar, com um elevado grau de complexidade de equipamentos e procedimentos, e reconhecido pela sua multidisciplinidade e pela sua intersecção com os vários setores do hospital, sendo a segurança, a qualidade, e a eficiência os pilares fundamentais da prestação de cuidados de saúde, neste contexto (Gomes et al., 2021; Gómez-Ríos et al., 2019).

Partindo destes princípios, a realização de cirurgia programada é assegurada de segunda a domingo, das 8:00 às 24:00 e, a cirurgia de urgência, 24 horas por dia.

O BO é composto por 12 salas operatórias polivalentes, sendo uma dela exclusivamente dedicada à cirurgia de urgência, uma sala para realização de Anestesia Loco-Regional, e uma UCPA para cirurgia convencional, com 12 unidades em funcionamento, mas com capacidade total instalada de 15 unidades (disponíveis mediante ativação de plano de contingência). Para além de várias salas de apoio, com dispositivos/equipamentos médicos e consumíveis imprescindíveis à realização das cirurgias, organizados por especialidades cirúrgicas e área anestésica, o BO dispõe, ainda, de gabinetes de apoio à gestão e logística, local para admissão de clientes, rouparia, farmácia, e copa e vestiários para uso exclusivo dos funcionários.

À semelhança da UCA, cada sala operatória do BO possui uniformização dos carros de anestesia e de apoio à circulação, dispõe de uma área de desinfeção cirúrgica, e o circuito de sujos e de material contaminado segue os mesmos trâmites.

A equipa de profissionais que integra o BO é multidisciplinar, composta por um grupo de profissionais residentes, com atividade adstrita ao BO e ao Locais Remotos (Enfermeiros e Assistentes Operacionais), e um grupo de profissionais não residente, que corresponde aos utilizadores do BO (Cirurgiões, Anestesiologistas, Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica, e Assistentes Técnicos) que pertencem a outros Serviços Clínicos, mas que exercem, simultaneamente, funções no BO.

Especificamente, a equipa de Enfermagem do BO é constituída por 178 profissionais, com atividade adstrita ao BO, UCPA e Locais Remotos, como Serviço de Gastroenterologia,

Pneumologia, Cardiologia, Oftalmologia, Tomografia Computorizada (TAC)/Ressonância Magnética Nuclear (RMN) e Imagiologia, onde se realizam exames de diagnóstico e/ou procedimentos cirúrgicos, sob anestesia, sedação ou cuidados anestésicos monitorizados (MAC). Esta equipa apoia, ainda, a realização de cesarianas urgentes e emergentes na sala operatória do Bloco de Partos, localizado noutra piso do mesmo edifício onde se localiza o BO.

A coordenação e gestão do BO é assegurada pelo enfermeiro gestor e quatro enfermeiros responsáveis por diferentes áreas (área cirúrgica, área anestésica, cirurgia de ambulatório e Assistentes Operacionais), onde desenvolvem um trabalho articulado de planeamento e gestão de clientes, de procedimentos cirúrgicos e de profissionais de saúde.

Do total de enfermeiros do BO, 35 são EE: 21 EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica, cinco EE em EMCEPSP, quatro EE em Enfermagem de Reabilitação, dois EE em Saúde Infantil e Pediátrica, dois EE em Saúde Comunitária, e um EE em Saúde Materna e Obstétrica, número que continuará a aumentar.

Perante os diferentes contextos e as suas especificidades no exercício de Enfermagem, é exigido dos profissionais de saúde uma forte componente interdisciplinar e acentuada polivalência nas competências a demonstrar em contexto perioperatório. Assim, perante a necessidade de elevada diferenciação na prestação de cuidados em contexto de BO e nos locais a este adjudicado, existe uma subdivisão da equipa de enfermagem em área anestésica e área cirúrgica, de modo a potenciar a qualidade da prestação de cuidados.

A vivência global do BO permite uma melhor compreensão sobre a prestação de cuidados em contexto perioperatório e aquisição de conhecimentos específicos, que é complementada com a realização de reuniões de serviço multidisciplinares e formações em serviço. Deste modo, também é proporcionada à Direção de Serviço uma maior flexibilidade na alocação dos profissionais às diferentes áreas, em situações planeadas ou imprevistas, que o exijam.

Relativamente à organização e distribuição dos elementos de enfermagem, por turno, e de modo a assegurar dotações seguras na prestação de cuidados, esta depende da complexidade e risco da intervenção cirúrgica, tendencialmente constituída por Equipas Funcionais, numa estreita relação com a área cirúrgica e anestésica. Assim, habitualmente, contempla pelo menos três enfermeiros por sala operatória (um enfermeiro de anestesia, um enfermeiro circulante e um enfermeiro instrumentista) e três enfermeiros na UCPA (garantido o rácio de um enfermeiro para quatro clientes não ventilados, ou um enfermeiro para um cliente ventilado) (OE, 2019; OE, 2014). Diariamente, é destacado um enfermeiro responsável de turno com funções de organização e gestão das salas operatórias e das cirurgias urgentes/emergentes, e um enfermeiro responsável por acompanhar os clientes na transferência da UCPA para o internamento, ou na realização de algum exame complementar de diagnóstico fora do BO. Na sala do Bloco de Partos, além dos elementos de enfermagem habituais da sala operatória, está presente um EE em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

No que concerne à gestão das cirurgias urgentes e emergentes, estão sempre destacadas duas equipas de enfermagem para esse efeito, 24 horas por dia, sendo que, em caso de necessidade, qualquer sala operatória recebe clientes emergentes, em detrimento da cirurgia programada convencional.

Relativamente a projetos de Enfermagem em desenvolvimento no BO, tal como referido anteriormente, estes são comuns à UCA, pela sua contiguidade estrutural e exigência comum da qualidade e segurança dos cuidados.

No que respeita à documentação dos cuidados de enfermagem, o BO e a UCA utilizam o *Bsimple Patient Care*, um sistema de informação e documentação de intervenções médicas e de enfermagem, que permite o acompanhamento do cliente em todo o período perioperatório. Excepcionalmente, no período intraoperatório, os registos de enfermagem são realizados no sistema informático *Glantt*, e os registos médicos no *Bsimple Patient Care*. No entanto, o sistema informático *Bsimple Patient Care* possibilita o registo em tempo real de todas as intervenções de enfermagem (pré e pós-operatórias), e garante a continuidade dos registos quando o cliente é transferido para os serviços de internamento.

Internamente, no hospital, e transversal à Unidade Local de Saúde (ULS) recentemente criada, denota-se uma preocupação com o desenvolvimento e excelência da profissão pelo que, encontra-se em fase de conceção os Núcleos de Especialidade de Enfermagem (NEE). Estes NEE representam uma estrutura inovadora e essencial para fortalecer a integração de cuidados, sendo transversais aos cuidados de saúde primários e hospitalares, e têm como objetivos fortalecer a prática de enfermagem através da excelência na prática de enfermagem especializada em cada área de especialidade; fomentar a partilha de conhecimento e experiências entre EE; assim como, contribuir para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem prestados aos clientes. Desta forma, procura-se garantir uma resposta eficaz às necessidades de saúde, especialmente durante as transições de cuidados, promovendo práticas uniformizadas baseadas na evidência e numa linguagem comum entre EE.

Posto isto, e perante as particularidades de cada serviço onde tive oportunidade de desenvolver e consolidar competências especializadas, as experiências vivenciadas foram diversas e distintas, o que permitiu um estímulo constante para uma reflexão crítica e aprofundamento de conhecimentos. A exigência presente na especificidade de cada serviço e nos cuidados a serem prestados a cada cliente, em particular, apurou o sentido de responsabilidade e profissionalismo, na garantia da segurança do cliente e na promoção da sua autonomia, planeando e estabelecendo prioridades na prestação de cuidados ao cliente perioperatório, mediante as suas necessidades.



### 3. VITRECTOMIA VIA PARS PLANA POR DESCOLAMENTO DA RETINA

Cliente de 52 anos, com diagnóstico médico de descolamento da retina exsudativo, de repetição, do olho direito. Sem outros antecedentes pessoais. Proposto para realização de VPP ao olho direito, em regime de cirurgia de ambulatório.

#### 3.1. Enquadramento teórico

O presente trabalho pretende expor a formulação e implementação de procedimentos para a tomada de decisão na prática de Enfermagem especializada, com base na evidência científica atual e nas normas em vigor. Neste sentido, será explanada a conceção de cuidados de Enfermagem à pessoa em situação perioperatória, especificamente a um cliente submetido a VPP por descolamento exsudativo da retina, sob anestesia geral balanceada, em regime de cirurgia de ambulatório.

Num primeiro momento, fundamenta-se a conceção de cuidados de Enfermagem e contextualiza-se a patologia e o procedimento cirúrgico, tecendo algumas considerações sobre a anatomia do olho e fisiopatologia do segmento posterior, fatores de risco e complicações inerentes ao procedimento cirúrgico. Seguem-se considerações sobre o procedimento anestésico realizado para a VPP, refletindo sobre a técnica anestésica e possíveis complicações. Posteriormente, reflete-se sobre aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita e, por fim, apresenta-se a conceção de cuidados de Enfermagem em que, para o seu desenvolvimento foram elaboradas seis sessões na plataforma *e4nursing*, distribuídas de acordo com o cronograma apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 - Cronograma das sessões *e4nursing*

07/11/2024					
9h00	9h45	10h30	12h00	12h15	16h45
1ª Sessão	2ª Sessão	3ª Sessão	4ª Sessão	5ª Sessão	6ª Sessão
Admissão no Bloco Operatório	Reavaliação	Indução Anestésica + Posicionamento Cirúrgico	Reversão Anestésica	UCPA Fase I	UCPA Fase II - Alta
Pré-operatório		Intraoperatório		Pós-operatório	

### Conceção de cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

A Enfermagem, enquanto disciplina, alicerça o seu desenvolvimento em fundamentos teóricos que se assumem como referências para a prática profissional, permitindo uma atuação sistemática e intencional, contribuindo para a qualidade dos cuidados de enfermagem (Ribeiro et al., 2018). Na inexistência de referenciais teóricos, os cuidados de Enfermagem assentariam no modelo biomédico, centrados na gestão de sinais e sintomas das patologias, em detrimento do foco centrado no cliente (Paiva, 2016). Assim, é prioritário desenvolver e estreitar a relação entre teoria, prática e investigação, contribuindo para uma conceção de cuidados fundamentada na evidência (Kitson et al., 2022).

Baseando a prática de enfermagem em contexto perioperatório numa teoria de enfermagem, a Teoria do Autocuidado de Dorothea de Orem, desenvolvida entre 1959 e 1985, é uma das que permite englobar o cliente em diferentes estádios de saúde e de vida, incluindo quando vivencia situações em contexto perioperatório (Queirós et al., 2014; Salgueiro, 2014).

Na sua conceptualização, Orem vê o cliente sob uma perspetiva holística, ativo no seu processo de saúde e, na sua intervenção, procura manter e promover a capacidade de autocuidado do cliente, de modo a acelerar a sua recuperação e melhorar a sua qualidade de vida (Zhang & Pan, 2021). Assim, torna-se especialmente apropriada em ambiente perioperatório, na medida em que o cliente é visto como um participante ativo na tomada de decisão clínica, e onde se procura satisfazer as suas necessidades de autocuidado no período pré, intra e pós-operatório, segundo os diferentes estádios de dependência: desde o completamente autónomo, em que apenas as necessidades de educação e esclarecimento precisam ser colmatadas; passando pelo parcialmente compensatório (como por exemplo, na vigilância de uma pessoa submetida a cirurgia sob anestesia loco-regional); até ao totalmente compensatório (como é o caso de uma pessoa submetida a cirurgia sob anestesia geral).

Mais recentemente, foi desenvolvido por um grupo de peritos da AORN o Modelo Perioperatório Centrado no Cliente (*Perioperative Patient Focused Model*), cujo objetivo foi a seleção de uma teoria de enfermagem para dar respostas às exigências do perioperatório (Salgueiro, 2014). Com um desenho conceptual específico para o contexto perioperatório, evidencia os cuidados centrados no cliente, mas também a necessidade de incluir a família no foco dos cuidados perioperatórios (Salgueiro, 2014), e defende a uniformização da linguagem e dos cuidados de Enfermagem, a utilização de normas e a avaliação contínua dos resultados, com vista à melhoria contínua, cooperando com outros membros da equipa de saúde e com o cliente (Beyea, 2011).

Segundo este modelo, a prestação de cuidados ao cliente em contexto perioperatório deve recorrer à prática baseada na evidência e estar inserida num sistema de saúde promotor de segurança, no sentido de assistir o cliente a atingir os resultados desejados durante a experiência perioperatória (Van Wicklin, 2020). Desta forma, procurar incorporar neste modelo a prática profissional do enfermeiro no perioperatório e representar a atividade profissional dos enfermeiros no cuidado ao cliente antes, durante e após a cirurgia (Rothrock & Smith, 2000).

Neste seguimento, é função do enfermeiro em contexto perioperatório identificar as necessidades do cliente/pessoa significativa, sejam estas físicas, psíquicas, sociais ou espirituais, de modo a conseguir elaborar e colocar em prática um plano individualizado de cuidados que coordene as ações de enfermagem baseadas em conhecimento e evidência científica (AORN, 1998, como citado em AESOP, 2006). Só deste modo é possível restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do cliente, antes, durante e após a cirurgia. Como tal, no exercício profissional, o EE na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória assume como função garantir e prestar cuidados de Enfermagem específicos e de qualidade nos períodos pré, intra e pós-operatório, nomeadamente no âmbito da gestão e liderança, educação, investigação, e prestação direta de cuidados na área da anestesia, circulação, instrumentação e na UCPA (AESOP, 2006). Deve primar, ainda, pela atitude antecipatória dos riscos inerentes à situação cirúrgica e anestésica, e ter como princípios a atuação com responsabilidade profissional e prudência (OE, 2017).

Na conceção de cuidados de enfermagem, que resultam do processo de Enfermagem e do juízo clínico implícito à tomada de decisão com a realização da avaliação, a formulação de diagnósticos, a determinação dos resultados, o planeamento e a implementação das intervenções (Kuiper et al., 2017), estão incluídos um conjunto de cuidados específicos e adequados às necessidades do cliente e família a vivenciar um processo cirúrgico. Assim, a conceção de cuidados é algo indissociável da prestação de cuidados de Enfermagem, pois suporta a tomada de decisão baseada no conhecimento proveniente da evidência científica. Só deste modo é possível promover a formulação e implementação de cuidados de saúde, com padrões de qualidade bem definidos e procedimentos diferenciados, consoante as necessidades identificadas em cada cliente (Regulamento n.º 190/2015 da OE).

O desenvolvimento e aprimoramento da competência “Cuidar da Pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa” exige, assim, do enfermeiro especialista no contexto perioperatório, uma reflexão crítica acerca dos cuidados a prestar à pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica, respeitando a singularidade inerente a cada cliente e respetiva família.

### **Descolamento da retina**

O descolamento da retina (DR) é uma doença ocular na qual ocorre uma separação da retina neurosensorial do epitélio pigmentado da retina (EPR) subjacente. Nesta separação, ocorre uma acumulação de fluido subretiniano entre as camadas pelo que, funcionalmente, representa uma separação física dos fotorreceptores da sua fonte de aporte sanguíneo, afetando significativamente a visão (Duarte & Gonçalves, 2020).

A degeneração da retina está presente em 6% a 8% da população e aumenta o risco de DR (Flaxel et al., 2020).

Perante a etiologia do DR, este pode ser subdividido em três tipos: DR regmatogéneo, DR tracional e DR exsudativo (Flaxel et al., 2020). Procedese, de seguida, a uma exploração mais pormenorizada da retina e de cada tipo de descolamento.

### **Considerações anatómicas e fisiopatologia do descolamento da retina**

O olho humano é uma estrutura complexa, com várias estruturas funcionalmente interdependentes na obtenção de uma ótima acuidade visual. No que respeita à retina, e tal como demonstrado na Figura 1, esta é a camada mais interna que reveste o segmento posterior do olho, anterior à coróide (membrana vascular do globo ocular) e posterior ao humor vítreo (matriz rica em colagénio), e é responsável pela formação das imagens, convertendo os estímulos visuais externos em impulsos nervosos que são transmitidos ao córtex cerebral através do nervo ótico (Drake et al., 2015; Nguyen et al., 2023).

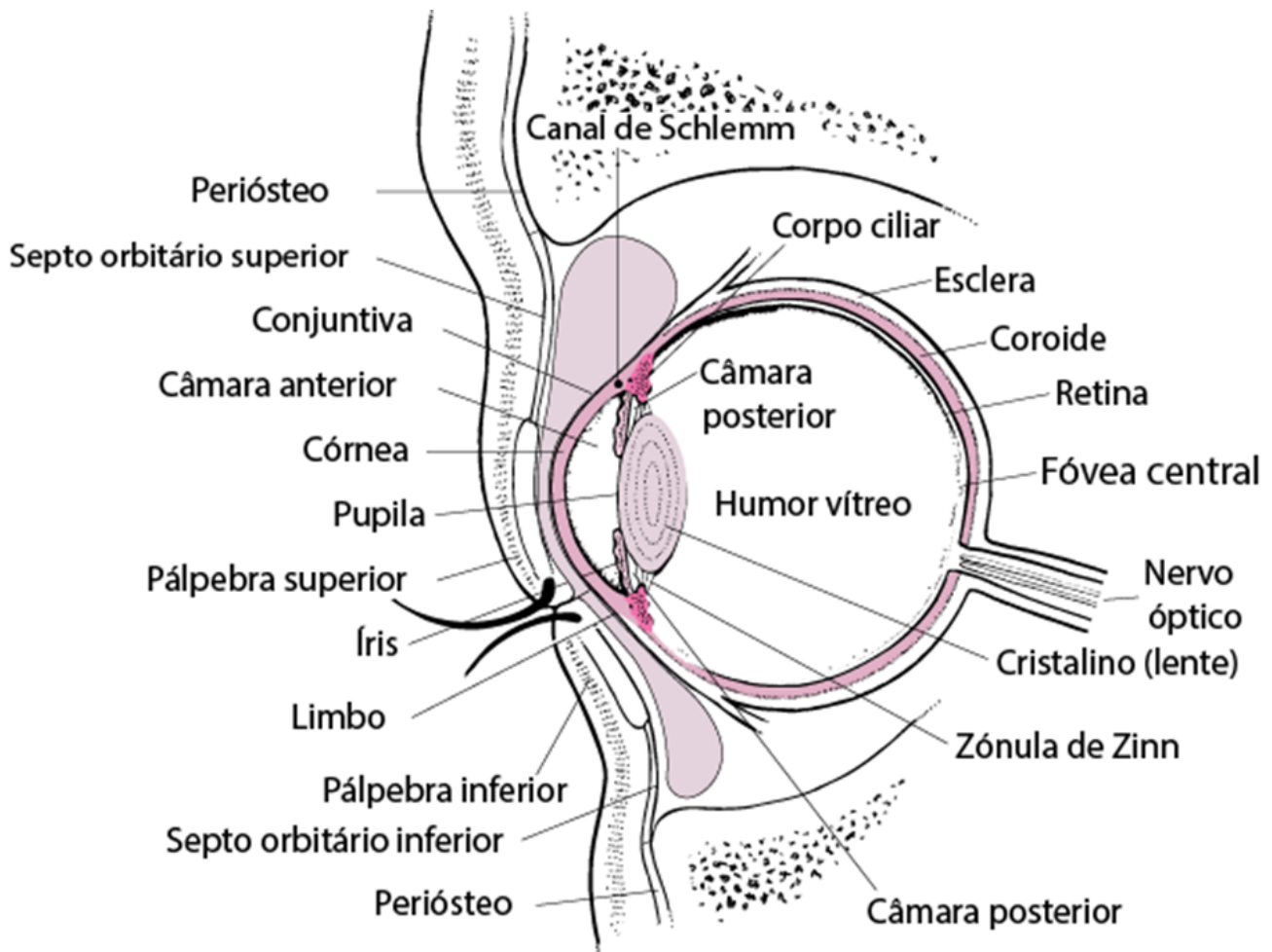


Figura 1 - Anatomia do olho

A retina é composta por células epiteliais, células da glia e células nervosas, que são organizadas em dez camadas diferentes. As primeiras nove camadas, mais internas, constituem a retina neurosensorial, e a décima camada, mais externa, constitui o EPR (Drake et al., 2015).

Tal como demonstra a Figura 2, é na camada mais externa da retina neurosensorial que se encontram os cones e os bastonetes, que constituem a camada de fotorreceptores, responsáveis por captar os fótons recebidos e transmitirem-nos, através do nervo ótico, ao córtex cerebral, para este processar uma imagem visual (Nguyen et al., 2023).

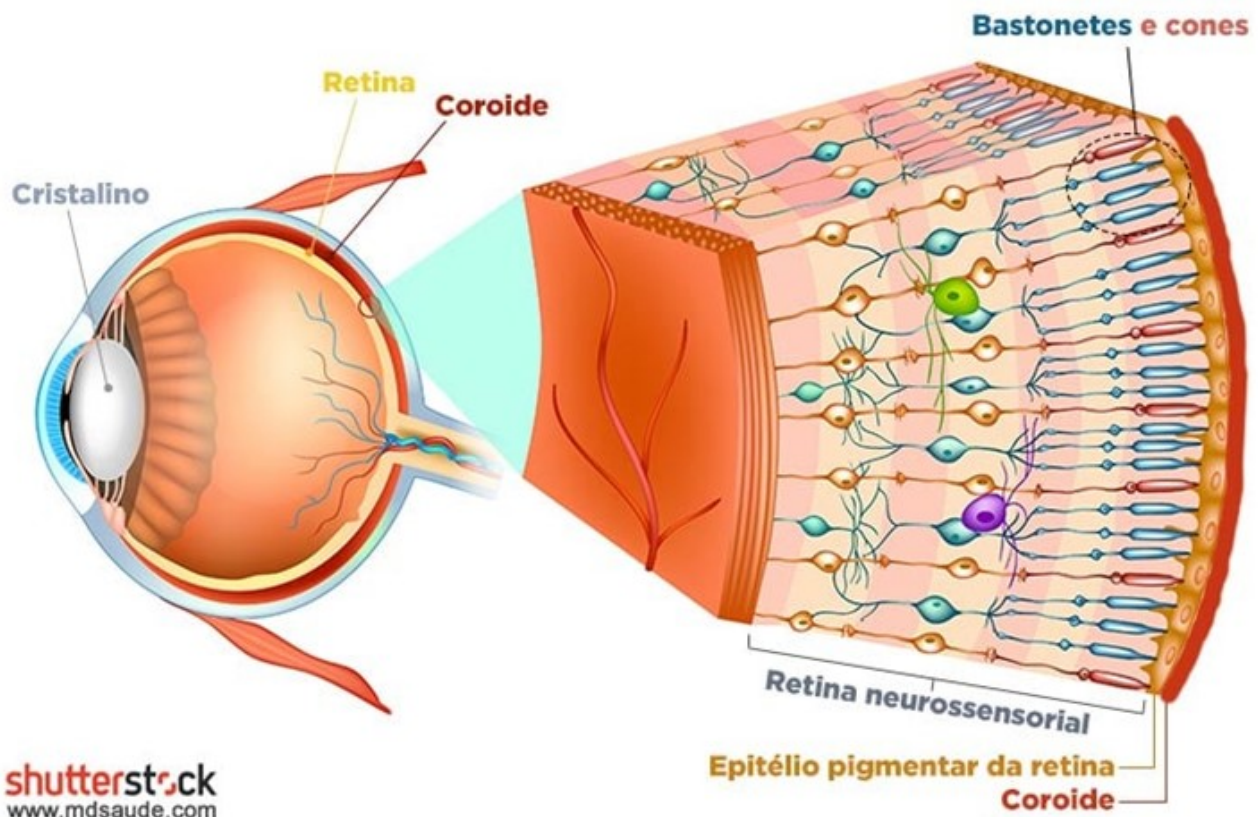


Figura 2 - Anatomia da retina

Exteriormente à retina neurosensorial, está o EPR que se constitui uma barreira hemato-retiniana, em conjunto com o endotélio dos vasos da retina, que permite a renovação dos segmentos externos dos fotorreceptores e a troca de nutrientes, de e para a retina, sendo, por isso, crucial no suporte e manutenção das células fotorreceptoras e do endotélio capilar subjacente. O EPR permite, ainda, regular e proteger a retina externa da luz excessiva e da fotoxidação (Mahabadi & Khalili, 2025; Nguyen et al., 2023). Importa referir, ainda, que o EPR adere fortemente à coroide, mas a aderência à camada de fotorreceptores não é tão forte, sendo entre estas camadas que surgem os descolamentos de retina, tal como demonstrado na Figura 3 (Duarte & Gonçalves, 2020).

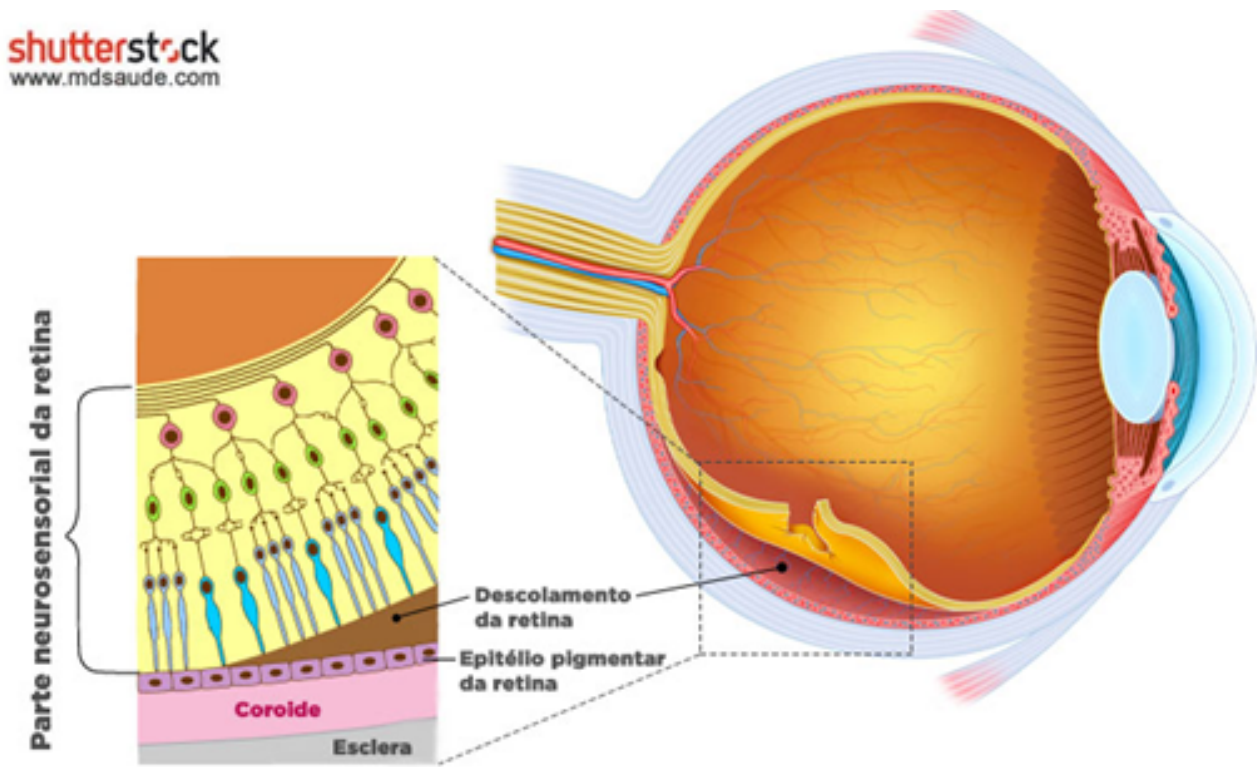


Figura 3 - Descolamento da retina

### **Descolamento da retina regmatogéneo**

É o tipo de DR mais comum, sendo causado pela passagem de vítreo liquefeito através de uma solução de continuidade/rutura da retina neurosensorial para o espaço subretiniano. A principal causa para esta rutura é o descolamento do vítreo posterior, que pode acontecer em qualquer idade, mas é mais frequente em pessoas a partir dos 55 anos e, segundo os dados mais recentes, afeta aproximadamente 26 em cada 100000 pessoas por ano na Holanda, sendo que a taxa geral de incidência aumentou 44% na última década, em comparação com dados semelhantes de 2009 (van Leeuwen et al., 2021).

Os fatores de risco mais comuns para este tipo de DR são a miopia, a cirurgia de catarata anterior, o trauma ocular, a degeneração retiniana e a história familiar de DR (Flaxel et al., 2020; van Leeuwen et al., 2021).

Relativamente aos sintomas associados ao DR regmatogéneo, estes podem incluir “moscas volantes” vítreas irregulares (miodesópsias) e *flashes* de luz (fotopsia) (Govers et al., 2024). A diminuição da acuidade visual ocorre quando o DR atinge a região macular e, geralmente, é precedida por sintomas como visão turva, diplopia e amputação do campo visual (Luquetti et al., 2024a).

O tratamento recomendado depende da localização e extensão da rutura da retina, podendo

realizar-se criopexia, laser ou VPP (Neves & Ágoas, 2020).

### **Descolamento da retina tracional**

É menos frequente do que o DR regmatogéneo, e ocorre quando a retina neurosensorial é separada do EPR por contração de membranas proliferativas vítreoretinianas que elevam a retina, na ausência de lesões regmatogéneas (Flaxel et al., 2020).

Este tipo de DR pode ocorrer no contexto de retinopatia diabética proliferativa, retinopatia de células falciformes, toxocaríase, tração vítrea pós-traumática, oclusão venosa retiniana, vasculite retiniana, vasculatura fetal persistente, vítreo-retinopatia exsudativa familiar, retinopatia da prematuridade e todas as patologias passíveis de provocar hemovítreo massivo (síndrome de Terson, angioma retiniano, melanoma da coróide, neovascularização corioretiniana e outras doenças vasoproliferativas retinianas) (Carneiro & Vieira, 2020; Flaxel et al., 2020; Shao et al., 2018).

A sintomatologia associada ao DR tracional pode ser insidiosa e de instalação lenta, muitas vezes associada a outras patologias sistémicas e oftálmicas prévias, onde as alterações subjetivas da acuidade visual devem ser valorizadas, e alertar para a possibilidade de existir um DR (Flores & Roque, 2020).

O tratamento, habitualmente, passa por medicamentos anti fator de crescimento endotelial vascular intravítreo (anti-VEGF), que tendem a bloquear o crescimento da neovascularização e melhoram significativamente a acuidade visual. No entanto, a VPP pode ser necessária para remover a hemorragia vítrea e/ou a membrana proliferativa (Shao et al., 2018).

### **Descolamento da retina exsudativo**

É o tipo de DR menos comum, sendo o resultado da exsudação de líquido dos vasos da retina neurosensorial e/ou da coróide, com acumulação de fluido, na ausência de lesões regmatogéneas ou trações vítreoretinianas (Flaxel et al., 2020).

O DR exsudativo é causado por doenças retinianas ou coróides como retinopatia hipertensiva, retinopatia de nefropatia e corioretinopatia exsudativa central, uveíte, tumor metastático, melanoma maligno, doença de Coats, síndrome Vogt-Koyanagi-Harada, oftalmia simpática, esclerite posterior, retinoblastoma, hemangioma coróideu, maculopatia exsudativa da idade e descolamento exsudativo secundário à oclusão da veia central da retina, à crioterapia ou à diatermia (Flaxel et al., 2020; Ozbek et al., 2024; Zhou et al., 2018).

Relativamente à sintomatologia associada a este tipo de DR, pode surgir uma visão turva, mas em estados iniciais da doença, pode nem haver sintomas, o que dificulta o seu diagnóstico e

tratamento precoce (Flaxel et al., 2020).

O tratamento do DR exsudativo é focado no controlo da doença de base, de modo a restabelecer o normal funcionamento dos vasos retinianos e coroides e do EPR. Revertendo-se o estímulo da patologia causadora do exsudado é possível eliminar de forma espontânea o líquido subretiniano e os metabolitos acumulados (Carneiro & Vieira, 2020). No entanto, existem exceções onde, pela grande quantidade de líquido subretiniano acumulado ou pela cronicidade do estímulo da patologia base, são necessárias terapêuticas adjuvantes, como terapêutica intravítrea ou mesmo VPP (Flaxel et al., 2020; Ozbek et al., 2024).

No entanto, e normalmente, a VPP neste tipo de DR é utilizada como um procedimento de resgate, desempenhando um papel crucial na otimização dos resultados visuais ou na prevenção da enucleação em apresentações avançadas de DR exsudativo (Amer et al., 2017). Ratra et al. (2023), num estudo sobre o tratamento cirúrgico em casos de DR inflamatório exsudativo resistentes ao tratamento, demonstraram que a VPP pode atuar como um adjuvante à terapêutica médica convencional e ajudar a manter a integridade estrutural do globo ocular, sendo que, a realização de VPP precocemente pode ajudar a preservar a função visual.

### **Considerações sobre o procedimento cirúrgico**

Tal como referido anteriormente, o tratamento recomendado para o DR depende da sua etiologia e da patologia associada. Contudo, perante a irreversibilidade do DR, quer por meio conservador (terapêutica medicamentosa para controlo da patologia de base), quer por procedimentos menos invasivos (criopexia e laser) e/ou na presença de hemorragia vítrea ou membrana proliferativa, a VPP pode ser recomendada (Neves & Ágoas, 2020; Ozbek et al., 2024; Shao et al., 2018).

A VPP apresenta uma taxa de sucesso primário superior a 85%, todavia, mais de 10% dos DR ainda podem requerer operações secundárias, por insucesso cirúrgico ou complicações associadas ao procedimento. As principais causas de insucesso incluem ruturas retinianas não seladas ou de início recente, vítreo-retinopatia proliferativa e contração retiniana intrínseca (Nagpal et al., 2018; Wang et al., 2021).

Tecnicamente, a VPP é um procedimento microcirúrgico que requer equipamentos médicos, tais como um sistema de visualização (microscópio), um sistema de visualização de ângulo amplo adaptado ao sistema de visualização (Biom) e um equipamento médico de vitrectomia posterior, assim como consumíveis indispensáveis à realização da cirúrgica: três trocares valvulados (habitualmente 23G ou 25G), um sistema de irrigação (linha de infusão), Solução Salina Balanceada, um sistema de endoiluminação, um sistema de corte-sucção (vitrectomo), fibra de

endolaser e endodiatermia. São necessários, ainda, os instrumentos cirúrgicos indispensáveis à realização da cirurgia como micropinças, microtesouras, blefaróstato, pinça de conjuntiva, pinça de pontos e porta agulhas (Smith, 2008; The Vit-Buckle Society, 2025).

Durante a cirurgia, pode ser necessário utilizar alguns corantes/adjuvantes à cirurgia como a triancinolona, que permite visualizar melhor o vítreo assim como as suas aderências à retina, e o azul brilhante para corar a membrana limitante interna, facilitando a sua identificação (Martins et al., 2015; The Vit-Buckle Society, 2025).

Após o posicionamento do cliente em decúbito dorsal, e indução de anestesia geral ou realização de bloqueio retrobulbar, a VPP inicia-se com a colocação do campo operatório, mediante prévia desinfeção ocular (com iodopovidona diluída a 5% em soro fisiológico a 0,9% ou clorexidina aquosa a 0,05%, no fundo de saco conjuntival e córnea), e desinfeção das pálpebras e periocular com iodopovidona a 10% (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2022). Coloca-se o blefaróstato no olho a operar e realizam-se três esclerotomias através da colocação dos trocares, que são colocados transversalmente à conjuntiva e à esclera, para dar acesso ao vítreo (temporal inferior, temporal superior e nasal superior). Antes da inserção do trocar, a conjuntiva é deslocada com uma microesponja para manter a punção conjuntival longe da incisão escleral, sendo esta, geralmente, realizada num ângulo de 9 a 45 graus (dependendo do calibre). Esta manobra permite uma incisão na esclera mais longa, o que diminuindo o risco de perda de pressão intraocular, após a cirurgia. Posto isto, a linha de infusão é conectada ao trocar temporal inferior, e ligada (Patel, 2023).

Inicia-se a VPP com a realização de vitrectomia central, de modo a remover o vítreo. Para tal é introduzido nos trocares uma sonda de endoiluminação e um vitrectomo, podendo ser realizado sob visualização direta com o microscópio (Patel, 2023; The Vit-Buckle Society, 2025). Posteriormente, é realizada uma vitrectomia central adequada, e o segmento posterior é visualizado com recurso ao sistema de visualização de ângulo amplo (Biom). É nesta fase que pode ser necessário o recurso a corantes adjuvantes para melhor identificação do vítreo e da sua aderência à retina (triancinolona) e identificação de membrana limitante interna (azul brilhante) (Martins et al., 2015; Patel, 2023; The Vit-Buckle Society, 2025).

Após a remoção de uma quantidade adequada de vítreo, e observação cuidada de toda a extensão da retina de modo a identificar ruturas e/ou descolamentos, vários procedimentos intraoculares podem ser indicados, dependendo do motivo da VPP e das lesões identificadas. Estes incluem injeção de perfluorocarbono, *peeling* de membrana, tratamento de ruturas com endolaser, retinotomia ou retinectomia, troca ar-fluido, troca gás-ar (com hexafluoreto de enxofre [SF<sub>6</sub>] ou octafluoropropano [C<sub>3</sub>F<sub>8</sub>]) e injeção de óleo de silicone (Patel, 2023).

No caso específico em estudo, foi injetado perfluorocarbono, realizado reforço do DR com endolaser 360º e injetado óleo de silicone. Perante um DR exsudativo complexo, a utilização de óleo de silicone é recomendada, pelo facto de não ser absorvido e pelas suas propriedades de

alta viscosidade e tensão superficial que oferecem maior visibilidade e suporte estrutural do que outras alternativas, facilitando o processo de cicatrização do descolamento. A sua natureza hidrofóbica permite, ainda, a aplicação a longo prazo e viagens aéreas, melhorando assim os resultados gerais da recuperação. No entanto, é necessário proceder à sua remoção dentro de três a seis meses, após avaliação médica (Chen et al., 2021; Mack, 2018; Tayyab et al., 2023).

Terminado o procedimento, as esclerotomias são encerradas de modo a ficarem estanques e garantirem a manutenção da pressão intraocular. Para tal, conforme o trocar é retirado, uma microesponja deve ser colocada a aplicar pressão no local da esclerotomia. Caso o encerramento não ocorra de forma espontânea, pode ser necessário realizar uma única sutura absorvível de 7/0 ou 8/0 (Vicryl®) através da conjuntiva e da esclera. Por fim, a pressão intraocular fisiológica (PIO) é confirmada por meio de palpação ou tonometria, são aplicados antibiótico e anti-inflamatório não esteroide, por meio de injeção subconjuntival, e é colocado um penso oftálmico e um protetor rígido de modo a proteger o olho recém-operado (Patel, 2023).

### **Considerações sobre o procedimento anestésico**

Existem diferentes tipos de anestesia (local, loco-regional, geral e sedação) pelo que a sua seleção é realizada em função do procedimento cirúrgico e da sua duração, do posicionamento necessário e do estado clínico e psicológico do cliente, exigindo que o seu planeamento seja realizado de forma individualizada, atendendo aos dados colhidos na consulta pré-operatória de anestesia (Guimarães et al., 2021). Dependendo do que é pretendido, a anestesia permite bloquear de forma parcial ou total a sensibilidade tátil e dolorosa, com ou sem compromisso da consciência (Sousa & Marques, 2014).

Para a realização da VPP, e antes da indução anestésica, é necessário posicionar o cliente em decúbito dorsal, numa marquesa operatória com um apoio de cabeça apropriado para a realização do procedimento cirúrgico. Após o cliente estar confortavelmente deitado e com a cabeça no apoio, os braços devem ser fixados adequadamente ao longo do corpo, com recurso a um lençol, de modo a que não fiquem descaídos e se evite movimentos inadvertidos durante o procedimento cirúrgico. (Patel, 2023).

Posto isto, e após monitorização (eletrocardiograma, frequência cardíaca, pressão arterial e saturação periférica de oxigénio), o cliente é submetido a uma anestesia geral balanceada. Esta consiste na utilização de fármacos por via inalatória e endovenosa, induzindo um quadro reversível de hipnose, amnésia, analgesia, narcolepsia e relaxamento muscular (Morujão, 2013). A utilização combinada de fármacos inalatórios e endovenosos permite utilizar doses menores, potenciando o seu efeito e reduzindo a probabilidade de surgirem efeitos secundários (Brown et

al., 2018).

Quando o cliente é submetido a anestesia geral balanceada verificam-se três fases com características específicas: a indução, a manutenção e a emergência anestésica/reversão. Na primeira fase, após monitorização do cliente e pré-oxigenação, são administrados, por via endovenosa, fármacos analgésicos opioides, hipnóticos e o relaxante muscular, atingindo-se a tríade anestésica. Posteriormente, na fase de manutenção, a tríade anestésica é assegurada através da administração de fármacos por via endovenosa e inalatória (sevoflurano, por exemplo). Na fase de emergência anestésica/reversão, que se inicia após o término do procedimento cirúrgico, a administração dos fármacos anteriormente referidos é interrompida, procede-se à reversão do bloqueio neuromuscular e o cliente começa a recuperar a consciência (Guimarães et al., 2021; Malagutti & Bonfim, 2013).

Relativamente às complicações anestésicas associadas à anestesia geral, estas estão maioritariamente relacionadas com os sistemas respiratório e cardiovascular. Na fase de indução, os principais desafios são a abordagem da via aérea, a oxigenação e a ventilação, podendo ocorrer, nesta fase, broncoespasmo, laringospasmo, atelectasias, edema pulmonar ou aspiração de conteúdo gástrico (Harris & Chung, 2013).

No que respeita às complicações do sistema cardiovascular, as mais frequentes são a hipotensão/hipertensão, as arritmias cardíacas, a hipotermia e a hipovolémia, a trombose venosa profunda, o enfarte agudo do miocárdio e a paragem cardiorespiratória (Paavolainen & Wallstedt, 2016; Seyni-Boureima et al., 2022).

As náuseas e vômitos pós-operatórios (NVPO), alterações na motilidade intestinal, odinofagia ou lesões na orofaringe (consequência da intubação), reações medicamentosas e disfunção renal, são outras complicações que podem surgir decorrentes da anestesia geral (Harris & Chung, 2013).

Por fim, e embora menos comuns, os fenómenos de *awareness* (associada a anestesia insuficiente) e de *delirium* pós-operatório (confusão/desorientação durante a emergência anestésica), de hipertermia maligna e de bloqueio neuromuscular residual também são referidos na literatura (Gouveia et al., 2020; Vilela, 2017).

### 3.2. Clientes

#### Cliente

Adulto | Idade: 52 anos | Masculino

### 3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-11-07 09:00:00	Cloridrato de Oxibuprocaína 4mg/ml colírio	2024-11-07 10:30:00
2024-11-07 09:00:00	Fenilefrina 100mg/ml colírio	2024-11-07 10:30:00
2024-11-07 09:00:00	Tropicamida 10mg/ml colírio	2024-11-07 10:30:00
2024-11-07 09:00:00	Cloreto de Sódio 0,9% 500ml EV	2024-11-07 16:45:00
2024-11-07 10:30:00	Fentanil 0,1mg EV	2024-11-07 12:00:00
2024-11-07 10:30:00	Propofol 250mg EV	2024-11-07 12:00:00
2024-11-07 10:30:00	Dexametasona 4mg EV	2024-11-07 12:00:00
2024-11-07 10:30:00	Sevoflurano 2% em Oxigénio IN	2024-11-07 12:00:00
2024-11-07 12:00:00	Paracetamol 1g EV	2024-11-07 12:15:00
2024-11-07 12:00:00	Cetorolac 30mg EV	2024-11-07 12:15:00
2024-11-07 12:00:00	Ondansetron 4mg EV	2024-11-07 12:15:00
2024-11-07 12:00:00	Tramadol 100mg EV	2024-11-07 12:15:00

#### 3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

A prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória requer o envolvimento e atuação de todos os profissionais de saúde do bloco operatório de forma coordenada e ágil (Delamar, 2008) pelo que, o enfermeiro em contexto perioperatório, como parte integrante da equipa multidisciplinar, deve deter conhecimentos e desenvolver competências inerentes à prestação de cuidados centrados nas necessidades do cliente, desde o momento da admissão até à alta.

Neste sentido, e para a conceção de cuidados de Enfermagem à pessoa em situação perioperatória, o enfermeiro deve ser detentor de conhecimentos dos fármacos utilizados de modo a vigiar potenciais efeitos indesejados, durante todo o período perioperatório.

No momento da admissão, a preparação pré-operatória do cliente deve ser realizada de acordo com o procedimento cirúrgico a ser realizado e seguindo os protocolos estabelecidos e/ou

indicação médica, pelo que o enfermeiro, neste contexto, deve ser detentor de conhecimento sobre as especificidades de cada procedimento cirúrgico, e as respetivas necessidades pré-operatórias, tais como administrar pré-medicação por via endovenosa (por exemplo, antibiótico), realizar dilatação ocular ou aplicar anestésico local, de modo a garantir que o procedimento se realiza de acordo com as recomendações.

O enfermeiro em contexto perioperatório deve deter, ainda, conhecimento e competências na área de anestesia, nomeadamente sobre técnicas anestésicas, agentes anestésicos e interações farmacológicas dos mesmos, assim como técnicas e métodos de monitorização. Em colaboração com o médico anestesista, o enfermeiro de anestesia é responsável pela preparação e administração dos fármacos prescritos, mas também por otimizar o trabalho em equipa com o anestesista, mantendo a vigilância de sinais e sintomas de complicações, estando apto a atuar em caso de urgência e emergência (Cambotas et al., 2006; Lemos & Poveda, 2022).

Tal como referido anteriormente, para a realização da anestesia geral balanceada é necessária a administração de fármacos por via inalatória e endovenosa, de modo a obter-se a tríade anestésica (hipnose, analgesia e relaxamento muscular), assim como para reversão da anestesia (reversão do bloqueio neuromuscular) e para prevenção de complicações pós-operatórias, nomeadamente a dor, as náuseas e vômitos e a infeção do local cirúrgico (Luquetti et al., 2024; Morujão, 2013). Para tudo isto são administrados fármacos de diferentes grupos, com efeitos esperados e efeitos secundários conhecidos (Duarte & Martins, 2014).

De seguida, apresenta-se algumas considerações sobre os fármacos administrados durante o período perioperatório, relevantes para a conceção de cuidados de Enfermagem, e agrupados em preparação pré-operatória, fases da anestesia em que são administrados (indução e manutenção) e, por fim, os fármacos utilizados na prevenção de complicações. Não são referidos fármacos associados à reversão visto que, no caso clínico em estudo, não foi realizado relaxamento muscular prévio.

## **Preparação pré-operatória**

### **Anestésico local: Cloridrato de Oxibuprocaína 4mg/ml colírio**

O cloridrato de oxibuprocaína é um fármaco com ação anestésica superficial da córnea, indicado na anestesia de superfície ocular, quando necessário para a realização de determinados atos médicos (tonometria, exames para lentes de contacto e extração de corpos estranhos, da córnea e da conjuntiva), bem como, prévio à aplicação de fenilefrina 100mg/ml colírio, dado o ardor e desconforto ocular que esta provoca (Infarmed, 2021; Infarmed, 2022). Com a administração de pelo menos três gotas, intervaladas de 90 segundos entre si, consegue-se um

efeito anestésico suficiente da conjuntiva e da córnea, ao fim de 5 minutos. A absorção sistêmica do cloridrato de oxibuprocaína pode causar efeitos secundários que, embora muito raros, importa referir: sedação, confusão, agitação, euforia, desorientação, perturbações auditivas, visuais ou da fala, parestesia (formiguelo ou sensação de dormência), fasciculação e fibrilação muscular (contração involuntária dos músculos) e, em casos mais graves, convulsões, depressão respiratória e coma.

### **Dilatação ocular - Midriático: Fenilefrina 100mg/ml colírio**

A fenilefrina 100mg/ml colírio é um fármaco midriático e está recomendado para a indução da midríase pré-operatória, com aplicação prévia de anestésico local, com o objetivo de diminuir o ardor e o lacrimejar provocado pela fenilefrina, o que provoca a diluição da mesma, diminuindo o seu efeito. É recomendada a sua aplicação sem tocar com o frasco no olho e, em caso de absorção sistêmica, podem surgir sintomas como cefaleias, vômitos, alterações do ritmo cardíaco e hipertensão (Infarmed, 2021).

### **Dilatação ocular - Cicloplégico: Tropicamida 10mg/ml colírio**

A dilatação ocular é potenciada com o uso combinado de midriáticos com os cicloplégicos, como a tropicamida 10mg/ml colírio. Esta é um fármaco anticolinérgico que bloqueia as respostas do músculo esfíncter da íris e a resposta de acomodação do músculo do corpo ciliar à estimulação pela acetilcolina. Como resultado, estes músculos relaxam, a pupila dilata e há parálise da acomodação transitória (cicloplegia). É recomendada a aplicação de duas gotas, com intervalo de cinco minutos entre elas, e o seu efeito máximo é obtido 20 a 40 minutos depois da segunda gota. Os efeitos secundários possíveis, associados à absorção sistêmica de tropicamida 10mg/ml colírio são o aumento da pressão intraocular, a sensação passageira de picadas, secura bucal, dilatação prolongada da pupila dificultando a visão, fotobia, taquicardia, cefaleia, estimulação parassimpática ou ainda reações alérgicas (Infarmed, 2022a).

### **Indução anestésica**

#### **Fluidoterapia endovenosa: Cloreto de Sódio 0,9% 500ml EV**

No ambiente perioperatório, é fundamental a gestão adequada de fluidos para manter a perfusão adequada dos órgãos e tecidos, mas, ao mesmo tempo, limitar a sua administração de modo a evitar complicações (Malbrain et al., 2020).

No caso em estudo, foi utilizado o Cloreto de Sódio 0,9%, uma solução cristalóide, que é

utilizado como primeira linha na manutenção de volume e tratamento da hipovolémia. Este atende às necessidades fisiológicas do cliente, permitindo repor as perdas de fluidos sensíveis (formas convencionais de excreção, como urinar e defecar) e insensíveis (suor, evaporação respiratória e as perdas durante o procedimento cirúrgico) (Castera & Borhade, 2023).

Os efeitos indesejados da administração de cloreto de sódio estão associados à sobrecarga de volume, que pode causar edema periférico e edema pulmonar ou hepatomegalia e, em casos raros, acidose metabólica hiperclorémica (Malbrain et al., 2020). O hematoma, a flebite e a tromboflebite, a embolia gasosa, a infiltração, a infecção e embolia do dispositivo são outras complicações relatadas, transversais à administração de fluidos endovenosos (Castera & Borhade, 2023).

### **Hipnótico: Propofol 250mg EV**

O propofol é um fármaco hipnótico utilizado na indução e manutenção da anestesia geral que atinge o seu efeito máximo em 30 a 50 segundos, apresenta uma duração de ação de 5 a 10 minutos, na dose de 2,5mg/kg e uma semivida de 30 e 60 minutos (eliminação urinária) (Delamar, 2008; Morujão, 2013), sendo necessário vigiar o cliente sob efeito de propofol. Reconhecido por poder causar dor local durante a sua administração (Kotani et al., 2008), a sua relativa estabilidade hemodinâmica faz dele um dos fármacos mais utilizados na prática anestésica (Sousa & Marques, 2014).

Identifica-se como contraindicação absoluta a sua administração a clientes com alergia ao fármaco ou a derivados do ovo, e os efeitos secundários possíveis encontrados na literatura centram-se, essencialmente, na depressão do sistema cardiovascular e do sistema respiratório, sendo necessário vigiar sinais de hipotensão, bradicardia e/ou taquicardia, assim como sinais de depressão respiratória (Kotani et al., 2008; Morujão, 2013).

### **Opioide: Fentanil 0,1mg EV**

O fentanil é um analgésico sintético morfinomimético utilizado na analgesia perioperatória, semelhante à morfina, mas produz analgesia em maior extensão (Matos et al., 2023), com um pico plasmático de três a sete minutos, uma duração de ação de 20 a 30 minutos, e uma semivida de aproximadamente 220 minutos (Morujão, 2013).

Apresenta como contraindicação absoluta o seu uso em clientes alérgicos a fentanil ou intolerantes a derivados da morfina.

A vigilância do cliente sob efeito de fentanil é imprescindível, dado os possíveis efeitos secundários ao nível do: sistema cardiovascular (bradicardia e hipotensão), sistema respiratório (depressão respiratória, broncoespasmo), sistema gastrointestinal (náuseas, vômitos e

obstipação), sistema urinário (retenção urinária), e sistema músculo-esquelético (rigidez muscular) bem como prurido, sonolência, distúrbios visuais e delírio. Importa ainda referir que existe um antídoto para os fármacos opioides que é a Naloxona (Infarmed, 2024a; Matos et al., 2023; Morujão, 2013).

## **Manutenção anestésica**

### **Agente inalatório - Sevoflurano 2% em Oxigénio IN**

O sevoflurano é um agente inalatório utilizado tanto na indução anestésica (na população pediátrica) como na manutenção da anestesia. Apresenta grande estabilidade hemodinâmica, mas em concentrações mais elevadas pode provocar hipotensão e bradicardia. São, ainda, conhecidos como efeitos secundários a agitação na recuperação anestésica e casos raros de convulsões (Duarte & Martins, 2014), sendo necessária a vigilância dos clientes submetidos a anestesia com sevoflurano.

## **Prevenção de complicações**

### **Infeção do local cirúrgico - Antibioterapia**

Segundo as normas mais recentes da DGS (2022d) a cirurgia fechada do globo ocular, onde se inclui a VPP, não tem indicação para realização de profilaxia antibiótica cirúrgica.

### **Dor - Analgésico não opioide: Paracetamol 1g EV**

O paracetamol é um analgésico não opioide largamente utilizado, eficaz no tratamento da dor leve a moderada, apresentando, também, propriedades antipiréticas, com uma semivida de 120 minutos (Morujão, 2013). Aquando da administração endovenosa, o seu início de ação é rápido, contudo não deve perfundir muito rapidamente pelo risco de provocar hipotensão. Habitualmente, o paracetamol é muito bem tolerado, surgindo com pouca frequência efeitos secundários como mal-estar, hipotensão, níveis aumentados de transaminases hepáticas ou, ainda, e muito raramente, erupção na pele ou uma reação alérgica grave (Infarmed, 2023).

### **Dor - Analgésico opioide: Tramadol 100mg**

O tramadol é um analgésico opioide indicado, habitualmente, no tratamento de dor moderada a

intensa de caráter agudo, subagudo ou crônico, com uma dose máxima recomendada de 400mg/dia em adultos. Age no sistema nervoso central, com um mecanismo semelhante às endorfinas, para aliviar a dor, sendo indicado para diversas condições, como nos casos de dor oncológica, traumas e pós-operatório (Pinheiro, 2024). O início de ação do tramadol é relativamente rápido, havendo alívio da dor 30 a 60 minutos após administração do mesmo. O efeito analgésico pode durar de quatro a oito horas, dependendo da causa e da intensidade da dor, sendo o pico de ação sentido durante duas a três horas (Pinheiro, 2024). Apresenta como efeitos secundários mais comuns a náusea, os vômitos e a sudorese (principalmente se administração por via endovenosa demasiado rápida) assim como sonolência, tonturas, cefaleias e obstipação (Infarmed, 2024; National Library of Medicine, 2024). A sua administração, associada com analgésicos comuns, como paracetamol, tem ação sinérgica e ajuda a reduzir as doses dos opioides (Pinheiro, 2024).

### **Dor - Anti-inflamatório não esteroide: Cetorolac 30mg EV**

O cetorolac é um anti-inflamatório não esteroide utilizado no tratamento da dor aguda moderada a intensa, amplamente empregue em contexto cirúrgico, sendo particularmente eficaz quando combinado com opioides, levando a uma redução significativa da necessidade destes. Esta abordagem sinérgica também permite diminuir a ocorrência de efeitos adversos associados, como vômitos e diminuição da motilidade gastrointestinal (Mahmoodi et al., 2024).

Como efeitos secundários associados à administração de cetorolac, a literatura destaca as alterações hematológicas, hemorragia, úlceras do trato gastrointestinal, e lesões no rim e no fígado, quando administrado por longos períodos. É recomendado que este seja administrado na menor dose possível, durante o mais curto espaço de tempo, associado a proteção gástrica (Morujão, 2023; Mahmoodi et al., 2024).

### **Náuseas e vômitos - Antieméticos: Dexametasona 4mg EV e Ondansetron 4mg EV**

As NVPO são consideradas uma das complicações mais frequentes, apresentando uma incidência entre 30% e 70% nos clientes submetidos a anestesia geral (Gan et al., 2020). Quanto maior o número de fatores de risco associados a NVPO (sexo feminino, não fumador, histórias de NVPO e/ou náusea associada a movimento e uso de opioides pós-operatórios) maior a sua incidência (Nysora, 2025).

A dexametasona é um corticosteroide que, para além do efeito anti-inflamatório e analgésico, tem também efeito antiemético (Bernardo & Aires 2013; Vieira et al., 2012). É recomendada uma dose profilática de 4mg a 5mg nos clientes com risco de NVPO, administrada durante a indução anestésica, pois revela-se mais eficaz e sem efeitos adversos associados à sua

administração (Vieira et al., 2012).

O ondansetron é um dos medicamentos mais comumente utilizados para o tratamento empírico de náuseas e vômitos de diversas etiologias (Griddine & Bush, 2023). A dosagem padrão para prevenir NVPO é de 4 mg, administrados no final da cirurgia (Vieira et al., 2012). Os efeitos colaterais mais comumente relatados incluem dores de cabeça, fadiga, boca seca, mal-estar e obstipação. Alguns efeitos menos comuns variam desde manifestações de sonolência e sedação, até reações locais no local da injeção e prurido, sendo necessário estar atento a possíveis reações após a sua administração (Griddine & Bush, 2023).

### 3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

#### Atitudes terapêuticas

07-11-2024 09:00

##### **07-11-2024 09:00 - Procedimento invasivo**

07-11-2024 09:00 - Tipo de procedimento invasivo: Vitrectomia pars plana (prevista para as 10h30).

07-11-2024 09:00 - Verificado: antecedentes clínicos, alergias, consentimento informado, próteses, identificação do doente, jejum, preparação pré-operatória.

#### Sondas, Drenos e Cateteres

07-11-2024 09:00

##### **07-11-2024 09:00 - Cateter venoso periférico [RESOLVIDO] 07-11-2024 16:45**

07-11-2024 09:00 - Localização do cateter venoso periférico

07-11-2024 09:00 - Mão Direita(o)

07-11-2024 09:00 - Características do dispositivo: Ch18.

##### **07-11-2024 09:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter [FIM]**

07-11-2024 16:45

07-11-2024 09:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico [Agora; SOS.] [FIM] 07-11-2024 16:45

07-11-2024 09:45 - Substância administrada pelo cateter venoso periférico: soro.

07-11-2024 09:45 - Quantidade administrada pelo cateter venoso periférico:

100 ml.

07-11-2024 10:30 - Substância administrada pelo cateter venoso periférico:  
fármaco.

07-11-2024 10:30 - Quantidade administrada pelo cateter venoso periférico:  
28 ml.

07-11-2024 12:00 - Substância administrada pelo cateter venoso periférico:  
fármaco.

07-11-2024 12:00 - Quantidade administrada pelo cateter venoso periférico:  
150 ml.

**07-11-2024 09:00 - Assegurar funcionamento do cateter** [FIM] 07-11-2024 16:45

*07-11-2024 09:00 - Otimizar cateter venoso periférico [Agora; SOS.] [FIM]*

07-11-2024 16:45

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

#### **Procedimento Invasivo**

O enfermeiro deve acolher a pessoa em situação perioperatória, recebendo informação pertinente para garantir a transferência e continuidade dos cuidados, validando, também, a lista de verificação de segurança pré-operatória (identificação do cliente, antecedentes clínicos, alergias, consentimentos informado, próteses, jejum, banho pré-operatório e presença de acompanhante) (AESPO, 2015). Esta verificação pré-operatória permite reduzir o risco de cirurgia ao local errado, identificar precocemente algum problema com o cliente e minimizar o risco de infeção do local cirúrgico, promovendo uma cultura de segurança (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2009).

No caso específico em estudo, além do referido anteriormente, é necessário garantir, uma preparação adequada do cliente para a cirurgia, mais concretamente, realizar dilatação ocular. Esta é realizada com recurso à aplicação de fármacos midriáticos e cicloplégicos, no olho a ser intervencionado, de modo a permitir a visualização do segmento posterior do olho (Luquetti et al., 2024a; Morgado et al., 2010).

#### **Cateter Venoso Periférico**

A inserção de um cateter venoso periférico (CVP) é indicada e imprescindível no período perioperatório, de forma a criar uma via para a administração de fluidos, fármacos e

hemoderivados (Heydinger et al., 2022). É considerado um procedimento complexo, uma vez que se verifica a necessidade de cuidados específicos no que respeita à escolha do calibre, manutenção, penso utilizado para a fixação e prevenção de complicações (Crozeta & Roehrs, 2012).

O Enfermeiro é o profissional responsável pela sua inserção, manutenção e remoção, assim como pela vigilância de sinais inflamatórios que possam surgir (presença de calor, dor e/ou rubor no local de inserção, obstrução do CVP, presença de hematoma, extravasamento de fluidos e infiltração). É dever do enfermeiro a prevenção da infeção da corrente sanguínea associada ao CVP através da adoção de boas práticas, baseadas em evidência científica atual (Alexandre & Carreiro, 2019; Oren & Cuvadar, 2020), incluindo a sua remoção logo que não seja necessário (O'Grady et al., 2011). Duarte e Martins (2014) reforçam, ainda, que o enfermeiro deve registar o tipo de acesso venoso periférico colocado, a sua localização bem como as características da solução em curso e fármacos administrados.

### 3.5. Domínios

<b>Início</b>	<b>Domínios</b>	<b>Fim</b>
07-11-2024 09:00	Metabolismo	07-11-2024 16:45
07-11-2024 09:00	Termorregulação	07-11-2024 16:45
07-11-2024 09:00	Emoção	07-11-2024 16:45
07-11-2024 09:00	Atitudes terapêuticas	
07-11-2024 09:00	Sondas, Drenos e Cateteres	07-11-2024 16:45
07-11-2024 10:30	Pele e mucosas	
07-11-2024 12:15	Consciência	07-11-2024 16:45
07-11-2024 12:15	Sensações somáticas	
07-11-2024 12:15	Sistema respiratório	07-11-2024 16:45
07-11-2024 12:15	Sistema cardiovascular	
07-11-2024 16:45	Digestão	
07-11-2024 16:45	Eliminação urinária	
07-11-2024 16:45	Autogestão do regime medicamentoso	
07-11-2024 16:45	Padrão alimentar	
07-11-2024 16:45	Padrão de exercício	

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

##### Metabolismo - Glicemia

A avaliação da glicemia assume um papel relevante no cliente cirúrgico, visto que a hiperglicemia perioperatória afeta negativamente os resultados cirúrgicos, constituindo-se como um importante fator de risco para o desenvolvimento de infecção no local cirúrgico (Paredes et al., 2017). O “feixe de intervenções” para a prevenção da infecção do local cirúrgico divulgado pela DGS (2022) corrobora, também, a necessidade de vigilância da glicemia, assumindo que a manutenção da normoglicemia num valor  $\leq 180$  mg/dl, nas 24 horas seguintes à cirurgia, é fundamental para garantir a homeostasia e prevenir a infecção do local cirúrgico.

### **Termorregulação**

A hipotermia inadvertida perioperatória é uma complicação frequente, mas evitável, maioritariamente associada aos efeitos secundários dos fármacos utilizados nos procedimentos anestésicos, e à exposição da área cirúrgica ao ambiente frio do bloco operatório (AESOP, 2017). Perante as repercussões hemodinâmicas que a mesma pode desencadear, associada a *outcomes* mais negativos, compete ao enfermeiro monitorizar a temperatura corporal do cliente durante o período perioperatório, implementando medidas (passivas e/ou ativas) necessárias à manutenção da normotermia e que evitem a perda excessiva de calor, desde o período pré-operatório (AESOP, 2017). Devem ser iniciadas uma a duas horas antes do início da anestesia sendo que, a monitorização da hipotermia leve, moderada e grave, deve ser realizada, respetivamente, a cada 15 minutos, a cada cinco minutos e continuamente (DGS, 2022b). Deste modo, garantindo-se a manutenção da normotermia (temperatura superior a 36°C e inferior a 38°C) no período perioperatório, promove-se a homeostasia e previne-se a infecção do local cirúrgico (DGS, 2022b).

### **Emoção - Ansiedade**

A ansiedade sentida pelo cliente em contexto cirúrgico é uma das reações psicológicas mais frequentemente observada entre clientes cirúrgicos, estimando-se que 25% a 80% dos clientes apresentam ansiedade pré-operatória (Chaudhury et al., 2023). As respostas fisiológicas mais comuns, associadas à ansiedade pré-operatória, incluem a taquicardia, a hipertensão, a temperatura elevada, a sudorese e a náusea, e as respostas psicológicas incluem as mudanças no comportamento, como inquietação, aumento da tensão, apreensão, nervosismo, choro e/ou agressão (Bansal & Joon, 2016; Rebelo & Carvalho, 2014). Um nível aumentado de ansiedade pré-operatória pode exacerbar estas respostas fisiológicas e psicológicas, traduzir-se em consequências negativas que afetam a anestesia, o procedimento cirúrgico em si e os cuidados

pós-operatórios, com impacto significativo no tempo de internamento e no processo de recuperação (Gorini et al., 2022; Zemla et al., 2019). Assim, compete ao enfermeiro em contexto perioperatório, identificar não só as necessidades físicas, mas também as necessidades emocionais do cliente cirúrgico, recolhendo os dados necessários à formulação do diagnóstico de ansiedade. A implementação de intervenções autónomas de enfermagem não farmacológicas têm surgido como alternativas à terapêutica medicamentosa utilizada no tratamento da ansiedade, onde a aplicação de música binaural no período pré-operatório tem demonstrado os seus benefícios, constituindo-se uma opção económica, não invasiva e de fácil implementação (Dahshan et al., 2021; Jang & Choi, 2022; Parodi et al., 2021).

### **Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade**

Elevados níveis de a ansiedade pré-operatória podem influenciar negativamente todo o percurso perioperatório de cliente, desde o momento de admissão até à sua recuperação pós-operatória (Gorini et al., 2022). Compete ao enfermeiro em contexto perioperatório identificar as necessidades emocionais do cliente e, perante o diagnóstico de enfermagem de ansiedade, planear e implementar um conjunto de intervenções facilitadoras do processo de diminuição da ansiedade (Sampaio et al., 2011). Para tal, é necessário estabelecer, desde a consulta pré-operatória, uma relação terapêutica com o cliente que facilite a aquisição de conhecimento e potencie a sua capacidade de autocontrolo da ansiedade. Dar a conhecer estratégias de autocontrolo da ansiedade, como exercícios respiratórios e a musicoterapia, podem diminuir os níveis de ansiedade pré-operatória do cliente, resultando numa melhor adesão deste ao regime terapêutico e aumento da sua satisfação com a experiência cirúrgica (Jang & Choi, 2022; Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, 2023).

### **Pele e Mucosas**

#### **Integridade dos tecidos**

No posicionamento cirúrgico devem ser consideradas as condições, restrições e patologias do cliente, as preferências do cirurgião e a técnica cirúrgica, e o melhor acesso à monitorização, ventilação e administração de fármacos (Lopes et al., 2016). Neste sentido, a atuação do enfermeiro é fundamental na implementação de intervenções baseadas na evidência, de forma a garantir o conforto do cliente, promovendo o seu bem-estar e segurança, ao mesmo tempo que mantém o alinhamento corporal e evita o compromisso de estruturas neuromusculares, assim como a prevenção de alterações respiratórias, cardiovasculares e tegumentares (Almeida & Pacheco, 2014).

Decorrente do procedimento cirúrgico, o cliente é exposto ao risco de lesões pelo que o enfermeiro no intraoperatório deve identificar antecipadamente esse risco e direcionar as suas intervenções para a prevenção deste, comunicando com o cirurgião e o anestesista, de forma a manter a segurança do cliente (Duarte & Martins, 2014).

A todos os posicionamentos estão inerentes forças e pressões anormais no sistema tegumentar, pelo que, se não ocorrer uma proteção adequada, podem surgir lesões pela diminuição da perfusão/isquemia desses tecidos. Na impossibilidade de reduzir o tempo de pressão, o enfermeiro deve tentar redistribuir a pressão exercida sobre uma superfície corporal maior e proteger as proeminências ósseas, reduzindo assim o risco de lesões por pressão no bloco operatório. Segundo a literatura, as lesões por pressão diretamente atribuíveis ao procedimento cirúrgico e anestésico, variam entre 4% e 45%, e podem surgir passado horas ou até três a cinco dias após a cirurgia (Kottner et al., 2019).

Para a realização da VPP, o cliente é posicionado em decúbito dorsal, numa marquesa operatória com um apoio de cabeça apropriado para a realização do procedimento cirúrgico e com os braços ao longo do corpo, fixados com recurso a um lençol (Patel, 2023). Quando o cliente é posicionado, o enfermeiro deve ter em atenção as zonas de pressão, de fricção e de cisalhamento que, no caso em estudo, são vários os pontos de compressão que requerem vigilância e medidas de prevenção. Quando posicionado, a região occipital fica apoiada numa superfície semirrígida e o pescoço em ligeira extensão, o que requer especial atenção. A região sagrada e calcâneos também representam pontos de compressão pelo que, na previsão de um procedimento cirúrgico demorado, devem ser adotadas medidas preventivas como colocação antecipada de tapete de gel na marquesa operatória e almofadas na região poplítea e calcâneos (Prado et al., 2021). Os membros superiores devem ser mobilizados cuidadosamente para não provocar lesões articulares, devem ser colocados ao longo do corpo, com os cotovelos protegidos e a palma da mão voltada para baixo, assumindo um posicionamento o mais anatómico possível, e adaptado às limitações do cliente.

### **Ferida cirúrgica**

A vigilância do penso da ferida cirúrgica e a documentação da sua existência, a localização e as suas características é foco de atenção do enfermeiro, assim como o tratamento à ferida cirúrgica com técnica asséptica, a vigilância de complicações e prevenção de infeção do local cirúrgico (Duarte & Martins, 2014).

A ferida cirúrgica do caso em estudo, pode tornar-se complexa quando apresenta complicações locais como hemorragia ativa, sinais de infeção (dor, rubor e secreções purulentas) ou diminuição da visão ao longo dos dias, no pós-operatório, sendo necessário recorrer ao serviço de urgência para avaliação médica (Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, 2023).

No sentido de prevenir a infeção do local cirúrgico, a DGS (2022) emitiu a norma 020/2015, atualizada em 2022, inserida no Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e das Resistências Antimicrobianas, tendo em conta a implementação de medidas preventivas no sentido de diminuir o risco de infeção do local cirúrgico.

### **Conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica**

O cliente submetido a um procedimento cirúrgico deve receber informação sobre os cuidados a ter com a ferida cirúrgica, incluindo como identificar sinais de complicação associados, e quem contactar, se necessário. Deste modo, é possível reduzir o risco de manipulação da ferida cirúrgica e/ou do penso desnecessariamente, evitando a contaminação com microrganismos indesejados (National Institute for Health and Care Excellence, 2013).

A DGS (2022) reforça a necessidade da equipa de enfermagem capacitar o cliente e pessoa significativa, no que concerne aos cuidados apropriados a ter com o local de incisão, sintomas de infeção, e à necessidade de comunicar o seu aparecimento. É essencial implementar e divulgar as normas de boas práticas, verificar se as mesmas são cumpridas, implementar medidas preventivas, realizando a vigilância epidemiológica da infeção do local cirúrgico através do programa de vigilância europeu.

### **Consciência**

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

Segundo Sampaio et al. (2016), a alteração do estado de consciência é o principal problema do sistema nervoso central observado na UCPA, na qual o cliente pode apresentar períodos de sonolência excessiva e/ou agitação, *delirium* ou psicose pós-operatória, induzidos pela ação dos fármacos administrados. Dadas estas alterações, é importante que o enfermeiro prescreva e implemente intervenções no âmbito da prevenção de quedas, nomeadamente elevar grades da cama, e de prevenção de lesões por pressão. Pelo mesmo motivo, pode-se verificar a depressão dos reflexos de tosse e de deglutição, sendo necessário posicionar o cliente de forma a prevenir a aspiração de vômito (Linton & Matteson, 2020).

## **Sensações Somáticas - Dor**

Apesar dos avanços farmacológicos e tecnológicos, a dor mantém-se o sintoma pós-operatório mais referido pelos clientes (Sarmiento et al., 2013).

As *Guidelines* sobre a gestão da dor pós-operatória da American Pain Society, apontam para uma avaliação estruturada da dor aguda pós-operatória, considerando o início e padrão da dor, localização, intensidade, tratamentos realizados eficazes/ineficazes anteriormente para o alívio da dor, interferências e obstáculos à avaliação (limitações cognitivas, mitos, barreiras linguísticas e culturais) (Chou et al., 2016).

As medidas farmacológicas para a gestão da dor são a primeira linha de atuação, mas também podem ser complementadas com estratégias não farmacológicas, nomeadamente, alterações de posicionamento, uso de almofadas, exercícios de respiração e relaxamento, técnicas de distração ou musicoterapia (Linton & Matteson, 2020).

A inadequada gestão da dor pós-operatória traduz-se em resultados negativos (*stress*, dor crónica e limitação na mobilidade) aumentando, conseqüentemente, o período de recuperação e a readmissão hospitalar (O'Donnell, 2018). Deste modo, é imperativo que os enfermeiros monitorizem a dor e implementem intervenções de forma eficaz no alívio da mesma (DGS, 2003).

### **Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas**

Os estudos demonstram que a dor pós-operatória é a primeira causa de admissão/readmissão hospitalar após uma cirurgia, apresentando uma incidência superior a 30% nas cirurgias de ambulatório (López et al., 2012). No entanto, a utilização de medidas não farmacológicas para controlo da dor é considerada um recurso importante para o alívio da dor, de forma isolada ou em conjunto com as medidas farmacológicas (Reis et al., 2013).

Neste sentido, e uma vez que a dor torna o cliente mais vulnerável (Borgdorff, 2008), o enfermeiro deve ter como foco o conhecimento e o ensino de medidas de controlo da dor no domicílio, ao cliente e pessoa significativa. A preparação da recuperação cirúrgica, com conhecimentos acerca de estratégias não farmacológicas para o controlo da dor e conforto, proporciona a redução da ansiedade e de medos do cliente, inerentes ao processo de recuperação no domicílio, promovendo, assim, uma melhor gestão e controlo da dor pós-operatória (Malagutti & Bonfim, 2013).

A OE (2009) preconiza que o enfermeiro conheça as indicações, contraindicações e efeitos colaterais das medidas não farmacológicas, e as selecione conforme as preferências do cliente e os objetivos de tratamento, atendendo sempre à evidência científica disponível. A Associação

Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório (APCA) (2013) recomenda o uso de medidas não farmacológicas tais como: imobilização/mobilização, massagem, crioterapia, acupuntura, treino de habilidades de  *coping*, técnicas de relaxamento (com imaginação guiada, visualização e distração), respiração diafragmática, terapia ocupacional, toque terapêutico, medidas de conforto e a neuroestimulação elétrica transcutânea.

### **Sistema Respiratório**

Para a realização da VPP foi utilizada a anestesia geral balanceada e, como referido anteriormente, o uso desta técnica anestésica, pode desencadear complicações respiratórias. Decorrente de fatores relacionados com o cliente, como as suas comorbilidades, este poderá estar sujeito, no pós-operatório, a complicações como depressão respiratória, atelectasias ou broncoespasmos, devido ao efeito residual dos anestésicos e/ou dos opioides (Sampaio et al., 2016).

Nesta linha de pensamento, é foco de atenção do enfermeiro, na UCPA, a vigilância da evolução do sistema respiratório, despistando sinais e sintomas de alterações/complicações que possam surgir, assim como, prevenir e saber atuar em situações de urgência/emergência (AESOP, 2006).

A limpeza das vias aéreas e o reflexo de tosse também pode ficar comprometido, não só devido à depressão respiratória causado pela medicação mas, também, pelo efeito da colocação do tubo endotraqueal. Este age como um corpo estranho no epitélio, modificando a flora da cavidade oral, o que induz uma resposta inflamatória com aumento de produção de muco e redução da capacidade de mobilização (Dalri et al., 2006). Neste sentido, é necessário que o enfermeiro esteja atento aos sinais de dificuldade de limpeza das vias aéreas.

As complicações respiratórias que advém da anestesia geral balanceada, podem afetar a recuperação do cliente, revelando assim a necessidade de monitorização destes eventos por parte do enfermeiro (Xie & Liu, 2022). Desta forma, é recomendada a avaliação da permeabilidade da via aérea, frequência respiratória e saturação periférica de oxigénio (Sampaio et al., 2016).

### **Sistema Cardiovascular**

O sistema cardiovascular, tal como o sistema respiratório, está sujeito à interação dos fármacos anestésicos e opioides, podendo apresentar alterações na pressão arterial e na frequência cardíaca (Xie & Liu, 2022). As complicações mais comuns deste sistema, no pós-operatório

imediate, são a hipotensão, as arritmias (bradicardia, fibrilação auricular e taquicardia) e a hemorragia (Rothrock, 2021).

Neste sentido, torna-se foco da atenção do enfermeiro, a vigilância da evolução do sistema cardiovascular neste período (Silva, 2016), monitorizado através da avaliação contínua da pressão arterial e da frequência cardíaca, para deteção precoce de sinais de instabilidade clínica e prevenção de complicações, através da implementação de intervenções atempadas e adequadas (Sampaio et al., 2016).

A hemorragia pós-operatória pode ter origem em diversos fatores, quer numa homeostasia cirúrgica deficiente, ou decorrente de eventuais coagulopatias. Perante isso, o enfermeiro deve avaliar sinais de hemorragia através da vigilância do local cirúrgico (presença de hematoma), do penso da ferida cirúrgica (penso repassado/perdas sanguíneas) e/ou sinais de choque hipovolémico (incluindo aumento da frequência cardíaca e respiratória, diminuição da pressão arterial, aumento da agitação ou da fadiga) (Martins, 2013).

Por outro lado, o levante precoce após uma cirurgia é essencial para restabelecer um conjunto de alterações orgânicas induzidas pela inatividade, desencadeada pela anestesia (OE, 2013). O enfermeiro deve estar ao lado do cliente, para dar apoio físico, e alertar, também, para possíveis sintomas que possam surgir, tais como vertigens e tonturas, decorrentes da hipotensão postural (Ascari, 2021).

## **Digestão**

Como referido anteriormente, as NVPO são consideradas uma das complicações mais frequentes em Cirurgia de Ambulatório, sendo considerada a segunda complicação pós-operatória mais comum, depois da dor (Nysora, 2025). Constituem um fator de grande impacto na qualidade de vida e satisfação dos clientes, apresentando riscos e complicações inerentes, podendo contribuir para o atraso na alta e aumento dos custos em saúde (Nysora, 2025; Vieira et al., 2012). Considerando a sua etiologia multifatorial, a abordagem requer intervenções de enfermagem diferenciadas como a gestão do regime medicamentoso e a implementação de medidas não farmacológicas de controlo de NVPO (Stoicea et al., 2015).

No que respeita à retoma da motilidade gastrointestinal pós-operatória, esta pode prolongar-se por várias horas após a realização de um procedimento cirúrgico sob anestesia geral, visto que o uso de opioides e o estímulo nociceptivo desencadeado pela incisão cirúrgica leva à inibição da motilidade intestinal (Buchanan & Tuma, 2023; Goulart & Martins, 2010). Esta alteração torna-se uma preocupação quando a retoma à normalidade demora mais de três a cinco dias, associada a dor abdominal difusa, náuseas, vômitos ou intolerância alimentar, distensão

abdominal, e ausência de trânsito para gases (Buchanan & Tuma, 2023). O cliente deve ser, assim, conhecedor de sinais e sintomas de alarme e de medidas promotoras da motilidade intestinal.

### **Conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea**

As NVPO podem surgir não só no período pós-operatório imediato, como também se podem prolongar até ao processo de recuperação do cliente no domicílio, pelo que é necessário capacitar o cliente de conhecimento sobre medidas não farmacológicas de prevenção e controlo. Estas medidas podem incluir o arejamento do ambiente físico, restrições na dieta, aromaterapia e compressão do ponto de acupuntura P6 (Stoicea et al., 2015).

### **Eliminação Urinária**

A retenção urinária pós-operatória é definida como a incapacidade de esvaziar um volume urinário superior a 600 ml, num período de 30 minutos, após a deteção do quadro. Por conseguinte, esta complicação está associada a diversos fatores pós-anestésicos como medicação anticolinérgica, opioides, excesso de fluídos administrados e/ou anestésias neuro-axiais (Keita et al., 2005).

Assim, a retenção urinária é uma complicação pós-anestésica comum, associada a uma distensão dolorosa da bexiga e risco de lesão permanente do músculo detrusor, podendo resultar em problemas de motilidade e atonia, assim como reações cardiovasculares como bradicardia, assistolia, hipertensão arterial, taquicardia e arritmia, resultado da ativação do sistema nervoso autónomo (Fernandes et al., 2007). A deteção precoce destes sinais e sintomas, caso não ocorra a primeira micção espontânea (Phipps, 2003), constitui um foco de atenção dos cuidados de enfermagem pós-operatórios.

### **Autogestão do regime medicamentoso**

#### **Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso**

A European Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy (ESRA), recomenda analgesia pós-operatória regular, e esta contempla, essencialmente, fármacos como o paracetamol e os anti-inflamatórios não esteroides (AINEs)/inibidores seletivos da ciclooxigenase-2. Contudo, se necessário, pode também incluir analgesia de recurso com opioides (ESRA, 2017).

O enfermeiro, em colaboração com os demais profissionais de saúde, exerce um papel essencial na otimização da adesão do cliente ao regime medicamentoso (OE, 2009). A informação e educação do cliente sobre a dor pós-operatória e a gestão da mesma é, também, relevante na redução da ansiedade e melhoria da sua experiência pós-cirúrgica (Van Dijk et al., 2017).

### **Padrão alimentar**

O início da dieta precoce, no pós-operatório, ajuda a manter a integridade fisiológica e a recuperação do sistema gastrointestinal, fornecendo, desta forma, aporte nutricional e energético, importante para a recuperação do cliente (Rosa et al., 2019). Segundo Charoenkwan et al. (2007), clientes que iniciam dieta precocemente, tendem a recuperar melhor e a apresentar um período de internamento menor.

Vários estudos reportam para o início precoce da hidratação oral e da dieta, numa média de seis horas após a cirurgia, uma vez que se verifica uma recuperação mais rápida da motilidade do sistema gastrointestinal. Também se deve ter em conta o aspeto psicológico, pois a alimentação precoce melhora o bem-estar do cliente, apresentando um papel importante na sua recuperação (Shah et al., 2012).

### **Conhecimento sobre regime dietético**

Apesar do cliente não apresentar nenhum antecedente pessoal que implique restrições alimentares, em contexto pós-cirúrgico é desaconselhado o consumo de alimentos ricos em açúcares e gordura pois prejudicam a cicatrização e impedem a digestão e absorção de nutrientes benéficos (Miranda et al., 2023).

Assim, o foco no conhecimento sobre regime dietético e a capacitação do cliente neste âmbito, constitui uma ferramenta essencial para melhorar a saúde e os resultados dos cuidados do mesmo (OE, 2009). Para além de ensinar, verbalmente, sobre estas recomendações, providenciar um folheto informativo, poderá constituir uma intervenção eficaz, no sentido de orientar o cliente e promover a sua adesão ao regime dietético recomendado.

### **Padrão de exercício**

#### **Conhecimento sobre regime de exercício**

Não é recomendada a prática de exercício físico no primeiro mês após a realização do

procedimento cirúrgico, nem a realização de movimentos bruscos com a cabeça, dado o risco de complicações, como hemorragia, infecção e/ou novo DR (Associação Protetoras dos Diabéticos de Portugal, 2023).

### 3.6. Conceção de Cuidados

#### Consciência

07-11-2024 12:15

07-11-2024 12:15 - Com indícios de compromisso da consciência.

**07-11-2024 12:15 - Consciência comprometida** [RESOLVIDO] 07-11-2024 16:45

07-11-2024 12:15 - Abertura dos olhos: ao estímulo verbal.

07-11-2024 12:15 - Resposta verbal: confusa.

07-11-2024 12:15 - Resposta motora: obedece a ordens simples.

**07-11-2024 12:15 - Determinar evolução da consciência** [FIM] 07-11-2024 16:45

*07-11-2024 12:15 - Avaliar evolução da consciência [Agora; 1x turno; SOS.] [FIM]*

07-11-2024 16:45

07-11-2024 16:45 - Abertura dos olhos: espontânea [MELHOROU].

07-11-2024 16:45 - Resposta verbal: orientada [MELHOROU].

07-11-2024 16:45 - Resposta motora: obedece a ordens simples [MANTEVE].

**07-11-2024 12:15 - Prevenir queda** [FIM] 07-11-2024 16:45

*07-11-2024 12:15 - Elevar grades da cama [Agora; SOS.] [FIM]* 07-11-2024 16:45

**07-11-2024 12:15 - Prevenir aspiração** [FIM] 07-11-2024 16:45

*07-11-2024 12:15 - Posicionar para prevenir a aspiração [Agora; SOS.] [FIM]*

07-11-2024 16:45

**07-11-2024 12:15 - Facilitar fluxo sanguíneo cerebral** [FIM] 07-11-2024 16:45

*07-11-2024 12:15 - Manter cabeceira da cama elevada a 30º [Agora; SOS.] [FIM]*

07-11-2024 16:45

#### Sensações somáticas

07-11-2024 12:15

07-11-2024 12:15 - Sem manifestação de dor.

**07-11-2024 12:15 - Determinar sinais de dor** [FIM] 07-11-2024 16:45

07-11-2024 12:15 - Avaliar evolução de sinais de dor [Agora; 1x turno; SOS.] [FIM]

07-11-2024 16:45

07-11-2024 16:45 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

**07-11-2024 12:15 - Determinar evolução da dor**

07-11-2024 12:15 - Avaliar evolução da dor [Agora; 1x turno; SOS.]

07-11-2024 16:45 - Localização da dor

07-11-2024 16:45 - Olho Direita(o)

07-11-2024 16:45 - Intensidade da dor - sem dor.

07-11-2024 16:45

**07-11-2024 16:45 - Promover autocontrolo: dor**

07-11-2024 16:45 - Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-11-2024 16:45 - Significado atribuído às estratégias não farmacológicas de alívio da dor: não dificultador.

**07-11-2024 16:45 - Potencial para melhorar conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas**

07-11-2024 16:45 - Avaliar evolução do conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [Agora; Consulta follow up.]

07-11-2024 16:45 - Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [Agora; SOS.]

**Sistema respiratório**

07-11-2024 12:15

07-11-2024 12:15 - Frequência respiratória: 11 ciclos/min.

07-11-2024 12:15 - Ritmo respiratório regular.

07-11-2024 12:15 - Movimento respiratório simétrico.

07-11-2024 12:15 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

07-11-2024 12:15 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

07-11-2024 12:15 - Sem adejo nasal.

07-11-2024 12:15 - Saturação do oxigénio no sangue

07-11-2024 12:15 - Periférico(a): 96 %.

07-11-2024 12:15 - Coloração da mucosa: rosada.

07-11-2024 12:15 - Reflexo da tosse: presente.

07-11-2024 12:15 - Expele as secreções das vias aéreas.

07-11-2024 12:15 - Sons respiratórios: normais.

**07-11-2024 12:15 - Determinar evolução da ventilação [FIM] 07-11-2024 16:45**

07-11-2024 12:15 - Avaliar evolução da ventilação [Agora; 1x turno; SOS.] [FIM]

07-11-2024 16:45

07-11-2024 16:45 - Frequência respiratória: 13 ciclos/min.

07-11-2024 16:45 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

07-11-2024 16:45 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

07-11-2024 16:45 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].

07-11-2024 16:45 - Saturação do oxigénio no sangue

07-11-2024 16:45 - Periférico(a): 99 %.

07-11-2024 16:45 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

07-11-2024 16:45 - Coloração da mucosa: rosada.

**07-11-2024 12:15 - Determinar evolução da limpeza da via aérea** [FIM] 07-11-2024 16:45

07-11-2024 12:15 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea [Agora; 1x turno; SOS.] [FIM] 07-11-2024 16:45

07-11-2024 16:45 - Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].

07-11-2024 16:45 - Expele as secreções das vias aéreas [MANTEVE].

07-11-2024 16:45 - Sons respiratórios: normais.

### **Sistema cardiovascular**

07-11-2024 12:15

07-11-2024 12:15 - Localização do Pulso

07-11-2024 12:15 - Braço Esquerda(o)

07-11-2024 12:15 - Frequência do pulso: 65 pulsações por minuto.

07-11-2024 12:15 - Local de avaliação da pressão sanguínea

07-11-2024 12:15 - Membro superior Esquerda(o)

07-11-2024 12:15 - Pressão sanguínea sistólica: 112 mmHg.

07-11-2024 12:15 - Pressão sanguínea diastólica: 75 mmHg.

07-11-2024 12:15 - Perda sanguínea

07-11-2024 12:15 - Olho Direita(o): Sem perda sanguínea aparente.

**07-11-2024 12:15 - Determinar evolução de sinais de hemorragia**

07-11-2024 12:15 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia [Agora; 1x turno; SOS.]

07-11-2024 16:45 - Perda sanguínea

07-11-2024 16:45 - Olho Direita(o): Sem perda sanguínea aparente [MANTEVE].

**07-11-2024 12:15 - Determinar evolução do ritmo cardíaco** [FIM] 07-11-2024 16:45

07-11-2024 12:15 - Avaliar evolução de sinais de arritmia [Agora; 1x turno; SOS.] [FIM]

07-11-2024 16:45

07-11-2024 16:45 - Localização do Pulso

07-11-2024 16:45 - Braço Esquerda(o)

07-11-2024 16:45 - Frequência do pulso: 70 pulsações por minuto.

**07-11-2024 12:15 - Determinar evolução da pressão sanguínea** [FIM] 07-11-2024 16:45

07-11-2024 12:15 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [Agora; 1x turno; SOS.]

[FIM] 07-11-2024 16:45

07-11-2024 16:45 - Local de avaliação da pressão sanguínea

07-11-2024 16:45 - Membro superior Esquerda(o)

07-11-2024 16:45 - Pressão sanguínea sistólica: 121 mmHg.

07-11-2024 16:45 - Pressão sanguínea diastólica: 81 mmHg.

### **Digestão**

07-11-2024 16:45

07-11-2024 16:45 - Sem sensação de enjojo.

07-11-2024 16:45 - Sem vômitos.

**07-11-2024 16:45 - Determinar evolução da náusea**

07-11-2024 16:45 - Avaliar evolução da náusea [Agora; SOS.]

**07-11-2024 16:45 - Promover autocontrolo: náusea**

07-11-2024 16:45 - Conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**07-11-2024 16:45 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea**

07-11-2024 16:45 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea [Agora; Consulta follow up.]

07-11-2024 16:45 - Ensinar sobre estratégias de relaxamento [Agora; SOS.]

07-11-2024 16:45 - Ensinar sobre gestão do ambiente físico [Agora; SOS.]

07-11-2024 16:45 - Ensinar sobre higiene oral [Agora; SOS.]

**07-11-2024 16:45 - Determinar vómitos**

07-11-2024 16:45 - Avaliar evolução do vomitar [Agora; SOS.]

**Eliminação urinária**

07-11-2024 16:45

07-11-2024 16:45 - Urina em moderada quantidade.

07-11-2024 16:45 - Cor da urina: âmbar.

**07-11-2024 16:45 - Determinar evolução da eliminação urinária**

07-11-2024 16:45 - Avaliar evolução da eliminação urinária [Agora; SOS.]

**Pele e mucosas**

07-11-2024 10:30

**07-11-2024 10:30 - Determinar evolução da integridade dos tecidos**

07-11-2024 10:30 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [Agora; SOS.]

07-11-2024 12:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

07-11-2024 16:45 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

07-11-2024 12:00

**07-11-2024 12:00 - Ferida cirúrgica**

07-11-2024 12:00 - Localização da ferida cirúrgica

07-11-2024 12:00 - Olho Direita(o)

07-11-2024 12:00 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: descontínua.

07-11-2024 12:00 - Material de sutura da lesão tegumentar: fio absorvível.

07-11-2024 12:00 - Número de pontos de sutura da lesão tegumentar: 3.

07-11-2024 12:00 - Tecido / estrutura afetada: mucosa.

**07-11-2024 12:00 - Promover cicatrização da ferida cirúrgica**

07-11-2024 12:15 - Executar tratamento da ferida cirúrgica [SOS.]

07-11-2024 12:00 - Aplicar penso de ferida [Agora.] [FIM] 07-11-2024 12:15

**07-11-2024 16:45 - Promover autogestão: cicatrização da ferida cirúrgica**

07-11-2024 16:45 - Conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**07-11-2024 16:45 - Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica**

07-11-2024 16:45 - Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica [Agora; Consulta follow up.]

07-11-2024 16:45 - Ensinar sobre cuidados à ferida cirúrgica [Agora; SOS.]

07-11-2024 16:45 - *Ensinar sobre sinais de complicação da ferida cirúrgica*  
[Agora; SOS.]

07-11-2024 16:45

### **Metabolismo**

07-11-2024 09:00

07-11-2024 09:00 - Glicemia capilar: 92 mg/dl.

**07-11-2024 09:00 - Determinar evolução da glicemia** [FIM] 07-11-2024 16:45

07-11-2024 09:00 - *Avaliar evolução da glicemia* [Agora; 1x turno; SOS.] [FIM]

07-11-2024 16:45

07-11-2024 10:30 - Glicemia capilar: 91 mg/dl.

07-11-2024 12:00 - Glicemia capilar: 90 mg/dl.

### **Termorregulação**

07-11-2024 09:00

07-11-2024 09:00 - Temperatura corporal periférica

07-11-2024 09:00 - Ouvido: 36.60 °C.

**07-11-2024 09:00 - Determinar evolução da temperatura corporal** [FIM] 07-11-2024 16:45

07-11-2024 09:00 - *Avaliar evolução da temperatura corporal* [Agora; 1x turno; SOS.] [FIM] 07-11-2024 16:45

07-11-2024 10:30 - Temperatura corporal periférica

07-11-2024 10:30 - Ouvido: 36.00 °C.

07-11-2024 12:00 - Temperatura corporal periférica

07-11-2024 12:00 - Ouvido: 36.60 °C.

07-11-2024 12:15 - Temperatura corporal periférica

07-11-2024 12:15 - Ouvido: 36.60 °C.

07-11-2024 16:45 - Temperatura corporal periférica

07-11-2024 16:45 - Ouvido: 36.50 °C.

07-11-2024 10:30

**07-11-2024 10:30 - Promover a normotermia** [FIM] 07-11-2024 16:45

07-11-2024 10:30 - *Aplicar manta de aquecimento* [Agora; SOS.] [FIM] 07-11-2024 16:45

### **Emoção**

07-11-2024 09:00

07-11-2024 09:00 - Verbaliza ansiedade.

07-11-2024 09:00 - Manifestação de inquietação.

07-11-2024 09:00 - Sem manifestação de irritabilidade.

07-11-2024 09:00 - Sem manifestação de pânico .

**07-11-2024 09:00 - Ansiedade** [RESOLVIDO] 07-11-2024 16:45

**07-11-2024 09:00 - Determinar evolução da ansiedade** [FIM] 07-11-2024 16:45

07-11-2024 09:00 - *Avaliar evolução da ansiedade* [Agora; SOS.] [FIM] 07-11-2024 16:45

07-11-2024 09:45 - Não verbaliza ansiedade [MELHOROU].

07-11-2024 16:45 - Não verbaliza ansiedade [MELHOROU].

07-11-2024 09:45 - Sem manifestação de inquietação [MELHOROU].

07-11-2024 16:45 - Sem manifestação de inquietação [MELHOROU].

07-11-2024 09:45 - Sem manifestação de irritabilidade [MANTEVE].

07-11-2024 16:45 - Sem manifestação de irritabilidade [MANTEVE].

07-11-2024 09:45 - Sem manifestação de pânico [MANTEVE].

07-11-2024 16:45 - Sem manifestação de pânico [MANTEVE].

**07-11-2024 09:00 - Diminuir ansiedade** [FIM] 07-11-2024 16:45

07-11-2024 09:00 - Executar técnica de relaxamento [Agora.] [FIM] 07-11-2024 09:45

07-11-2024 09:00 - Assistir cliente no treino do autocontrolo da ansiedade [Agora; SOS.] [FIM] 07-11-2024 16:45

**07-11-2024 09:00 - Promover autocontrolo: ansiedade** [FIM] 07-11-2024 16:45

07-11-2024 09:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-11-2024 09:00 - Significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade: não dificultador.

**07-11-2024 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade** [RESOLVIDO] 07-11-2024 16:45

07-11-2024 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [Agora; Alta.] [FIM] 07-11-2024 16:45

07-11-2024 16:45 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitador [MELHOROU].

07-11-2024 09:00 - Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [Agora; SOS.] [FIM] 07-11-2024 16:45

07-11-2024 09:00 - Ensinar sobre estratégias de relaxamento [Agora; SOS.] [FIM] 07-11-2024 16:45

07-11-2024 09:00 - Avaliar evolução do autocontrolo da ansiedade [Agora; Alta.] [FIM] 07-11-2024 16:45

07-11-2024 16:45 - Adota comportamentos de autocontrolo da ansiedade.

07-11-2024 16:45 - Refere satisfação com o autocontrolo da ansiedade.

**Autogestão do regime medicamentoso**

07-11-2024 16:45

**07-11-2024 16:45 - Promover autogestão: regime medicamentoso**

07-11-2024 16:45 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**07-11-2024 16:45 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso**

07-11-2024 16:45 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [Agora; SOS.]

07-11-2024 16:45 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso [Agora; SOS.]

07-11-2024 16:45 - Ensinar sobre regime medicamentoso [Agora; SOS.]

07-11-2024 16:45 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso através

*de informoterapia [Agora.]*

### **Padrão alimentar**

07-11-2024 16:45

#### **07-11-2024 16:45 - Autogestão do regime dietético**

##### **07-11-2024 16:45 - Promover autogestão: regime dietético**

07-11-2024 16:45 - Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-11-2024 16:45 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

##### **07-11-2024 16:45 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético**

*07-11-2024 16:45 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético [Agora; SOS.]*

*07-11-2024 16:45 - Ensinar sobre regime dietético [Agora; SOS.]*

*07-11-2024 16:45 - Ensinar sobre dieta restrita em gorduras [Agora; SOS.]*

*07-11-2024 16:45 - Ensinar sobre ingestão de líquidos [Agora; SOS.]*

##### **07-11-2024 16:45 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético**

*07-11-2024 16:45 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime dietético [Agora; SOS.]*

*07-11-2024 16:45 - Ensinar sobre autogestão do regime dietético [Agora; SOS.]*

*07-11-2024 16:45 - Ensinar sobre autogestão do regime dietético através de informoterapia [Agora.]*

### **Padrão de exercício**

07-11-2024 16:45

#### **07-11-2024 16:45 - Autogestão do regime de exercício**

##### **07-11-2024 16:45 - Promover autogestão: regime de exercício**

07-11-2024 16:45 - Conhecimento sobre regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-11-2024 16:45 - Conhecimento sobre autogestão do regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

##### **07-11-2024 16:45 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime de exercício**

*07-11-2024 16:45 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime de exercício [Agora; SOS.]*

*07-11-2024 16:45 - Ensinar sobre regime de exercício [Agora; SOS.]*

##### **07-11-2024 16:45 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime de exercício**

*07-11-2024 16:45 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime de exercício [Agora; SOS.]*

*07-11-2024 16:45 - Ensinar sobre autogestão do regime de exercício [Agora; SOS.]*

*07-11-2024 16:45 - Ensinar sobre exercício físico [Agora; SOS.]*

*07-11-2024 16:45 - Ensinar sobre exercício físico desaconselhado [Agora; SOS.]*

*07-11-2024 16:45 - Ensinar sobre autogestão do regime de exercício através de informoterapia [Agora.]*

### **3.7. Especificação das intervenções**

Executar técnica de relaxamento

- Colocar o cliente em ambiente tranquilo e acolhedor, mobilizando-o para a 2ª sala de admissão, que não estava ocupada.
- Permitir que o cliente esteja confortavelmente sentado em cadeirão.
- Diminuir a luz da sala.
- Aplicar música binaural com recurso a reproduzidor de som e auriculares com cancelamento de ruído.

Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

- Ensinar sobre exercícios respiratórios para autocontrolo da ansiedade.
- Ensinar sobre a importância do exercício físico no autocontrolo da ansiedade.
- Ensinar sobre a influência dos pensamentos positivos.
- Ensinar sobre identificação de sinais de alarme e a necessidade de procurar ajuda médica.

Ensinar sobre estratégias de relaxamento

- Ensinar técnica de relaxamento respiratória.
- Ensinar sobre musicoterapia, mais especificamente sobre a música binaural.
- Providenciar folheto informativo sobre estratégias de relaxamento.

Aplicar manta de aquecimento

- Aplicar manta de aquecimento com ar forçado aquecido.

Aplicar penso de ferida

- Aplicar penso oftálmico e protetor rígido.

Ensinar sobre ingestão de líquidos

- Deve reforçar a hidratação hídrica, ingerindo pelo menos 1,5l água por dia.
- Evite ingerir líquidos, uma hora antes e após, as principais refeições, de modo a evitar dispepsia.

Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso

- Deve ajustar o horário da medicação analgésica às suas necessidades.
- Se não tiver dor, não necessita cumprir com a medicação.
- Deve aplicar no olho operado, com rigor, a medicação prescrita pelo seu médico, lavando sempre bem as mãos antes.
- Não necessita de aplicar os colírio durante a noite (quando estiver a dormir).

#### Ensinar sobre regime dietético

- Deve retomar a dieta realizando refeições frequentes e em pequenas quantidades.
- Deve evitar o consumo de álcool e excesso de açúcares refinados.
- Deve evitar o consumo de alimentos com excesso de gordura.
- Deve moderar o consumo de sal.

#### Ensinar sobre regime de exercício

- Deambular e realizar apenas atividades básicas, sem esforço e movimentos bruscos com a cabeça.
- Retomar restante atividade física após indicação médica, em consulta pós-operatória.

#### Ensinar sobre regime medicamentoso

- Deve cumprir analgesia segundo prescrição médica (intervalo mínimo para Paracetamol 1g de 6/6h e Ibuprofeno 400mg de 4/4h).
- Deve aplicar os colírios no horário prescrito, com intervalo de 5 minutos entre cada medicamento (Ofloxacina colírio 3mg/ml, Frubiprobeno colírio 0,3mg/ml, Dexametasona colírio 1mg/ml).

#### Ensinar sobre dieta restrita em gorduras

- Deve evitar comer fritos e comida com muita gordura pois, além de não promover a cicatrização da ferida cirúrgica, impedem a absorção de nutrientes.

#### Ensinar sobre autogestão do regime dietético através de informoterapia

- Providenciar folheto informativo acerca dos alimentos a consumir e alimentos a evitar.
- Explicar informação contida no folheto informativo.

#### Ensinar sobre autogestão do regime de exercício

- Deve evitar o sedentarismo, realizando pequenas caminhadas, sem esforço.

#### Ensinar sobre autogestão do regime de exercício através de informoterapia

- Providenciar folheto informativo acerca do regime de exercício físico a adotar durante o período pós-operatório.
- Explicar informação contida no folheto informativo.

#### Ensinar sobre cuidados à ferida cirúrgica

- Deve lavar bem as mãos sempre que manipular a região do penso cirúrgico.
- Deve levantar o penso para aplicar os colírios, de acordo com a prescrição médica.
- O penso cirúrgico só deve ser totalmente removido no dia seguinte à cirurgia.
- Deve dormir com o protetor ocular rígido até à próxima consulta.
- Deve evitar esforços físicos e não pegar em pesos.
- Dever evitar contacto com ambientes sujos (fumo, poeira, areia, terra, animais domésticos) assim como ambientes com vapor durante 3 semanas a 1 mês.
- Não deve lavar o cabelo nos primeiros dias de modo a evitar o contacto com o champô.
- No banho, nos primeiros dias, deve evitar molhar o olho operado.

#### Ensinar sobre sinais de complicação da ferida cirúrgica

- Deve estar atento ao aparecimento de sinais/sintomas de infeção da ferida cirúrgica, tais

como rubor, calor, dor, febre e drenagem de exsudato.

- Podem surgir outras complicações como diminuição ou perda total da visão.
- Caso surja algum destes sinais/sintomas deve contactar a Urgência de Oftalmologia ou recorrer ao Serviço de Urgência mais próximo.

Ensinar sobre exercício físico

- É desaconselhada a prática de qualquer tipo de exercício físico, até indicação médica.

Ensinar sobre exercício físico desaconselhado

- Não realizar exercício físico, até indicação médica.

Ensinar sobre higiene oral

- Manter uma higiene oral regular e frequente de modo a evitar algum sabor desagradável na boca.

Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso através de informoterapia

- Providenciar folheto informativo acerca dos medicamentos a tomar no domicílio.
- Explicar informação contida no folheto informativo.

Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas

- Diminuir os esforços e movimentos.
- Manter a cabeça elevada.

Ensinar sobre gestão do ambiente físico

- Sentar-se confortavelmente, sem fazer pressão abdominal.
- Arejar o local onde se encontra.
- Diminuir a luz ambiente.

Ensinar sobre autogestão do regime dietético

- A primeira refeição deve ser ligeira.
- Se sentir náuseas não deve insistir com a alimentação. Aguarde e beba um chá.
- Deve ingerir alimentos ricos em fibras, como frutas, verduras e legumes, pois ajudam a regular o trânsito intestinal, contribuindo para a prevenção da diarreia e da obstipação.
- Deve evitar alimentos obstipantes como banana, cevada, arroz, massa e batata.
- Deve comer lentamente e mastigar bem os alimentos.
- Fazer reforço de proteínas e vitaminas, uma vez que são fundamentais para a cicatrização dos tecidos e recuperação muscular.

### **3.8. Síntese relativa ao caso**

A conceção de cuidados de enfermagem obedece a uma lógica concetual e sistematizada na abordagem do processo de tomada de decisão, na medida em que todos os elementos do processo (recolha de dados, identificação de focos/diagnósticos, definição de objetivos,

prescrição de intervenções) estão relacionados, garantindo a uniformização e integridade do Processo de Enfermagem. Deste modo, refletem de forma abrangente e precisa o processo de raciocínio clínico, consolidando o conhecimento disciplinar em Enfermagem, fortalecendo a visibilidade e a autonomia da profissão, além de garantirem a criação de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, que demonstrem de forma tangível o impacto dos enfermeiros na vida das pessoas.

Na prestação de cuidados em contexto perioperatório, os enfermeiros são parte integrante e essencial desde o período pré-operatório, através da identificação das necessidades de cuidados de enfermagem individualizados, na área do conhecimento e capacidades para a preparação cirúrgica, assim como na realização de verificações e preparações pré-operatórias, necessárias à segurança do cliente e do procedimento cirúrgico; passando pelo intraoperatório onde o enfermeiro desempenha um papel fundamental na monitorização, vigilância e prevenção de complicações; até ao período pós-operatório, o trabalho de enfermagem é focado na capacitação do cliente, como elemento ativo na sua recuperação.

No caso em estudo, importa sublinhar as necessidades do cliente durante todo o seu percurso perioperatório, onde o enfermeiro desempenha um papel fundamental na prevenção de complicações, nomeadamente das decorrentes da ansiedade diagnosticada, do posicionamento para o procedimento cirúrgico, e resultantes do procedimento anestésico. Compete ao enfermeiro, em contexto perioperatório, vigiar o cliente e prevenir complicações resultantes dos níveis elevados de ansiedade, bem como, ao nível do sistema tegumentar, respiratório e cardíaco, ao nível do metabolismo e termorregulação, da dor e do estado de consciência.

Dada a curta permanência do cliente no hospital, em contexto de cirurgia de ambulatório, compete ao enfermeiro identificar as necessidades de conhecimento, e capacitar o cliente para a sua recuperação através da disponibilização de informação pertinente e imprescindível ao seu processo de recuperação. No entanto, o contacto com o cliente não termina no momento da alta da UCPA fase II, ficando agendado, com este, a realização da consulta de enfermagem follow-up, por telefone, nas 24 horas após a alta. Esta, permite ao enfermeiro monitorizar o cliente no pós-operatório e avaliar a aquisição de conhecimentos garantindo, assim, a continuidade de cuidados de qualidade, equiparada à estabelecida pelos enfermeiros num internamento, registando a sua avaliação no processo individual do mesmo (Leal, 2006).

Em suma, a conceção de cuidados centrada no cliente e nas suas necessidades é a premissa para a prestação de cuidados de enfermagem especializados e de excelência. O cliente, em contexto de cirurgia de ambulatório, constitui um claro desafio para os cuidados de enfermagem dada a sua curta permanência nas instalações hospitalares, o que exige perícia na prestação de cuidados e na capacitação do cliente para todas as etapas do seu processo cirúrgico. Definir um plano de cuidados exímio, através de uma avaliação e formulação de intervenções autónomas específicas, que vão de encontro às necessidades do cliente, permite aumentar a sua adesão ao

regime terapêutico estabelecido, bem como, melhorar a sua satisfação e a qualidade dos cuidados que lhe são prestados, não esquecendo a continuidade dos mesmos, com o cliente já no domicílio.

#### 4. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O contínuo desenvolvimento científico e tecnológico associado aos cuidados de saúde, faz com que os próprios cuidados de Enfermagem assumam, hoje em dia, uma maior importância e, também, exigência técnica e científica, sendo a prestação de cuidados de enfermagem diferenciados e especializados uma realidade cada vez mais presente e necessária (Regulamento n.º 140/2019 da OE).

Enquanto profissão, a Enfermagem tem evoluído no sentido de responder às progressivas necessidades de cuidados diferenciados, nos diferentes contextos de atuação, assumindo uma crescente complexificação de conhecimentos, práticas e locais de trabalho. Esta evolução tem potenciado novos campos de atuação do exercício profissional autónomo do enfermeiro e do EE, bem como tem permitido demonstrar o papel do enfermeiro enquanto elemento da equipa multidisciplinar e multiprofissional de saúde (Regulamento n.º 613/2022 da OE).

Neste sentido, EE é definido como aquele a quem se reconhece competências a nível científico, técnico e humano para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, no presente caso, em enfermagem à pessoa em situação perioperatória (Regulamento n.º 140/2019 da OE). Para melhor compreensão é necessário explicar o conceito de competência e o que está associado a esta no que diz respeito ao desenvolvimento de competências de EE.

A competência profissional no contexto de saúde é definida como um processo contínuo que envolve habilidades cognitivas, psicomotoras, de comunicação, raciocínio clínico, capacidade de resolver problemas, tomada de decisões, e comportamento psicológico e social facilitador da adaptação a novos ambientes e condições (Miranda et al., 2018). Segundo Saupe (2006), como citado em Bomfim (2012), a competência engloba três dimensões: o conhecimento obtido através do estudo da evidência científica atual que potencia o domínio do *saber*; as habilidades desenvolvidas através das experiências vivenciadas, que proporcionam o desenvolvimento do domínio do *saber fazer*; e as atitudes que são comportamentos adquiridos pela observação que conferem o evoluir do domínio ético e afetivo de *saber ser* e *saber estar*. Em suma, o aperfeiçoar destas três dimensões garante a capacidade de tomar decisões e solucionar problemas com maior perspicácia.

Na base do exercício das competências em enfermagem especializada está a relação interpessoal entre o enfermeiro e o cliente e a pessoa significativa/família, a tomada de decisão baseada em evidência científica, o juízo clínico fundamentado nas necessidades de cuidados de cada cliente, a identificação precoce dos reais ou potenciais diagnósticos, procurando a sua

resolução ou minimização das consequências através da implementação de intervenções de Enfermagem que garantam a segurança dos cuidados e do cliente, respeitando sempre os valores e a autonomia dos clientes, para além da regulamentação profissional que estabelece a boa prática em enfermagem (Cantante, 2020).

Perante a especificidade do contexto perioperatório e as necessidades diversas e específicas de cuidados do cliente cirúrgico, é exigido ao EE que demonstre um conjunto de competências avançadas, comuns à área médico-cirúrgica e específicas do contexto perioperatório, que permitam fornecer cuidados de alta qualidade ao cliente, customizadas às necessidades individuais de cada um, durante todo o período perioperatório. Um compromisso com a segurança, a qualidade e a satisfação das necessidades individuais de cada cliente são fundamentais para a excelência da prestação de cuidados de enfermagem em contexto perioperatório.

Os estágios de natureza profissional, aliados ao aprofundar de conhecimentos teóricos durante as UC, tiveram como objetivo promover o desenvolvimento e aquisição de competências diferenciadas em enfermagem em contexto perioperatório, fomentando o espírito crítico e a análise reflexiva sobre as práticas clínicas diárias. A partilha de conhecimento com as professoras orientadoras, com as enfermeiras tutoras, enfermeiro gestor e equipa de enfermagem, tornou todo este percurso mais enriquecedor.

Por outro lado, a conceção e prestação de cuidados diretos ao cliente, em contexto perioperatório, assim como o desenvolvimento e implementação do projeto de desenvolvimento profissional, aliado ao trabalho de investigação realizado, catapultaram as oportunidades de desenvolvimento de competências diferenciadas, quer na prestação de cuidados ao cliente, quer na promoção do desenvolvimento da profissão.

Nos subcapítulos que se seguem, são explanados os diferentes domínios de competências desenvolvidos no âmbito do MEMCEPSP, realizando-se uma análise crítica e reflexiva sobre as competências comuns e específicas inerentes ao EE na referida área de especialidade.

## **COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

A atribuição do título de EE pressupõe o reconhecimento das competências científicas, técnicas e humanas na prestação de cuidados especializados, inerentes à área de especialização, conferindo a estes profissionais um papel único e diferenciador na área da saúde. Com vista a garantir um elevado padrão de qualidade da prática profissional, a OE estabelece um conjunto de competências comuns, fundamentais à prestação de cuidados especializados e aplicáveis em

todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (OE, 2015a; Regulamento n.º 140/2019 da OE). A OE define as mesmas no Regulamento n.º 140/2019 (p. 4745), como

competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.

Assim, estão definidos quatro domínios de competências comuns de EE: responsabilidade profissional ética e legal; melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. O domínio prático destas competências exige o desenvolvimento de habilidades profissionais ao nível da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, e capacidade de liderança. Exige, ainda, a responsabilidade de descodificar, difundir e desenvolver investigação relevante para a progressão da profissão, melhorando, de forma contínua, a prática da enfermagem (Regulamento n.º 140/2019 da OE).

### **Responsabilidade profissional, ética e legal**

As competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal abrangem o desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legalmente responsável, na área de especialidade, respeitando as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional em vigor. Por outro lado, visam a garantia de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e que cumpram com as responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 140/2019 da OE).

Tal como preconizado no Regulamento n.º 613/2022 da OE, no exercício das suas funções, os enfermeiros devem adotar uma conduta responsável e ética, respeitando a *leges artis*, os princípios deontológicos e os direitos e interesses legalmente protegidos dos clientes.

Neste seguimento, está preconizado que o EE demonstre no seu exercício profissional práticas seguras, profissionalismo e ética, utilizando habilidades de tomada de decisão com fundamentação ética e deontológica. Para tal, deve ser detentor de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e atender às preferências do cliente (Regulamento n.º 140/2019 da OE).

Para o desenvolvimento deste domínio de competência contribuíram as diversas unidades curriculares deste mestrado, em particular Epistemologia e Ética de Enfermagem, fundamental para o aprofundar de conhecimento teórico na área ético-deontológica, fomentando, ainda, a capacidade de análise crítica e reflexiva sobre a prática clínica diária. Estes conhecimentos permitiram desenvolver uma maior sensibilidade para a prática clínica, facilitando o processo de

tomada de decisão e a prática de cuidados assentes nos princípios éticos, legais e deontológicos vigentes, protegendo os direitos e interesses do cliente.

No exercício das suas funções, as competências profissionais éticas e legais devem atender, também, ao estabelecimento de uma relação interpessoal entre o enfermeiro e o cliente e família, reconhecendo cada cliente como um ser único, respeitando os seus princípios, valores e crenças (OE, 2015b; Regulamento n.º 140/2019 da OE). O estabelecimento de uma relação terapêutica é fundamental para a prestação de cuidados de saúde de qualidade e segurança, sendo necessário respeitar a privacidade, a integridade e a autonomia do cliente (OE, 2015b; Regulamento n.º 140/2019 da OE). Para que esta relação terapêutica de desenvolva é necessário, também, que o EE coloque em práticas as suas competências comunicacionais, verbais e não verbais, de modo a facilitar o processo de comunicação, permitindo a correta identificação das necessidades do cliente, satisfação das mesmas e proteção dos seus direitos.

Nesta sequência, e para que o cliente também seja efetivamente envolvido no seu plano de cuidados, é necessário garantir-lhe o direito à informação para que este possa dar o seu consentimento de forma livre e verdadeiramente esclarecida. Compete ao EE assegurar que o cliente recebe e compreende as informações relativas ao seu plano terapêutico, permitindo que este participe de forma ativa nas decisões relativas aos cuidados de saúde propostos. A informação a transmitir ao cliente deve ser prestada de forma simples, objetiva, clara, em quantidade suficiente e razoável para que o cliente compreenda e fique completamente esclarecido, no que respeita ao seu estado de saúde, à sua evolução e/ou riscos associados à intervenção/tratamento (Entidade Reguladora da Saúde [ERS], 2023). Neste sentido, durante o ensino clínico, foi dada especial atenção às necessidades de esclarecimentos sobre o procedimento cirúrgico e anestésico (articulando a resposta a essas necessidades com as equipas médicas), bem como à necessidade de informação do cliente e da família/pessoa significativa sobre os cuidados pré-operatórios e pós-operatórios inerentes a cada cirurgia, adequando a linguagem e garantindo o seu envolvimento nos cuidados.

O respeito, a defesa e a promoção do direito do cliente ao consentimento informado foi uma constante na prática clínica diária, reconhecendo a obtenção do mesmo como um direito inquestionável do cliente, mas também como uma medida de segurança cirúrgica (OE, 2015b; OMS, 2009).

Tal como está preconizado pela OMS, no programa “Cirurgia Segura, Salva Vidas” (OMS, 2009), a obtenção do consentimento informado, assim como a marcação do local cirúrgico pelo médico responsável pelo procedimento, e respetiva confirmação pela equipa de enfermagem e de anestesia, são medidas fundamentais e imprescindíveis à prestação de cuidados seguros e de qualidade em contexto de BO. Sem desprimor por outras medidas, como a correta identificação do cliente e o cumprimento criterioso da *checklist* de verificação da cirurgia segura, que são, também, fundamentais à prática de cuidados seguros, minimizando o risco de ocorrência de

eventos adversos (Alho et al., 2024; DGS, 2013a). É uma responsabilidade profissional e ética do EE analisar a informação constante em processo clínico e proceder às necessárias confirmações e validações da *checklist* de verificação da cirurgia segura, de modo a aumentar a segurança das práticas e, se necessário, implementar medidas de prevenção (Regulamento n.º 140/2019 da OE). No momento do acolhimento/admissão no BO, foi explicado ao cliente as medidas de segurança a implementar e respetivas verificações pré-operatórias. Garantido que o mesmo as compreendeu, procedendo-se à sua validação e registo. Intraoperatoriamente, a implementação da *checklist* de cirurgia segura é impreterível, respeitando-se os três momentos de verificação (*sign in*, *time out* e *sign out*). No entanto, denota-se a necessidade pontual de sensibilizar alguns profissionais para a importância da implementação da mesma, sendo este um procedimento de fácil instituição, sem impacto no tempo operatório e na produtividade e que pode, efetivamente, reduzir a possibilidade de ocorrência de eventos adversos, tais com a realização de cirurgia ao local errado.

O respeito pela privacidade, dignidade e autonomia foram, também, um imperativo da prática clínica diária o que, em contexto perioperatório, pode constituir-se um desafio acrescido. A estrutura física do BO, os diferentes momentos de contacto com o cliente (desde a consulta pré-operatório até à alta), os diferentes níveis de vulnerabilidade do cliente cirúrgico e a intervenção de equipas pluridisciplinares, exigem do EE perícia na adoção de medidas antecipatórias de promoção da privacidade, segurança e dignidade de cada cliente. Diariamente, e perante a especificidade de cada cliente, em reflexão conjunta com a enfermeira tutora, foram adotadas medidas que minimizassem a exposição física do cliente, de modo a promover a privacidade e proteger a intimidade de cada cliente, aproveitando alguns desses momentos para sensibilizar outros elementos da equipa para este direito do cliente e dever ético dos profissionais.

Os mesmos cuidados com a privacidade e preservação da dignidade do cliente foram promovidos nos cuidados pós-morte, em contexto de doação de órgãos, onde os cuidados ao corpo foram prestados com total respeito, protegendo o mais possível a sua integridade física, fazendo cumprir os direitos humanos e o código deontológico (OE, 2015b; Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura, 2006).

Em suma, a privacidade é um direito essencial do cliente e um dever ético fundamental dos profissionais de saúde (Simões et al., 2023) e, por outro lado, a proteção da intimidade do cliente, que pode não ser apenas física, mas também psicológica, constituindo-se um dever deontológico do exercício profissional de Enfermagem (OE, 2015b). Neste seguimento, advém o dever de sigilo profissional e de utilização da informação clínica (verbal e escrita) de forma confidencial, documentando-a de forma oportuna e precisa, de modo a que permita a continuidade de cuidados perioperatórios ao cliente, não a utilizando para outros fins (OE, 2015b; Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura, 2006). A assunção desta responsabilidade, pelo EE no desenvolvimento de uma relação terapêutica com o cliente, permite o estabelecer de um ambiente de confiança, o que proporciona a vivência de uma

experiência mais positiva para este, durante todo o seu percurso perioperatório.

No decorrer do ensino clínico foi possível colocar em prática estes princípios, garantindo a confidencialidade dos dados recolhidos junto do cliente, procedendo-se ao registo de todas as informações clínicas em local apropriado (processo clínico), promovendo uma transição de cuidados segura e de qualidade.

Na transmissão verbal de informação/cuidados procurou obedecer-se à metodologia ISBAR (I: Identificação, S: Situação atual, B: Antecedentes, A: Avaliação, R: Recomendações), estando um PMCQ a ser desenvolvido a este nível, pois ainda não é uma prática recorrente. No entanto, durante o ensino clínico procurou-se fazê-lo de forma sistemática, garantindo as condições de privacidade durante a transição da informação. Nestes momentos, e sempre que oportuno, outros elementos da equipa foram sensibilizados para a importância de uma metodologia sistematizada na transição segura dos cuidados, relembrando que os momentos de transição de cuidados são os mais propícios a riscos e a incidentes de segurança decorrentes de falhas na comunicação e na transferência de informação (DGS, 2022a).

Durante o ensino clínico, a prestação de cuidados de enfermagem foi norteada pelos princípios éticos de beneficência, não maleficência, respeito pela autonomia, justiça e igualdade, bem como tendo em atenção e respeitando a vulnerabilidade do cliente em contexto perioperatório. Desde a consulta pré-operatória ao momento da alta, foi assegurado o compromisso com a promoção da privacidade e da dignidade do cliente, bem como a garantia de confidencialidade e respeito pela diversidade cultural, envolvendo cada cliente no seu plano de cuidados para que, como seu consentimento, se prestassem os melhores cuidados de enfermagem perioperatórios, inerentes às suas necessidades, independentemente dos seus valores, crenças e cultura, respeitando a sua autonomia.

### **Melhoria contínua da qualidade**

As competências exigidas ao nível do domínio da melhoria contínua da qualidade pressupõem, por parte do EE, a assunção de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de projetos estratégicos institucionais na área da governação clínica, colaboração e gestão de projetos de melhoria contínua, desenvolvendo práticas de qualidade, assim como a promoção de ambientes terapêuticos e seguros (Regulamento n.º 140/2019 da OE).

Sendo a responsabilidade do cuidado, a prudência e a gestão do risco pilares fundamentais para prestação de cuidados de enfermagem perioperatórios de qualidade (OE, 2017), compete ao enfermeiro EE primar pela prestação de cuidados de enfermagem orientados por padrões de qualidade elevados, estando atento ao pormenor e aos comportamentos, numa atitude

preventiva e de vigilância antecipatória, tomando decisões ajustadas à natureza, gravidade e probabilidade de ocorrência de riscos. Deste modo, será possível evitar eventos adversos que possam afetar quer os clientes quer a equipa, promovendo ambientes seguros e eficazes para a prestação de cuidados, aumentando a satisfação de clientes e equipas (OE, 2017).

Para o desenvolvimento desta competência contribuíram a participação ativa em auditorias, colaboração em formações em serviço, desenvolvimento e envolvimento em projetos de melhoria contínua, bem como o conhecimento de normas e protocolos institucionais no âmbito da qualidade. Tal como referido anteriormente, a unidade hospitalar onde decorreu o ensino clínico iniciou em 2024 o processo de renovação da Acreditação Global e da Certificação ISO 9001 pela CHKS que visa certificar padrões de qualidade estruturais e processuais a vários níveis, entre os quais a gestão do risco, a segurança e a prestação de cuidados centrados no cliente. Entre outros, um dos focos de atuação é na capacidade de satisfazer as necessidades e expectativas dos clientes, aumentando a sua satisfação. Deste modo, promove-se tanto a sua fidelização como também a competitividade da organização, assentando a prestação de cuidados em pilares como o da sustentabilidade e da melhoria da comunicação e da disseminação de informações, e formalizando os processos de auditoria e melhoria da qualidade (APCER, 2025; CHKS, 2025).

Diariamente, no BO, encontram-se projetos de melhoria contínua da qualidade em desenvolvimento e diversas normas orientadoras para prestação de cuidados de qualidade em ambientes seguros são implementadas, fomentando a melhoria na prestação de cuidados de saúde de qualidade e com segurança.

Durante o ensino clínico foi possível ser parte integrante de alguns desses projetos, quer como auditada quer como auditora, e integrar na prática clínica as normas vigentes, pelo que alguns aspetos serão refletidos no âmbito da presente competência, e outros serão alvo de análise e reflexão posteriormente.

A segurança do medicamento, a cirurgia segura e a higiene das mãos foram algumas das metas internacionais de segurança dos cuidados, normativamente instituídas na unidade hospitalar, que foram alvo de auditoria, tendo contribuído para os mesmo como auditada. As auditorias realizadas a estas normas foram realizadas mensalmente com o objetivo de promover melhorias nas práticas, tornando-as mais seguras e obter ganhos em saúde. Neste sentido, as auditorias foram realizadas de acordo com as normas de DGS para os Medicamento de alerta máximo (DGS, 2015), Cirurgia Segura Salva Vidas (DGS, 2013a) e Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde (DGS, 2019).

No que respeita à segurança do medicamento, está preconizada a padronização na organização e identificação de fármacos, em especial os medicamentos de alerta máximo, que são medicamentos que possuem um risco aumentado de provocar dano significativo ao cliente, em resultado de falhas no seu processo de utilização. No que concerne, especificamente, à

preparação e administração de fármacos, é imprescindível o cumprimento dos cinco certos: identificação correta do cliente, do nome do medicamento, da dose, da via de administração e da hora de administração, devendo proceder-se a dupla verificação quando se tratam de medicamentos de alerta máximo (DGS, 2015).

Segundo um estudo desenvolvido em 2021 pelo Departamento de Saúde e Assistência Social de Inglaterra, ocorrerem, anualmente, 237 milhões de erros de medicação em algum momento do uso de medicamentos, sendo que 66 milhões destes erros tiveram um impacto clínico significativo no cliente (OMS, 2024). Perante estes dados, é impossível ficar indiferente a esta problemática pelo que, durante a prática clínica, foi possível praticar os princípios da segurança do medicamento de forma consciente e consistente, promovendo a prestação de cuidados seguros e com qualidade. Refletindo com a enfermeira tutora, foi possível consolidar práticas mais seguras, adotando também, medidas preventivas de controlo de infeção associadas à preparação e administração de fármacos, por vezes desvalorizadas, mas tão importantes na prevenção da infeção da corrente sanguínea, tais como realizar higiene das mãos, preparação assética dos fármacos, desinfeção do ponto de acesso e o uso de técnica *no-touch* (DGS, 2022c).

No que concerne à higiene das mãos, esta é uma das medidas da estratégia multimodal das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI), de extrema importância para a prevenção e controlo de infeção, associada à transmissão de microrganismos durante a prestação de cuidados de saúde. A DGS subscreve o modelo apresentado pela OMS que preconiza cinco momentos fundamentais: antes do contacto com o cliente; antes de um procedimento limpo/assético; após risco de exposição a fluidos orgânicos, secreções, excreções, membranas mucosas, pele não intacta ou penso; após o contacto com o cliente; e após o contacto com objetos e equipamentos do ambiente envolvente do cliente (DGS, 2019). Segundo o Relatório do Programa Prioritário PPCIRA 2021, em 2020, a taxa global de cumprimento da higiene das mãos foi de 82,7%, representando um aumento de 9,2% em relação ao ano anterior (DGS, 2021). Um aumento bastante significativo e positivo, em parte atribuído ao momento pandémico que se vivia nesse período, mas a manutenção, e até o progresso, desta taxa implica um trabalho contínuo junto dos profissionais de saúde, reforçando a importância da aplicação constante desta medida. Em contexto perioperatório, acresce a esta medida a desinfeção cirúrgica das mãos e a escolha e uso adequado de antisséptico na desinfeção do local cirúrgico, fundamentais na prevenção da infeção do local cirúrgico (DGS, 2019; DGS, 2022b).

Neste seguimento, foi possível realizar uma revisão narrativa sobre o uso de antissépticos na prevenção da infeção do local cirúrgico, apresentado sobre a forma de poster no I Congresso de Enfermagem Perioperatória de Braga (Anexo I), bem como, participar como auditora em processos de auditoria à Higienização das Salas Operatórias e à Higiene das Mãos. Estas oportunidades contribuíram para o desenvolvimento da minha capacidade crítica e reflexiva, não só sobre as recomendações atuais e respetivas práticas, bem como sobre estratégias de

comunicação interpessoal e a importância das mesmas na formação *on job*. A capacidade de comunicação eficaz, clara e objetiva, bem como a assertividade e o reforço positivo, são alguns dos aspetos fundamentais a considerar durante a comunicação em auditoria, aproveitando esses momentos para reforçar aprendizagens e consciencializar os profissionais para a importância de promover ambientes seguros, obtendo-se uma maior adesão às práticas recomendadas e melhoria da qualidade dos cuidados prestados. A capacidade de gestão de conflitos, assim como a sensibilização dos profissionais para a importância da realização de processos de auditoria, no sentido de melhorar práticas e não de julgar comportamentos individualmente, foi fundamental para desconstruir preconceitos e facilitar o processo de auditoria.

Efetivamente, as auditorias são uma componente primordial das políticas institucionais, revelando-se um instrumento crucial para avaliar a qualidade dos cuidados de saúde e os seus processos de melhoria, fornecendo dados essenciais aos profissionais para orientar as suas práticas e promover a reflexão individual e coletiva sobre as mesmas (Cardoso et al., 2024).

Os resultados das auditorias são analisados trimestralmente pelas equipas de auditores e divulgados, em reunião de serviço, semestralmente. Nestes momentos de divulgação de resultados das auditorias são apresentados, também, os planos de intervenção desenvolvidos face às necessidades de melhoria identificadas. Este processo de *feedback* às equipas e apresentação do plano de intervenção a implementar, permite consciencializar as mesmas sobre a real prestação de cuidados e sensibiliza-las para a necessidade de melhoria, a título coletivo, para prestação de cuidados com mais qualidade e mais seguros, quer para os clientes quer para a própria equipa.

Além do referido anteriormente, para o domínio da atual competência comum, contribuiu o planeamento e implementação do PMCQ dos cuidados de enfermagem perioperatórios, relativo à aplicação de uma intervenção autónoma de enfermagem, junto dos clientes cirúrgicos com diagnóstico de enfermagem de Ansiedade. O projeto consistiu na implementação de uma intervenção autónoma de enfermagem, não invasiva e não farmacológica, baseada na aplicação de música binaural durante o período pré-operatório, de modo a diminuir a ansiedade do cliente, sendo este projeto apresentado, posteriormente, com maior detalhe.

## **Gestão dos cuidados**

No domínio da gestão dos cuidados, é expectável que o EE seja capaz de gerir os cuidados de enfermagem, potenciando e otimizando uma resposta articulada da equipa às necessidades do serviço e dos clientes. É esperado, ainda, que o EE seja capaz de adaptar a liderança e a gestão dos recursos ao contexto de prestação de cuidados, garantindo sempre a qualidade e segurança

dos mesmos (Regulamento n.º 140/2019 da OE).

Neste seguimento, importa refletir sobre o trabalho multiprofissional e interdisciplinar existente em contexto perioperatório. Para melhor gestão e organização do serviço e dos cuidados a serem prestados, a equipa de enfermagem do BO tem elementos com funções de gestão e organização da prestação de cuidados bem definidas, e articulados entre si. No decorrer do ensino clínico foi possível acompanhar o trabalho desenvolvido por diferentes EE em diversas áreas de gestão e organização, a destacar: enfermeiro gestor, enfermeiro responsável da UCA, enfermeiros responsáveis da área cirúrgica e anestésica, enfermeiro responsável de turno e enfermeiro responsável da equipa de urgência. Importa referir, ainda, que existem responsáveis por cada área cirúrgica e ainda, responsáveis pela área de Formação em Serviço, tão importante para a satisfação das necessidades formativas dos profissionais e promoção da qualidade dos cuidados prestados. É também a este nível que o trabalho interdisciplinar se desenvolve, onde há a preocupação em formar as equipas com recurso a profissionais especializados nas diversas áreas de conhecimento (enfermagem, medicina, investigação, controlo de infeção, esterilização...). Tal como preconizado pela OMS (2010), a educação interdisciplinar é a chave para o progresso dos cuidados de saúde. Além disso, a formação em serviço proporciona, não somente a qualificação dos profissionais, como o desenvolvimento do próprio serviço, partindo da reflexão conjunta sobre a realidade do contexto de trabalho e sobre o que precisa ser transformado, com a finalidade de melhorar a gestão e os cuidados de saúde (Miranda, 2018). A conjugação destes dois fatores (educação interdisciplinar em contexto de formação em serviço) é a simbiose perfeita para uma melhor gestão e prestação de cuidados de saúde de qualidade, fomentando a criação de ambientes de trabalho saudáveis, favoráveis à prática e motivadores para as equipas desempenharem um trabalho diferenciado.

Como a enfermeira tutora do ensino clínico é responsável pela Formação em Serviço e pela área de cirurgia vascular, foi possível acompanhar o planeamento das formações em serviço e a preocupação em dar respostas às necessidades identificadas (por questionário à equipa) com recurso a profissionais especializados nas respetivas áreas. Enquanto responsável pela área de Cirurgia Vascular, foi possível presenciar o trabalho de supervisão e coordenação da área de especialidade atuando como perita em concursos para aquisição de materiais e equipamentos, em articulação próxima com a equipa médica da especialidade, bem como a supervisão da organização dos consumíveis no respetivo armazém da especialidade. Dado os conhecimentos prévios em cirurgia vascular e as competências adquiridas na UC de Princípios de Gestão em Enfermagem Avançada, foi possível criar sinergias com a enfermeira tutora que potenciaram as oportunidades de crescimento pessoal e profissional ao nível da gestão e organização de consumíveis em cirurgia vascular. Foi possível, ainda, aprofundar outros conhecimentos, nomeadamente ao nível dos procedimentos endovasculares e a necessidade de organização e gestão de recursos, dado que estes procedimentos eram realizados fora do BO, no serviço de imagiologia, sendo imprescindível selecionar corretamente todo o material necessário para os

procedimentos agendados.

O mesmo sucedeu durante a realização do ensino clínico em contexto de cirurgia de ambulatório, onde o apoio de enfermagem de anestesia aos locais remotos exigiu o domínio das técnicas anestésicas realizadas e a seleção de todos os fármacos e consumíveis necessários à sua realização, incluindo a prevenção e intervenção perante complicações. Neste contexto, a existência de carros de apoio à anestesia, com *checklist* de composição, facilitam o processo de gestão de materiais e fármacos, bem como sua a composição o mais uniforme possível torna a prestação de cuidados mais segura.

No que concerne aos enfermeiros responsáveis do serviço (enfermeiro gestor, enfermeiro responsável da UCA, enfermeiros responsáveis da área cirúrgica e anestésica, enfermeiro responsável de turno e enfermeiro responsável da equipa de urgência) estes reúnem diariamente, ao início do turno da manhã, de modo a articular necessidades e transmitir informações pertinentes para o melhor funcionamento do serviço. No decorrer do ensino clínico foi possível acompanhar, durante um turno, o trabalho da Enfermeira Responsável pela Cirurgia de Ambulatório, à qual compete a distribuição de recursos humanos UCA e respetiva UCPA (em articulação com o BO), bem como alocar recursos humanos para a realização das consultas de enfermagem pré-operatórias, admissão e alta de clientes, de acordo com as competências dos profissionais e os rácios preconizados pela OE no Regulamento n.º 743/2019 sobre o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. A necessidade de garantir as dotações seguras, bem como proporcionar a formação e treino, promotores do desenvolvimento profissional da qualidade da intervenção da equipa interdisciplinar, são alguns dos elementos fundamentais na organização dos cuidados de enfermagem, um dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Especializados em EMCEPSP (OE, 2017). No entanto, quando confrontados com o absentismo, é necessário a reorganização das equipas de modo a garantir a prestação de cuidados seguros pelo que, nessa gestão, a comunicação eficaz e a capacidade de gestão de conflitos são algumas das competências imprescindíveis para melhor resolução das necessidades dos clientes e das equipas.

A par destas funções, a enfermeira responsável pela UCA garante, ainda, a coordenação logística das salas operatórias, promove a substituição de enfermeiros (quando necessário), articula pedidos de reparação e substituição de material/dispositivos médicos, bem como dinamiza e incentiva a equipa de enfermagem na implementação de projetos de melhoria contínua no serviço. Efetivamente, o enfermeiro responsável pela UCA, é uma mais valia para este serviço (que se encontra estruturalmente integrado no BO), na medida em que a sua vasta experiência em contexto perioperatório (área anestésica e cirúrgica) e o seu conhecimento diversificado, não só técnico, mas também em gestão de recursos humanos e materiais, permite responder de forma célere e eficaz às diversas solicitações.

Com funções similares ao responsável da UCA, o BO dispõe dos enfermeiros responsáveis da

área cirúrgica e anestésica do BO, aos quais acresce as funções de gestão de pedidos de consumíveis e dispositivos médicos das respetivas áreas de responsabilidade.

No decorrer do ensino clínico, tive ainda oportunidade de experienciar, com a enfermeira tutora, as funções de enfermeira responsável de turno e responsável da equipa de urgência. Nestes turnos, e com a supervisão da enfermeira tutora, foi possível aprofundar competências de gestão de cuidados, incluindo na organização das salas operatórias, delegação de tarefas e coordenação e gestão de recursos (humanos e materiais), de modo a serem prestados cuidados eficientes.

Foi possível, também, comprovar que a manutenção de relações interpessoais e sociais saudáveis no contexto cirúrgico, além de uma boa liderança e comunicação eficaz, é fundamental para a promoção de ambientes de trabalho agradáveis, seguros e promotores de boas práticas (Becker et al., 2017; Maya, 2022).

### **Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais integra a capacidade de autoconhecimento, assertividade e demonstração de prática clínica baseada na evidencia científica mais atual, contribuindo o próprio EE para o desenvolvimento e divulgação de novos conhecimentos e incorporação dos mesmos na prática clínica especializada (Regulamento n.º 140/2019 da OE).

O autoconhecimento do EE sobre si, enquanto pessoa e profissional de saúde, é fundamental para o seu desenvolvimento e interação com a equipa multiprofissional e com os clientes, sendo um processo contínuo ao longo do seu percurso. Conhecer as suas limitações, reconhecê-las perante si próprio e perante o outro, potencia a sua capacidade de superação e desenvolvimento. Assim, no decorrer do ensino clínico tive a oportunidade de partilhar com as enfermeiras tutoras alguns receios prévios e algumas das emoções vivenciadas, perante situações que tiveram um impacto emocional mais significativo. As cirurgias de amputação eram uma situação clínica com a qual sempre tive dificuldade em gerir, tendo partilhado antecipadamente. No entanto, a morte no BO e a colheita de órgãos, foram algumas das situações clínicas com as quais não tinha sido confrontada antes e que, efetivamente, impactaram emocionalmente. Todavia, a perícia das enfermeiras tutoras em detetar o meu desconforto, a abertura dada para partilhar emoções e a ajuda construtiva disponibilizada, foram facilitadoras deste processo, saindo destas experiências com uma melhoria no autoconhecimento e nas competências de autogestão de emoções.

A inteligência emocional, o conhecimento científico, a capacidade de gestão de conflitos e a assertividade são outras das competências fundamentais para o desenvolvimento profissional

(Regulamento n.º 140/2019 da OE). Adquiridas em contexto académico e profissional, facilitam os processos de adaptabilidade individual e organizacional, e promovem o desenvolvimento e prestígio da profissão.

A par do aumento da complexidade dos procedimentos cirúrgicos, devido aos avanços nas técnicas cirúrgicas, anestésicas, tecnológicas e farmacológicas, é exigido ao EE em contexto perioperatório o conhecimento especializado sobre normas e padrões de cuidados relacionados à cirurgia, anestesia, procedimentos invasivos, equipamentos, instrumentos cirúrgicos, prevenção de infeções e segurança do cliente (Maya, 2022).

Movida pelo interesse em aprofundar conhecimentos na área perioperatória e contribuir para o desenvolvimento da profissão nesta área, todos os momentos de aprendizagem durante o ensino clínico foram fundamentados e baseados na melhor evidência científica disponível. Vários foram os momentos de aprofundamento de conhecimento destacando o desenvolvimento de uma *Scoping Review*, orientada pela metodologia JBI (Aromataris et al., 2024), cujo objetivo foi mapear a evidência científica disponível sobre o impacto da música binaural na ansiedade pré-operatória, encontrando-se registada na plataforma The Open Science Framework (OSF) com o DOI: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/5FT7P>. Esta revisão surgiu no âmbito da fundamentação do PMCQ desenvolvido e implementado na UCA, que visa dar resposta à necessidade de melhorar as intervenções de enfermagem nos clientes com ansiedade pré-operatória diagnosticada. Os resultados preliminares da revisão foram divulgados na VII Reunião das UCAs & I Congresso da UCA ULS Tâmega e Sousa, sob a forma de comunicação oral, e apresentados em reunião de serviço (Anexo II), e os resultados finais foram redigidos sob a forma de artigo e submetidos à RLAE para publicação, encontrando-se a aguardar aprovação (Anexo III).

Foi desenvolvida, também, uma revisão narrativa da literatura sobre o uso de antissépticos na prevenção da infeção do local cirúrgico, na sequência da identificação da necessidade de analisar e refletir sobre estas práticas em contexto de BO. O objetivo foi clarificar indicações e modos de aplicação dos antissépticos pré-operatórios, sublinhando o papel ativo e primordial do enfermeiro em contexto perioperatório, na seleção e uso correto do antisséptico para prevenção da infeção do local cirúrgico. Tal como referido anteriormente, os resultados foram divulgados no I Congresso de Enfermagem Perioperatória de Braga, sob a forma de poster (Anexo I), e o mesmo foi submetido a validação ao Gabinete da Qualidade, para posterior divulgação no serviço.

A conceção de cuidados ao cliente em contexto perioperatório também primou pela prestação de cuidados fundamentados na evidência científica, integrando a experiência profissional com as normas, padrões e procedimentos que garantissem a prestação de cuidados de enfermagem especializados, seguros e competentes, adequados às necessidades de cada cliente. Esta integração do conhecimento teórico na prestação de cuidados ao cliente é analisada no capítulo

“Vitrectomia via *pars plana* por descolamento da retina” do presente relatório.

Na procura constante de conhecimento atualizado, de modo a ser capaz de dar resposta, de forma segura, competente e eficaz, aos desafios do contexto perioperatório e às necessidades do cliente cirúrgico, foram frequentadas algumas formações em serviço, relevantes para a prática clínica, nomeadamente: “Cenários de Emergência”, “Mitos e Verdades do Recobro em Cirurgia de Ambulatório”, “Desfibrilhação” e “Ciclo de Reprocessamento de Dispositivos Médicos de Uso Múltiplo (DMUM) e boas práticas na sua utilização, acondicionamento e transporte”.

Além dos trabalhos desenvolvidos e divulgados, referidos anteriormente, há ainda a destacar as seguintes participações: no Encontro de *Benchmarking* da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica de 2024, sob o tema “Enfermagem Médico-Cirúrgica: Equidade e Poder Económico dos Cuidados de Enfermagem Especializados”, como coautora do poster “O impacto da utilização da metodologia *lean six sigma* no *turnover* cirúrgico: uma revisão da literatura” (Anexo IV); na VII Reunião de UCAs / I Congresso da UCA ULS Tâmega e Sousa como coautora do poster “Intervenções de enfermagem pré-operatórias não farmacológicas que contribuem para a diminuição da ansiedade das crianças” (Anexo V); e no I Congresso de Enfermagem Perioperatória de Braga subordinado ao tema “Perioperatório em perspetiva - no limiar do futuro” como coautora do poster “A melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem Perioperatórios através da metodologia *lean six sigma*: uma revisão integrativa da literatura” (Anexo VI). Durante este percurso formativo foi ainda possível integrar três *workshops*, fundamentais à atualização de conhecimento científico e prático, a saber: “Uso Avançado de Máscara Laríngea em Cirurgia Ambulatória - Parte II”; “Prótese do ombro: Práticas Inovadoras para Resultados Eficazes”; e “Endovascular”.

Durante a participação ativa nos congressos de enfermagem perioperatória, onde a troca de conhecimentos e experiências é fundamental para o crescimento pessoal e profissional, bem como para a promoção de cuidados seguros e de qualidade, foi possível divulgar a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada. A apresentação como palestrante do trabalho “Padronização de práticas na sala operatória - resultados de um PMCQ” (Anexo VII) foi divulgado no Painel “Projetos Inovadores - o que melhor fazes no teu bloco operatório” do I Congresso de Enfermagem Perioperatória de Braga. Este trabalho foi concebido e implementado no meu contexto profissional, entre fevereiro de 2024 e fevereiro de 2025, inspirado no conhecimento adquirido na UC Princípios de Gestão em Enfermagem Avançada.

Dominando o conhecimento teórico e prático, compete ao EE facilitar o processo de aprendizagem em contexto de trabalho, devendo atuar como formador formal e informal, favorecendo a aprendizagem, a evolução na destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências em contexto perioperatório, dos enfermeiros em processo de integração (Regulamento n.º 140/2019 da OE).

Para quem se encontra em processo de formação especializada, dispor de profissionais dotados

de mestria científica na área perioperatória e competências comunicacionais e pedagógicas, é fundamental para a sua progressão. Enquanto enfermeira em formação especializada e detentora de experiência prévia em contexto perioperatório, foi possível partilhar o conhecimento adquirido e desenvolver competências pedagógicas, contribuindo para o processo de formação de outros elementos em integração no BO, mais especificamente na instrumentação em cirurgia geral e oftalmologia. Esta oportunidade permitiu desenvolver, também, as minhas capacidades comunicacionais em contexto pedagógico, refletindo sobre a importância de ouvir e compreender as necessidades formativas do outro, bem como de adequar a linguagem e a supervisão, de modo a facilitar o processo de aprendizagem.

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

A prestação de cuidados de enfermagem especializados, em contexto perioperatório, requer o aprimorar competências específicas, potenciando as capacidades e habilidades dos profissionais especializados, para melhor responder às necessidades específicas dos clientes, no contexto da especialidade. Tal como descrito no Regulamento n.º 140/2019 da OE, as competências específicas são definidas como

competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

Neste seguimento, em contexto de Enfermagem Médico-Cirúrgica, a OE define três competências específicas do EE: cuidar do cliente e família a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica; otimizar o ambiente e os processos terapêuticos desses clientes/família; assim como maximizar a prevenção, intervenção e controlo de infeção e resistência a antimicrobianos (Regulamento n.º 429/2018 da OE).

Sendo esta a base das competências específicas do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica, importa especificar as competências inerentes à prestação de cuidados diferenciados no contexto perioperatório, sendo considerado um ambiente de prática clínica de alto risco, pela sua complexidade, potencialidade para o desenvolvimento de erros clínicos e exigência de trabalho em equipa eficaz (Fragata, 2010; OE, 2023).

O cliente necessita, escolhe ou aceita ser submetido a procedimentos cirúrgicos e anestésicos, aceitando submeter-se a um estado de consciência alterado e aos riscos inerentes a estes

procedimentos, ficando num estado de vulnerabilidade física e emocional, na expectativa de melhorar o seu estado de saúde ou a sua qualidade de vida (Regulamento n.º 429/2018 da OE). Neste sentido, o EE no cuidado à pessoa em situação perioperatória deve demonstrar competências que garantam a segurança do cliente, agindo em seu benefício, bem como promover a sua capacitação para melhorar a gestão da sua experiência cirúrgica. A promoção da saúde, a prevenção de eventos adversos, o tratamento da doença assim como a instituição de projetos de melhoria da saúde do cliente e família/pessoa significativa a vivenciarem processos de saúde/doença que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, são o foco dos cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação perioperatória (AESOP, 2015; Regulamento n.º 429/2018 da OE).

A intervenção do EE nesta área de especialização abrange todo o período perioperatório que contempla três fases: a pré-operatória, que inicia quando o cliente e cirurgião decidem pelo procedimento cirúrgico e termina com a transferência do cliente para a marquesa operatória; a intraoperatória, que inicia com a transferência do cliente para a marquesa operatória e termina com este ser transferido para a UCPA; e a pós-operatória, que inicia com a transferência do cliente para a UCPA e termina quando se considera que este está recuperado do procedimento cirúrgico/anestésico (European Operating Room Nurses Association [EORNA], 2019; Regulamento n.º 429/2018 da OE).

A prestação de cuidados especializada e capaz de suprir as necessidades específicas de cuidados do cliente ao longo de todo o seu percurso perioperatório, desenvolve-se em cinco áreas, que se complementam este si, iniciando na consulta pré-operatória, seguindo-se a área anestésica, circulação e instrumentação, e termina com os cuidados pós-anestésicos (Regulamento n.º 429/2018 da OE).

Neste percurso de cuidados, o EE deve deter competências específicas em contexto perioperatório, cuidando do cliente e respetiva família de modo a que estes compreendam os processos vivenciados e a vivenciar, capacitando-os para o autocuidado e reintegração familiar e social, bem como orientar a sua prestação de cuidados para a maximização da segurança do cliente em situação perioperatória, da equipa pluridisciplinar e do ambiente cirúrgico, mobilizando habilidades e conhecimentos congruentes com a ética profissional (Regulamento n.º 429/2018 da OE).

### **Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa**

Cuidar de forma especializada do cliente em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa implica o desenvolvimento de três áreas de competência: capacitação do cliente e família para uma melhor gestão da experiência cirúrgica; promoção de cuidados especializados

e seguros; e a prestação de cuidados numa perspetiva interprofissional, que potencie a qualidade dos cuidados prestados, sempre no superior interesse e benefício do cliente (Regulamento n.º 429/2018 da OE).

O estabelecimento de uma relação de ajuda com o cliente e respetiva família, a identificação de necessidades e a conceção de um plano de intervenção em função das necessidades identificadas, é fundamental para a diferenciação na prestação de cuidados em contexto perioperatório. A capacitação do cliente e respetiva família para os cuidados necessários desde o momento pré-operatório até à recuperação total, no domicílio, são fundamentais para que o cliente vivencie a experiência perioperatória de forma positiva, percebendo melhor a sua responsabilidade na recuperação e colaborando mais nos cuidados pós-operatórios, o que favorece a melhoria dos *outcomes* cirúrgicos. (Mendes et al., 2020). Para isso, a informação disponibilizada e as estratégias de comunicação adotadas nessa transmissão de informação, são fundamentais para a integração de conhecimento por parte do cliente e família (Lomba et al., 2023).

Para o desenvolvimento das competências comunicacionais contribuiu a UC de Comunicação e Relação Terapêutica, que proporcionou ferramentas de comunicação essenciais. Tal como está preconizado nos Padrões de Qualidade de Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (OE, 2017), o EE deve saber gerir a comunicação interpessoal e a informação com o cliente/família/pessoa significativa, criando um clima de confiança e facilitador da relação terapêutica. Neste sentido, desenvolver uma comunicação efetiva com o cliente e a sua família/pessoa significativa, identificando as suas necessidades, é um imperativo ético, mas também fundamental para o estabelecimento de um ambiente terapêutico seguro. Tal como descrito no Pilar 3 do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, a comunicação eficaz e eficiente é um dos principais pilares fundamentais para a promoção de cuidados seguros (DGS, 2022a).

No decorrer do ensino clínico, procurou-se estabelecer uma comunicação eficaz com os clientes e família/ pessoa significativa, através da promoção de uma escuta ativa e adaptação da linguagem ao cliente/família, de modo estabelecer-se uma comunicação clara, eficaz e compreensível, permitindo identificar as suas necessidades e estabelecer um plano de cuidados em concordância com o cliente, envolvendo-o no mesmo.

Iniciando a prestação de cuidados perioperatórios na consulta de enfermagem pré-operatória, foi possível avaliar o conhecimento do cliente e família sobre diversas áreas (cuidados pré-operatórios, cirurgia segura, cuidados pós-operatórios imediatos e tardios, ...) e o seu potencial para melhorar o mesmo, assim como preparar o cliente e família para potenciais alterações da autoimagem e diminuição de capacidades, decorrentes do processo cirúrgico. Durante a consulta pré-operatória foi possível, ainda, instruir o cliente, nomeadamente, sobre o banho pré-cirúrgico, fundamental para a segurança cirúrgica e diminuição de risco de infeção do local

cirúrgico (DGS, 2022b; OMS, 2009). No estabelecimento deste contacto, a comunicação clara e eficaz foi fundamental para a transmissão da informação, bem como para a identificação das necessidades informativas, emocionais, sociais e até culturais.

A consulta de enfermagem pré-operatória deve ser entendida como um momento privilegiado para o estabelecimento de uma relação terapêutica e transmissão de informação ao cliente, visando prepará-lo melhor para a sua cirurgia, promovendo, também, a sua colaboração nos cuidados pós-operatórios (Mendes et al., 2020). Para que esta seja uma intervenção eficaz e valorizada pelo cliente e respetiva família, o EE deverá ter em atenção as necessidades do cliente pelo que, facilitar o processo de comunicação e estabelecer uma relação terapêutica, é fundamental para conhecer as reais necessidades e adaptar a sua intervenção. A disponibilização de informação em formato papel também facilita este processo, diminuindo a ansiedade do cliente face às informações recebidas de forma verbal.

Uma vez que na unidade hospitalar onde decorreu o ensino clínico a consulta de enfermagem pré-operatória é realizada em conjunto com a consulta de anestesia, o acesso do cliente e família à informação, imprescindível e pertinente para a tomada de decisão e exercício do direito à autodeterminação, é facilitado. A sinergia criada entre EE e anestesista, na resposta às necessidades do cliente e respetiva família/pessoa significativa (informativas, emocionais, sociais e/ou culturais) permite uma abordagem multiprofissional, diferenciada, eficaz e eficiente, atendendo aos princípios do dever de informação, do direito ao consentimento informado, livre e esclarecido, à autodeterminação, bem como respeitando os direitos humanos de autonomia e responsabilidade individual (OE, 2015a; Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura, 2006).

Nesta sequência, é assegurado o direito à informação do cliente para que este seja efetivamente envolvido no seu plano de cuidados, dando o seu consentimento de forma livre e verdadeiramente esclarecida. Na consulta de enfermagem pré-operatória procurou-se garantir que o cliente e respetiva família receberam e compreenderam as informações relativas ao seu plano terapêutico, permitindo que estes participem de forma ativa nas decisões relativas aos cuidados de saúde propostos.

Perante clientes mais vulneráveis, nomeadamente clientes com necessidades especiais, crianças e idosos, a comunicação foi adaptada e foi garantido o acompanhamento por familiar responsável. No dia da cirurgia destes clientes, também foi proporcionado um espaço físico com maior privacidade e conforto para que o cliente estivesse sempre acompanhado pela sua pessoa significativa (sala 2 da admissão da UCA e uma das camas da UCPA da UCA). Esta preocupação acrescida em proporcionar as melhores condições de acolhimento aos clientes mais vulneráveis, no período pré-operatório, mas também pós-operatório, é da responsabilidade do enfermeiro e fundamental para diminuir os níveis de ansiedade e melhorar a experiência cirúrgica, quer do cliente quer da própria família.

No que respeita, ainda, ao momento pré-operatório e aos cuidados de enfermagem inerentes, importa destacar o PMCQ dos cuidados de enfermagem perioperatórios que foi possível desenvolver e implementar na UCA, relacionado com o diagnóstico de enfermagem Ansiedade.

O diagnóstico de enfermagem Ansiedade é considerado um dos mais difíceis de identificar e quantificar. Além disso, esta é experienciada por cada cliente de forma particular e tem por base a sua experiência prévia, tornando-a uma vivência única e exclusiva de cada um (Rebelo & Carvalho, 2014). No entanto, níveis elevados de ansiedade traduzem-se em consequências negativas, tanto psicológicas como somáticas, e afeta, conseqüentemente, a anestesia, o procedimento cirúrgico em si e os cuidados pós-operatórios, com impacto significativo no tempo de internamento e no processo de recuperação (Gorini et al., 2022; Zemla et al., 2019).

As manifestações associadas à ansiedade pré-operatória podem ser somáticas, cognitivas, emocionais e/ou comportamentais (Rebelo & Carvalho, 2014). As respostas fisiológicas (somáticas) mais comuns, associadas à ansiedade pré-operatória, incluem a taquicardia, a hipertensão, a temperatura elevada, a sudorese, a náusea e um sentido intensificado de tato, olfato e/ou audição. As respostas psicológicas (emocionais e comportamentais) incluem as mudanças no comportamento, como o aumento da tensão, apreensão, nervosismo, choro e/ou agressão (Bansal & Joon, 2016; Rebelo & Carvalho, 2014). Além disso, também está correlacionada com o aumento de dor, NVPO, recuperação mais prolongada e aumento do risco de infeção (Bansal & Joon, 2016; Steiner et al., 2024).

Perante estes dados, e identificada a necessidade de melhorar os cuidados de enfermagem pré-operatórios prestados ao cliente com ansiedade, foi planeado e implementado um PMCQ da qualidade baseado na aplicação de uma intervenção autónoma de enfermagem, não farmacológica, durante o período pré-operatório (Anexo VIII). A intervenção consistia em disponibilizar ao cliente com ansiedade pré-operatória, a audição de uma música binaural, através de auriculares.

A música binaural consiste na utilização de dois tons sinusoidais puros, emitidos para cada ouvido, separadamente, com intensidade constante, mas com uma ligeira diferença na frequência. Estas diferentes frequências de som apresentadas em cada ouvido, separadamente, são processadas e combinadas de forma a que sejam percebidas como uma perceção única e unificada, originando o batimento binaural (Garcia-Argibay et al., 2019; Lentz et al., 2014). Este batimento binaural, que é percebido como um som pulsante, tem efeitos terapêuticos e relaxantes, consoante a frequência criada (Jang & Choi, 2022; Salehabadi et al., 2024).

Fundamentada na literatura disponível, obtida através da realização *Scoping Review* referida anteriormente, a aplicação de música binaural como intervenção de enfermagem não farmacológica, apresenta eficácia comprovada na diminuição da ansiedade pré-operatória, assim como se traduz em outros benefícios para o cliente como aumento da sua satisfação, diminuição da frequência cardíaca, e diminuição da necessidade de administração de sedativos

e/ou ansiolíticos para realização dos procedimentos cirúrgicos (Dahshan et al., 2021; Loong et al., 2022; Opartpunyasarn et al., 2022; Parodi et al., 2021).

Neste sentido, tratando-se de uma intervenção não farmacológica, não invasiva e de fácil aplicação, este PMCQ foi desenvolvido tendo como foco as necessidades do cliente sensíveis aos cuidados de enfermagem, subscrevendo o Modelo Perioperatório Centrado no Cliente (Benze et al., 2021) e os pilares fundamentais dos cuidados de enfermagem perioperatórios, nomeadamente o reconhecimento do outro e da sua vulnerabilidade, assim como o seu potencial de capacitação para se obter melhores *outcomes*. Para tal, foi tido em consideração o agir sempre com responsabilidade e consciência cirúrgica, na garantia de se prestarem os melhores cuidados e com segurança (OE, 2017; Regulamento n.º 429/2018 da OE).

Outras atividades desenvolvidas inerentes ao PMCQ, foram a criação de um cartaz (Anexo IX) e de um folheto informativo (Anexo X) sobre a ansiedade pré-operatória e os benefícios da música binaural, submetidos a validação ao Gabinete da Qualidade (Anexo XI); apresentação do projeto à equipa (Anexo XII), em reunião de serviço, de modo a sensibilizar os mesmos para a temática; e apresentação, em reunião de serviço, dos resultados preliminares da *Scoping Review* e os resultados da implementação da intervenção (Anexo XIII). A música binaural foi aplicada a 18 clientes que verbalizaram estar ansiosos no momento da admissão para cirurgia, apresentando outras manifestações de ansiedade tais como taquicardia, sudorese e agitação motora. A música binaural foi disponibilizada através de auriculares com isolamento de ruído e, sempre que possível, em ambiente mais tranquilo (gabinete 2 da admissão de clientes da UCA). O *feedback* obtido pelos clientes foi bastante positivo, afirmando estarem mais calmos e relaxados após a intervenção, sendo que alguns clientes chegaram mesmo a adormecer após 20 minutos de exposição à música binaural (tempo médio). Perante os resultados promissores obtidos, e o que a literatura evidência, foi deixado o desafio, às enfermeiras tutoras e ao enfermeiro gestor, de darem continuidade ao projeto e obterem as devidas autorizações para a realização de um projeto de investigação contribuindo, assim, para o desenvolvimento da profissão e melhoria das práticas de enfermagem.

O momento em que o cliente é transferido para a marquesa operatória marca o início do período intraoperatório (EORNA, 2019; Regulamento n.º 429/2018 da OE). Durante esta fase do percurso perioperatório do cliente, este ficará mais vulnerável, devido ao procedimento anestésico e cirúrgico que o impossibilitará de responder pelos seus próprios recursos aos riscos a que está sujeito, requerendo que o EE assegure a prestação dos melhores cuidados (Regulamento n.º 429/2018 da OE). Neste sentido, o EE é responsável pela promoção do conforto, garantia da privacidade e cumprimento do consentimento informado anteriormente prestado pelo cliente, garantindo que a vontade expressa pelo cliente é cumprida. A implementação e registo da utilização da “Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica” (DGS, 2013a) foi garantida em todas as cirurgias e, consoante a função que estava a desempenhar na sala operatória (enfermeira de anestesia, circulante ou instrumentista), procedeu-se à verificação prévia da operacionalidade

da sala operatória, equipamentos cirúrgicos, ventilador e carro de anestesia, carro de apoio à circulação e preparação de materiais (consumíveis e instrumental) para a cirurgia planeada, com recurso a *checklist*, não esquecendo a antecipação de necessidades perante o risco de complicações, quer anestésicas quer cirúrgicas.

A existência de *checklist* de verificação de conformidade e de preparação de material para as cirurgias facilita os processos e garante maior segurança nos procedimentos, reduzindo o risco de erros, acidentes ou eventos críticos, sendo fundamental para tarefas de complexidade e repetição reconhecida, como as desenvolvidas em contexto de BO (Fragata, 2010). Reconhecer a vulnerabilidade ao erro e adotar uma postura proativa e de antecipação de problemas é fundamental para a promoção de ambientes seguros e adoção de uma cultura de segurança. Só assim se consegue reduzir os incidentes na prestação de cuidados de saúde, bem como proporcionar um ambiente seguro para os profissionais de saúde, e, conseqüentemente para os clientes (DGS, 2022a).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 apresenta a cultura de segurança como um dos pilares centrais da prestação de cuidados seguros, não esquecendo o compromisso necessário e fundamental das lideranças organizacionais com a segurança do cliente (DGS, 2022a).

A comunicação é outro dos pilares da segurança na prestação de cuidados ao cliente e, em contexto intraoperatório, assume especial relevo na medida em que é fundamental estabelecer uma comunicação eficaz, de modo a dar resposta às necessidades identificadas. Perante uma equipa multidisciplinar envolvida nos cuidados diretos e simultâneos ao cliente no período intraoperatório, o estabelecimento de uma comunicação oportuna, precisa, completa, sem ambigüidade, atempada e com confirmação de que é compreendida pelo recetor, é imprescindível para evitar falhas ou erros na transmissão de informação, que podem comprometer a segurança e colocar em risco o cliente e os próprios profissionais (DGS, 2017; Figueiredo et al., 2020).

Efetivamente, as falhas na comunicação continuam a ser as situações que mais potenciam a ocorrência de eventos adversos (Shapiro, 2017). Na literatura há evidência de que até 70% destes eventos, ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados (DGS, 2017). Assim, a DGS reconhece, na Norma n.º 001/2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, que os momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre os profissionais de saúde, são particularmente vulneráveis à ocorrência de falhas, omissões de informação, erros nas informações, falta de precisão e falta de priorização das atividades, que podem comprometer a continuidade e a segurança dos cuidados (DGS, 2017). Neste seguimento, o recurso a uma ferramenta padronizada na transmissão de cuidados é recomendado, nomeadamente a metodologia ISBAR (Identificação; Situação; Background;

Avaliação; Recomendações), que contribui, também, para a rápida tomada de decisões, promovendo o pensamento crítico, diminuição do tempo na transferência de informação e promoção de uma rápida integração dos novos profissionais (DGS, 2017; DGS, 2022a).

No decorrer do ensino clínico, foi possível observar e colocar em prática estas recomendações, sendo que esta não era uma prática recorrente entre os profissionais de enfermagem, estado a iniciar-se a implementação de um PMCQ exatamente no âmbito da transição de cuidados e uso da metodologia ISBAR.

O EE tem um papel fundamental na promoção da segurança do cliente e de ambientes seguros, assumindo um lugar de destaque na gestão do risco e do ambiente cirúrgico, para um funcionamento do BO mais eficiente. A manutenção da privacidade, promoção do conforto do cliente e a prevenção de complicações, como as decorrentes do posicionamento ou a dor pós-operatória, são algumas das áreas de intervenção do EE, ao longo do percurso do cliente no ambiente perioperatório.

Para além da informação recebida, da comunicação e da relação estabelecida entre o enfermeiro e o cliente, a satisfação das necessidades fisiológicas e o ambiente físico do BO são alguns dos aspetos, identificados na literatura, com maior relevância para a satisfação do cliente com os cuidados de enfermagem no BO (Lomba et al., 2023). Neste sentido, a manutenção da privacidade e promoção do conforto do cliente, nomeadamente no que respeita ao conforto térmico, são um foco de atenção dos cuidados de enfermagem.

A promoção da normotermia em contexto perioperatório assume maior relevância, não só pelo conforto físico do cliente, mas também pela sua interferência ao nível do controlo de infeção do local cirúrgico e estabilidade hemodinâmica (DGS, 2022b; Oliveira et al., 2022). Devido aos procedimentos anestésicos, ao próprio procedimento cirúrgico, à exposição ao ambiente do BO, e a outros fatores de índole pessoal, o cliente encontra-se numa situação de extrema vulnerabilidade, podendo ocorrer hipotermia perioperatória inadvertida (Madrid et al., 2016; Oliveira et al., 2022). Esta tem sido associada a complicações tais como infeção do local cirúrgico, atraso na cicatrização da ferida operatória, aumento do risco de hemorragia e de ocorrência de eventos cardiovasculares, estado associada a piores *outcomes* e maior morbimortalidade (Mendes et al., 2021; Sociedade Portuguesa de Anestesiologia [SPA], 2017). Assim, é fundamental garantir a homeostasia pré e intraoperatória do cliente, para a qual contribui, entre outros fatores, a normotermia. Neste sentido, está normativamente instituído, e foi colocado em prática, medidas de aquecimento corporal, ativas (infusão aquecida por via endovenosa e cavitária - quando recomendado; utilização de sistema de ar forçado e manta térmica) e passivas (minimização o tempo de exposição corporal e aplicação de lençóis de algodão), de modo a que o cliente mantivesse uma temperatura corporal superior a 36°C durante todo o seu percurso perioperatório, registando no processo cirúrgico a temperatura corporal e as medidas instituídas, tal como recomendado (DGS, 2022b).

No que concerne à segurança no posicionamento cirúrgico, existem vários aspetos a considerar, nomeadamente, as condições, restrições e patologias do cliente, as preferências do cirurgião, a técnica cirúrgica a realizar, assim como é necessário garantir o melhor acesso à monitorização, ventilação e aos acessos venosos para administração de fármacos (Lopes et al., 2016). Neste sentido, o EE desempenha um papel fundamental na implementação de intervenções baseadas na evidência, de forma a garantir o conforto do cliente, o seu bem-estar e a sua segurança. Manter o alinhamento corporal e evitar o compromisso de estruturas neuromusculares, assim como prevenir alterações respiratórias, cardiovasculares e tegumentares, são foco de atenção do EE (Almeida & Pacheco, 2014).

Perante a identificação do risco de lesões decorrentes do posicionamento, o EE deve direcionar as suas intervenções para a prevenção deste, comunicando com o cirurgião e o anestesista, de forma a promover a segurança do cliente (Duarte & Martins, 2014).

Em articulação com a equipa cirúrgica e anestésica, foi possível implementar planos de intervenção adaptados às necessidades do cliente, da equipa de anestésica e da equipa cirúrgica, respeitando as limitações anatómicas do cliente, prevenindo lesões articulares durante a sua mobilização e protegendo zonas de pressão, de modo a evitar lesões cutâneas associadas ao posicionamento cirúrgico. O recurso a dispositivos de alívio de pressão, dispositivos de contenção para evitar quedas e proteção de zonas sensíveis, como os olhos e órgãos genitais, foram uma preocupação constante, tendo por base a melhor evidência na prevenção de lesões associadas a cada posicionamento específico, proporcionado o melhor cuidado ao cliente vulnerável.

No que respeita à dor aguda pós-operatória, esta permanece como o sintoma pós-operatório mais vezes referido pelos clientes, apesar de todos os avanços farmacológicos e tecnológicos na prevenção e gestão da dor (Sarmiento et al., 2013). Pode estar presente desde o período pós-operatório imediato até à recuperação tardia do cliente, no domicílio, havendo evidência de uma prevalência de dor aguda pós-operatória, moderada a intensa, após alta hospitalar, entre 31% e 58% (Park et al., 2023). A inadequada gestão da dor pós-operatória traduz-se em resultados negativos, tais como stress, dor crónica e limitação na mobilidade, aumentando, conseqüentemente, o período de recuperação pós-operatório, sendo a primeira causa de readmissão hospitalar (López et al., 2017; O'Donnell, 2018).

Assim, a dor deve ser um foco de atenção prioritário dos profissionais de saúde, e do EE em particular, dado que este também se constitui como um indicador de qualidade em todas as dimensões, tanto na demonstração de eficiência do sistema de saúde como na perceção da qualidade dos cuidados pelo cliente e família (López et al., 2017).

Segundo as *Guidelines* da American Pain Society, é recomendável fornecer informação pré-operatória sobre a dor operatória e estratégias de gestão, pois esta pode reduzir a dor aguda pós-operatório (Chou et al., 2016). Cumulativamente, recomenda uma avaliação estruturada da

dor pós-operatória, considerando o início e padrão da dor, localização, intensidade, tratamentos realizados eficazes/ineficazes anteriormente para o alívio da dor, interferências e obstáculos à avaliação (limitações cognitivas, mitos, barreiras linguísticas e culturais) (Chou et al., 2016). Assim, além de informar o cliente sobre a dor operatória e a sua gestão, e de avaliar regularmente a intensidade da dor pós-operatória, os enfermeiros são responsáveis por fornecer a medicação analgésica prescrita (a horas fixas e de resgate), monitorizar a eficácia da analgesia fornecida, bem como registar os efeitos laterais e complicações (SPA, 2024).

Efetivamente, as medidas farmacológicas para a gestão da dor são a primeira linha de atuação, mas também podem ser complementadas com estratégias não farmacológicas, nomeadamente, alterações de posicionamento, uso de almofadas, exercícios de respiração e relaxamento, técnicas de distração ou musicoterapia (Linton & Matteson, 2020). Deste modo, é imperativo que os enfermeiros monitorizem a dor e implementem intervenções de forma eficaz no alívio da mesma (DGS, 2003).

No decorrer do ensino clínico, foi possível avaliar os sinais e sintomas de dor do cliente e implementar medidas, interdependentes e autónomas, farmacológicas e não farmacológicas, com o intuito de prevenir e gerir a dor, durante todo o percurso perioperatório do cliente. Constatou-se que um EE da equipa do BO é o enfermeiro de ligação à equipa da Unidade de Dor Aguda (UDA) do hospital, desempenhando um papel importante ao nível da coordenação, monitorização e avaliação dos cuidados prestados ao nível da dor, tal como preconizado pela SPA (2024).

Foi possível, ainda, na consulta pré-operatória e no momento da alta, informar e esclarecer o cliente e família sobre a dor pós-operatória, bem como instruí-los sobre medidas não farmacológicas de gestão da dor, que pudessem implementar no domicílio.

Preparar o cliente para a alta, é uma das áreas de intervenção do EE, desde o momento da consulta pré-operatória, pois, tal como referido anteriormente, clientes informados e esclarecidos sobre as necessidades pós-operatórias, aderem melhor ao regime terapêutico recomendado (Mendes et al., 2020). No decorrer do ensino clínico, foi possível acompanhar e realizar a consulta de enfermagem de alta, em contexto de cirurgia de ambulatório. Nestes momentos, identificar a necessidades de informação do cliente e família/pessoa significativa sobre os cuidados pós-operatórios e capacitar os mesmos para a sua realização, foi o principal foco de atenção dos cuidados de enfermagem. A adaptação da linguagem, com uma comunicação clara e validação de compreensão das informações por parte do cliente e família/pessoa significativa, assim como a disponibilização do contacto do serviço para esclarecimento de alguma dúvida, e a entrega de informoterapia em formato papel sobre os cuidados pós-operatórios, foi fundamental para que o cliente e família se sentissem mais seguros e confiantes no regresso a casa.

## **Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica**

A maximização da segurança do cliente e dos profissionais em contexto perioperatório assume diferentes dimensões, complementares entre si, onde a promoção de ambientes seguros, a prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados perioperatórios e a própria gestão e controlo de dispositivos médicos, são fundamentais (Regulamento n.º 429/2018 da OE).

Perante o elevado risco de ocorrência de eventos adversos em contexto perioperatório, devido ao ambiente complexo do mesmo e ao elevado grau de vulnerabilidade do cliente, a adoção de uma postura de prevenção e antecipação dos riscos é fundamental para a prestação de cuidados seguros, em alinhamento com o princípio ético e moral descrito pela OE como consciência cirúrgica (Regulamento n.º 429/2018 da OE). Enquanto EE na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, a sua essência é prestar cuidados com base em evidência científica atual, demonstrando conhecimento e respeito pelos princípios éticos e deontológicos em vigor, em prol do benefício do cliente, e demonstrar habilidades congruentes com as práticas em contexto cirúrgico, garantindo a segurança dos clientes, dos profissionais e do ambiente.

No decorrer do ensino clínico foi possível desenvolver e demonstrar competências especializadas no cuidado à pessoa em situação perioperatória, durante todo o seu percurso, na garantia da promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes, congruente com a consciência cirúrgica, tal como preconizado no Regulamento de Competências Específicas do EE em EMCEPSP (Regulamento n.º 249/2018 da OE).

A verificação da segurança cirúrgica com recurso a *Checklist* de Verificação de Segurança Cirúrgica e registo da mesma (DGS, 2013a), a implementação da ferramenta de transmissão de informação ISBAR para garantir a segurança na transição dos cuidados (DGS, 2017), a instituição de normas para a segurança na preparação e administração de medicamentos (DGS, 2015), a instituição de procedimentos relativamente aos posicionamentos cirúrgicos de modo a prevenir lesões decorrentes dos mesmos, a adoção de medidas para prevenção da infeção do local cirúrgico (DGS, 2022b), e a garantia de dotações seguras na prestação de cuidados ao cliente (Regulamento n.º 743/2019 da OE), constituem algumas das áreas de intervenção do EE em contexto perioperatório. Neste âmbito, o EE constitui-se como uma peça chave na antecipação de eventos adversos e promoção de uma cultura de segurança dos cuidados, integrando e favorecendo processos de melhoria contínua.

A promoção da normotermia e da normoglicemia, a escolha e aplicação correta do antisséptico mais adequado para cada situação cirúrgica (DGS, 2022b), assim como a escolha e administração de antibioterapia de acordo com as indicações (DGS, 2013b), foram algumas das

medidas promovidas diariamente como medidas preventivas da infeção do local cirúrgico, na garantia de se estar a fornecer os melhores cuidados e a colocar em prática princípios fundamentados na melhor evidência científica disponível.

Tal como referido anteriormente, a instituição de protocolos de higienização da sala operatória, onde foi possível ser parte integrante do seu processo de auditoria, a correta higienização das mãos, não só a desinfeção pré-cirúrgica das mãos mas também os cinco momentos preconizados pelas DGS (2019), e a instituição de protocolos de controlo de infeção associada a indivíduos infetados ou colonizados com microrganismos multirresistentes (MMR) (DGS, 2014), foram outras medidas que foi possível observar na prática e integrar a implementação das mesmas, contribuindo de forma ativa para a prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde em contexto perioperatório.

A presença de clientes cirúrgicos infetados ou colonização por MMR é ainda significativa pelo que, o conhecimento prévio de toda a equipa sobre essa infeção/colonização e o domínio das medidas de precaução básicas de controlo de infeção a instituir são fundamentais para conter a disseminação desse MMR entre os profissionais, dos profissionais para outros clientes e para o ambiente cirúrgico (DGS, 2012). Realizar os procedimentos cirúrgicos a estes clientes, sempre que possível, no final do plano operatório, instituir uma correta higiene das mãos e de acordo com os cinco momentos, utilizar equipamentos de proteção individual adequados, nomeadamente luvas, avental de uso único e máscara cirúrgica se risco de salpico de secreções ou fluidos, aspiração de secreções ou terapia respiratória (precauções de contacto), proceder à correta descontaminação dos equipamentos clínicos e do ambiente cirúrgico, assim como manusear de forma correta e segura as roupa e dispositivos médicos que estiveram em contacto com o cliente e o seu ambiente é fundamental para a prevenção e controlo de infeção, assim como para a segurança dos profissionais e dos clientes. Nesta sequência, a formação a todos os intervenientes nos cuidados diretos e indiretos aos clientes colonizados ou infetados com MMR deve ser assegurada pelos gestores das unidades de saúde (DGS, 2012; DGS, 2014), sendo possível observar, na unidade em questão, essa preocupação e integração deste tema no plano de formações anual.

O correto manuseamento dos dispositivos médicos (DM), assim como a verificação da sua conformidade relativamente a embalagem e indicadores de esterilização, são um outro componente importante do controlo de infeção associada aos cuidados de saúde perioperatórios, na qual o EE detém um papel fundamental (Regulamento n.º 429/2018 da OE). A presença do EE nos processos de utilização e reprocessamento de DMUM é imprescindível para garantir a satisfação das normas relativas à qualidade e segurança, respeitando as instruções do fabricante dos DM. O EE realiza e supervisiona o cumprimento das etapas fundamentais do reprocessamento de DMUM, designadamente: recolha dos DMUM; limpeza e desinfeção; inspeção, montagem e embalagem; esterilização; e armazenamento (Portaria n.º 86/2024/1 da Defesa Nacional, Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde).

No contexto de sala operatória, o EE é responsável pelo uso correto do DMUM durante as cirúrgicas, garantindo que nenhum DMUM fica retido inadvertidamente, instituindo protocolos de segurança cirúrgica (contagem itens quantificáveis antes, durante e depois de terminado o procedimento cirúrgico) (AESOP, 2013). O EE é responsável, ainda, pelo seu acondicionamento após a utilização, de modo a evitar danos nos DMUM ou mesmo acidentes ocupacionais, resultantes do incorreto acondicionamento, assim como deve garantir que o seu transporte é realizado em carros de transporte próprios, de preferências fechado, de modo a diminuir o risco de contaminação dos profissionais e do ambiente cirúrgico (AESOP, 2013; Portaria n.º 97/2024/1 da Defesa Nacional, Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde).

No decorrer do ensino clínico foi possível acompanhar o enfermeiro responsável pelo serviço de esterilização, conhecendo as dinâmicas inerentes ao mesmo e identificando as dificuldades diárias na gestão dos DMUM, perante a produção cirúrgica do BO e as necessidades de reprocessamento dos DMUM. De modo a assegurar a disponibilidade dos DMUM para todas as cirurgias programadas (sem esquecer as necessidades em contexto de cirurgia de urgência), é necessário que os enfermeiros do BO conheçam os DM existentes e que, diariamente, se realize uma análise das necessidades e se estabeleça uma articulação próxima entre os enfermeiros e o serviço de esterilização. Neste âmbito, foi possível, ainda, aumentar o conhecimento teórico, participando na formação de serviço sobre o tema, intitulado “Ciclo de Reprocessamento de DMUM e boas práticas na sua utilização, acondicionamento e transporte”, cujo objetivo foi sensibilizar as equipas de enfermagem e auxiliares do BO, envolvidos neste ciclo de reprocessamento de DMUM, para as necessidades de articulação e comunicação clara, de modo a garantir a disponibilidade atempada dos DM, bem como dar conhecimento dos processos envolvidos no ciclo de reprocessamento e apresentar os diferentes indicadores de garantia de esterilização, aumentando, assim, a segurança dos cuidados.

Por fim, e não menos relevante, destacar o papel ativo do EE na instituição de protocolos relativos à utilização de dispositivos implantáveis, assim como na recolha e acondicionamento de tecidos e fluídos orgânicos para análise. Não raras vezes são implantados dispositivos nos clientes, inerentes ao procedimento cirúrgico, cuja sua correta manipulação intraoperatória e o correto registo de implante do mesmo são fundamentais para garantir a qualidade e segurança dos procedimentos cirúrgicos. As instituições de saúde devem garantir o registo e guardar a identificação única dos dispositivos implantáveis utilizados, de modo a assegurar a sua rastreabilidade (Decreto-Lei n.º 29/2024). Na instituição onde decorreu o ensino clínico, todos os dispositivos implantados são registados pelo enfermeiro em impresso próprio e arquivados no processo clínico do cliente, assim como é entregue ao cliente os dados relativos ao dispositivo implantado, sendo de extrema importância a correta identificação do dispositivo e a sua lateralidade (quando aplicável), de modo a facilitar processos de rastreabilidade que venham a ser necessários, cumprindo assim o disposto no Decreto-Lei n.º 29/2024.

No que respeita à recolha e acondicionamento de tecidos e fluídos orgânicos para análise, este

é um procedimento frequentemente realizado em contexto perioperatório e onde o enfermeiro detém a responsabilidade de garantir a sua correta identificação, armazenamento e documentação necessária ao envio seguro para o laboratório, conforme as normas institucionais (Despacho n.º 399/2009). Regularmente é realizada formação aos profissionais de saúde sobre o tipo de amostra que podem ser recolhidas e enviadas para análise, assim como os meios de conservação. Estas formações visam garantir que é realizada uma correta manipulação e acondicionamento das amostras, para que estas chegam nas melhores condições ao laboratório, obtendo-se resultados mais fiáveis. O EE em contexto perioperatório, deve instituir e supervisionar o cumprimento destas recomendações, assim como proceder à correta identificação das amostras e registo das mesmas, colocando em prática princípios da cirurgia segura (DGS, 2013a).

## 5. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

A evolução da enfermagem especializada em Portugal tem sido marcada por um reconhecimento crescente da importância da diferenciação e da exigência técnica e científica dos cuidados de enfermagem prestados, impulsionada pelo contínuo desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde. Tal como foi referido, esta evolução tem levado a uma crescente complexificação de conhecimentos, práticas e locais de trabalho para os enfermeiros. Subsequentemente, o reconhecimento e a definição da figura do EE assumem um marco importante na diferenciação dos cuidados prestados, nomeadamente na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória. Sendo o EE o profissional a quem se reconhecem competências a nível científico, técnico e humano para prestar cuidados de enfermagem especializados, desempenha um papel único e diferenciador na área da saúde enquanto elemento essencial das equipas multidisciplinares e multiprofissionais de saúde.

A OE tem desempenhado um papel crucial nesta evolução, estabelecendo regulamentos e normas que definem as competências comuns e específicas dos EE, bem como estabelece padrões de qualidade, com o objetivo de garantir níveis elevados de qualidade e segurança da prática profissional.

Neste sentido, o presente relatório do estágio de natureza profissional realizado no âmbito do MEMCEPSP teve como o objetivo refletir sobre as qualificações necessárias para a excelência dos cuidados de enfermagem especializados no contexto cirúrgico. Ao longo da descrição das atividades que contribuíram para o desenvolvimento de cada competência comum e específica do EE, foi realizada uma análise critico-reflexiva sobre as práticas de desenvolvimento profissional na área específica da prestação de cuidados em contexto perioperatório, fundamentada na evidência científica mais atual.

A conceção de cuidados, tendo por base esta abordagem multidimensional das necessidades do cliente em contexto perioperatório, não descurando o reconhecimento da sua vulnerabilidade e os riscos a que está exposto, inerentes ao ambiente do BO e aos procedimentos cirúrgicos e anestésicos de que necessita, permitiu o desenvolvimento do pensamento crítico, da capacidade de recolha e análise de dados, bem como o aprimorar da capacidade de tomada de decisão clínica com base nos conhecimentos teóricos atuais, sendo mais perspicaz e eficiente na satisfação das necessidades do cliente e família/pessoa significativa. Deste modo, foi possível aperfeiçoar a capacidade de organizar sistematicamente os cuidados de enfermagem, assegurando consistência e acompanhamento eficaz dos cuidados planeados.

A utilização da plataforma e4nursing, para o registo e desenvolvimento das diferentes etapas do

processo de conceção de cuidados, mostrou ser um recurso valioso na formação enquanto enfermeira, na medida em que contribuiu para o desenvolvimento do juízo clínico, capacidade sistematização da informação e capacidade de toma de decisão ao nível das competências clínicas especializadas, elevando o nível de cuidados prestados ao cliente cirúrgico.

O PMCQ dos cuidados de enfermagem no âmbito da diminuição da ansiedade pré-operatória através da música binaural catapultou o desenvolvimento de competências especializadas, permitindo atuar em necessidades do cliente sensíveis aos cuidados de enfermagem, bem como aprofundar competências no âmbito da investigação. Para uma prática baseada na evidência, fundamental para a prestação de cuidados de saúde de qualidade, é necessário a pesquisa e análise das evidências disponíveis. Não obstante, é na prática clínica que surge a necessidade de atualizar os conhecimentos, contribuindo para a formação e desenvolvimento profissional, bem como para a tomada de decisão autónoma, reflexiva e baseada na melhor evidência disponível.

Este projeto permitiu, ainda, ter um papel ativo na sensibilização das equipas multidisciplinares que cuidam dos clientes em contexto perioperatório, para a importância de uma abordagem multidimensional do cliente e família, com impacto significativo nos resultados pós-operatórios e na satisfação do cliente com os cuidados recebidos, atuando em conformidade com o Modelo Perioperatório Centrado no Cliente e com os padrões de qualidade inerentes à prestação de cuidados especializados em contexto perioperatório.

Em suma, para o desenvolvimento de competências especializadas e prestação de cuidados verdadeiramente diferenciados na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, é necessário realizar uma introspeção aos cuidados que prestamos diariamente, tendo a humildade de reconhecer as necessidades de melhoria pessoais e profissionais. Só assim será possível identificar corretamente as necessidades específicas de cuidados ao cliente e família/pessoa significativa em contexto perioperatório, bem como as necessidades de intervenção na promoção da segurança do cliente/família/pessoa significativa e da equipa pluridisciplinar, colocando em prática as melhores e mais atuais evidências científicas disponíveis neste âmbito.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexandre, R., & Carreiro, E. (2019). O papel do enfermeiro no controlo da infeção. In A. Duarte & O. Martins, *Controlo da Infeção Hospitalar* (7/115-118). Lisboa: Lidel.
- Alho, G. N. D. S., Silveira, T. F. D., Ferreira, B. O. I., Medim, B. L. M., Bezerra, L. S. T., Brizeno, L. A. S., & Lima, S. C. D. (2024). Avaliação do protocolo de checklist para cirurgia segura nos centros cirúrgicos. *Revista Contemporânea*, 4(11), e6430. <https://doi.org/10.56083/rcv4n11-014>
- Almeida, F., & Pacheco, C. (2014). Posicionamentos em cirurgia. In A. Duarte & O. Martins, *Enfermagem em bloco operatório* (0) 93-101. Lidel.
- Altinsoy, S., Caparlar, C. O., & Ergil, J. (2020). Relação entre ansiedade pré-operatória e consciência durante a anestesia: estudo observacional. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 70(4), 349-356. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2020.04.012>
- Amer, R., Nalçı, H., & Yalçındağ, N. (2017). Exudative retinal detachment. *Survey of ophthalmology*, 62(6), 723-769. <https://doi.org/10.1016/j.survophthal.2017.05.001>
- APCER. (2025). ISSO 9001 Sistema de gestão da qualidade. APCER. <https://apcergroup.com/pt/certificacao/pesquisa-de-normas/81/iso-9001>
- Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt K, Pilla, B., & Jordan, Z. (Editors). (2024). JBI Manual for Evidence Synthesis. *JBI*. <https://synthesismanual.jbi.global>
- Ascari, R. (2021). Complicações pós-operatórias. *Udesc*. <https://sistemabu.udesc.br/pergamumweb/vinculos/00008e/00008ec6.pdf>
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2006). *Enfermagem perioperatória - da filosofia à prática dos cuidados*, Lusodidacta.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2015). Proposta de revisão da norma “dotações seguras dos cuidados de enfermagem, 2014”. *Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses*. [https://aesop-enfermeiros.org/wp-content/uploads/2023/02/Proposta\\_de\\_revisao\\_da\\_norma\\_Dotacoes\\_seguras\\_dos\\_Cuidados\\_de\\_Enfermagem\\_2014.pdf](https://aesop-enfermeiros.org/wp-content/uploads/2023/02/Proposta_de_revisao_da_norma_Dotacoes_seguras_dos_Cuidados_de_Enfermagem_2014.pdf)
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2017). Práticas recomendadas para bloco operatório - Prevenção e controlo da hipotermia perioperatória inadvertida. *Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses*. <https://www.ulsguarda.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2018/02/Draft-Brochura-AESOP->

PR-Hipotermia-Pantone-569.pdf

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2012). *Enfermagem perioperatória - da filosofia à prática dos cuidados* (2ª ed.), Lusodidacta.

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2013). *Práticas recomendadas para o bloco operatório* (3ª ed.), Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses.

Associação dos Enfermeiros de Sala Operações Portugueses. (2015). Tomada de posição da Associação dos Enfermeiros de Sala Operações Portugueses - AESOP sobre Cursos de Especialidade em Enfermagem Perioperatória. *Associação dos Enfermeiros de Sala Operações Portugueses*.

[http://aesop-enfermeiros.org/wp-content/uploads/2023/02/Tomada\\_de\\_posicao\\_da\\_Associacao\\_dos\\_Enfermeiros\\_de\\_Sala\\_Operacoes\\_Portugueses\\_\\_AESOP\\_sobre\\_Cursos\\_de\\_Especialidade\\_em\\_Enfermagem\\_Periooperatoria.\\_Julho\\_de\\_2015.pdf](http://aesop-enfermeiros.org/wp-content/uploads/2023/02/Tomada_de_posicao_da_Associacao_dos_Enfermeiros_de_Sala_Operacoes_Portugueses__AESOP_sobre_Cursos_de_Especialidade_em_Enfermagem_Periooperatoria._Julho_de_2015.pdf)

Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (2013). Recomendações para o tratamento da dor agudapós-operatória em cirurgia ambulatória. *Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória*. <http://www.apca.com.pt>

Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal. (2023). Educação para a saúde: Diabetes e o olho - vitrectomia. *Associação Portuguesa de Diabéticos de Portugal*. [https://apdp.pt/wp-content/uploads/2023/08/01\\_-Vitrectomia.pdf](https://apdp.pt/wp-content/uploads/2023/08/01_-Vitrectomia.pdf)

Bansal, T., & Joon, A. (2016). Preoperative anxiety-an important but neglected issue: A narrative review. *The Indian Anaesthetists Forum* 17(2), 37-42. DOI: 10.4103/0973-0311.195955

Becker, A. M., & Lane-Fall, M. (2017). Transitions of care in the perioperative period. *Current Anesthesiology Reports*, 7(4), 421-426. <https://doi.org/10.1007/s40140-017-0244-3>

Benze, C., Spruce, L., & Groah, L. (2021). Perioperative nursing: Scope and standards of practice. *Association of Operating Room Nurses*. <https://www.aorn.org/docs/default-source/guidelines-resources/periop-nursing-scope-standards-of-practice.pdf>

Bernardo, W. M., & Aires, F. T. (2013). Eficácia da dexametasona na profilaxia de náuseas e vômitos no pós-operatório de colecistectomia laparoscópica. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 59(4), 387-391. <https://doi.org/10.1016/j.ramb.2013.06.008>

Beyea, S. (2011). *Perioperative Nursing Data Set (PNDS)*. 3rd Ed. Denver: AORN.

Bomfim, R. A. (2012). Competência profissional: uma revisão bibliográfica. *Revista Organização Sistêmica*, 1(1), 46-63. <https://www.revistasuninter.com/revistaorganizacaoSistemica/index.php/organizacaoSistemica/article/view/62>

- Borgdorff, P. (2008). Postoperative pain management. *CME*, 26(3), 134-136.
- Brown, E. N., Pavone, K. J., & Naranjo, M. (2018). Multimodal general anesthesia: Theory and practice. *Anesthesia and Analgesia*, 127(5), 1246-1258. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000003668>
- Buchanan, L., & Tuma, F. (2023). Íleo pós-operatório. *StatPearls*. <https://doi.org/10.1016/j.ijisu.2015.01.024>
- Cambotas, C., Chambel, C., Tavares, F., Martins, H., Lajas, I., Veloso, M., Pinheiro, M., Henriques, M., Bilbão, M., & Cruz, O. (2006). As funções do Enfermeiro Perioperatório. In Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas, *Enfermagem Perioperatória - Da Filosofia à Prática dos Cuidados* (VII, 105-170). Lusodidacta.
- Cantante, A. P. D. S. R., Fernandes, H. I. V. M., Teixeira, M. J., Frota, M. A., Rolim, K. M. C., & Albuquerque, F. H. S. (2020). Sistemas de Saúde e Competências do Enfermeiro em Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1), 261-272. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27682019>
- Cardoso, F. A. F., Filgueiras, N. A., & Brito, C. J. C. J. (2024). Auditoria de enfermagem: importância na qualidade das anotações no serviço de saúde. *BIUS -Boletim Informativo Unimotrisaúde em Sociogerontologia*, 43(37), 1-15. <https://www.periodicos.ufam.edu.br/index.php/BIUS/article/view/14805>
- Carneiro, A., & Vieira, L. (2020). Qual a etiologia do descolamento exsudativo da retina?. In Grupo de Estudos da Retina, *25 Perguntas e Respostas: Descolamento de Retina*. (2) 15-18. Grupo de Estudos da Retina. <https://www.ger-portugal.com/wp-content/uploads/2023/03/Livro-25P25R-GER-2020-descolam-retina.pdf>
- Caseiro, J. (2009). Critérios de admissão e de alta em cirurgia do ambulatório - A perspetiva do Anestesiologista. *Revista Portuguesa de Cirurgia* (8), 49-57. <https://revista.spcir.com/index.php/spcir/article/view/223>
- Castera, M., & Borhade, M. (2023). Fluid management. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532305/>
- Charoenkwan, K., Phillipson, G. & Vutyavanich, T. (2007). Early versus delayed oral fluids and food for reducing complications after major abdominal gynaecologic surgery. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004508.pub3>
- Chaudhury, S., Omkaram, C.S., Reddy, R. & Murthy, P. (2023). Prevalence of preoperative anxiety in patients posted for surgical procedures and its relation to the doses of anesthetic drugs. *Industrial Psychiatry Journal*, 32(2), 260-265. [https://doi.org/10.4103/ipj.ipj\\_109\\_22](https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_109_22)
- Chen, Y., Kearns, V. R., Zhou, L., Sandinha, T., Lam, W. C., Steel, D. H., & Chan, Y. K. (2021).

Silicone oil in vitreoretinal surgery: indications, complications, new developments and alternative long-term tamponade agents. *Acta Ophthalmologica*, 99(3), 240-250. <https://doi.org/10.1111/aos.14604>

CHKS. (2025). Care quality, assurance and accreditation: health and care accreditation and certification services. *Caspe Healthcare Knowledge Systems*. [https://www.chks.co.uk/userfiles/files/Flyers/Care%20quality-assurance-accreditation\\_brochure.pdf](https://www.chks.co.uk/userfiles/files/Flyers/Care%20quality-assurance-accreditation_brochure.pdf)

Chou, R., Gordon, D., de Leon-Casasola, O., Rosenberg, J., Bickler, S., Brennan, T., Carter, T., Cassidy, C., Chittenden, E., Degenhardt, E., Griffith, S., Manworren, R., McCarberg, B., Montgomery, R., Murphy, J., Perkal, M., Suresh, S., Sluka, K., Strassels, ... Wu, C. (2016). Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council. *The journal of pain*, 17(2), 131-157. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.12.008>

Crozeta, K., & Roehrs, H. (2012). O cuidado de pacientes com dispositivos venosos: uma prática baseada em evidências. In W. Malagutti, & H. Roehrs (eds.), *Terapia intravenosa: atualidades* (277-288). Martinari.

Dahshan, D., Kuzbel, J., & Verma, V. (2021). A role for music in cataract surgery: a systematic review. *International ophthalmology*, 41(12), 4209-4215. <https://doi.org/10.1007/s10792-021-01986-9>

Dalri, C. C., Rossi, L. A., & Dalri, M. C. B. (2006). Diagnósticos de enfermagem de pacientes em período pós-operatório imediato de colecistectomia laparoscópica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14, 389-396. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/kbDmVrYLWvYjj6fbvbTqPtk/?format=pdf&lang=pt>

Decreto-Lei n.º 29/2024. Diário da República n.º 68/2024, Série I de 2024-04-05. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/29-2024-859517101>

Delamar, L. (2008). Anestesia. In J. Rothrock, *Alexander Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico* (4, 100-129). Lusodidacta.

Despacho n.º 399/2009 de 7 de janeiro: Aprovação do Manual de Boas Práticas Laboratoriais de Anatomia Patológica. Diário da República, 2.ª série, N.º 4, 510-516. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/399-2009-2265652>

Direção-Geral da Saúde. (2003). Circular Normativa n.º 09/DGCG - A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. *Direção-Geral da Saúde*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgc>

g-de-14062003-pdf.aspx

Direção-Geral da Saúde. (2012). Norma n.º 029/2012 atualizada a 31/10/2013. Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). *Direção-Geral da Saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2013a). Norma n.º 002/2013 - Cirurgia Segura, Salva Vidas. *Direção-Geral da Saúde*. [https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/seguranca-cirurgica-norma\\_002\\_2013\\_cssv-revisao-junho2013.aspx](https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/seguranca-cirurgica-norma_002_2013_cssv-revisao-junho2013.aspx)

Direção-Geral da Saúde. (2013b). Norma n.º 031/2013 atualizada a 17/11/2022 - Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto. *Direção-Geral da Saúde*. [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2013/12/norma\\_031\\_2013\\_atualizada\\_17\\_11\\_2022\\_prof\\_atb\\_cx\\_crianca\\_adulto\\_corrigida\\_29\\_03\\_2023.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2013/12/norma_031_2013_atualizada_17_11_2022_prof_atb_cx_crianca_adulto_corrigida_29_03_2023.pdf)

Direção-Geral da Saúde. (2014). Norma n.º 018/2014 atualizada a 27/04/2015 - Prevenção e Controlo de Colonização e Infecção por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) nos hospitais e unidades de internamento de cuidados continuados integrados. *Direção-Geral da Saúde*.

<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/prevencao-e-controlo-de-colonizacao-e-infecao-por-staphylococcus-aureus-resistente-a-meticilina-mrsa-nos-hospitais-e-unidades-de-internamento-de-cuidados-continuados-integrados.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2015). Norma n.º 014/2015 - Medicamentos de alerta máximo. *Direção-Geral da Saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/medicamentos-de-alerta-maximo.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2017). Norma n.º 001/2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Direção-Geral da Saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2019). Norma n.º 007/2019 - Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. *Direção-Geral da Saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2019/10/16/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude/>

Direção-Geral da Saúde. (2021). Infecções e resistências aos antimicrobianos: relatório anual do programa prioritário PPCIRA, 2021. *Direção-Geral da Saúde*. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/relatorios/infeco-es-e-resistencias-aos-antimicrobianos-2021-relatorio-anual-do-programa-prioritario-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2022a). Documento técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. *Direção-Geral da Saúde*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2022b). Norma n.º 020/2015 atualizada a 17/11/2022 - “Feixe de intervenções” de prevenção de infeção de local cirúrgico. *Direção-Geral da Saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-de-local-cirurgico/>

Direção-Geral da Saúde. (2022c). Norma n.º 022/2015 atualizada a 29/08/2022 - “Feixe de intervenções” de prevenção de infeção relacionada com cateter venoso central. *Direção-Geral da Saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central/>

Direção-Geral da Saúde. (2022d). Norma n.º 031/2013 de 31/12/2013 atualizada a 17/11/2022 - Profilaxia antibiótica cirúrgica na criança e no adulto. *Direção-Geral da Saúde*. [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2013/12/norma\\_031\\_2013\\_atualizada\\_17\\_11\\_2022\\_prof\\_atb\\_cx\\_crianca\\_adulto\\_corrigida\\_29\\_03\\_2023.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2013/12/norma_031_2013_atualizada_17_11_2022_prof_atb_cx_crianca_adulto_corrigida_29_03_2023.pdf)

Drake, R. L., Vogl, A. W., & Mitchell, A. W. M. (2015). *Gray's Anatomy for Students* (3rd ed.). Philadelphia, PA: Churchill Livingstone.

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

Duarte, L., & Gonçalves, L. (2020). Anatomia da Retina. In Grupo de Estudos da Retina, 25 *Perguntas e Respostas: Descolamento de Retina*. (1) 9-14. Grupo de Estudos da Retina. <https://www.ger-portugal.com/wp-content/uploads/2023/03/Livro-25P25R-GER-2020-descolam-retina.pdf>

El Moiz, Z., Lezrek, O., Ez-Zahraoui, M., Saoudi Hassani, S., Ben Dali, I., & Cherkaoui, O. (2019). Posterior persistent fetal vasculature associated with tractional retinal detachment. *J Fr Ophthalmol*. 42(5):540-541. doi: 10.1016/j.jfo.2018.11.010.

Entidade Reguladora da Saúde. (2023). Consentimento Informado. *Entidade Reguladora da Saúde*. <https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/consentimento-informado/>

European Operating Room Nurses Association. (2019). EORNA Common Core Curriculum for Perioperative Nursing – Third Edition 2019. *European Operating Room Nurses Association*. <https://eorna.eu/eorna-common-core-curriculum-for-perioperative-nursing-third-edition-2019-3/>

European Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy (2017). Prospect - colecistectomia laparoscópica, resumo das recomendações. *European Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy*.

[https://esraeurope.org/wp-content/uploads/2019/08/Summary-recommendations\\_Laparoscopic-cholecystectomy-2017\\_PT.pdf](https://esraeurope.org/wp-content/uploads/2019/08/Summary-recommendations_Laparoscopic-cholecystectomy-2017_PT.pdf)

Fernandes, M., Costa, V. & Saraiva, R. (2007). Postoperative urinary retention: evaluation of patients using opioids analgesic. *Revista Latino-americana De Enfermagem*, 15(2), 318-322. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692007000200019>

Figueiredo, A. R., & Potra, T. S. (2019). Effective communication transitions in nursing care: a scoping review. *Annals of Medicine*, 51(sup1), 201. <https://doi.org/10.1080/07853890.2018.1560159>

Flaxel, C. J., Adelman, R. A., Bailey, S. T., Fawzi, A., Lim, J. I., Vemulakonda, G. A., & Ying, G. S. (2020). Posterior vitreous detachment, retinal breaks, and lattice degeneration preferred practice pattern®. *Ophthalmology*, 127(1), P146-P181. <https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2019.09.027>

Flores, R., & Roque, J. (2020). Quais os sintomas de descolamento da retina - Descolamento posterior do vítreo?. In Grupo de Estudos da Retina, *25 Perguntas e Respostas: Descolamento de Retina*. (4) 25-27. Grupo de Estudos da Retina. <https://www.ger-portugal.com/wp-content/uploads/2023/03/Livro-25P25R-GER-2020-descolam-retina.pdf>

Fragata, J. (2010). Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Temático* (10), 17-26. <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-erros-e-acidentes-no-bloco-operatorio-revisao-do-X0870902510898559>

Gan, T. J., Belani, K. G., Bergese, S., Chung, F., Diemunsch, P., Habib, A. S., Jin, Z., Kovac, A. L., Meyer, T. A., Urman, R. D., Apfel, C. C., Ayad, S., Beagley, L., Candiotti, K., Englesakis, M., Hedrick, T. L., Kranke, P., Lee, S., Lipman, D., Minkowitz, H. S., ... Philip, B. K. (2020). Fourth Consensus Guidelines for the Management of Postoperative Nausea and Vomiting. *Anesthesia and analgesia*, 131(2), 411-448. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004833>

Garcia-Argibay, M., Santed, M. A., & Reales, J. M. (2019). Efficacy of binaural auditory beats in cognition, anxiety, and pain perception: a meta-analysis. *Psychological research*, 83(2), 357-372. <https://doi.org/10.1007/s00426-018-1066-8>

Gomes, J. A., Martins, M. M., Tronchin, D. M. R., & Fernandes, C. S. (2021). Avaliação da qualidade do centro cirúrgico na estrutura, processo e resultados. *Cogitare Enfermagem*, 26. <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.71083>

Gómez-Ríos, M. A., Abad-Gurumeta, A., Casans-Francés, R., & Calvo-Vecino, J. M. (2019). Keys to optimize the operating room efficiency. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación (English Edition)*, 66(2), 104-112. <https://doi.org/10.1016/j.redare.2018.08.011>

Gorini, A., Giuliani, M. P., L'Acqua, C., Barbieri, S., Sisillo, E., Veglia, F., & Tremoli, E. (2022). Associations of Preoperative Self-rated Symptoms of Anxiety and Depression on Length of Hospital Stay and Long-term Quality of Life in Patients Undergoing Cardiac Surgery. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 37(3), 213-220. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000792>

Goulart, A. & Martins, S. (2010). Íleo paralítico pós-operatório: fisiopatologia, prevenção e tratamento. *Revista Portuguesa de Coloproctologia*, 7(2): 60-67. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/2028/1/ileo%20paral%C3%ADtico%20%28Outubro%202010%29.pdf>

Gouveia, C., Tardelli, M., Albuquerque, M., Nunes, R., & Curi, E. (2020). Complicações e eventos adversos e anestesia. *Sociedade Brasileira de Anestesiologia*. <https://saes.org.br/images/meta/0f132de0-3693-4884-87be-a2618a62c884/133/complicac-o-es-e-eventos-adversos-em-anestesia.pdf>

Govers, B. M., Keijser, S., M., Van Overdam, K. A., Klevering, B. J., & Crama, N. (2024). The effect of patient symptom awareness on the visual outcome in retinal detachment. *Acta Ophthalmologica*, 102(5), 506-512. <https://doi.org/10.1111/aos.15815>

Griddine, A., & Bush, J. (2023) Ondansetron. *StatPearls* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499839/>

Guimarães, S., Mauro, J. & Wazenkeski, E. (2021). Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para a saúde- SOBECC Nacional. *Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização*. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942020000100014&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942020000100014&lng=pt&tlng=pt).

Harris, M., & Chung, F. (2013). Complications of general anesthesia. In *Clinics in Plastic Surgery* (Vol. 40, Issue 4, pp. 503-513). <https://doi.org/10.1016/j.cps.2013.07.001>

Heydinger, G., Shafy, S. Z., O'Connor, C., Nafiu, O., Tobias, J. D., & Beltran, R. J. (2022). Characterization of the difficult peripheral IV in the perioperative setting: a prospective, observational study of intravenous access for pediatric patients undergoing anesthesia. *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics*, (13) 155-163. <https://doi.org/10.2147/phmt.s358250>

Infarmed. (2021). Folheto informativo: informação para o utilizador - Davinefrina 100 mg/ml Colírio, solução - Cloridrato de fenilefrina. *Infarmed*. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

Infarmed. (2022). Folheto informativo: Informação para o utilizador - Anestocil 4 mg/ml colírio, solução - cloridrato de oxibuprocaina. *Infarmed*. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

Infarmed. (2022a). Folheto informativo: Informação para o utilizador - Tropicil Top 5 mg/ml

Colírio, solução; Tropicil Top 10 mg/ml Colírio, solução - Tropicamida. *Infarmed*. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

Infarmed. (2023). Folheto informativo: Informação para o utilizador Paracetamol Aurovitas 10 mg/ml Solução para perfusão. *Infarmed*. <https://extranet.infarmed.pmalbrait/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

Infarmed. (2024). Folheto Informativo: Informação para o doente Paxilfar 100 mg/2 ml solução injetável cloridrato de tramadol. *Infarmed*. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

Infarmed. (2024a). Folheto informativo: informação para o utilizador Fentanilo B. Braun 0.1 mg solução injetável. *Infarmed*. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

Jang, Y. J., & Choi, Y. J. (2022). Effects of nursing care using binaural beat music on anxiety, pain, and vital signs in surgery patients. *Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 37(6), 946-951. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2022.04.009>

Keita, H., Diouf, E., Tubach, F., Brouwer, T., Dahmani, S., Mantz, J., & Desmonts, J. M. (2005). Predictive factors of early postoperative urinary retention in the postanesthesia care unit. *Anesth Analg*, 101(2), 592-596. <https://doi.org/10.1213/01.ane.0000159165.90094.40>

Kitson, A., Feo, R., Lawless, M., Arciuli, J., Clark, R., Golley, R., Lange, B., Ratcliffe, J., & Robinson, S. (2022). Towards a unifying caring life-course theory for better self-care and caring solutions: A discussion paper. *Journal of advanced nursing*, 78(1), e6-e20. <https://doi.org/10.1111/jan.14887>

Kotani, Y., Shimazawa, M., Yoshimura, S., Iwama, T., & Hara, H. (2008). The experimental and clinical pharmacology of propofol, an anesthetic agent with neuroprotective properties. *CNS neuroscience & therapeutics*, 14(2), 95-106. <https://doi.org/10.1111/j.1527-3458.2008.00043.x>

Kottner, J., Cuddigan, J., Carville, K., Balzer, K., Berlowitz, D., Law, S., Litchford, M., Mitchell, P., Moore, Z., Pittman, J., Sigaudou-Roussel, D., Yee, C. Y., & Haesler, E. (2019). Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: The protocol for the second update of the international Clinical Practice Guideline 2019. *Journal of tissue viability*, 28(2), 51-58. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2019.01.001>

Kuiper, R., Pesut, D. J., Turrise, S., & O'Donnell, S. (2017). *The essentials of clinical reasoning for nurses: Using the outcome present state test model for reflective pract.* icSigma Theta Tau International Honor Society of Nursing.

Leal, M. (2006). Cirurgia Ambulatória: estaremos atentos ao seu impacto sobre a enfermagem?. *Pensar Enfermagem*, 10 (1), 67-74.

Lemos, C. D. S., & Poveda, V. D. B. (2022). Role of perioperative nursing in anesthesia: a

national overview. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 56. <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2021-0465>

Lentz, J. J., He, Y., & Townsend, J. T. (2014). A new perspective on binaural integration using response time methodology: super capacity revealed in conditions of binaural masking release. *Frontiers in human neuroscience*, 8, 641. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00641>

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

Lomba, A., Pais Ferreira, L., & Gerónimo, L. (2023). Satisfação do cliente cirúrgico com os cuidados intraoperatórios: uma revisão scoping. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 6(2), 103-114. <https://doi.org/10.37914/riis.v6i2.249>

Loong, L. J., Ling, K. K., Tai, E. L. M., Kueh, Y. C., Kuan, G., & Hussein, A. (2022). The Effect of Binaural Beat Audio on Operative Pain and Anxiety in Cataract Surgery under Topical Anaesthesia: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16). <https://doi.org/10.3390/ijerph191610194>

Lopes, C., Haas, V., Dantas, A., Oliveira, C., & Galvão, C. (2016). Escala de avaliação de risco para lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, (1-8). DOI: 10.1590/1518-8345.0644.2704

López, S., López, A., & Lima, A. (2017). Claves para optimizar el tratamiento del dolor agudo postoperatorio domiciliario en cirugía ambulatoria. *ASCEMA*. [https://www.asecma.org/Documentos/Blog/Libro%20-%20Dolor%20agudo%20Postoperatorio\\_completo.pdf](https://www.asecma.org/Documentos/Blog/Libro%20-%20Dolor%20agudo%20Postoperatorio_completo.pdf)

López, S., López, A., Zaballos, M., Argente, P., Bustos, F., Carrero, C., Cía, P., Andrés, J., Echeverría, M., Gomar, C., González, J., Isar, M. C., Jiménez, A., Moliner, S., Salgado, I., & Torres, L. M. (2012). Recomendaciones sobre el manejo del dolor agudo post operatorio en cirugía ambulatoria. *ASCEMA*. [https://www.asecma.org/Documentos/Blog/Guia\\_DAP.pdf](https://www.asecma.org/Documentos/Blog/Guia_DAP.pdf)

Luquetti, C., Santos, A., Barros, C., Neto, J., Paredes, C., Oliveira, P., Silva, K., Oliveski, D., Antunes, I., Cavanellas, A., Cunha, D., Negri, P., Ferreira, V., Mesquita, A, Júnior E., & Maganhin, C. (2024). Visão geral da anestesia e suas técnicas. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(9), 270-279. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n9p270-279>

Luquetti, C., Scalia, B., Schulz, M., Melo, M., Gonçalves, M., Barbosa, K., Oliveira, P., Ferreira, B., Foeger, C., Vilela, T., Toth, M., Scopel, G., Robbs, G., Coimbra, C., Moreira, G., Meirelles, V., Lima, M., & Maganhin, C. (2024a). Descolamento da retina: clínica e diagnóstico. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(8), 5578-5584. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n8p5578-5584>

Mack, K.A. (2018). Challenges with silicone oil removal. *Retina Specialist*. <https://www.retina-specialist.com/article/challenges-with-silicone-oil-removal>

- Madrid, E., Urrútia, G., Roqué i Figuls, M., Pardo-Hernandez, H., Campos, J. M., Paniagua, P., Maestre, L., & Alonso-Coello, P. (2016). Active body surface warming systems for preventing complications caused by inadvertent perioperative hypothermia in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4), CD009016. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009016.pub2>
- Mahabadi, N., & Khalili, Y. (2025). Neuroanatomy, Retina. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545310/>
- Mahmoodi, A., Patel, P., & Kim P. (2024). Ketorolac. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545172/>
- Malagutti, W., & Bonfim, I. (2013). *Enfermagem em Centro Cirúrgico*. Martinari.
- Malbrain, M. L. N. G., Langer, T., Annane, D., Gattinoni, L., Elbers, P., Hahn, R. G., De Laet, I., Minini, A., Wong, A., Ince, C., Muckart, D., Mythen, M., Caironi, P., & Van Regenmortel, N. (2020). Intravenous fluid therapy in the perioperative and critical care setting: Executive summary of the International Fluid Academy (IFA). *Annals of intensive care*, 10(1), 64. <https://doi.org/10.1186/s13613-020-00679-3>
- Martins, F. (2013) Unidade de Cuidados Pós Anestésicos. In H. Machado, *Manual de Anestesiologia*. 1ª ed. Lidel.
- Martins, T. G., Martins, T. G., Rodriguez, E. E., & Costa, A. L. (2015). Vitreomacular traction syndrome. *Einstein*, 13(2), 334-335. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082015AI2979>
- Matos, C., Bistas, K., & Lopez-Ojeda, W. (2023). Fentanyl. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459275/>
- Maya, Á. M. S. (2022). Nursing Care during the Perioperative within the Surgical Context. *Investigación Y Educación En Enfermería*, 40(2). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v40n2e02>
- Mendes, D. (2020). Consulta de Enfermagem Pré-Operatória do Programa Enhanced Recovery After Surgery®: implementação e avaliação. (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- Mendes, D., Ferrito, C., & Gonçalves, M. (2020). A informação transmitida na consulta de enfermagem pré-operatória: percepção do cliente. *Cadernos De Saúde*, 12(1), 47-53. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.7683>
- Mendes, M.A., Barros, N. K. R. O., & Carmo, T. G. (2021). Risco de hipotermia perioperatória: revisão integrativa. *Revista SOBECC*, 26(1): 60-67. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202100010009>
- Miranda, F. B. G., Mazzo, A., & Pereira Junior, G. A. (2018). Avaliação de competências individuais e interprofissionais de profissionais de saúde em atividades clínicas simuladas: scoping review. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 22(67), 1221-1234.

<https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0628>

Miranda, L., Amado, J., & Alves, P. (2023). Importância da nutrição na cicatrização de feridas: uma scoping review. *Revista Feridas*. <https://revistaferidas.congressonursing.com.br/index.php/revistaferidas/031161>

Morgado, G., Barros, P., Carvalho, R., Lima, A., & Martins, N. (2010). Estudo comparativo da midríase na cirurgia de catarata - Tópica vs Mydriaserit Intracamerular. *Revista Sociedade Portuguesa de Oftalmologia*, 34, 453-458. [https://spoftalmologia.pt/wp-content/uploads/2010/07/revista\\_spo\\_n3\\_2010\\_pp.453-458.pdf](https://spoftalmologia.pt/wp-content/uploads/2010/07/revista_spo_n3_2010_pp.453-458.pdf)

Morujão, N. (2013). Anestésicos intravenosos, opioides e agentes inalatórios. In H. Machado (2013), *Manual de Anestesiologia*, (16, 235-245). Lidel.

Nagpal, M., Chaudhary, P., Wachasundar, S., Eltayib, A., & Raihan, A. (2018). Management of recurrent rhegmatogenous retinal detachment. *Indian journal of ophthalmology*, 66(12), 1763-1771. [https://doi.org/10.4103/ijo.IJO\\_1212\\_18](https://doi.org/10.4103/ijo.IJO_1212_18)

National Institute for Health and Care Excellence (2013). Surgical site infection - Quality standard. *National Institute for Health and Care Excellence*. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs49/resources/surgical-site-infection-pdf-2098675107781>

National Library of Medicine. (2024). Tramadol. *National Library of Medicine*. <https://medlineplus.gov/druginfo/meds/a695011.html#side-effects>

Neves, C.M., & Ágoas, V. (2020). Criopexia e laser no descolamento de retina. In Grupo de Estudos da Retina, *25 Perguntas e Respostas: Descolamento de Retina*. (15) 85-87. Grupo de Estudos da Retina. <https://www.ger-portugal.com/wp-content/uploads/2023/03/Livro-25P25R-GER-2020-descolam-retina.pdf>

Nguyen, K.H., Patel, B.C., & Tadi, P. (2023). Anatomy, Head and Neck: Eye Retina. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542332/>

Nysora. (2025). Náuseas e vômitos pós-operatórios (NVPO). *Nysora*. <https://www.nysora.com/pt/anestesia/n%C3%A1useas-e-v%C3%B4mitos-p%C3%B3s-operat%C3%B3rios/>

O'Donnell, K. (2018). Preoperative pain management education: An evidence-based practice project. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 33(6), 956-963. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2017.11.001>

O'Grady, N. P., Alexander, M., Burns, L. A., Dellinger, E. P., Garland, J., Heard, S. O., Lipsett, P. A., Masur, H., Mermel, L. A., Pearson, M. L., Raad, I. I., Randolph, A. G., Rupp, M. E., Saint, S., & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) (Appendix 1) (2011).

Summary of recommendations: Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-related Infections. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, 52(9), 1087-1099. <https://doi.org/10.1093/cid/cir138>

Oliveira, T. M., Aranha, A. L., Barbieri, B. M., Lopes, A. B., & Fiorin, B. H.. (2022). Ações de enfermagem no tratamento de hipotermia perioperatória: uma revisão de literatura. *Research, Society and Development*, 11(8), e39911831193. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i8.31193>

Omkaram, S., Reddy, C. G., Murthy, P. S., & Chaudhury, S. (2023). Prevalence of preoperative anxiety in patients posted for surgical procedures and its relation to the doses of anesthetic drugs: A cross-sectional study. *Industrial psychiatry journal*, 32(2), 260-265. [https://doi.org/10.4103/ipj.ipj\\_109\\_22](https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_109_22)

Opartpunyasarn, P., Vichitvejpaisal, P., & Oer-Areemitr, N. (2022). The effect of binaural beat audio on anxiety in patients undergoing fiberoptic bronchoscopy: A prospective randomized controlled trial. *Medicine*, 101(24), e29392. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000029392>

Ordem dos Enfermeiros (2009). Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) - Estabelecer Parcerias com os Indivíduos e as Famílias para Promover a Adesão ao Tratamento. *Ordem dos Enfermeiros*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CIPE\\_AdesaoTratamento.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CIPE_AdesaoTratamento.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação. *Ordem dos Enfermeiros*. 1(7). [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8897/gobp\\_mobilidade\\_vf\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8897/gobp_mobilidade_vf_site.pdf)

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

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. *Ordem dos Enfermeiros*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Deontologia Profissional de Enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados Em Enfermagem Médico-Cirúrgica: 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; Na Área De Enfermagem À Pessoa Em Situação Crónica. *Ordem dos Enfermeiros*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2023). Parecer do Conselho de Enfermagem n.º 275/2023. *Ordem dos Enfermeiros*.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28634/parecer-ce-n%C2%BA-275-2023\\_responsabilidade-do-enfermeiros-na-transi%C3%A7%C3%A3o-de-cuidados-do-intraoperat%C3%B3rio-para-a-uc-posanestesicos\\_anonimizado.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28634/parecer-ce-n%C2%BA-275-2023_responsabilidade-do-enfermeiros-na-transi%C3%A7%C3%A3o-de-cuidados-do-intraoperat%C3%B3rio-para-a-uc-posanestesicos_anonimizado.pdf)

Oren, B., & Cuvadar, A. (2020). The Effectiveness of Training for Peripheral Venous Catheter Application in Intensive Care Units of a University Hospital. *International Journal of Caring Sciences*, 13(1), 163-170

Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. (2006). Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. *UNESCO*. [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180\\_por](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por)

Organização Mundial da Saúde (2009). Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009 - Cirurgia Segura Salva Vidas. *Organização Mundial da Saúde*. <https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/9789241598552-por.pdf>

Organização Mundial da Saúde. (2010). Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. *Organização Mundial da Saúde*. <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>

Organização Mundial da Saúde. (2024). Global burden of preventable medication-related harm in health care: a systematic review. *Organização Mundial da Saúde*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376203/9789240088887-eng.pdf?sequence=1>

Ozbek, M., Aydin, R., & Artunay, O. (2024). Management of persistent exudative retinal detachment: exploring etiology and surgical outcomes. *BMC Ophthalmology*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12886-024-03764-4>

Paavolainen, L., & Wallstedt, J. (2016). Post-operative complications of general anesthesia A recorded video presentation. *JAMK University of Applied Sciences*. <http://moniviestin.jamk.fi/ohjelmat/luennot/post->

Paiva, A. (2016). Prefácio. In T. Martins, M. F. Araújo, M. J. Peixoto & P.P. Machado (Orgs.), *A pessoa dependente e o familiar cuidador*. *Escola Superior de Enfermagem do Porto*, 5-7.

Paredes, S., Marques, O., & Alves, M. (2017). Controlo glicémico em doentes não diabéticos no período perioperatório: Protocolo de atuação. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 12(4), 168-173. <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2018/02/RPD-Vol-12-n%C2%BA-4-Dezembro-2017-Protocolos-p%C3%A1g-168-173.pdf.pdf>

Park, R., Mohiuddin, M., Arellano, R., Pogatzki-Zahn, E., Klar, G., & Gilron, I. (2023). Prevalence of postoperative pain after hospital discharge: systematic review and meta-analysis. *Pain reports*,

8(3), e1075. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000001075>

Parodi, A., Fodde, P., Pellecchia, T., Puntoni, M., Fracchia, E., & Mazzella, M. (2021). A randomized controlled study examining a novel binaural beat technique for treatment of preoperative anxiety in a group of women undergoing elective caesarean section. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 42(2), 147-151. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.1751607>

Patel, C. (2023). Pars Plana Vitrectomy. *Medscape*. <https://emedicine.medscape.com/article/1844160-overview#a6>

Phipps, M. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. Lusociência.

Pinheiro, P. (2024). Tramadol: para que serve, como tomar e efeitos adversos. *MD.Saúde*. <https://www.mdsaude.com/bulas/cloridrato-de-tramadol/#o-que-e-o-cloridrato-de-tramadol>

Portaria n.º 86/2024/1 da Defesa Nacional, Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde. (2024). Diário da República: 1.º Série, n.º 50. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/86-2024-854635716>

Portaria n.º 97/2024/1 da Defesa Nacional, Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde. (2024). Diário da República n.º 51/2024, I Série. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/97-2024-855197514>

Prado, C. B. C., Machado, E. A. S., Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. C. P., & Galvão, C. M. (2021). Support surfaces for intraoperative pressure injury prevention: systematic review with meta-analysis. *Revista latino-americana de enfermagem*, 29, e3493. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5279.3493>

Queirós, P., Vidinha, T., & Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (3), 157-164. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239973007>

Ratra, D., Pradhana, D., & Majumder, P. (2023). Surgical management for treatment-resistant cases of inflammatory exudative retinal detachment: Mission impossible?. *Indian journal of ophthalmology*, 71(6), 2543-2547. [https://doi.org/10.4103/IJO.IJO\\_2575\\_22](https://doi.org/10.4103/IJO.IJO_2575_22)

Rebelo, S., & Carvalho, J. (2014). Ansiedade: Intervenções de enfermagem. *Revista Presencia*, 10(20). [https://www.researchgate.net/publication/283853274\\_Ansiedade\\_Intervencoes\\_de\\_enfermagem](https://www.researchgate.net/publication/283853274_Ansiedade_Intervencoes_de_enfermagem)

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: 2.ª Série, n.º 26. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 190/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento do Perfil de

Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Diário da República: 2ª Série, n.º 79. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/190-2015-67058782>

Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento De Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Na Área De Enfermagem À Pessoa Em Situação Crítica; Na Área De Enfermagem À Pessoa Em Situação Paliativa: Na Área De Enfermagem À Pessoa Em Situação Perioperatória; Na Área De Enfermagem À Pessoa Em Situação Crónica. Diário da República: 2ª Série, n.º 135. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>

Regulamento n.º 613/2022 da Ordem dos Enfermeiros. (2022). Regulamento que define o ato do enfermeiro. Diário da República: 2ª Série, n.º 131. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2022/07/131000000/0017900182.pdf>

Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República: 2ª Série, n.º 184. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Reis, G., Costa, L., Carvalho, M., Seguro, M., Costa, M., Pimenta, M., & Anjos, O. (2013). Guia Orientador de Boa Prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. *Ordem dos Enfermeiros*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/guia-orientador-de-boa-pr%C3%A1tica-estrat%C3%A9gias-n%C3%A3o-farmacol%C3%B3gicas-no-controlo-da-dor-na-crian%C3%A7a-dispon%C3%ADvel-para-venda/>

Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D., & Silva, J. (2018). Exercício profissional dos enfermeiros sustentado nos referenciais teóricos da disciplina: realidade ou utopia. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(19), 39–48. <https://doi.org/10.12707/RIV18040>

Rosa, A., Oliveira, E., & Dias, D. (2019). Influência da terapia nutricional no pós-operatório de pacientes oncológicos submetidos a gastrectomia. *Centro Universitário de Brasília*. <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/prefix/13509/1/21605839.pdf>

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

Rothrock, J. C., & Smith, D. A. (2000). Selecting the perioperative patient focused model. *AORN journal*, 71(5), 1030–1037. [https://doi.org/10.1016/s0001-2092\(06\)61552-4](https://doi.org/10.1016/s0001-2092(06)61552-4)

Salehabadi, N., Pakravan, A., Rasti, R., Poursghar, M., Mousavi, S. J., & Saravi, M. E. (2024). Can Binaural Beat Music Be Useful as a Method to Reduce Dental Patients' Anxiety?. *International dental journal*, 74(3), 553–558. <https://doi.org/10.1016/j.identj.2023.11.009>

Salgueiro, S. (2014). Competências e Fundamentos da Enfermagem Perioperatória. (Relatório de estágio para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Perioperatória. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal).

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/7476/1/Relat%c3%b3rio%20de%20Est%c3%a1gio%20de%20Mestrado%20em%20Enfermagem%20Perioperat%c3%b3ria%20-%20Susan%20Salgueiro.pdf>

Sampaio, A., Almeida, A., Bernardino, A., Campos, A., Raimundo, A., Marques, A., Moura, A., Martins, A. Silva, C., Noversa, C., Dourado, C., Carreira, C., Pereira, C., Ferreira, C., Loureiro, C., Madeira, D., Chaló, D., Chieira, D., Catré, D., ... Oliveira, V. (2016). Manual de Cuidados Pós-Anestésicos. *Centro de Simulação Biomédica*. [http://www.simcoimbra.org/curso.php?id=186#:~:text=MANUAL%20DE%20CUIDADOS%20P%C3%93S-](http://www.simcoimbra.org/curso.php?id=186#:~:text=MANUAL%20DE%20CUIDADOS%20P%C3%93S-ANEST%20C%89SICOS%2031%20MAIO%202016%20Este,relevantes%20para%20a%20pr%C3%A1tica%20cl%C3%ADnica%20de%20cuidados%20p%C3%B3s-anest%C3%A9sicos)

[ANEST%20C%89SICOS%2031%20MAIO%202016%20Este,relevantes%20para%20a%20pr%C3%A1tica%20cl%C3%ADnica%20de%20cuidados%20p%C3%B3s-anest%C3%A9sicos](http://www.simcoimbra.org/curso.php?id=186#:~:text=MANUAL%20DE%20CUIDADOS%20P%C3%93S-ANEST%20C%89SICOS%2031%20MAIO%202016%20Este,relevantes%20para%20a%20pr%C3%A1tica%20cl%C3%ADnica%20de%20cuidados%20p%C3%B3s-anest%C3%A9sicos).

Sampaio, F., Ribeiro, A., & Santos, A. (2011). A Ansiedade e os Sistemas de Informação em Enfermagem: elaboração de um catálogo CIPE®. *Ebook - III Congresso SPESM "Informação e Saúde Mental"*.

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6148/1/E-book%20Cat%C3%A1logo%20CIPE.pdf>

Sarmiento, P., Marcos, A., Fonseca, C., Marques, M., Lemos, P., & Vieira, V. (2013). Recomendações para o tratamento da dor aguda pós-operatória em cirurgia ambulatória. *Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório*. [https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacao\\_DorAguda.pdf](https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacao_DorAguda.pdf)

Seyni-Boureima, R., Zhang, Z., Antoine, M. M. L. K., & Antoine-Frank, C. D. (2022). A review on the anesthetic management of obese patients undergoing surgery. *BMC Anesthesiology*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12871-022-01579-8>

Shah, J. N., Maharjan, S. B., Manandhar, K., Paudyal, S., Shrestha, S., Shah, S., & Lamichhane, D. (2012). Early feeding and discontinuation of intravenous fluid after laparoscopic cholecystectomy. *Journal of Nepal Health Research Council*, 10(1), 28-31.

Shao, L., Zhou, N., & Wei, W. (2018). Descolamento de retina tracional. In Wei, W. (eds) *Atlas de descolamento de retina*. Springer. [https://doi.org/10.1007/978-981-10-8231-3\\_6](https://doi.org/10.1007/978-981-10-8231-3_6)

Shapiro, J. (2017) Practice Perfect - SBAR: A Better Way to Communicate. *Podiatry Management: January 2017*. <https://www.podiatrym.com/pdf/2016/12/Shapiro117web.pdf>

Silva, R. M. (2016). Inovação informática de atendimento holístico do idoso no bloco operatório. (Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto). Repositório científico de acesso aberto. <http://hdl.handle.net/10400.13/2548>

Simões, E. P. C., Michelin, A. D. F., Bonifácio, N. A., Sakamoto, S. R., Ferreira, L. B., & Do Nascimento, G. (2023). Percepção dos pacientes hospitalizados sobre privacidade, exposição e manipulação corporal. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(3), 10030-10046.

<https://doi.org/10.34119/bjhrv6n3-132>

Smith, S. (2008). Cirurgia Oftálmica. In J. C. Rothrock, *Alexander Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico 13ª Edição*, (18) 585-629. Lusodidacta.

Sociedade Portuguesa de Anestesiologia. (2017). Recomendações da SPA para Manutenção de Normotermia no Período Perioperatório. *Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*. <https://www.spanestesiologia.pt/ficheiros/Consensos%20normotermia.pdf>

Sociedade Portuguesa de Anestesiologia. (2024). Recomendações Portuguesas para o Tratamento da Dor Aguda 2024. *Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*. [https://www.spanestesiologia.pt/webstspa/wp-content/uploads/2024/09/spa\\_recomendacoes\\_dor\\_aguda\\_2024.pdf](https://www.spanestesiologia.pt/webstspa/wp-content/uploads/2024/09/spa_recomendacoes_dor_aguda_2024.pdf)

Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental. (2023). Ansiedade. *SNS24*. <https://www.sns24.gov.pt/tema/saude-mental/ansiedade/>

Sousa, H., & Marques, O. (2014). Anestesia. In A. Duarte & O. Martins, *Enfermagem em Bloco Operatório*. (9, 69-92). Lidel.

Steiner, Q., Watson, A. M., Mosiman, S. J., & Spiker, A. M. (2024). Association Between Symptoms of Anxiety and Depression, Hip Pathology, and Patient-Reported Outcomes After Hip Arthroscopy for Femoroacetabular Impingement. *American Journal of Sports Medicine*, 52(7), 1728-1734. <https://doi.org/10.1177/03635465241252821>

Stoicea, N., Gan, T. J., Joseph, N., Uribe, A., Pandya, J., Dalal, R., & Bergese, S. D. (2015). Alternative Therapies for the Prevention of Postoperative Nausea and Vomiting. *Frontiers in medicine*, 2, 87. <https://doi.org/10.3389/fmed.2015.00087>

Tayyab, H. A., Iqbal, K., Rahman, F. U., Tayyab, M., Abid, M. A., & Asad, U. (2023). The Emulsification of Silicone Oil 5000 cs in Patients With Retinal Detachment. *Cureus*, 15(6), e40205. <https://doi.org/10.7759/cureus.40205>

The Vit-Buckle Society (2025). Vitrectomy Basics. *The Vit-Buckle Society*. <https://vitbucklesociety.org/courses/vitrectomy-basics/#dyesadjuncts>

Van Dijk, J. F., Schuurmans, M. J., Alblas, E. E., Kalkman, C. J., & van Wijck, A. J. (2017). Postoperative pain: knowledge and beliefs of patients and nurses. *Journal of clinical nursing*, 26(21-22), 3500-3510. <https://doi.org/10.1111/jocn.13714>

Van Leeuwen, R., Haarman, A. E. G., Van De Put, M. A. J., Klaver, C. C. W., & Los, L. I.. (2021). Association of Rhegmatogenous Retinal Detachment Incidence With Myopia Prevalence in the Netherlands. *JAMA Ophthalmology*, 139(1), 85. <https://doi.org/10.1001/jamaophthalmol.2020.5114>

Van Wicklin S. A. (2020). Ageism in Nursing. *Plastic surgical nursing: official journal of the*

*American Society of Plastic and Reconstructive Surgical Nurses*, 40(1), 20-24.  
<https://doi.org/10.1097/PSN.0000000000000290>

Vieira, V., Marcos, A., Patuleia, D., Pinto, J., & Lança, F. (2012). Recomendações portuguesas para a profilaxia e tratamento das náuseas e vômitos em cirurgia ambulatória. *Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória*.  
[https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacoes\\_nauseas.pdf](https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacoes_nauseas.pdf)

Vilela, H. (2017). *Curarização Residual Pós-Operatória. Bloqueio Neuromuscular e Reversão - Cadernos temáticos*. MSD.

VirtualCare. (2024). e4nursing - Aplicação Inovadora para o Ensino de Enfermagem. *VirtualCare*.  
<https://virtualcare.pt/e4nursing/>

Wang, Y., Huang, Z., Zheng, D., Liu, J., Huang, D., Zheng, J., Xie, H., Lin, P., & Chen, W. (2021). Adequate Silicone Oil Tamponade by Utilizing the Space of Anterior Segment for Complicated Retinal Detachment: Technique, Efficacy, and Safety. *Asia-Pacific journal of ophthalmology (Philadelphia, Pa.)*, 10(6), 564-571. <https://doi.org/10.1097/APO.0000000000000436>

Xie, L., & Liu, D. (2022). Effect of Nursing Intervention in Operating Room for Patients with Gastric Cancer during Anesthesia Recovery Period. *Journal of Cancer Therapy* 13, 598-604.  
<https://doi.org/10.4236/jct.2022.139052>

Zemła, A. J., Nowicka-Sauer, K., Jarmoszewicz, K., Wera, K., Batkiewicz, S., & Pietrzykowska, M. (2019). Measures of preoperative anxiety. *Anestezjologia Intensywna Terapia*, 51(1), 64-69.  
<https://doi.org/10.5603/ait.2019.0013>

Zhang, L., & Pan, W. (2021). Effect of a nursing intervention strategy oriented by Orem's self-care theory on the recovery of gastrointestinal function in patients after colon cancer surgery. *American journal of translational research*, 13(7), 8010-8020.

Zhou, H., Zhou, N., & Wei, W. (2018). Descolamento de retina exsudativo. In Wei, W. (eds) Atlas de descolamento de retina. *Springer*. [https://doi.org/10.1007/978-981-10-8231-3\\_4](https://doi.org/10.1007/978-981-10-8231-3_4)



## **7. ANEXOS**



## **Anexo I**





# O USO DE ANTISSÉTICOS NA PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO: REVISÃO NARRATIVA

Assunção Mendes, ██████████, Fátima Segadães, Cristina Pinto

## INTRODUÇÃO

A escolha do antisséptico apropriado para a preparação do local cirúrgico continua a ser uma decisão crucial, na prevenção da infeção do local cirúrgico (ILC). Dada a variedade de antissépticos disponíveis e as especificidades de cada situação clínica, a aplicação de um protocolo eficaz pode ser desafiadora pelo que, orientações claras e baseadas em evidência científica são fundamentais para garantir a segurança do cliente e a qualidade dos cuidados prestados.

## METODOLOGIA

Revisão narrativa da literatura, com recursos à literatura dos últimos 5 anos, disponível nas bases de dados do agregador EBSCOhost e nas organizações internacionais de saúde, sobre o uso de antissépticos no controlo da ILC, e análise contextual específica relacionada ao hospital onde o estudo foi desenvolvido.

## RESULTADOS

**I** – Pele íntegra

**MA** – Fricção com compressa estéril embebida, com movimentos circulares de dentro para fora durante 1 minuto. Deixar atuar/secar 1 a 3 minutos.

**CI** – Punção lombar; Meninges; Mucosas; Pele não íntegra

Clorexidina 2% +  
Isopropílico 70%  
solução cutânea



**I** – Pele íntegra

**MA** – Fricção com compressa estéril embebida, com movimentos circulares de dentro para fora durante 1 minuto. Deixar secar.

**CI** – Punção lombar; Meninges; Mucosas; Pele não íntegra

Cloreto Benzalcónio +  
Propanol solução  
cutânea



**I** – Mucosas; Pele íntegra; Pele não íntegra

**MA** – Fricção com compressa estéril embebida durante 5 minutos. Deixar secar.

**CI** – Alergia ao iodo; Crianças até 1 ano de idade; 1º trimestre de gravidez

Iodopovidona  
100mg/ml solução  
cutânea



**I** – Pele e mucosas; Assepsia ginecológica

**MA** – Friccionar cuidadosamente durante 5 minutos, produzindo espuma. Enxaguar com um pouco de água destilada e secar com uma compressa esterilizada.

**CI** – Alergia ao iodo; Crianças com idade <12 anos; 1º trimestre de gravidez

Iodopovidona 40mg/ml  
espuma cutânea



**I** – Mucosas; Pele não íntegra; Neonatos; Recém-nascidos

**MA** – Fricção com compressa estéril embebida, como movimentos horizontais e verticais, durante 15 a 20 segundos. Deixar secar.

**CI** – Cavidade abdominal; Bexiga; Olhos; Nariz; Ouvidos

Dicloridrato de  
Octenidina 1mg/ml +  
Fenoxietanol 20mg/ml



Legenda: I – Indicações; MA – Modo de aplicação; CI – Contra indicações

## CONCLUSÃO

A correta utilização dos antissépticos no BO, fundamentada na evidência científica, permite ao enfermeiro perioperatório prestar cuidados de alta qualidade, que promovem a segurança do cliente, diminuem as taxas de ILC e, conseqüentemente, melhoram os resultados clínicos.





## **Anexo II**



**VII REUNIÃO DE UCAS  
I CONGRESSO DA UCA  
ULS TÂMÉGA E SOUSA**

29 E 30 DE NOVEMBRO DE 2024  
PENAFIEL PARK HOTEL

**A MÚSICA BINAURAL E A  
ANSIEDADE PRÉ-OPERATÓRIA**

Resultados preliminares de uma  
*Scoping Review*

Associação Meiodon

Rafaela Segóvilas, Escola Superior de Enfermagem do Porto  
Cristina Barros, Escola Superior de Enfermagem do Porto

VII REUNIÃO DE UCAS E CONGRESSO DA UCA ULS TÂMÉGA E SOUSA

**SUMÁRIO**

- A ANSIEDADE PRÉ-OPERATÓRIA
- A MÚSICA BINAURAL
- METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO – SCOPING REVIEW
- RESULTADOS PRELIMINARES
- DISCUSSÃO/CONCLUSÃO
- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

VII REUNIÃO DE UCAS E CONGRESSO DA UCA ULS TÂMÉGA E SOUSA

**A ANSIEDADE PRÉ-OPERATÓRIA**

- 60% a 80% dos clientes adultos
- 50% a 70% dos clientes em idade pediátrica
- 45,3% dos clientes internados
- 38,3% dos clientes em regime de ambulatório

(Omikaram et al., 2023; Altinsoy et al., 2020; Zemla et al., 2019)

**Consequências negativas:**

- Psicológicas
- Somáticas

(Steiner et al., 2024; Omkaram et al., 2023; Bansal & Joon, 2016; Rebelo & Carvalho, 2014)

Podem afetar o procedimento anestésico, cirúrgico, e o processo de recuperação pós-operatório.

(Gornii et al., 2022; Zemla et al., 2019)

VII REUNIÃO DE UCAS E CONGRESSO DA UCA ULS TÂMÉGA E SOUSA

**A MÚSICA BINAURAL**

Musicoterapia → Música Binaural Oster, Século XIX → Intervenção de Enfermagem não farmacológica → Ansiedade pré-operatória

(Salehabadi et al., 2024; Jang & Choi, 2022; Dahshan, Kuzbel & Verma, 2021)

VII REUNIÃO DE UCAS E CONGRESSO DA UCA ULS TÂMÉGA E SOUSA

**METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO – SCOPING REVIEW**

**Questão de investigação:**  
Qual a influência da música binaural na ansiedade pré-operatória?

**Objetivo:**  
Mapear a evidência científica existente sobre a influência da música binaural na ansiedade pré-operatória.

**PCC:**  
**População:** Clientes maiores de 18 anos propostos para cirurgia  
**Conceito:** Aplicação de música binaural  
**Contexto:** Ansiedade pré-operatória

**Critérios de exclusão**

- × Clientes propostos para exames diagnósticos
- × Idade inferior a 18 anos
- × Aplicação de outros tipos de música
- × Aplicação no período intra e pós-operatório

**Critérios de inclusão**

- ✓ Clientes propostos para cirurgia
- ✓ Idade superior a 18 anos
- ✓ Aplicação de música binaural
- ✓ Período pré-operatório

VII REUNIÃO DE UCAS E CONGRESSO DA UCA ULS TÂMÉGA E SOUSA

**METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO**

**TERMS MESH / TERMOS LIVRES**

População	Conceito	Contexto
surgical patient*	binaural music*	preoperative anxiety
	binaural recording	pre-operative anxiety
	binaural beat*	anticipatory anxiety
	binaural audio	anxiety

**AGREGADOR/BASE DE DADOS**

EBSCOhost:  
- Academic Search Complete  
- CINAHL Complete  
- ERIC  
- MediciLatina  
- MEDLINE Complete  
- Psychology and Behavioral Sciences Collection

SCOPUS  
WEB OF SCIENCE  
RCAAP  
DART EUROPE

**Identificação**

Artigos identificados (n=3102)  
- Academic Search Complete (n=1256)  
- CINAHL Complete (n=380)  
- ERIC (n=14)  
- MediciLatina (n=4)  
- MEDLINE Complete (n=143)  
- Psychology and Behavioral Sciences Collection (n=3)  
- SCOPUS (n=2)  
- WEB OF SCIENCE (n=4)  
- RCAAP (n=0)  
- ERES (n=0)

Artigos removidos antes da seleção:  
- Sem texto integral (n=1405)  
- Idade < 18 anos (n=1223)  
- Língua (Além do) (n=3)  
- Duplicados (n=97)

**Titular**

Artigos para leitura de título (n=345)

Artigos excluídos após leitura do título (n=336)

Artigos para leitura de resumo (n=9)

Artigos excluídos após leitura do resumo (n=3)

Artigos elegíveis para leitura integral (n=6)

Publicações excluídas (n=1)  
Razão: Conceito não elegível (n=1)

**Incluído**

Total de artigos incluídos na revisão (n=3)

(Hodgway et al., 2022)

VII REUNIÃO DE UCAS II CONGRESSO DA UCA ULS TÂMEGA E SOUSA

### RESULTADOS PRELIMINARES

**Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology**

A randomized controlled study examining a novel binaural beat technique for treatment of preoperative anxiety in a group of women undergoing elective caesarean section

**A1** A role for music in caesarean surgery: a systematic review

**A2** Effects of Nursing Care Using Binaural Beat Music on Anxiety, Pain and Vital Signs in Cesarean Patients

**A3** The effect of music with and without binaural beat audio on operative anxiety in patients undergoing cataract surgery: a randomized controlled trial

**A4** The effect of music with and without binaural beat audio on operative anxiety in patients undergoing cataract surgery: a randomized controlled trial

**A5** The effect of music with and without binaural beat audio on operative anxiety in patients undergoing cataract surgery: a randomized controlled trial

- Total de clientes cirúrgicos: 886
- Contexto: Cirurgia de Ambulatório e Cirurgia Convencional
- Objetivo: Avaliar o efeito da música binaural na ansiedade pré-operatória
- Tipo de estudo: Ensaio clínico randomizado, prospectivo, controlado; Revisão sistemática
- Tempo de aplicação da Música Binaural: 12 a 30 minutos
- Frequência de onda: não especificada [2]; 8Hz a 10Hz (onda alfa)
- Escalas de Avaliação: Escala Visual Analógica da Ansiedade; Inventário de Ansiedade Estado-Traço (STAI); Pressão arterial; Frequência cardíaca.

VII REUNIÃO DE UCAS II CONGRESSO DA UCA ULS TÂMEGA E SOUSA

### RESULTADOS PRELIMINARES

- **Nível de ansiedade menor (STAI: -10,1 GB vs -6,3 GM).**
- **Intervenção musical eficaz na redução da ansiedade e na melhoria dos sinais vitais;**
- **Redução adicional da FC e PA.**
- **Redução do nível de ansiedade (EVA Ansiedade) e FC menor;**
- **Análise pós-exposição: benefícios permaneceram até 60 minutos após a cirurgia.**
- **Nível de ansiedade menor (STAI) e PA;**
- **Redução adicional da FC.**
- **Redução do nível de ansiedade (STAI: -26,3% GB vs -11,1% GM vs -3,8% GC);**
- **Menos clientes relataram aumento da ansiedade à medida que a hora da cirurgia se aproximava.**

VII REUNIÃO DE UCAS II CONGRESSO DA UCA ULS TÂMEGA E SOUSA

### DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

#### LIMITAÇÕES

- Tamanho da amostra pequeno (A1,A2,A3)
- Necessidade de estudos adicionais (A1,A2,A3,A4,A5)

#### VANTAGENS

- Fácil aplicação (A1)
- Segura e Não Invasiva (A2,A3,A4)
- Recuperação pós-operatória mais rápida (A3, A5)
- Econômica (A1,A2)
- Alternativa aos ansiolíticos farmacológicos (A2,A3,A4)
- Redução da ansiedade pré-operatória (A1,A2,A3,A4,A5)

**Aplicação de Música Binaural na Ansiedade Pré-operatória** ➡➡➡ **Melhoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Perioperatórios**  
 ➡➡➡ **Ganhos em Saúde**

VII REUNIÃO DE UCAS II CONGRESSO DA UCA ULS TÂMEGA E SOUSA

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Atkinson, S., Caparlar, C. G., & Ergil, I. (2020). Relação entre ansiedade pré-operatória e consciência durante a anestesia: estudo observacional. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 70(4), 349-356. <https://doi.org/10.1016/j.rbr.2020.04.012>
- Dalsham, D., Kubler, J., & Nierma, V. (2021). A role for music in caesarean surgery: a systematic review. *International journal of obstetrics and gynecology*, 41(12), 4209-4215. <https://doi.org/10.1007/s10192-021-0196-9>
- Gorlin, A., Giuliani, M. P., L'Acqua, C., Barbelli, S., Sialko, E., Vaglia, F., & Tremoli, E. (2022). Associations of Preoperative Self-rated Symptoms of Anxiety and Depression on Length of Hospital Stay and Long-term Quality of Life in Patients Undergoing Cardiac Surgery. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 37(3), 213-220. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000792>
- Haddaway, N., Page, M., Pritchard, C., & McGuinness, L. (2022). PRISMA2020: Um pacote R e aplicativo Shiny para produzir diagramas de fluxo compatíveis com PRISMA 2020, com interatividade para transparência digital otimizada e Open Synthesis Compliant Systematic Reviews. *IS, 11(2)*. <https://doi.org/10.1002/oi.1230>
- Jang, Y. J., & Choi, Y. J. (2022). Effects of Nursing Care Using Binaural Beat Music on Anxiety, Pain, and Vital Signs in Surgery Patients. *Journal of perianesthesia nursing - official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 37(6), 946-951. <https://doi.org/10.1016/j.jpan.2022.04.009>
- Padmanabhan, R., Hildreth, A. J., & Law, D. (2005). A prospective, randomized, controlled study examining binaural beat audio and pre-operative anxiety in patients undergoing general anaesthesia for day case surgery. *Anaesthesia*, 60(8), 878-877. <https://doi.org/10.1111/j.1365-204X.2005.01827.x>
- Piroli, A., Fodda, P., Pellicchi, T., Puntoni, M., Fracchia, E., & Mizzetta, M. (2021). A randomized controlled study examining a novel binaural beat technique for treatment of preoperative anxiety in a group of women undergoing elective caesarean section. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynecology*, 42(2), 147-151. <https://doi.org/10.1080/10547820.2020.1751607>
- Wiwatwongwanna, D., Vichitwongwanna, P., Thakrua, L., Klaphajone, J., Tantong, A., Wawatwongwanna, A., & Medscape (2016). The effect of music with and without binaural beat audio on operative anxiety in patients undergoing cataract surgery: a randomized controlled trial. *Eye*, 30(11), 1407-1414. <https://doi.org/10.1038/eye.2016.160>
- Choudhary, S., Reddy, C. G., Murthy, P. S., & Choudhary, S. (2022). Prevalence of preoperative anxiety in patients posted for surgical procedures and its relation to the doses of anaesthetic drugs: A cross-sectional study. *Indian Journal of Anaesthesia*, 56(2), 260-265. [https://doi.org/10.4103/ija.ij.159\\_22](https://doi.org/10.4103/ija.ij.159_22)
- Sakhabadi, N., Palvaran, A., Razi, R., Pouranghar, M., Mousavi, S. J., & Saravi, M. E. (2024). Can Binaural Beat Music Be Useful as a Method to Reduce Dental Patient's Anxiety?. *International Dental Journal*, 74(2), 153-158. <https://doi.org/10.1016/j.ijod.2023.11.007>
- Zemba, A. J., Nowak-Szytka, K., Szmielewicz, K., Wera, K., Bartkiewicz, S., & Pietrzykowska, M. (2019). Measures of preoperative anxiety. *Anesthologia Intensiva et Terapio*, 51(1), 64-69. <https://doi.org/10.5603/ai.2019.0013>

APCA

## VII REUNIÃO DE UCAS I CONGRESSO DA UCA ULS TÂMEGA E SOUSA

29 E 30 DE NOVEMBRO DE 2024  
PENAFIEL PARK HOTEL

### A MÚSICA BINAURAL E A ANSIEDADE PRÉ-OPERATÓRIA

Resultados preliminares de uma Scoping Review

Associação Mundo

Rafina Sepúlveda, Escola Superior de Enfermagem do Porto  
Cristina Barroso, Escola Superior de Enfermagem do Porto

## **Anexo III**





---

**A música binaural na ansiedade pré-operatória – uma Scoping Review**

Journal:	<i>Revista Latino-Americana de Enfermagem</i>
Manuscript ID	RLAE-2025-8030
Manuscript Type:	Original Article
Study Area:	Surgical Nursing < Nursing
Select the study type:	Does not apply
Select the research design/procedure:	Systematic Review
Keywords in English:	Preoperative Care, Perioperative Nursing, Surgical Patients, Anxiety, Music Therapy, Binaural Music

SCHOLARONE™  
Manuscripts



## **Anexo IV**



# ENCONTRO DE BENCHMARKING DA MCEEMC 2024

Enfermagem Médico-Cirúrgica: Equidade e Poder Económico dos Cuidados de Enfermagem Especializados

O IMPACTO DA UTILIZAÇÃO DA METODOLOGIA LEAN SIX SIGMA NO TURNOVER CIRÚRGICO: UMA REVISÃO DA LITERATURA

AUTORES: Silva, Tânia<sup>1</sup>; Mendes, Assunção<sup>2</sup>; Marques, Margarida<sup>3</sup>; Araújo, Silva<sup>4</sup>; Carneiro, Marisa<sup>1</sup>



## ENQUADRAMENTO

O tempo de *turnover* cirúrgico surge como um elemento importante de eficiência na gestão das salas operatórias, sendo considerado um indicador de qualidade, com custos diretos e indiretos associados (Jericó et al., 2011). Compete ao enfermeiro especialista em perioratório e, particularmente, ao enfermeiro gestor, consciencializar-se das necessidades emergentes de gestão eficiente do bloco operatório e atuar como facilitador do desenvolvimento e implementação de metodologias de gestão organizacional e de melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Wu et al., 2017).

A metodologia *Lean Six Sigma* (LSS) surge como uma destas metodologias, cujo principal objetivo é a otimização do desempenho reduzindo o desperdício. Esta metodologia propõe-se a eliminar atividades que não acrescentem valor, a reduzir a variação dos processos e a eliminar causas de erro gerando uma redução de custos e tempo desperdiçado, traduzindo-se em maior qualidade e satisfação do cliente e organizações (Definir, Medir, Analisar, Implementar, Controlar [DMAIC]) (Figura 1) (Sanchez et al., 2023).

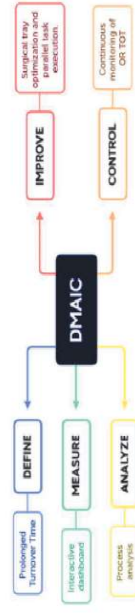


Figura 1 - Abordagem LSS aplicada ao *turnover* cirúrgico (Sanchez et al., 2023)

**Questão de investigação**  
"Qual o impacto da utilização da metodologia *Lean Six Sigma* no *turnover* cirúrgico?"

**Objetivos**  
Conhecer o impacto da utilização da metodologia *Lean Six Sigma* no *turnover* cirúrgico e respetivas vantagens na gestão dos cuidados de Enfermagem.

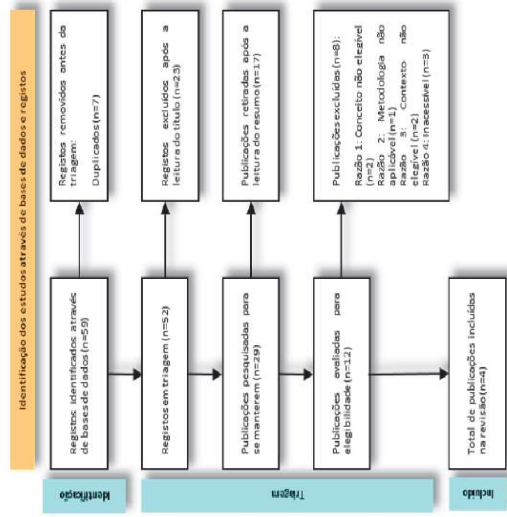
## METODOLOGIA

Trata-se de uma *Scoping Review*, segundo a metodologia PCC (Tabela 1), entre os anos 2019 a 2023, utilizando as bases de dados CINAHL Complete e MEDLINE Complete, acessíveis através do agregador EBSCOhost.

P - População	Enfermeiros perioratórios
C - Conceito	Metodologia <i>Lean Six Sigma</i>
C - Contexto	<i>Turnover</i> Cirúrgico

Tabela 1 – Metodologia PCC

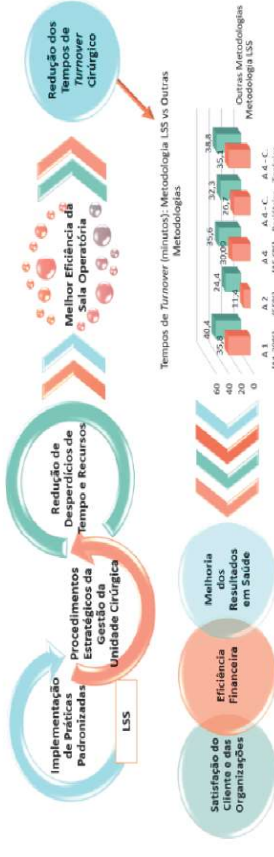
**Frase booleana**  
("perioperative nurs\*" OR "operating room nursing" OR "operating rooms") AND ("six sigma" OR "lean six sigma" OR "total quality management") AND ("turnover")



**Critérios de Inclusão** Artigos que analisam a utilização da metodologia LSS na gestão do *turnover* cirúrgico.

**Critérios de Exclusão** Artigos que abordam a metodologia LSS noutros contextos ou que não envolvessem os enfermeiros perioratórios.

## RESULTADOS



A1 - Applying *Lean Principles* to Improve or Efficiency (Vandale, 2021); A2 - Process Improvement strategy to implement an outpatient surgery center efficiency model in an academic inpatient setting (Kubala et al., 2021); A3 - The Power Law in Operating Room Management (Wong, et al., 2021); A4 - Improving efficiency and reducing costs in robotic surgery: a *Lean Six Sigma* approach to optimize turnover time (Sanchez et al., 2023)

## CONCLUSÃO

Com a utilização da metodologia LSS, ocorre a redução de desperdício de tempo e de recursos, através da implementação de práticas padronizadas, resultando efetivamente na redução do tempo de *turnover* cirúrgico entre 15,6% a 55%. Esta redução aliada à utilização da metodologia LSS é crucial na gestão das salas cirúrgicas, tendo impacto na satisfação das equipas cirúrgicas, potenciando um melhor ambiente de trabalho, satisfação dos clientes e da organização, com melhoria na qualidade de cuidados e benefícios financeiros.

## BIBLIOGRAFIA





## **Anexo V**



# Intervenções de enfermagem pré-operatórias não farmacológicas que contribuem para a diminuição da ansiedade das crianças

Margarida Gonçalves,  
Assunção Mendes,  
Margarida Marques,

Paula Quezada,  
Marina Pereira,  
Luís Delgado,



## Introdução

Os procedimentos cirúrgicos são um evento significativo na vida das crianças, causadores de ansiedade, o que se associa a alterações fisiológicas e psicológicas que se estendem até ao pós-operatório. Deste modo, as intervenções de Enfermagem não farmacológicas no pré-operatório poderão contribuir para a diminuição da ansiedade das crianças submetidas a cirurgia, traduzindo-se numa prestação de cuidados de qualidade.

(Instituto de Apoio à Criança, 2006) (Moura et al, 2016) (Broering & Crepaldi, 2008; Moro & Módolo, 2004) (Park et al., 2020) (Akca et al., 2014) (Karimi et al., 2014)

## Objetivo

Conhecer a evidência científica sobre as intervenções de enfermagem não farmacológicas existentes que contribuem para a diminuição da ansiedade das crianças que irão ser submetidas a um procedimento cirúrgico.

## Metodologia

Revisão da literatura, com recurso ao acrónimo PCC para a questão de investigação: “Que intervenções de enfermagem pré-operatórias não farmacológicas contribuem para a diminuição da ansiedade das crianças?”, desenvolvida através do agregador de conteúdo EBSCO, nas bases de dados CINAHL Complete e Medline Complete, resultando numa análise de 6 artigos, após a aplicação de critérios de inclusão e exclusão.

Metodologia da pesquisa disponível através do QR CODE ou link: <https://qrco.de/bfaR7z>



## Resultados

### Intervenções de Enfermagem não farmacológicas:

- Redução significativa da ansiedade de crianças submetidas a cirurgia.
- Complemento à consulta de Enfermagem pré-operatória no sentido de melhorar a experiência das crianças e dos pais/pessoa significativa durante este processo.



## Discussão

O método de avaliação da ansiedade utilizado pela maioria dos autores foi a escala de Ansiedade Pré-Operatória de Yale modificada (mYPAS).

As estratégias de distração reduzem a ansiedade pré-operatória e contribuem para a mobilização de emoções positivas nas crianças, desviando o foco na cirurgia e facilitando a cooperação na indução anestésica (Wang et al., 2022).

Liguori et al. (2016) e Nilsson et al. (2016) focaram-se na preparação pré-operatória através da utilização de um vídeo de uma visita guiada à sala de operações e de um livro ilustrado. As crianças demonstraram-se menos ansiosas e os pais relataram uma experiência positiva.

As intervenções apresentadas mostraram ser eficientes, económicas, de fácil utilização e sem efeitos secundários, pelo que os enfermeiros em contexto perioperatório podem integrá-las na prestação de cuidados (Forouzandeh et al., 2020; Golitaleb et al., 2023; Franzoi et al., 2016).

## Conclusão

O conhecimento sobre intervenções de Enfermagem pré-operatórias não farmacológicas permitirá aos enfermeiros implementar intervenções diferenciadas no sentido de reduzir a ansiedade pré-operatória das crianças submetidas a cirurgia, assim como minimizar as suas consequências.

QUALIDADE  
DOS  
CUIDADOS



Intervenções de  
Enfermagem não  
farmacológicas

Referências bibliográficas disponíveis através do QR CODE ou link: <https://qrco.de/bfaR9w>





## **Anexo VI**





## LEAN SIX SIGMA NA MELHORIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIOS: REVISÃO INTEGRATIVA

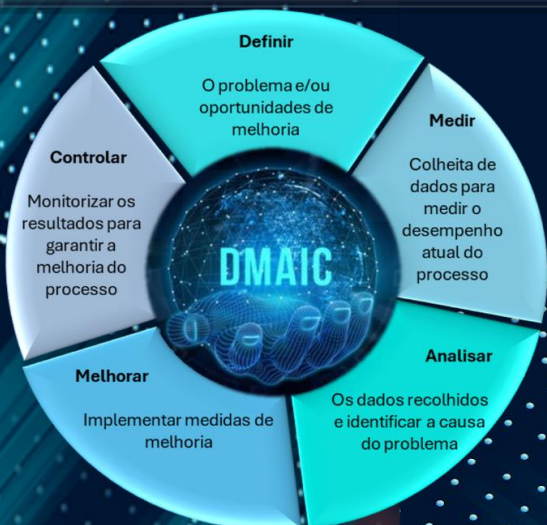
Silvia Araújo, Maria Assunção Mendes; Margarida Marques; Tânia Silva; Fátima Segadães; Cristina Barroso

### INTRODUÇÃO

A qualidade dos cuidados em saúde é entendida como a prestação de serviços acessíveis, equitativos e baseados em elevados padrões profissionais, tendo em conta os recursos disponíveis e garantindo a satisfação e adesão dos clientes. Assim, a qualidade torna-se intrinsecamente ligada à eficiência, efetividade e segurança na prestação dos cuidados.

O contexto perioperatório, devido à sua complexidade, exige uma abordagem integrada para a gestão de processos, recursos e equipas. Esta gestão requer metodologias que possibilitem reduzir erros, otimizar recursos e garantir a consistência dos cuidados prestados. A metodologia *Lean Six Sigma* tem-se destacado como uma ferramenta robusta para promover a melhoria contínua da qualidade em saúde. Integrando os princípios *Lean* – que visam a redução de desperdícios e de atividades sem valor agregado – e *Six Sigma* – cujo foco está na minimização da variação e no aumento da precisão dos processos –, a LSS apresenta-se como uma abordagem estruturada e sustentável.

Despacho n.º 5613/2015 do Ministério da Saúde, 2015; Sanchez et al., 2023



### Objetivo:

Avaliar a aplicabilidade da metodologia LSS na melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem perioperatórios e os seus resultados.

### METODOLOGIA

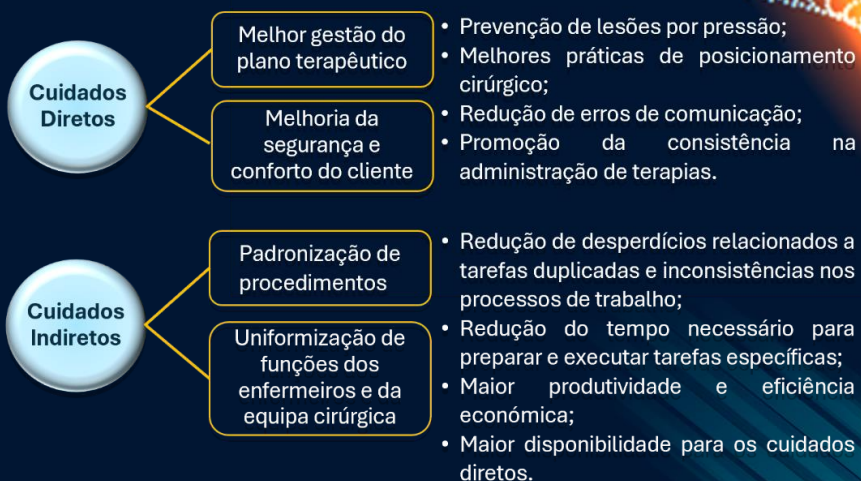
**Princípios JBI**  
Revisão Integrativa da Literatura

**Base de Dados:**  
CINAHL Complete  
MEDLINE Complete

**Idioma:**  
Português  
Inglês  
Espanhol



### RESULTADOS



### CONCLUSÃO

Otimização de processos

Redução de desperdícios

Padronização de fluxos de trabalho

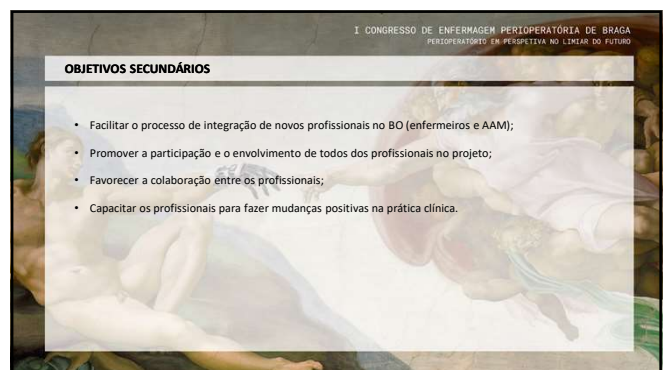
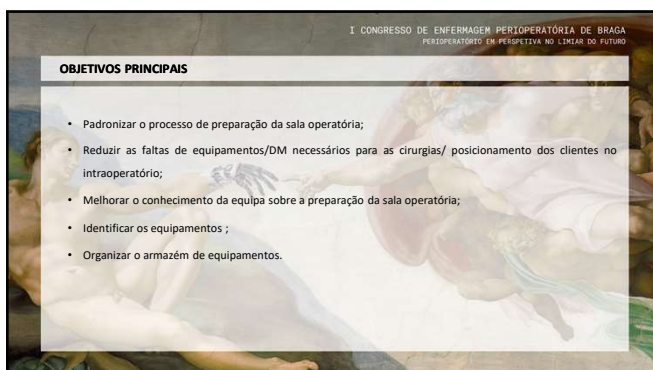
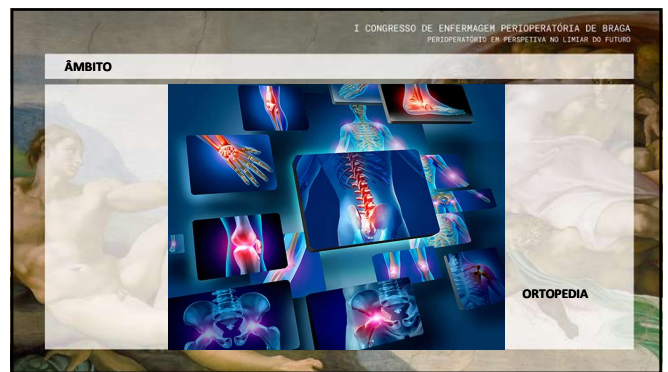
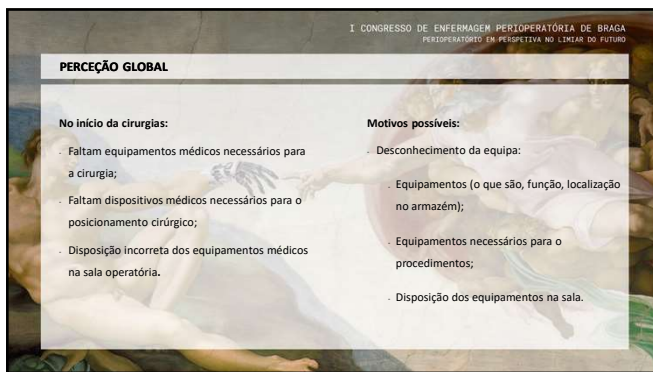
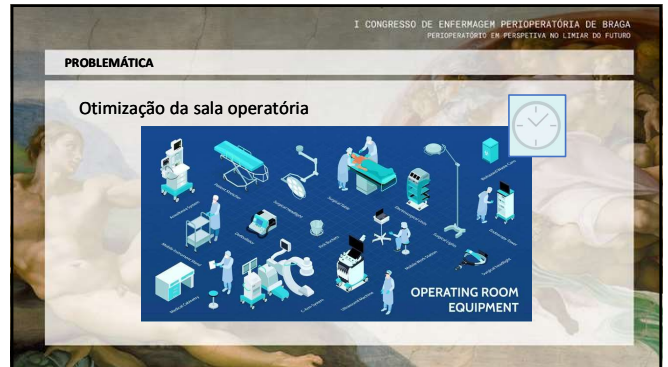
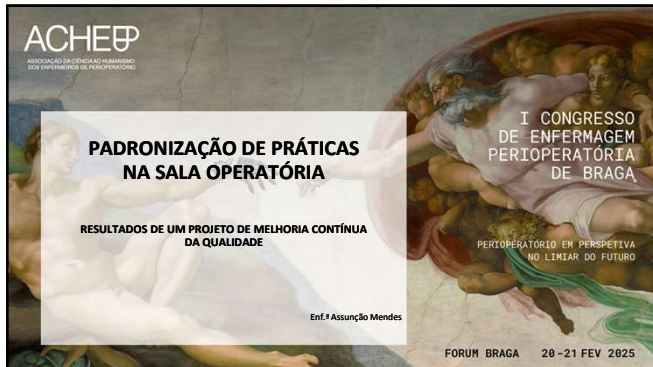
A metodologia LSS representa uma ferramenta valiosa para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem perioperatórios, respondendo a praticamente todos os enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Ao promover a eficiência e a consistência nos processos de trabalho, o LSS não só contribui para melhores resultados clínicos, mas também para a sustentabilidade económica das instituições de saúde.





## **Anexo VII**





I CONGRESSO DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA DE BRAGA  
PERIOPERATÓRIO EM PERSPECTIVA NO LÍNEAR DO FUTURO

### RECURSOS

**Humanos**

Equipa do BO:

- Enfermagem;
- Auxiliares de Ação Médica.

Responsável pelo Projeto  
Enf.ª Assunção Mendes

**Materiais**

- Impressora e papel (impressões a preto e branco);
- Plastificadora de documentos e respetivo consumível;
- Máquina de etiquetas (Dimo®) e respetivo consumível.

I CONGRESSO DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA DE BRAGA  
PERIOPERATÓRIO EM PERSPECTIVA NO LÍNEAR DO FUTURO

### PLANEAMENTO – ETAPAS DO PROJETO DE MELHORIA

Fevereiro 2024 Fevereiro 2025

**Avaliação Inicial**

Observação das práticas atuais com recurso a Questionário de Observação das Práticas

**Índice de Conformidade Operacional**

**Formação em Serviço**

Formação à equipa de Enfermagem e AAM sobre equipamentos e DM e respetivas necessidades das cirurgias de ortopedia

**Organização do Armazém de Equipamentos**

Identificação e organização do Armazém de Equipamentos

**Reference Cards**

Divulgação e distribuição dos Reference Cards

**Manual de Preparação da Sala Operatória**

Disponibilização de Manual com fotos reais da organização da Sala Operatória, por cirurgia

I CONGRESSO DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA DE BRAGA  
PERIOPERATÓRIO EM PERSPECTIVA NO LÍNEAR DO FUTURO

### INDICADORES

	ESTRUTURA	PROCESSO	RESULTADO
	Número de documentos de orientação de Boas práticas em sala operatória: Ortopedia	% De colaboradores com formação em Boas práticas em sala operatória: Ortopedia	Índice de Conformidade Operacional da preparação da sala operatória: Ortopedia
Fevereiro 2024	0	0%	? %
Fevereiro 2025	1	>98%	>98%

I CONGRESSO DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA DE BRAGA  
PERIOPERATÓRIO EM PERSPECTIVA NO LÍNEAR DO FUTURO

### RESULTADOS – AVALIAÇÃO INICIAL

**QUESTIONÁRIO DE OBSERVAÇÃO DE PRÁTICAS**

Avaliação Inicial	DATA:
CIRURGIA:	
Dimbro	
Cotovelo	
Mão	
Anca	
Joelho	
Pé	
Coluna	
No início da cirurgia/posicionamento estavam disponíveis os Dispositivos Médicos necessários?	NC
Dispositivos Médicos estão dispostos de forma correta na sala operatória?	NC

**50 CIRURGIAS DE ORTOPEDIA**

**ÍNDICE DE CONFORMIDADE OPERACIONAL (ICO)**

Total de respostas "Conforme" x 100% = \_\_\_\_ %  
Total de respostas aplicáveis

I CONGRESSO DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA DE BRAGA  
PERIOPERATÓRIO EM PERSPECTIVA NO LÍNEAR DO FUTURO

### RESULTADOS – AVALIAÇÃO INICIAL

**50 CIRURGIAS DE ORTOPEDIA**

Cirurgia	% Conforme	% Não Conforme
Coluna	2,0%	
Pé	12,0%	
Joelho	36,0%	
Anca	0,0%	
Mão	26,0%	
Cotovelo	0,0%	
Ombro	24,0%	

**ÍNDICE DE CONFORMIDADE OPERACIONAL (ICO)**

DM estão dispostos de forma correta na sala operatória? **54,0%** (Conforme) / **46,0%** (Não Conforme)

No início da cirurgia/posicionamento estavam disponíveis todos os DM necessários? **42,0%** (Conforme) / **58,0%** (Não Conforme)

**48%**

dados recolhidos através do Questionário de Observação de Práticas de 20 de Fevereiro a 23 de Abril de 2024

I CONGRESSO DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA DE BRAGA  
PERIOPERATÓRIO EM PERSPECTIVA NO LÍNEAR DO FUTURO

### IMPLEMENTAÇÃO – ETAPAS DO PROJETO DE MELHORIA

**ÍNDICE DE CONFORMIDADE OPERACIONAL**

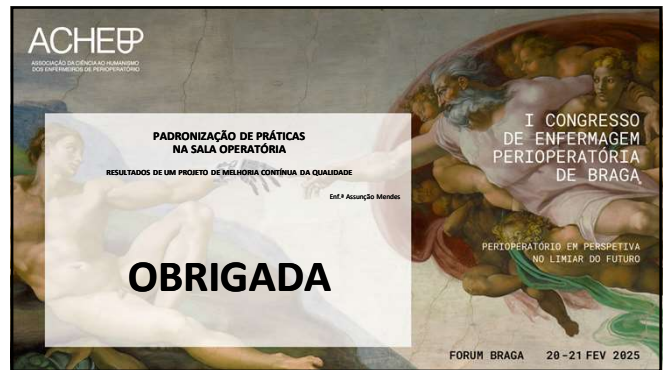
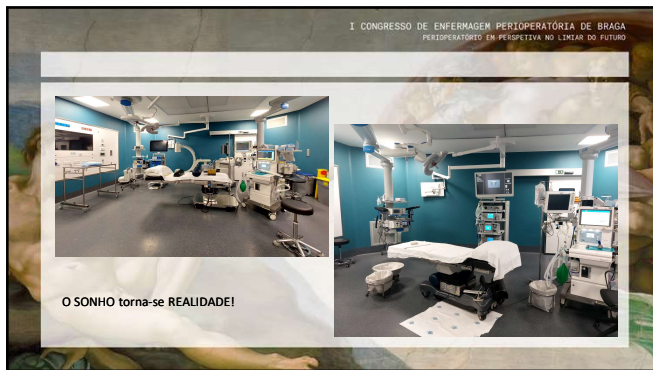
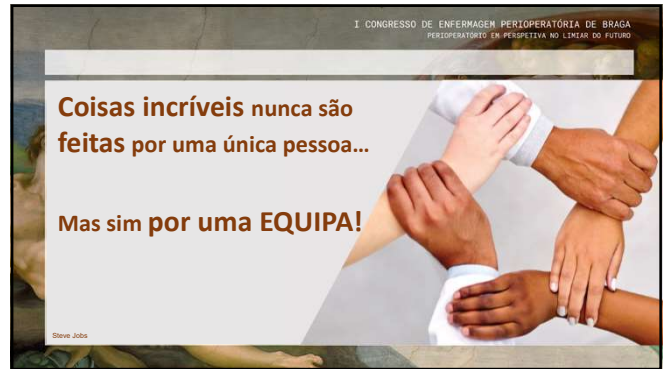
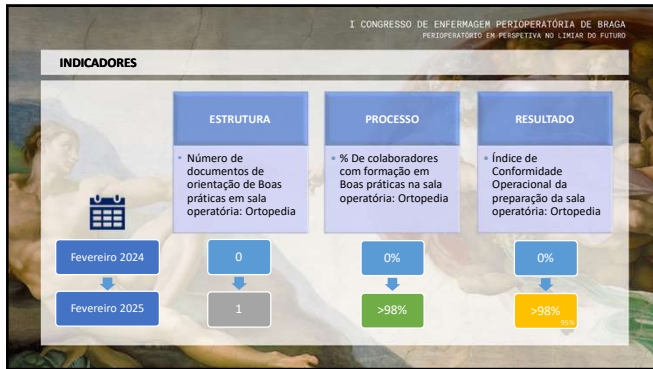
**OBJETIVO >98%**

**48%**

**AVALIAÇÃO INICIAL**

Formação → Organização Armazém → Reference Cards → Manual





## **Anexo VIII**





ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO


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

A MÚSICA BINAURAL NA ANSIEDADE PRÉ-OPERATÓRIA

Projeto de Melhoria Contínua  
da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Perioperatórios

Estágio de natureza profissional orientado pela Professora Fátima Segadães, Coorientado pela Professora Doutora Cristina Barroso e tutorado pela Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória [REDACTED]

Maria Assunção Miranda Mendes (ep11019)

	<b>PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIOS</b>	Unidade de Cirurgia de Ambulatório [REDACTED] [REDACTED]
---	---	--

## A MÚSICA BINAURAL NA ANSEIDADE PRÉ-OPERATÓRIA


### 1. FUNDAMENTAÇÃO DO PROJETO

A ansiedade é definida como uma emoção negativa, caracterizada por sentimentos de ameaça, perigo ou angústia, podendo surgir por vários motivos como, por exemplo, uma hospitalização, uma anestesia ou uma cirurgia (International Council of Nurses, 2019; Omkaram et al., 2023).

Segundo a literatura, é uma das reações psicológicas mais frequentemente observada entre clientes cirúrgicos, podendo ocorrer em 60% a 80% dos clientes adultos, e em 50% a 70% dos clientes em idade pediátrica (Altinsoy et al., 2020; Zemla et al., 2019). Os níveis de ansiedade são variáveis, dependendo da idade, sexo, tipo e extensão da cirurgia proposta, familiaridade e preparação para o procedimento cirúrgico, experiências cirúrgicas anteriores, e suscetibilidade do cliente a situações de stress (Altinsoy et al., 2020; Bansal & Joon, 2016; Boker et al., 2002). O próprio regime em que a mesma irá decorrer também afeta os níveis de ansiedade pré-operatória, estando descrito que cerca de 45,3% dos clientes internados e 38,3% dos clientes em regime de ambulatório apresentam ansiedade pré-operatória significativa, assim como 80% dos clientes com agendamento de procedimentos cirúrgicos de alto risco (Omkaram et al., 2023; Altinsoy et al., 2020; Zemla et al., 2019).

As investigações realizadas comprovam que um nível aumentado de ansiedade pré-operatória se traduz em consequências negativas, tanto psicológicas como somáticas, e afeta, consequentemente, a anestesia, o procedimento cirúrgico em si e os cuidados pós-operatórios, com impacto significativo no tempo de internamento e no processo de recuperação (Gorini et al., 2022; Zemla et al., 2019). Os elevados níveis de ansiedade pré-operatória também surgem como causadores de uma resposta neuroendócrina alterada, pelo que é considerado um fator de risco para a mortalidade pós-operatória (Zemla et al., 2019; Bansal & Joon, 2016).

As manifestações associadas à ansiedade pré-operatória podem ser várias e variadas, desde somáticas, cognitivas, emocionais e/ou comportamentais (Rebelo & Carvalho, 2014). Estão descritos, na literatura, alguns problemas, nomeadamente, o acesso venoso mais difícil devido à vasoconstricção periférica, durante a indução anestésica os atrasos no relaxamento da mandíbula e a tosse, assim como o aumento da necessidade de fármacos anestésicos (Omkaram et al., 2023; Bansal & Joon, 2016). Além disso, também está correlacionada com o aumento de

	<b>PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIOS</b>	Unidade de Cirurgia de Ambulatório [REDACTED] [REDACTED]
---	---	--

dor, náuseas e vômitos no pós-operatório, recuperação mais prolongada e aumento do risco de infecção (Steiner et al., 2024; Bansal & Joon, 2016).


As respostas fisiológicas (somáticas) mais comuns, associadas à ansiedade pré-operatória, incluem a taquicardia, a hipertensão, a temperatura elevada, a sudorese, a náusea e um sentido intensificado de tato, olfato e/ou audição. As respostas psicológicas (emocionais e comportamentais) incluem as mudanças no comportamento, como o aumento da tensão, apreensão, nervosismo, choro e/ou agressão (Bansal & Joon, 2016; Rebelo & Carvalho, 2014).

Perante a diversidade de sintomatologia associada à ansiedade pré-operatória, o diagnóstico de enfermagem Ansiedade é considerado um dos mais difíceis de identificar e quantificar. Além disso, esta é experienciada por cada cliente de forma particular e tem por base a sua experiência prévia, tornando-a uma vivência única e exclusiva de cada um (Rebelo & Carvalho, 2014).

Assim, e atendendo os efeitos negativos da ansiedade pré-operatória descritos e comprovados na literatura, compete ao enfermeiro em contexto perioperatório estar atento, não só às necessidades físicas do cliente, mas também às necessidades psicológicas/emocionais. Tal como preconizado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2017), e de acordo com as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (OE, 2018), é dever do enfermeiro identificar precocemente as necessidades do cliente, através da observação rigorosa e sistemática, bem como através do estabelecimento de uma comunicação eficaz e de uma relação terapêutica, obtendo os dados necessários à formulação do diagnóstico e tomada de decisão, sendo esta baseada na evidencia científica mais atual.

No contexto do seu exercício profissional, o enfermeiro insere-se numa atuação multiprofissional onde podem ser definidas intervenções autónomas de enfermagem perante o diagnóstico de Ansiedade como “Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade”, “Ensinar sobre estratégias de relaxamento”, “Instruir estratégias de relaxamento”, “Treinar estratégias de relaxamento” e “Executar técnica de relaxamento” (OE, 2021).

A musicoterapia, como estratégia de relaxamento, é uma intervenção de enfermagem, não farmacológica, com efeitos benéficos comprovados ao nível da redução da dor, da ansiedade, da tristeza, e gestão de problemas de comunicação (Salehabadi et al., 2024). No que concerne, especificamente, à música binaural, esta apresenta eficácia comprovada na diminuição da ansiedade pré-operatória, assim como se traduz em outros benefícios para o cliente como aumento da sua satisfação, diminuição da frequência cardíaca, e diminuição da necessidade de

	<b>PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIOS</b>	Unidade de Cirurgia de Ambulatório [REDACTED] [REDACTED]
---	---	--

administração de sedativos e/ou ansiolíticos, para realização dos procedimentos cirúrgicos (Loong et al., 2022; Opartpunyasarn et al., 2022).


Oster, no século XIX, descreveu a construção da música binaural como a utilização de dois tons sinusoidais puros, emitidos para cada ouvido, separadamente, com intensidade constante, mas com uma ligeira diferença na frequência. Essas frequências, emitidas separadamente, são processadas pelo cérebro de forma a criar uma terceira frequência ilusória, conhecida como batimento binaural, com frequência igual à média dos dois tons, e amplitude de oscilação igual à diferença entre duas músicas (Oster et al., 1973 como citado em Salehabadi et al., 2024).

Efetivamente, as diferentes frequências de som apresentadas em cada ouvido, separadamente, são processadas e combinadas de forma a que sejam percebidas como uma percepção única e unificada, originando o batimento binaural. Este batimento binaural, que é percebido como um som pulsante, tem efeitos terapêuticos e relaxantes, consoante a frequência criada (Garcia-Argibay et al., 2019; Lentz et al., 2014).

## 2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO E ANÁLISE DE VIABILIDADE

No contexto atual da Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) da [REDACTED], os clientes propostos para realização de procedimento cirúrgico em regime de ambulatório, têm acesso a consulta pré-anestésica (de enfermagem e anestesiologia em simultâneo) e são admitidos, no dia da cirurgia, pelo enfermeiro da admissão/acolhimento, que assegura as respostas às necessidades do cliente, e presta os cuidados necessários à realização do procedimento cirúrgico, seguindo as orientações da Organização Mundial de Saúde para a Cirurgia Segura (2009). No entanto, no que respeita, especificamente, à formulação do diagnóstico de enfermagem Ansiedade e respetivas intervenções, não existe evidência desta prática, não estando disponível, atualmente, nos sistemas informáticos (*Glint* e *PatientCare*), o diagnóstico Ansiedade e respetivas intervenções.

Perante o exposto, e alicerçado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados Em Enfermagem Médico-Cirúrgica: na área de Enfermagem à pessoa em situação perioperatória (OE, 2017), surge o projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem perioperatórios, que visa promover a diminuição da ansiedade pré-operatória dos clientes cirúrgicos, em regime de ambulatório, através da música binaural. Com este projeto, centrado nas necessidades do cliente sensíveis aos cuidados de enfermagem, respeita-se e subscreve-se os pilares fundamentais dos cuidados de enfermagem perioperatórios, nomeadamente o


	<b>PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIOS</b>	Unidade de Cirurgia de Ambulatório [REDACTED] [REDACTED]
---	---	--

reconhecimento do outro e da sua vulnerabilidade, assim como a sua capacitação, agindo sempre com responsabilidade e consciência cirúrgica, na garantia de se prestarem os melhores cuidados e com segurança (OE, 2017).

De modo a conferir a viabilidade do projeto, foi efetuada uma análise SWOT (Tabela 1) que permitiu, de forma metódica, proceder a uma análise situacional, e que serviu de base para a realização de um planeamento estratégico. Este instrumento contempla a identificação e reflexão sobre os pontos fortes/vantagens internas (*Strengths*), sobre os pontos fracos/desvantagens internas (*Weaknesses*), sobre as oportunidades/aspectos positivos externos (*Opportunities*), e sobre as ameaças/aspectos negativos externos (*Threats*). Esta análise permite efetuar uma síntese dos riscos a ter em conta e quais os problemas a resolver, assim como as vantagens e as oportunidades a potenciar e explorar, permitindo estabelecer prioridades de atuação.

	Fatores Positivos	Fatores Negativos
	<u>FORÇAS</u>	<u>FRAQUEZAS</u>
Fatores Internos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Experiência profissional de Enfermagem em contexto perioperatório;</li> <li>- Motivação para adquirir novas competências na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória;</li> <li>- Elevado interesse pessoal e profissional pela temática;</li> <li>- Disponibilidade e volição para desenvolver o projeto;</li> <li>- Apoio familiar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inexperiências na implementação de projetos de melhoria;</li> <li>- Limitação temporal da implementação do projeto.</li> </ul>
	<u>OPORTUNIDADES</u>	<u>AMEAÇAS</u>
Fatores Externos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recetividade e envolvimento do Enfermeiro Gestor e das Enfermeiras Tutoras no projeto;</li> <li>- Desenvolvimento de competências gerais e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória;</li> <li>- Contributo para a melhoria dos cuidados de enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória;</li> <li>- Crescimento Profissional e Individual;</li> <li>- Apoio de Técnico de Som especializado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Possível resistência à mudança pela equipa multidisciplinar;</li> <li>- Crenças e significados atribuídos à música binaural (pela equipa multidisciplinar e cliente);</li> <li>- Dificuldade em proporcionar ambiente calmo e com privacidade por limitação estrutural do serviço.</li> </ul>

Tabela 1 - Análise SWOT

	<b>PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIOS</b>	Unidade de Cirurgia de Ambulatório [REDACTED] [REDACTED]
---	---	--

Da análise efetuada, conclui-se que os fatores positivos, quer internos (forças), que externos (oportunidades), são superiores aos fatores negativos.

Apesar de reconhecer o possível impacto negativo dos fatores negativos na implementação do projeto, depreende-se que os mesmos sejam ultrapassáveis com um correto planeamento das atividades e com o apoio e envolvimento no projeto, não só do enfermeiro Gestor do serviço e das enfermeiras tutoras, mas também de toda a equipa de enfermagem. Assim, e com uma clara sobreposição de fatores positivos, é expectável a obtenção de sucesso na implementação do projeto.


### 3. OBJETIVOS E ATIVIDADES

O presente projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem apresenta como objetivo geral:


- Diminuir a ansiedade pré-operatória do cliente proposto para cirurgia, em regime de ambulatório.

Secundariamente, pretende-se atingir os seguintes objetivos específicos, através das respetivas atividades:

1. Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem perioperatórios, através de uma prática baseada na evidência científica mais atual, refletida na conceção de cuidados.
  - 1.1 Pesquisar evidência científica, com recurso ao agregador de base de dados EBSCOhost Web, nas bases de dados CINAHL Complete e MEDLINE Complete, sobre intervenções de enfermagem, não farmacológicas, promotoras da diminuição da ansiedade pré-operatória;
  - 1.2 Consultar o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), livros e artigos científicos sobre intervenções de enfermagem, não farmacológicas, promotoras da diminuição da ansiedade pré-operatória;
  - 1.3 Desenvolver folheto informativo e cartaz sobre estratégias promotoras da diminuição da ansiedade;

	<p>PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIOS</p>	<p>Unidade de Cirurgia de Ambulatório [REDACTED] [REDACTED]</p>
---	---	---

- 1.4 Obter validação do folheto informativo e do cartaz sobre estratégias promotoras da diminuição da ansiedade junto do Gabinete de Qualidade do Hospital;
  - 1.5 Informar o cliente, na consulta pré-operatória, sobre estratégias, não farmacológicas, promotoras da diminuição da ansiedade;
  - 1.6 Disponibilizar folheto informativo sobre estratégias promotoras da diminuição da ansiedade, aos clientes cujo diagnóstico de enfermagem Ansiedade seja identificado na consulta pré-operatória;
  - 1.7 Disponibilizar, na sala de espera, folheto informativo sobre estratégias promotoras da diminuição da ansiedade;
  - 1.8 Disponibilizar, na sala de espera, cartaz com estratégias promotoras da diminuição da ansiedade;
  - 1.9 Executar técnica de relaxamento (música binaural) aos clientes com o diagnóstico de enfermagem Ansiedade, identificado no momento da admissão;
  - 1.10 Realizar caso clínico na plataforma *e4nursing* com base na Ontologia de Enfermagem.
2. Aumentar a satisfação dos clientes com os cuidados de saúde perioperatórios, através da gestão da comunicação interpessoal e da informação, criando um clima de confiança e facilitador da relação terapêutica.
    - 2.1 Promover ambiente acolhedor e tranquilo ao cliente admitido para cirurgia;
    - 2.2 Executar a musicoterapia, sempre que possível, em local acolhedor e com privacidade (Gabinete 2);
    - 2.3 Praticar escuta ativa junto do cliente admitido para cirurgia.
3. Sensibilizar a equipa de enfermagem para a necessidade de prestação de cuidados centrados nas necessidades do cliente, sejam estas físicas e/ou psicológicas/emocionais.
    - 3.1 Apresentar à equipa de enfermagem, em reunião de serviço, o projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem perioperatórios, no âmbito da música binaural na ansiedade pré-operatória;

	<b>PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIOS</b>	Unidade de Cirurgia de Ambulatório [REDACTED] [REDACTED]
---	---	--

3.2 Apresentar à equipa de enfermagem, em reunião de serviço, os resultados da implementação do projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem perioperatórios, no âmbito da música binaural na ansiedade pré-operatória.

#### **4. PLANEAMENTO E EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES**

No que respeita ao planeamento temporal do projeto, este será realizado de 26 de setembro a 19 de dezembro de 2024 pelo que, e de forma a facilitar a concretização das atividades delineadas dentro da linha temporal definida, é fundamental um planeamento estruturado do desenvolvimento das mesmas. Assim, apresenta-se, de seguida, o cronograma com as atividades a desenvolver, com vista à consecução dos objetivos propostos, permitindo uma sistematização mais clara das mesmas ao longo do tempo (Tabela 2).

A concretização do projeto será possível através da realização de consultas pré-operatórias e admissão de clientes propostos para cirurgia de ambulatório, com colheita de dados, análise e formulação do diagnóstico de enfermagem Ansiedade. Perante o mesmo, e após a admissão do cliente, será proposto a este a intervenção “Executar técnica de relaxamento” com o objetivo de diminuir a ansiedade. Esta será aplicada durante, pelo menos, 10 minutos, sempre que possível no Gabinete 2, proporcionando um ambiente acolhedor e com maior privacidade.

Importa referir que, no decurso da implementação do projeto, a programação das atividades pode sofrer alterações em função das análises efetuadas e das recomendações sugeridas pelas enfermeiras tutoras, com vista à obtenção de sucesso na implementação do projeto.




**PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIOS**

Unidade de Cirurgia de Ambulatório

Descrição		Início	Fim	Duração (dias)	Set	Out	Nov	Dez
<b>Objetivo Especifico 1</b>	<b>Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem perioperatórios, através de uma prática baseada na evidência científica mais atual, refletida na conceção de cuidados.</b>							
Atividade 1.1	Pesquisar evidência científica, com recurso ao agregador de base de dados EBSCOhost Web, nas bases de dados CINAHL Complete e MEDLINE Complete, sobre intervenções de enfermagem, não farmacológicas, promotoras da diminuição da ansiedade pré-operatória;	26/09/2024	08/10/2024	13				
Atividade 1.2	Consultar o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), livros e artigos científicos sobre intervenções de enfermagem, não farmacológicas, promotoras da diminuição da ansiedade pré-operatória;	26/09/2024	08/10/2024	13				
Atividade 1.3	Desenvolver folheto informativo e cartaz sobre estratégias promotoras da diminuição da ansiedade;	09/10/2024	13/10/2024	5				
Atividade 1.4	Obter validação do folheto informativo sobre estratégias promotoras da diminuição da ansiedade junto do Gabinete de Qualidade do hospital;	14/10/2024	04/11/2024	22				
Atividade 1.5	Informar o cliente, na consulta pré-operatória, sobre estratégias, não farmacológicas, promotoras da diminuição da ansiedade;	14/10/2024	19/12/2024	66				
Atividade 1.6	Disponibilizar folheto informativo sobre estratégias promotoras da diminuição da ansiedade, aos clientes cujo diagnóstico de enfermagem Ansiedade seja identificado na consulta pré-operatória;	04/11/2024	19/12/2024	45				
Atividade 1.7	Disponibilizar, na sala de espera, folheto informativo sobre estratégias promotoras da diminuição da ansiedade;	04/11/2024	19/12/2024	45				
Atividade 1.8	Disponibilizar, na sala de espera, cartaz com estratégias promotoras da diminuição da ansiedade;	04/11/2024	19/12/2024	45				
Atividade 1.9	Executar técnica de relaxamento (música binaural) aos clientes com o diagnóstico de enfermagem Ansiedade, identificado no momento da admissão;	14/10/2024	19/12/2024	66				
Atividade 1.10	Realizar caso clínico na plataforma e4nursing com base na Ontologia de Enfermagem.	01/12/2024	19/12/2024	19				
<b>Objetivo Especifico 2</b>	<b>Aumentar a satisfação dos clientes com os cuidados de saúde perioperatórios, através da gestão da comunicação interpessoal e da informação, criando um clima de confiança e facilitador da relação terapêutica.</b>							
Atividade 2.1	Promover ambiente acolhedor e tranquilo ao cliente admitido para cirurgia;	14/10/2024	19/12/2024	66				
Atividade 2.2	Executar a musicoterapia, sempre que possível, em local acolhedor e com privacidade (Gabinete 2);	14/10/2024	19/12/2024	66				
Atividade 2.3	Praticar escuta ativa junto do cliente admitido para cirurgia.	14/10/2024	19/12/2024	66				
<b>Objetivo Especifico 3</b>	<b>Sensibilizar a equipa de enfermagem para a necessidade de prestação de cuidados centrados nas necessidades do cliente, sejam estas físicas e/ou psicológicas/emocionais.</b>							
Atividade 3.1	Apresentar à equipa de enfermagem, em reunião de serviço, o projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem perioperatórios, no âmbito da música binaural na ansiedade pré-operatória;	Outubro (a definir)						
Atividade 3.2	Apresentar à equipa de enfermagem, em reunião de serviço, os resultados da implementação do projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem perioperatórios, no âmbito da música binaural na ansiedade pré-operatória.	Dezembro (a definir)						

Tabela 2 - Cronograma

	<b>PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIOS</b>	Unidade de Cirurgia de Ambulatório [REDACTED] [REDACTED]
---	---	--

## 5. RECURSOS E REQUISITOS

Para a obtenção de sucesso, na implementação do projeto de melhoria contínua é necessário atender ao planeamento temporal das atividades anteriormente referidas, bem como, mobilizar recursos humanos, materiais e físicos, obter o consentimento prévio da unidade de saúde, e respeitar os requisitos éticos e deontológicos durante todo o processo.


Relativamente aos recursos humanos implicados na implementação do projeto, para além da autora, estão incluídos as Professoras orientadoras, as Enfermeiras tutoras do local de estágio, assim como o Enfermeiro Gestor do serviço, a equipa multidisciplinar, e o cliente em situação perioperatória, crucial para a concretização do projeto.

Quanto a recursos físicos, a UCA para a qual o projeto está idealizado, constitui o local de eleição para o colocar em prática, estando garantido pela autora a disponibilidade de alguns recursos materiais, nomeadamente um computador com acesso à internet para realização da revisão bibliográfica e elaboração de documentos, assim como a faixa de música binaural específica, um dispositivo reproduzidor de som e uns auscultadores para se implementar a intervenção (ambos higienizáveis, de modo a garantir as condições de higiene e controlo de infeção).

Por fim, e de modo a garantir o respeito pelos princípios éticos, legais e deontológicos na concretização do projeto será requerido o consentimento escrito do Enfermeiro Gestor do serviço para a implementação do mesmo, assim como, será solicitado o consentimento verbal a todos os clientes cuja prescrição da intervenção de enfermagem “Executar técnica de relaxamento (musicoterapia)” seja aplicável, perante o diagnóstico de Ansiedade.

## 6. MONITORIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

De modo a garantir o cumprimento das metas estabelecidas, evitando o desfasamento temporal face ao planeado, é fundamental definir-se atividades de acompanhamento, controlo e avaliação da execução das atividades. Assim, está previsto a realização de reuniões quinzenais (informais) com a enfermeira tutora e com as professoras orientadoras, com o objetivo de orientar e dar seguimento ao projeto e às atividades planeadas. Serão um momento de reflexão

	<p>PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIOS</p>	<p>Unidade de Cirurgia de Ambulatório [REDACTED] [REDACTED]</p>
---	---	---

e análise do desenvolvimento do projeto, bem como servirão de guia orientador para ajustes e reformulações na implementação do mesmo, caso se entenda necessário.

Adicionalmente, e de acordo com o planeamento das atividades, a concretização das mesmas e a divulgação dos resultados constituirão indicadores do sucesso da concretização do projeto.

## 7. BIBLIOGRAFIA

Altinsoy, S., Caparlar, C. O., & Ergil, J. (2020). Relação entre ansiedade pré-operatória e consciência durante a anestesia: estudo observacional. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 70(4), 349-356. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2020.04.012>

Bansal, T., & Joon, A. (2016). Preoperative anxiety-an important but neglected issue: A narrative review. *The Indian Anaesthetists Forum* 17(2), 37-42. DOI: 10.4103/0973-0311.195955

Boker, A., Brownell, L., & Donen, N. (2002). The Amsterdam preoperative anxiety and information scale provides a simple and reliable measure of preoperative anxiety. *Canadian journal of anaesthesia = Journal canadien d'anesthesie*, 49(8), 792-798. <https://doi.org/10.1007/BF03017410>


Garcia-Argibay, M., Santed, M. A., & Reales, J. M. (2019). Efficacy of binaural auditory beats in cognition, anxiety, and pain perception: a meta-analysis. *Psychological research*, 83(2), 357-372. <https://doi.org/10.1007/s00426-018-1066-8>

Gorini, A., Giuliani, M. P., L'Acqua, C., Barbieri, S., Sisillo, E., Veglia, F., & Tremoli, E. (2022). Associations of Preoperative Self-rated Symptoms of Anxiety and Depression on Length of Hospital Stay and Long-term Quality of Life in Patients Undergoing Cardiac Surgery. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 37(3), 213-220. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000792>

International Council of Nurses. (2019). Navegador CIPE. International Council of Nurses. <https://www.icn.ch/icnp-browser>

Lentz, J. J., He, Y., & Townsend, J. T. (2014). A new perspective on binaural integration using response time methodology: super capacity revealed in conditions of binaural masking release. *Frontiers in human neuroscience*, 8, 641. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00641>

Loong, L. J., Ling, K. K., Tai, E. L. M., Kueh, Y. C., Kuan, G., & Hussein, A. (2022). The Effect of Binaural Beat Audio on Operative Pain and Anxiety in Cataract Surgery under Topical Anaesthesia: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16). <https://doi.org/10.3390/ijerph191610194>

	<p>PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIOS</p>	<p>Unidade de Cirurgia de Ambulatório [REDACTED] [REDACTED]</p>
---	---	---

Om-karam, S., Reddy, C. G., Murthy, P. S., & Chaudhury, S. (2023). Prevalence of preoperative anxiety in patients posted for surgical procedures and its relation to the doses of anesthetic drugs: A cross-sectional study. *Industrial Psychiatry Journal* 32 (2), 260-265. [https://doi.org/10.4103/ipj.ipj\\_109\\_22](https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_109_22)

Opartpunyasarn, P., Vichitvejpaisal, P., & Oer-Areemitr, N. (2022). The effect of binaural beat audio on anxiety in patients undergoing fiberoptic bronchoscopy: A prospective randomized controlled trial. *Medicine*, 101(24), e29392. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000029392>

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados 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; Na Área De Enfermagem À Pessoa Em Situação Crónica. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento De Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Na Área De Enfermagem À Pessoa Em Situação Crítica; Na Área De Enfermagem À Pessoa Em Situação Paliativa: Na Área De Enfermagem À Pessoa Em Situação Perioperatória; Na Área De Enfermagem À Pessoa Em Situação Crónica. *Ordem dos Enfermeiros*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5966/8regulamento\\_comptcespecfmedicocirurgica.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5966/8regulamento_comptcespecfmedicocirurgica.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2021). Ontologia de enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. <https://ontologia.ordemenfermeiros.pt/Browser>

Rebello, S., & Carvalho, J. (2014). Ansiedade: Intervenções de enfermagem. *Revista Presencia*, 10(20). [https://www.researchgate.net/publication/283853274\\_Ansiedade\\_Intervencoes\\_de\\_enfermagem](https://www.researchgate.net/publication/283853274_Ansiedade_Intervencoes_de_enfermagem)

Salehabadi, N., Pakravan, A., Rasti, R., Pourasghar, M., Mousavi, S. J., & Saravi, M. E. (2024). Can Binaural Beat Music Be Useful as a Method to Reduce Dental Patients' Anxiety?. *International dental journal*, 74(3), 553-558. <https://doi.org/10.1016/j.identj.2023.11.009>

Steiner, Q., Watson, A. M., Mosiman, S. J., & Spiker, A. M. (2024). Association Between Symptoms of Anxiety and Depression, Hip Pathology, and Patient-Reported Outcomes After Hip Arthroscopy for Femoroacetabular Impingement. *American Journal of Sports Medicine*, 52(7), 1728-1734. <https://doi.org/10.1177/03635465241252821>

Zemła, A. J., Nowicka-Sauer, K., Jarmoszewicz, K., Wera, K., Batkiewicz, S., & Pietrzykowska, M. (2019). Measures of preoperative anxiety. *Anestezjologia Intensywna Terapia*, 51(1), 64-69. <https://doi.org/10.5603/ait.2019.0013>

## **Anexo IX**



# SENTE-SE ANSIOSO?

## ISTO É PARA SI!

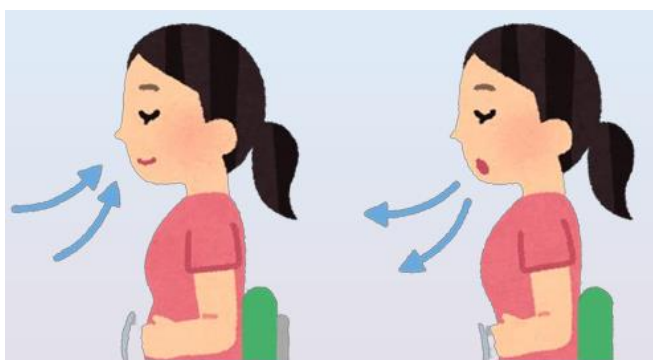


Sabia que existem estratégias que reduzem a ansiedade e melhoram a sua experiência cirúrgica?

### EXPERIMENTE!

#### Respiração Diafragmática

1. Sente-se numa posição confortável e coloque uma mão sobre a sua barriga (ao nível do estômago) e outra em cima do peito (tórax).
2. Respire pelo nariz e concentre-se na sua respiração. Se preferir pode fechar os olhos.
3. Deve sentir o diafragma (barriga) a mover-se e não o peito:
  - Quando inspira, a barriga vai para fora;
  - Quando expira, a barriga vai para dentro.



Logótipo da Unidade

[Código]

4. Comece a respirar lentamente. Faça uma inspiração lenta e prolongada pelo nariz contando até 4 e sustenha o ar contando até 2.
5. Expire lentamente pela boca, contando até 6.
6. Repita 10 vezes.

#### Música Binaural

1. Necessita de uns auriculares e de um telemóvel com acesso à internet.

2. Leia o QRCode.



3. Sente-se,

confortavelmente, e descontraia com a música binaural que selecionamos para si!

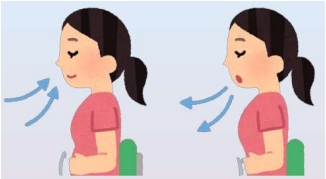
Logótipo da Unidade



## **Anexo X**



<p style="text-align: center;"><b>Música Binaural</b></p> <p><b>O que é?</b> A música binaural resulta da apresentação de dois tons sinusoidais puros, emitidos para cada ouvido, separadamente, com intensidade constante, mas com uma ligeira diferença na frequência. Estas são processadas pelo cérebro de forma a criar uma terceira frequência ilusória, conhecida como batimento binaural. Este é percebido como um som pulsante e tem efeitos terapêuticos e relaxantes, consoante a frequência criada, sendo reconhecidos benefícios ao nível da cognição, com melhorias do foco de atenção e da criatividade, mas também a redução dos níveis de ansiedade e da perceção da dor.</p> <p><b>Como aplicar?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Necessita de uns auriculares e de um telemóvel com acesso à internet.</li> <li>• Com o telemóvel leia o QRCode.</li> <li>• Sente-se confortavelmente e descontrai-se ao som da música binaural que selecionamos para si.</li> </ul> 	<p style="text-align: center;">Logótipos da Unidade</p> <p style="text-align: center;">[Código]</p>	<p style="text-align: center;"><b>Logótipo da Unidade</b></p> <p style="text-align: center;"><b>ANSIEDADE PRÉ-OPERATÓRIA</b></p> <p style="text-align: center;">Unidade de Cirurgia de Ambulatório</p> 
PÁG. 5 DE 6	PÁG. 6 DE 6	PÁG. 1 DE 6

<p style="text-align: center;">Unidade de Cirurgia de Ambulatório</p> <p style="text-align: center;"><b>Ansiedade Pré-Operatória</b></p> <p>A ansiedade pré-operatória é uma das reações psicológicas mais observada entre os utentes, podendo ocorrer em 60% a 80% dos adultos, e em 50% a 70% das crianças.</p> <p>É uma emoção negativa caracterizada por sentimentos de ameaça, perigo ou angústia e, quando está presente em elevados níveis, conduz a consequências negativas, como taquicardia, hipertensão, temperatura elevada, sudorese, dor, náuseas e vômitos, e aumento da necessidade de anestésicos. Em consequência, o procedimento anestésico e cirúrgico é afetado, e o processo de recuperação do cliente é mais prolongado.</p> <p>No entanto, existem estratégias, não farmacológicas, de fácil implementação, que permitem reduzir os níveis de ansiedade.</p> <p>A <b>Respiração Diafrágica</b> e a <b>Música Binaural</b>, são dois exemplos de estratégias, não farmacológicas, com eficácia comprovada na diminuição dos níveis de ansiedade pré-operatória e que podem ser aplicadas por si.</p>	<p style="text-align: center;">ANSIEDADE PRÉ-OPERATÓRIA</p> <p style="text-align: center;"><b>Respiração Diafrágica</b></p> <p><b>O que é?</b> A respiração diafrágica (ou abdominal) é a forma de respirar utilizando a capacidade máxima dos pulmões, através de uma maior expansão destes e do diafragma, o que permite receber 7 vezes mais oxigénio. Este tipo de respiração estimula o relaxamento, diminuindo os níveis de ansiedade.</p> <p><b>Como aplicar?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sente-se numa posição confortável e coloque uma mão sobre a sua barriga (ao nível do estômago) e outra em cima do peito (tórax).</li> </ol>  <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Respire pelo nariz e concentre-se na sua respiração. Se preferir pode fechar os olhos.</li> </ol>	<p style="text-align: right;">www.ulsb.min-saude.pt</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Deve sentir o diafragma (barriga) a mover-se e não o peito: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quando inspira, a barriga vai para fora;</li> <li>• Quando expira, a barriga vai para dentro.</li> </ul> </li> </ol>  <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Comece a respirar lentamente. Faça uma inspiração lenta e prolongada pelo nariz contando até 4 e sustenha contando até 2.</li> <li>5. Expire lentamente pela boca, contando até 6.</li> </ol>  <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Repita 10 vezes.</li> </ol>
PÁG. 2 DE 6	PÁG. 3 DE 6	PÁG. 4 DE 6



## **Anexo XI**



## ANSIEDADE PRÉ-OPERATÓRIA

---

### 1. OBJETIVO

Transmitir ao utente/cuidador, de forma sucinta, as orientações práticas ou indicações relativas à ansiedade pré-operatória e às estratégias, não-farmacológicas, que a permitem diminuir.

### 2. ÂMBITO

Aplica-se aos Enfermeiros da Unidade de Cirurgia de Ambulatório, a entrega desta informação aos utentes/cuidadores.

### 3. RESPONSABILIDADES

Compete ao Coordenador da Unidade de Cirurgia de Ambulatório e ao Enfermeiro Gestor do Bloco Operatório (Unidade de Cirurgia de Ambulatório), a implementação da transmissão desta informação aos utentes/cuidadores.

### 4. REFERÊNCIAS, DEFINIÇÕES, ABREVIATURAS, PALAVRAS-CHAVE E PRINCIPAIS ALTERAÇÕES

Critérios de Referência [Manual CHKS, 2022]: ...

[Definição] – ...

[Abreviatura] – ...

**Palavras-Chave:** Ansiedade pré-operatória; técnicas de relaxamento; musicoterapia; música binaural; respiração diafragmática.

#### Principais Alterações

- ...

### 5. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

#### 5.1. Operacionalização da Transmissão da Informação

**ANSIEDADE PRÉ-OPERATÓRIA**

É importante garantir que os utentes e respetivos cuidadores estejam informados acerca dos procedimentos a que os utentes vão ser submetidos, com o objetivo de minimizar a ansiedade sentida, quer pelo utente, quer pelos cuidadores. Por outro lado, um utente/cuidador informado e com níveis de ansiedade pré-operatória controlados pode participar, de modo mais eficaz, nos cuidados que se pretendem no período perioperatório.

Assim, e no sentido de promover uma prestação de cuidados centra nas necessidades do utente, será fornecida informação verbal e escrita aos utentes propostos para cirurgia de ambulatório, sobre a ansiedade pré-operatória (comum entre esta população), e respetivas estratégias, não farmacológicas, que podem adotar, para mitigar a ansiedade associada ao procedimento cirúrgico.

Será disponibilizado, na sala de espera do ambulatório, o folheto informativo (XXX) e o cartaz (XXX), alusivos à temática. Na consulta pré-operatória, os utentes e cuidadores também serão informados de forma verbal e escrita (folheto) pelo Enfermeiro.

[N.º estimado por Ano?]

[Disponibilização – HUB da Saúde?,...]

**5.2. Informação Transmitida ao Utente****Ansiedade pré-operatória**

A ansiedade pré-operatória é uma das reações psicológicas mais observada entre os utentes, podendo ocorrer em 60% a 80% dos adultos, e em 50% a 70% das crianças.

É uma emoção negativa caracterizada por sentimentos de ameaça, perigo ou angústia e, quando está presente em elevados níveis, conduz a consequências negativas, como taquicardia, hipertensão, temperatura elevada, sudorese, dor, náuseas e vómitos, e aumento da necessidade de anestésicos. Em consequência, o procedimento anestésico e cirúrgico é afetado, e o processo de recuperação do utente é mais prolongado.

No entanto, existem estratégias, não farmacológicas, de fácil implementação, que permitem reduzir os níveis de ansiedade.

**ANSIEDADE PRÉ-OPERATÓRIA**

A **Respiração Diafragmática** e a **Música Binaural**, são dois exemplos de estratégias, não farmacológicas, com eficácia comprovada na diminuição dos níveis de ansiedade pré-operatória e que podem ser aplicadas por si.

**Respiração Diafragmática****O que é?**

A respiração diafragmática (ou abdominal) é a forma de respirar utilizando a capacidade máxima dos pulmões, através de uma maior expansão destes e do diafragma, o que permite receber sete vezes mais oxigénio. Este tipo de respiração estimula o relaxamento, diminuindo os níveis de ansiedade.

**Como aplicar?**

1. Sente-se numa posição confortável e coloque uma mão sobre a sua barriga (ao nível do estômago) e outra em cima do peito (tórax).
2. Respire pelo nariz e concentre-se na sua respiração. Se preferir pode fechar os olhos.



3. Deve sentir o diafragma (barriga) a mover-se e não o peito:
  - Quando inspira, a barriga vai para fora;
  - Quando expira, a barriga vai para dentro.

**ANSIEDADE PRÉ-OPERATÓRIA**

4. Comece a respirar lentamente. Faça uma inspiração lenta e prolongada pelo nariz contando até 4 e sustenha contando até 2.
5. Expire lentamente pela boca, contando até 6.



6. Repita 10 vezes.

**Música Binaural****O que é?**

A música binaural resulta da apresentação de dois tons sinusoidais puros, emitidos para cada ouvido, separadamente, com intensidade constante, mas com uma ligeira diferença na frequência. Estas são processadas pelo cérebro de forma a criar uma terceira frequência ilusória, conhecida como batimento binaural. Este é percebido como um som pulsante e tem efeitos terapêuticos e relaxantes, consoante a frequência criada, sendo reconhecidos benefícios ao nível da cognição, com melhorias do foco de atenção e da criatividade, mas também a redução dos níveis de ansiedade e da perceção da dor.

**Como aplicar?**

- Necessita de uns auriculares e de um telemóvel com acesso à internet.

**ANSIEDADE PRÉ-OPERATÓRIA**

- Com o telemóvel leia o QRCode.
- Sente-se confortavelmente e descontraia ao som da música binaural que selecionamos para si.

**6. ANEXOS**

- ...

**7. DOCUMENTOS RELACIONADOS**

- ...

**Referências Bibliográficas:**

- Altinsoy, S., Caparlar, C. O., & Ergil, J. (2020). Relação entre ansiedade pré-operatória e consciência durante a anestesia: estudo observacional. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 70(4), 349–356. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2020.04.012>
- Austa, H., Eberhart, L., Sturm, T., Schuster, M., Nestoriuc, Y., Brehm, F., & Rüsç, D. (2018). A cross-sectional study on preoperative anxiety in adults. *Journal of psychosomatic research*, 111, 133–139. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.05.012>
- Bansal, T., & Joon, A. (2016). Preoperative anxiety-an important but neglected issue: A narrative review. *The Indian Anaesthetists Forum* 17(2), 37-42. DOI: 10.4103/0973-0311.195955
- Chen, Y., Huang, X., Chien, C., & Cheng, J. (2017). The Effectiveness of Diaphragmatic Breathing Relaxation Training for Reducing Anxiety. *Perspectives in Psychiatric Care*, 53(4), 329–336. <https://doi.org/10.1111/ppc.12184>
- Ertuğ, N., Ulusoylu, Ö., Bal, A., & Özgür, H. (2017). Comparison of the effectiveness of two different interventions to reduce preoperative anxiety: A randomized controlled study. *Nursing & Health Sciences*, 19(2), 250–256. <https://doi.org/10.1111/nhs.12339>
- Garcia-Argibay, M., Santed, M. A., & Reales, J. M. (2019). Efficacy of binaural auditory beats in cognition, anxiety, and pain perception: a meta-analysis. *Psychological research*, 83(2), 357–372. <https://doi.org/10.1007/s00426-018-1066-8>

**ANSIEDADE PRÉ-OPERATÓRIA**

- Gauthier, F., & Güneş, Ü.. (2024). The effect of music therapy and breathing exercise on anxiety and pain in patients undergoing coronary angiography: A randomized controlled study. *Nursing in Critical Care*. <https://doi.org/10.1111/nicc.13145>
- Gorini, A., Giuliani, M. P., L'Acqua, C., Barbieri, S., Sisillo, E., Veglia, F., & Tremoli, E. (2022). Associations of Preoperative Self-rated Symptoms of Anxiety and Depression on Length of Hospital Stay and Long-term Quality of Life in Patients Undergoing Cardiac Surgery. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 37(3), 213–220. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000792>
- Lentz, J. J., He, Y., & Townsend, J. T. (2014). A new perspective on binaural integration using response time methodology: super capacity revealed in conditions of binaural masking release. *Frontiers in human neuroscience*, 8, 641. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00641>
- Madkhali, M. M., Mojiri, M. E., Mobarki, O. A., Alawi, Y. M., Almalki, F. H., Safhi, A. Y., Shami, A. M., Masmali, O. M., Masmali, A. M., Harbi, M. H., Areeshi, R. A., Bajubayr, A. A., Felemban, R. B., Sumayli, A. M., & Hamzi, I. M.. (2024). Prevalence, Determinants, and Coping Strategies of Preoperative Anxiety Among Surgical Patients: A Cross-Sectional Study in Jazan, Saudi Arabia. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.68454>
- Mete, S., & Güler, B. (2023). Relaxation-Focused Nursing Program for Women with Adnexal Mass in the Preoperative Period. *Journal of Education & Research in Nursing / Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 20(1), 71–79. <https://doi.org/10.5152/jern.2023.80912>
- Nowicka-Sauer, K., Zemła, A., Banaszkiwicz, D., Trzeciak, B., & Jarmoszewicz, K. (2024). Measures of preoperative anxiety: Part two. *Anaesthesiology intensive therapy*, 56(1), 9–16. <https://doi.org/10.5114/ait.2024.136508>
- Omkaram, S., Reddy, C. G., Murthy, P. S., & Chaudhury, S. (2023). Prevalence of preoperative anxiety in patients posted for surgical procedures and its relation to the doses of anesthetic drugs: A cross-sectional study. *Industrial Psychiatry Journal* 32 (2), 260–265. [https://doi.org/10.4103/ipj.ipj\\_109\\_22](https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_109_22)
- Pereira, C. F., Vargas, D. D., Santana, K. D. O., Araujo, M. P. B. D., Ueda, N. M., Evangelista, P. A., & Nunes, S. R.. (2023). Intervenções para ansiedade que podem ser utilizadas por enfermeiros: revisão de escopo. *Acta Paulista De Enfermagem*, 36. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023ar008232>
- Salehabadi, N., Pakravan, A., Rasti, R., Pourasghar, M., Mousavi, S. J., & Saravi, M. E. (2024). Can Binaural Beat Music Be Useful as a Method to Reduce Dental Patients' Anxiety?. *International dental journal*, 74(3), 553–558. <https://doi.org/10.1016/j.identj.2023.11.009>
- Shawahna, R., Jaber, M., Maqboul, I., Hijaz, H., Tebi, M., Ahmed, N. A., & Shabello, Z. (2023). Prevalence of preoperative anxiety among hospitalized patients in a developing country: a study of associated factors. *Perioperative medicine (London, England)*, 12(1), 47. <https://doi.org/10.1186/s13741-023-00336-w>
- Yilmaz, M., & Bulut, Y. (2020). The Effect of Progressive Breathing Relaxation Training on Preoperative Anxiety and Surgical Stress Response. *International Journal of Caring Sciences*, 13(2), 1287–1296.
- Zemła, A. J., Nowicka-Sauer, K., Jarmoszewicz, K., Wera, K., Batkiewicz, S., & Pietrzykowska, M. (2019). Measures of preoperative anxiety. *Anestezjologia Intensywna Terapia*, 51(1), 64–69. <https://doi.org/10.5603/ait.2019.0013>

Logótipo da Unidade

[Código]

INFORMAÇÃO AO UTENTE/ CUIDADOR

ULS | CSH | CSP

### ANSIEDADE PRÉ-OPERATÓRIA

---

ELABORADO/ REVISTO	VALIDADO	APROVADO
[Categoria Profissional] do Serviço/ da Unidade de [Serviço/ Unidade] [Nome]	[Responsável] do Serviço/ da Unidade de [Serviço/ Unidade] [Nome]	Diretor do Serviço/ Coordenador da Unidade de [Serviço/ Unidade] [Nome]
	Técnico Superior do Serviço de Comunicação e Imagem [Nome]	Enfermeiro Gestor do Serviço/ da Unidade de [Serviço/ Unidade] [Nome]



## **Anexo XII**



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

**A MÚSICA BINAURAL NA ANSIEDADE PRÉ-OPERATÓRIA**

Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Perioperatórios

Estágio de natureza profissional orientado pela Professora Fátima Segadães, Coorientado pela Professora Doutora Cristina Barroso e tutorado pela Enfermeira Especialista em EMCEPSP [REDACTED]

Assunção Mendes (ep11019)

Porto | 2024

**Ansiedade pré-operatória**

Afeta 60% a 80% dos clientes adultos e 50% a 70% dos clientes em idade pediátrica. (Altmay et al., 2020; Zemla et al., 2019)

Consequências negativas (psicológicas e somáticas), afetando o procedimento anestésico, cirúrgico, e o processo de recuperação pós-operatório. (Gorini et al., 2022; Zemla et al., 2019)

Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Perioperatórios

Intervenção Autônoma de Enfermagem

**Música Binaural**

**Objetivo Geral**

Diminuir a ansiedade pré-operatória do cliente proposto para cirurgia, em regime de ambulatório.

**Objetivos Específicos**

- Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem perioperatórios, através de uma prática baseada na evidência científica mais atual, refletida na conceção de cuidados.
- Aumentar a satisfação dos clientes com os cuidados de saúde perioperatórios, através da gestão da comunicação interpessoal e da informação, criando um clima de confiança e facilitador da relação terapêutica.
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a necessidade de prestação de cuidados centrados nas necessidades do cliente, sejam estas físicas e/ou psicológicas/emocionais.

**Objetivo Geral**

Diminuir a ansiedade pré-operatória do cliente proposto para cirurgia, em regime de ambulatório.

**Atividades Principais**

- Folheto informativo sobre Técnicas de Relaxamento (respiração diafragmática e música binaural)
- Cartaz na sala de espera sobre Técnicas de Relaxamento (respiração diafragmática e música binaural)
- Aplicação de música binaural pré-operatória a clientes com o diagnóstico de enfermagem Ansiedade
- Divulgação dos resultados à equipa de enfermagem do bloco operatório, em reunião de serviço

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

**A MÚSICA BINAURAL NA ANSIEDADE PRÉ-OPERATÓRIA**

Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Perioperatórios

Estágio de natureza profissional orientado pela Professora Fátima Segadães, Coorientado pela Professora Doutora Cristina Barroso e tutorado pela Enfermeira Especialista em EMCEPSP [REDACTED]

Assunção Mendes (ep11019)

Porto | 2024



## **Anexo XIII**



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

## A MÚSICA BINAURAL NA ANSIEDADE PRÉ-OPERATÓRIA

Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Perioperatórias

**Resultados preliminares: Scoping Review e aplicação da música binaural na UCA**

Estágio de natureza profissional orientado pela Professora Fátima Segadães, Coorientado pela Professora Doutora Cristina Barroso e tutorado pela Enfermeira Especialista em [REDACTED]

Assunção Mendes (ep11019)  
Porto | 2025

## SUMÁRIO

- A ANSIEDADE PRÉ-OPERATÓRIA
- A MÚSICA BINAURAL
- METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO – SCOPING REVIEW
- RESULTADOS PRELIMINARES
- DISCUSSÃO/CONCLUSÃO
- APLICAÇÃO DA MÚSICA BINAURAL NA UCA
- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## A ANSIEDADE PRÉ-OPERATÓRIA

- 60% a 80% dos clientes adultos
- 50% a 70% dos clientes em idade pediátrica
- 45,3% dos clientes internados
- 38,3% dos clientes em regime de ambulatório

(Omkaram et al., 2023; Altinsoy et al., 2020; Zemla et al., 2019)

**Consequências negativas:**

- Psicológicas
- Somáticas

(Steiner et al., 2024; Omkaram et al., 2023; Bansal & Joon, 2016; Rebelo & Carvalho, 2014)

Podem afetar o procedimento anestésico, cirúrgico, e o processo de recuperação pós-operatório.

(Gornii et al., 2022; Zemla et al., 2019)

## A MÚSICA BINAURAL

(Salehabadi et al., 2024; Jang & Choi, 2022; Dahshan, Kuzbel & Verma, 2021)

## METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO – SCOPING REVIEW

**Questão de investigação:**  
"Qual o impacto da música binaural na ansiedade pré-operatória?"

**Objetivo:**  
Mapear a evidência científica existente sobre a influência da música binaural na ansiedade pré-operatória.

**PCC:**  
**População:** Clientes maiores de 18 anos propostos para cirurgia  
**Conceito:** Aplicação de música binaural  
**Contexto:** Ansiedade pré-operatória

**Critérios de exclusão**

- × Aplicação de outros tipos de música
- × Aplicação no período intra e pós-operatório

**Critérios de inclusão**

- ✓ Clientes propostos para cirurgia
- ✓ Idade superior a 18 anos
- ✓ Aplicação de música binaural
- ✓ Período pré-operatório

## METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

**Identificação dos estudos através de bases de dados e registos**

População	Conceito	Contexto
surgical patient*	binaural music*	preoperative anxiety
	binaural recording	pre-operative anxiety
	binaural beat*	anticipatory anxiety
	binaural audio	anxiety

**AGREGADOR/BASE DE DADOS**

EBSCOhost:  
- Academic Search Complete  
- CINAHL Complete  
- ERIC  
- MediciLatina  
- MEDLINE Complete  
- Psychology and Behavioral Sciences Collection

SCOPUS  
WEB OF SCIENCE  
RCAAP  
DART EUROPE

**Identificação**  
Artigos identificados (n=1322)  
- Academic Search Complete (n=1208)  
- CINAHL Complete (n=580)  
- ERIC (n=41)  
- MediciLatina (n=4)  
- MEDLINE Complete (n=1453)  
- Cochrane (n=14)  
- SCOPUS (n=1)  
- WEB OF SCIENCE (n=4)  
- RCAAP (n=0)  
- Eriqs (n=0)

**Triagem**  
Artigos para leitura de título (n=345)  
Artigos para leitura de resumo (n=5)  
Artigos elegíveis para leitura integral (n=6)

**Inclusão**  
Total de artigos incluídos na revisão (n=5)

**Artigos removidos antes da seleção:**  
- Sem texto integral (n=1405)  
- Não em inglês (n=1252)  
- Língua (Alemão) (n=3)  
- Duplicados (n=197)

**Artigos excluídos após leitura do título (n=336)**

**Artigos excluídos após leitura do resumo (n=5)**

**Publicações excluídas (n=1)**  
Razão: Conceito não elegível (n=1)

(Hodgaway et al., 2022)

## RESULTADOS PRELIMINARES

Journal of Psychosomatic Medicine & Spirituality

**A role for music in cataract surgery: a systematic review**

**A prospective, randomized, controlled study examining binaural beat audio and pre-operative anxiety in patients undergoing general anesthesia for cataract surgery**

**Continuing Medical Education:**  
The effect of music with and without binaural beat audio on operative anxiety in patients undergoing cataract surgery: a randomized controlled trial

- Total de clientes cirúrgicos:** 886
- Contexto:** Cirurgia de Ambulatório e Cirurgia Convencional
- Objetivo:** Avaliar o efeito da música binaural na ansiedade pré-operatória
- Tipo de estudo:** Ensaio clínico randomizado, prospectivo, controlado; Revisão sistemática
- Tempo de aplicação da Música Binaural:** 12 a 30 minutos
- Frequência de onda:** não especificada [2]; 8Hz a 10Hz (onda alfa)
- Escalas de Avaliação:** Escala Visual Analógica da Ansiedade; Inventário de Ansiedade Estado-Traço (STAI); Pressão arterial; Frequência cardíaca.

## RESULTADOS PRELIMINARES

- Nível de ansiedade menor (STAI): -10,1 GB vs -6,3 GM.
- Intervenção musical eficaz na redução da ansiedade e na melhoria dos sinais vitais; Redução adicional da FC e PA.
- Redução do nível de ansiedade (EVA Ansiedade) e FC menor; Análise pós-exposição: benefícios permaneceram até 60 minutos após a cirurgia.
- Redução do nível de ansiedade (STAI): -26,3% GB vs -11,1% GM vs -3,8% GCJ; Menos clientes relataram aumento da ansiedade à medida que a hora da cirurgia se aproximava.
- Nível de ansiedade menor (STAI) e PA; Redução adicional da FC.

## DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

### LIMITAÇÕES

- Tamanho da amostra pequeno (A1,A2,A3)
- Necessidade de estudos adicionais (A1,A2,A3,A4,A5)

### VANTAGENS

- Fácil aplicação (A1)
- Segura e Não Invasiva (A2,A3,A4)
- Recuperação pós-operatória mais rápida (A3, A5)
- Econômica (A1,A2)
- Alternativa aos ansiolíticos farmacológicos (A2,A3,A4)
- Redução da ansiedade pré-operatória (A1,A2,A3,A4,A5)

Aplicação de Música Binaural na Ansiedade Pré-operatória ➤ Melhoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Perioperatórios ➤ Ganhos em Saúde

## APLICAÇÃO DA MÚSICA BINAURAL – UCA

- Total de clientes: 17 (+1 sem resultados)
- Média de idade: 46,9
- Sem antecedente psiquiátricos, nem défices auditivos
- Sem pré-medicação

Sinais e sintomas de ansiedade identificados:

- Postura contraída/retraída
- Movimentos repetitivos (mãos e pernas)
- Sudorese
- Dificuldade na colocação do acesso venoso
- Discurso apreensivo
- Verbalização de ansiedade

## APLICAÇÃO DA MÚSICA BINAURAL – UCA

Tempo médio de aplicação: 43 minutos

Resultados:

- 3 Adormeceram
- 5 Quase adormecem
- 7 "Mais tranquilo/relaxado"
- 2 "Transportado para local agradável"

## APLICAÇÃO DA MÚSICA BINAURAL – UCA

Considerações finais:

<b>Clientes</b> Feedback bastante positivo	<b>Profissionais</b> Impacto mínimo na dinâmica do serviço	<b>Investimento</b> Baixo custo, em dispositivos de som	<b>Batida Binaural</b> Faixa sonora validada por Técnico de Som acreditado	<b>DESAFIO</b> Desenvolver estudo no serviço
---	---	--	---	---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonsoy, S., Casarraf, C. O., & Egeil, I. (2020). Reação entre ansiedade pré-operatória e consciência durante a anestesia: estudo observacional. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 70(4), 349-356. <https://doi.org/10.1016/j.rban.2020.04.012>
- Dahshan, D., Kubba, J., & Verma, V. (2023). A role for music in cataract surgery: a systematic review. *International ophthalmology*, 42(12), 4209-4215. <https://doi.org/10.1007/s12072-023-03898-9>
- Gorin, A., Giulian, M. P., L'Acqua, C., Barbieri, S., Susilo, E., Veglia, F., & Tremoli, E. (2022). Associations of Preoperative Self-rated Symptoms of Anxiety and Depression on Length of Hospital Stay and Long-term Quality of Life in Patients Undergoing Cardiac Surgery. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 37(3), 213-220. <https://doi.org/10.1077/jcn.0000000000000792>
- Haddaway, N., Page, M., Pritchard, C., & McGuinness, L. (2022). PRISMA2020: Um pacote R e aplicação Shiny para produzir diagramas de fluxo compatíveis com PRISMA 2020, com instruções para transparência digital e Open Synthesis Campaign Systematic Reviews, 18, 41230. <https://doi.org/10.1002/oi2.1230>
- Jang, Y. J., & Choi, Y. I. (2022). Effects of Nursing Care Using Binaural Beat Music on Anxiety, Pain, and VITAL Signs in Surgery Patients. *Journal of perioperative nursing: official journal of the American Society of Perioperative Nurses*, 37(6), 946-951. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2022.04.009>
- Palmaudshah, K., Higginbotham, A. J., & Lane, D. (2020). A prospective, randomised, controlled study examining binaural beat audio and pre-operative anxiety in patients undergoing general anaesthesia for day case surgery. *Anaesthesia*, 65(9), 874-877. <https://doi.org/10.1111/1365-2044.2020.04287.x>
- Parodi, A., Fodda, P., Pollicchia, T., Pantoni, M., Fracchia, E., & Mazzella, M. (2021). A randomized controlled study examining a novel binaural beat technique for treatment of preoperative anxiety in a group of women undergoing elective caesarean section. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynecology*, 42(1), 147-151. <https://doi.org/10.1080/0164748X.2020.1751607>
- Wuwanongwan, D., Vichitrojaisri, P., Thiravara, L., Kishajone, J., Tantong, A., Wuwanongwan, A., & Mooltrapee (2016). The effect of music with and without binaural beat audio on operative anxiety in patients undergoing cataract surgery: a randomised controlled trial. *Eye*, 30(11), 1607-1614. <https://doi.org/10.1038/nrn.2016.160>
- Omkarani, S., Reddy, C. G., Murthy, P. S., & Chaudhury, S. (2023). Prevalence of preoperative anxiety in patients posted for surgical procedures and its relation to the doses of anaesthetic drugs: A cross-sectional study. *Indian Journal of Anaesthesia*, 57(2), 149-153. [https://doi.org/10.4103/ijan.ijan\\_109\\_23](https://doi.org/10.4103/ijan.ijan_109_23)
- Sakthidevi, N., Prakasan, A., Razi, R., Poursinghar, M., Mousavi, S. J., & Saravi, M. E. (2024). Can Binaural Beat Music Be Useful as a Method to Reduce Dental Patients' Anxiety? *International dental journal*, 74(3), 553-554. <https://doi.org/10.1016/j.idj.2023.11.009>
- Zemke, A. J., Novacka-Sauer, K., Barmann-Sauer, K., Werra, K., Barwickow, S., & Puetzkyowska, M. (2019). Measures of preoperative anxiety. *Anestesiologia Intensiva Terapija*, 31(1), 64-69. <https://doi.org/10.5603/ait.2019.0013>

thank you  
FOR YOUR SUPPORT



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO  
Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de  
Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

### A MÚSICA BINAURAL NA ANSIEDADE PRÉ-OPERATÓRIA

Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Perioperatórios  
Resultados preliminares: Scoping Review e aplicação da música binaural na UCA

Estágio de natureza profissional orientado pela Professora Fátima Segadaes, Coorientado pela  
Professora Doutora Cristina Barroso e tutorado pela Enfermeira Especialista em EMCEPSP

Assunção Mendes (ep11019)  
Porto | 2025