

**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**

**CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA DE  
ENFERMAGEM DA CRIANÇA/ JOVEM E FAMÍLIA  
EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO**

**PREOPERATIVE NURSING CONSULTATION,  
FOR CHILDREN AND FAMILY, IN AMBULATORY  
SURGERY**

**Autor**

**Cátia Andreia Madureira Pereira**

**Porto, 2023**



**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**

**CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM DA  
CRIANÇA/ JOVEM E FAMÍLIA EM CIRURGIA DE  
AMBULATÓRIO**

**PREOPERATIVE NURSING CONSULTATION, FOR  
CHILDREN AND FAMILY, IN AMBULATORY SURGERY**

**Orientador(es)**

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

Maria de Fátima Segadães Moreira  
*Professor Adjunto, Mestre*

**Autor**

Cátia Andreia Madureira Pereira

**Porto, 2023**



## RESUMO

Os cuidados de enfermagem perioperatórios, concretizam-se num processo uniformizado e contínuo ao longo dos períodos pré, intra e pós-operatório, intervindo na pessoa que necessita de procedimentos cirúrgicos, ao longo de todo o ciclo vital. Em contexto de cirurgia de ambulatório, o exercício profissional de enfermagem abrange todos os períodos do perioperatório. Verificando-se ser reduzido o tempo, que a pessoa permanece em contacto com os enfermeiros, neste contexto. No entanto, surgindo a oportunidade, para implementar intervenções de enfermagem, para capacitar e pessoa para a experiência cirúrgica. Permitindo inclusivamente, a recuperação pós-operatória da pessoa, no conforto do domicílio e na companhia das suas pessoas significativas.

O relatório de estágio, tem como propósito apresentar e discutir criticamente o percurso de aprendizagem e de desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, inserido no curso de mestrado de enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

No âmbito do estágio em contexto profissional, realizado numa unidade de cirurgia de ambulatório e num bloco operatório de oftalmologia, surgiu a realização de um trabalho de investigação, do tipo *scoping review*, relacionado com a consulta pré-operatória de enfermagem, da criança/ jovem e família, em cirurgia de ambulatório.

Foi utilizado o método descritivo, acompanhado por reflexão crítica fundamentada na literatura, para se exporem as experiências clínicas, as atividades realizadas e competências especializadas desenvolvidas no estágio. Para demonstração de julgamento clínico, foi realizado planeamento de cuidados, com vista à recolha e interpretação de dados relevantes, identificação de diagnósticos de enfermagem, aplicação de intervenções de enfermagem e respetivas atividades que as concretizam e os resultados obtidos face aos objetivos estabelecidos. Relativamente ao trabalho de investigação, todo processo metodológico seguido é explanado no mesmo.

A prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória em contexto de cirurgia de ambulatório, permitiu o desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista e de competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, desenvolvimento de pensamento e reflexão crítica, bem como julgamento clínico. Tendo por base esta realidade e considerando o trabalho de investigação desenvolvido, foram também desenvolvidas as capacidades para procura e mobilização de evidência científica.

**Palavras-Chave:** Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermeiro Especialista, Perioperatório, Consulta Pré-Operatória, Cirurgia de Ambulatório.

## ABSTRACT

Perioperative nursing care happens in a standardized and continuous process, throughout the pre-, intra- and post-operative periods, applying interventions in the person who needs surgical procedures, throughout the entire life cycle. In the context of ambulatory surgery, professional nursing practice covers all perioperative periods. The time that the person remains in contact with nurses is reduced in this context. However, the opportunity arises to implement nursing interventions to make the person able to deal with the surgical experience. Even allowing the person's post-operative recovery, in the comfort of their home and in the company of their significant others.

The purpose of the internship report is to present and critically discuss the learning path and development of specialist nurse skills, included in the medical-surgical nursing master's degree course, in perioperative nursing.

As part of the internship in a professional context, carried out in an ambulatory surgery center and in an ophthalmology operating theatre, research work was carried out, a scoping review, related to the preoperative nursing consultation, for children and family, in ambulatory surgery.

The descriptive method was used, as well as critical reflection based on literature review, to show clinical experiences, the activities carried out and specialized skills developed in the internship. To demonstrate clinical judgment, care planning was performed, by collecting and interpreting relevant data, identifying nursing diagnoses, applying nursing interventions and the activities that implement them and the results obtained, in relation to the established objectives. Regarding the research work, the entire methodological process followed is explained therein.

Caring for people in a perioperative situation, in ambulatory surgery allowed the development of common skills of specialist nurses and specific skills of perioperative nurse specialist, development of critical thinking and reflection, as well as clinical judgment. Considering the research work carried out, the ability to search and mobilize scientific evidence were also developed.

**Keywords:** Medical-Surgical Nursing, Specialist Nurse, Perioperative, Preoperative Consultation, Ambulatory Surgery



## ABREVIATURAS

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AINE - Anti-Inflamatório Não Esteróide

AORN - *Association of Perioperative Registered Nurses*

BO - Bloco Operatório

CA - Cirurgia de Ambulatório

CDI - Cardioversor Desfibrilador Implantável

CHKS - *Caspe Healthcare Knowledge Systems*

CNECV - Centro Nacional de Ética para as Ciências da Vida

DGS - Direção Geral da Saúde

DQS - Departamento da Qualidade na Saúde

EEMC - Especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica

EPI - Equipamento de Proteção Individual

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

EUA - Estados Unidos da América

IAAS - *International Association for Ambulatory Surgery*

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IASP - *International Association for the Study of Pain*

ILC - Infecção do Local Cirúrgico

INFARMED - Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento

IPST - Instituto Português do Sangue e da Transplantação

ISBAR - I - identificação, S - situação, B- background (antecedentes), A-avaliação e R-recomendações

JBI - *Joanna Briggs Institute*

LASA - Nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante (*Look Alike Sound Alike*)

LVSC - Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

NICE - *National Institute for Clinical Excellence*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infeção

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

RENDA - Registo Nacional de Não Dadores

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SO - Serviço de Oftalmologia

TJC - *The Joint Commission*

TOF - *Train Of Four*

UCA - Unidade de Cirurgia de Ambulatório

UCPA - Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

UNESCO - *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*



7. BIBLIOGRAFIA .....	93
ANEXOS .....	109

## 1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

A realização de estágio em contexto profissional, é considerada o elemento central da transição de enfermeiro para enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2021). Desta forma, o presente relatório de estágio, considera o contributo da componente clínica para o desenvolvimento profissional do enfermeiro especialista, surgindo no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP).

Este curso, surge passados dezanove anos, desde que Cabral (2004), identificou que 80% dos enfermeiros que compoñham a sua amostra, consideravam necessária a criação de uma especialização em enfermagem perioperatória em Portugal, tendo a referida autora deixado contributos para a sua criação através da sua tese de doutoramento (Cabral, 2004). Materializando-se presentemente, a oportunidade de formação pós-graduada especializada, na área de enfermagem perioperatória, que vários profissionais, nos quais me incluo, ansiavam. A experiência clínica, com a respetiva componente académica, do presente curso de mestrado, constitui-se uma oportunidade que se revelou promotora de extrema motivação e satisfação, pois apesar do desejo pessoal de exercer funções em contexto perioperatório, infelizmente esta não tem sido a realidade, nos últimos anos da minha carreira profissional.

Consciente que as intervenções de enfermagem, abrangem a pessoa ao longo de todo o seu ciclo de vida e que a "pessoa em situação perioperatória" é qualquer pessoa que precisa, e concorda ser submetida a procedimentos cirúrgicos e anestésicos, é para esta que se desenvolvem os cuidados de enfermagem perioperatórios, através de um processo uniformizado e contínuo abrangendo os períodos que emergem antes, durante e após a cirurgia (OE, 2017b). A pessoa em situação perioperatória, enquanto a pessoa que utiliza o serviço de saúde, ou aquela a quem se presta um serviço, neste caso cuidados de enfermagem, é também referida ao longo deste relatório pelo termo cliente (Saito et al., 2013).

O presente relatório de estágio, desenvolveu-se com o propósito de apresentar e discutir criticamente o percurso e processo de aprendizagem e de desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória. O processo de aprendizagem será demonstrado pela apresentação e descrição de atividades desenvolvidas durante o estágio, acompanhada por uma reflexão fundamentada na literatura, e interpretação crítica sobre as mesmas, bem como demonstração de capacidade de julgamento clínico e conceção de cuidados, através da apresentação de planos de cuidados, que correspondem à replicação de situações vivenciadas em cada um dos

contextos de estágio. Na sua realização foi executada recolha e interpretação de dados relevantes, identificação de diagnósticos de enfermagem, aplicação de intervenções de enfermagem e respetivas atividades que as concretizam e os resultados obtidos face aos objetivos estabelecidos.

A temática que norteou o percurso e que deu origem a uma componente de investigação foi, a “Consulta Pré-Operatória de Enfermagem, da Criança/ Jovem e Família, em Cirurgia de Ambulatório”, mediante realização de uma *scoping review*, orientada pela metodologia do *Joanna Briggs Institute* (JBI) (Peters et al., 2020). A realização desta, originou a realização de um artigo, sendo que o resumo do mesmo se encontra na secção Anexos (Anexo I). Com a *scoping review*, pretendeu-se desenvolver a capacidade de consultar e mobilizar evidência científica. Através da referida investigação, identificaram-se os elementos que devem ser considerados na referida consulta pré-operatória, complementarmente identificaram-se lacunas de formação profissional relacionadas com essa área de atuação, bem como benefícios da sua realização.

A escolha desta temática, além de pretender ser o motor para o desenvolvimento de competências especializadas, no âmbito da enfermagem perioperatória, teve em consideração a relevância da mesma para os contextos de estágio. Deste modo, a Cirurgia de Ambulatório (CA) é responsável por 75% das cirurgias pediátricas realizadas em países europeus (Sjöberg et al., 2015) e caracteriza-se pela curta permanência da criança nos serviços de saúde (Portaria nº 234/2015). A criança é toda a pessoa com menos de 18 anos, dependente dos cuidados da família para o seu crescimento saudável. Pela abrangência de idade, este conceito pode ser especificado pelo binómio criança/jovem. A família é conjunto de indivíduos responsáveis por prestar cuidados à criança/jovem (OE, 2017). Como todas as pessoas propostas para cirurgia, independentemente da sua idade, precisam de algum tipo de preparação (Akca et al., 2015) e como na prestação de cuidados à criança/jovem, se deve estabelecer uma relação de parceria com as famílias, promovendo o seu envolvimento, participação e capacitação na prestação de cuidados às crianças (OE, 2017), evidencia-se a consulta de enfermagem pré-operatória, como um momento ideal para o enfermeiro especialista em perioperatório, implementar intervenções de capacitação da criança/jovem para a experiência cirúrgica e para o envolvimento dos seus pais na mesma.

O presente relatório de estágio está estruturado em 6 capítulos. O primeiro capítulo é a presente introdução que pretende apresentar o trabalho desenvolvido. O segundo capítulo contém a caracterização dos contextos clínicos onde se realizou o estágio. O estágio dividiu-se em dois momentos, o primeiro momento realizou-se numa Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) e o segundo momento realizou-se num Bloco Operatório (BO) de especialidades, especificamente o BO de um Serviço de Oftalmologia (SO). O terceiro e quarto capítulos, destinam-se à apresentação de dois planos de cuidados, a realização dos mesmos teve por base a replicação de situações vivenciadas em contexto de estágio, pretendendo demonstrar a capacidade de julgamento clínico especializado. O terceiro capítulo, retrata o plano de cuidados

para um cliente submetido a uma artroplastia total do disco cervical sob anestesia geral. O quarto capítulo retrata o plano de cuidados para uma cliente submetida a cirurgia de catarata, sob anestesia tópica. No quinto capítulo são apresentados os contributos para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, sendo apresentadas o conjunto de competências comuns a todos os enfermeiros especialistas e o conjunto de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação perioperatória. Por fim, no sexto e último capítulo é realizada a síntese final do relatório onde se discute se foram atingidos os objetivos delineados bem como se conclui o trabalho desenvolvido.



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

O contacto com os contextos clínicos, através da realização de estágio de natureza profissional, é considerado pela OE (2021), como o elemento central na transição de enfermeiro para enfermeiro especialista. Considerando que o estágio realizado teve com objetivo a aquisição de competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, o estágio realizou-se em serviços hospitalares que permitiram o contacto com o contexto real de prestação de cuidados a essas pessoas. Este dividiu-se em dois momentos, dando oportunidade de contactar com dois contextos diferentes. O primeiro momento decorreu numa UCA de um centro hospitalar do norte do país, sob supervisão de duas enfermeiras Especialistas em Enfermagem Médico - Cirúrgica (EEMC). O segundo momento decorreu no BO de especialidades, especificamente no BO do SO do mesmo centro hospitalar, sob supervisão de uma Enfermeira EEMC.

O centro hospitalar onde decorreu o estágio assume-se como um dos principais hospitais do norte do país, com capacidade de resposta em toda a linha de cuidados de saúde incluindo cuidados com o doente agudo, cuidados médico-cirúrgicos e de ambulatório, cuidados continuados e de reabilitação. Este é constituído por quatro unidades fisicamente distantes entre si. Os locais de estágios localizam-se em duas dessas unidades. Seguidamente será realizada uma descrição pormenorizada de cada um dos contextos clínicos.

### **Unidade de Cirurgia de Ambulatório**

A UCA dispõe de espaço físico destinado exclusivamente à CA proporcionando um modelo autónomo de CA. É uma unidade satélite, tendo por isso, particularidades e necessidades específicas. A UCA tem como missão prestar cuidados de saúde diferenciados aos clientes submetidos a intervenção cirúrgica em regime de ambulatório, em articulação com as unidades de gestão e centros de responsabilidade integrada, com os serviços cirúrgicos e todos os serviços de apoio e promover o desenvolvimento da CA no centro hospitalar, contribuindo para o aumento da atividade cirúrgica em regime de ambulatório nas diferentes especialidades cirúrgicas. A UCA visa ser reconhecida como um serviço inovador e atualizado, que proporciona serviços clínicos de excelência.

Na UCA são realizados procedimentos cirúrgicos e anestésicos no âmbito das especialidades de estomatologia, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica reconstrutiva e maxilofacial, cirurgia vascular, ginecologia, neurocirurgia, ortopedia, ortopedia pediátrica e urologia.

A estrutura física da UCA divide-se em cinco grandes áreas descritas seguidamente:

1. Área de apoio - gabinete administrativo, gabinete de direção, gabinete de chefia de enfermagem, e sala de reuniões;
2. Área da consulta - gabinete de consulta de anestesiologia e gabinete de consulta perioperatória de enfermagem;
3. Área de admissão - receção, sala de espera, gabinete de admissão cirúrgica, vestiários para clientes (feminino e masculino), casa de banho (adaptada para deficientes), sala de preparação pré-operatória;
4. Área de BO - três salas operatórias, uma sala de recobro fase I (lotação de quatro unidades), espaços de preparação e esterilização de instrumental cirúrgico, sala para armazenamento de material clínico e de medicamentos, sala de pausa, local destinado a registos clínicos, vestiários para profissionais (feminino e masculino);
5. Área de recobro tardio - sala de recobro fase II, para clientes com alta até as 20 horas (lotação de doze camas), enfermaria para pernoita (lotação de oito camas), copa, sala de armazenamento de material clínico e de medicamentos, sala de trabalho, sala de sujos e de limpos, vestiários para profissionais (feminino e masculino) e sala de pausa.

Os enfermeiros, incluindo a enfermeira chefe (gestora), assistentes técnicos e assistentes operacionais são elementos da equipa dedicada à UCA, a equipa médica com a exceção do diretor de serviço, não fazem parte da equipa dedicada da UCA, sendo a sua alocação à prestação de cuidados na UCA da responsabilidade dos serviços onde estão integrados.

A equipa de enfermagem é constituída por um total de trinta e seis enfermeiros que atuam na área da prestação de cuidados e uma enfermeira gestora. Aproximadamente metade dos enfermeiros possuem uma especialidade em enfermagem, variando entre a área da enfermagem médico-cirúrgica, a pediatria e a saúde comunitária. A equipa de enfermagem está dividida em duas equipas mais pequenas, uma com profissionais que exercem funções exclusivamente no intraoperatório e recobro imediato (vinte enfermeiros) e outra com profissionais (dezasseis enfermeiros) que exercem funções nas áreas de pré e pós-operatório tardio, onde se incluem a consulta perioperatória de enfermagem, preparação pré-operatória, recobro tardio, pernoita e consultas telefónicas de enfermagem pré-operatória (72 horas antes da cirurgia), pós-operatória (24 horas e 30 dias após a cirurgia) e teleconsulta pré-operatória pediátrica. Em cada turno existem dois responsáveis de turno, um do intraoperatório e outro do pré e pós-operatório. É elaborado um plano de trabalho semanal, com a distribuição dos enfermeiros por local de trabalho. A cada enfermeiro fica atribuída uma função durante o turno, por isso o método de trabalho é funcional/por tarefa.

A distribuição dos profissionais de enfermagem e respetivas dotações na UCA são as seguintes:

- Sala preparação pré-operatória - 2 enfermeiros;
- Sala operatória - 3 enfermeiros (circulante, instrumentista, anestesia);
- Sala de recobro I - 1 enfermeiro;
- Sala de recobro II - 2 enfermeiros;
- Consulta pré-operatória presencial - 1 enfermeiro;

- Consulta pré-operatória telefónica - 1 enfermeiro;
- Consulta pré-operatório pediátrica telefónica - 1 enfermeiro;
- Pernoita - 1 enfermeiro (formação em suporte imediato de vida);
- Consulta pós-operatória telefónica (24 horas e 30 dias pós cirurgia) - 1 enfermeiro.

O centro hospitalar, e conseqüentemente a UCA, propôs-se para a obtenção de acreditação segundo a *Caspe Healthcare Knowledge Systems (CHKS)*, um organismo internacional de prestígio na área da qualidade em saúde, que acompanha e avalia inúmeras atividades nivelando-as por standards reconhecidos internacionalmente. Sendo uma unidade em processo de acreditação, alguns procedimentos estão protocolados e outros encontram-se neste momento em desenvolvimento, de modo a promover o rigor e a uniformização nos procedimentos.

### **Bloco Operatório de Especialidades - Serviço de Oftalmologia**

O SO encontra-se noutra unidade do referido centro hospitalar, estando todo o circuito de atividade assistencial (exceto o serviço de urgência) instalado neste setor. Este serviço tem como missão contribuir para a melhoria da saúde e para o bem-estar da população através da prestação de cuidados de saúde diferenciados na área da oftalmologia com respeito pela dignidade e individualidade do doente. Visa prestar aos clientes cuidados reconhecidos nacional e internacionalmente como de excelência técnica, clínica e assistencial e também conjugar as atividades de ensino, formação pré e pós-graduada e investigação. O BO é uma das áreas funcionais integradas na atividade assistencial do SO, além desta o serviço tem mais três áreas funcionais que são a consulta externa, o serviço de urgência e o internamento.

A estrutura física do SO integra o gabinete da direção de serviço, o gabinete da enfermeira gestora, dois gabinetes de secretariado, biblioteca / sala de reuniões, treze gabinetes de consulta externa, sala de enfermagem, cinco salas de meios complementares, nove salas de diagnóstico e terapêutica e o BO. O BO é constituído pelo vestiário para profissionais, vestiário para clientes com casa de banho, copa, armazém de material clínico, sala de apoio à esterilização, quatro salas operatórias e uma sala de recobro. Existem duas salas operatórias principais equipadas com microscópio e aparelhos de facoemulsificação e vitrectomia, uma sala destinada a cirurgia refrativa, equipada com laser *excimer* (que neste momento não está a funcionar devido a problemas técnicos) e uma sala destinada à realização de injeções intravítreas. Na sala de recobro, é realizada a preparação pré-operatória dos clientes, a receção dos mesmos no pós-operatório imediato e preparada a alta para o domicílio. A sala de recobro está equipada com três cadeirões, quatro macas e uma cama, utilizadas de acordo com as necessidades dos clientes, tipo de cirurgia e técnica anestésica.

A atividade cirúrgica inclui cirurgia de vítreo-retina, cirurgia de implanto-refrativa, cirurgia de glaucoma, cirurgia de córnea, cirurgia de oftalmologia pediátrica e estrabismo, cirurgia de óculo-plástica, cirurgia das vias lacrimais, cirurgia de catarata, procedimentos de laser e

tratamentos com injeções intra-vitreas de fármacos e implantação de dispositivos de libertação prolongada de fármacos. A maioria das cirurgias é efetuada em regime de ambulatório e corresponde a atividade cirúrgica programada. O serviço não possui internamento próprio, mas tem possibilidade de internar os seus clientes nas unidades de internamento disponíveis de acordo com a disponibilidade de vagas recorrendo, para isso, ao apoio do serviço de gestão de camas.

O SO é composto por uma equipa multidisciplinar que inclui: médicos, médicos internos de formação específica, enfermeiros, técnicos de ortóptica, assistentes técnicos e assistentes operacionais. Especificamente a equipa de enfermagem é constituída por vinte e dois elementos, um enfermeiro gestor, um enfermeiro EEMC e vinte enfermeiros. Estes enfermeiros exercem funções na consulta externa e no BO. Na consulta externa insere-se a consulta pré-operatória, tratamento fotodinâmico, tratamento laser e angiografia. No BO, os enfermeiros assumem funções como enfermeiro circulante, enfermeiro de anestesia, enfermeiro instrumentista, preparação pré-operatória, recuperação pós-operatória e alta.

É elaborado um plano de trabalho semanal, com a distribuição dos enfermeiros por local de trabalho. A cada enfermeiro fica atribuída uma função durante o turno, por isso o método de trabalho neste serviço é também trabalho funcional/por tarefa.

A distribuição dos profissionais de enfermagem e respetivas dotações no SO são as seguintes:

- Sala preparação pré-operatória, Recobro I e II (mesmo espaço físico) - 2 enfermeiros;
- Sala operatória - 3 enfermeiros (circulante, instrumentista, anestesia);
- Sala de injeções intravítreas - 3 enfermeiros (circulante, instrumentista e preparação pré-operatória);
- Consulta de enfermagem pré-operatória (presencial/telefónica) - 1 enfermeiro.

Tal como foi referido anteriormente o centro hospitalar propôs-se para a obtenção de acreditação segundo CHKS, por isso este serviço encontra-se em processo de acreditação, alguns procedimentos estão protocolados e outros neste momento ainda se encontram em desenvolvimento. Com vista à melhoria contínua estão a desenvolver um manual de gestão da qualidade para córnea e membrana amniótica.

### 3. ARTROPLASTIA TOTAL DO DISCO CERVICAL

Cliente com diagnóstico de espondilose e hérnia cervical (C5C6), submetido a artroplastia total do disco cervical (C5C6) sob anestesia geral balanceada, em regime de cirurgia de ambulatório com pernoita.

#### 3.1. Enquadramento teórico

##### Patologia do disco da coluna cervical

A coluna está dividida em quatro secções, cervical, torácica, lombar e sagrada. Existem sete vértebras cervicais localizadas no pescoço e oito pares de nervos cervicais, um nervo de cada par encontra-se no lado direito e outro do lado esquerdo da coluna, ao nível de cada vértebra. Entre as vértebras existem os discos intervertebrais, compostos por um anel fibroso (exterior) e o núcleo pulposos que é gelatinoso (interior). Com o avanço da idade os discos intervertebrais sofrem alterações degenerativas no anel fibroso, verificando-se uma diminuição da sua força e resistência, que podem levar, por exemplo, à herniação do núcleo pulposos. Os discos intervertebrais proporcionam suporte adicional e evitam atrito entre as vértebras, no entanto, quando existe algum tipo de doença no disco cervical, esta pode manifestar-se através de sintomas de dor e alterações neurológicas (Drake et al., 2004; Karasin & Grzelak, 2021).

A doença degenerativa discal é uma das causas mais significativas de morbilidade ocupacional. A incidência de hérnia discal cervical é estimada em 5.5 casos por 100,000 pessoas, com 26% destes a necessitarem de tratamento cirúrgico (Ferreira et al., 2020). Verifica-se uma maior prevalência desta patologia em clientes do sexo masculino, fumadores e que desempenham trabalhos que envolvem levantamento de cargas pesadas (Camillo, 2017).

A doença degenerativa do disco cervical e consequente hérnia, apresentam geralmente sintomas de dor cervical e/ou dor dos membros superiores associada a complicações neurológicas. As complicações neurológicas são radiculopatia cervical, dor no braço associada a fraqueza e perda de sensibilidade e mielopatia cervical, perda de função neurológica devido a pressão sobre a medula óssea que se manifesta pela redução da função do membro, falta de coordenação e perda de função motora fina (Ferreira et al., 2020; Lobo et al., 2020). Numa fase inicial, é proposto tratamento conservador, com recurso à administração de medicação oral analgésica e/ou anti-inflamatória, fisioterapia e injeções na coluna cervical. No entanto, em

muitos casos não se verifica alívio dos sintomas (Jenkins et al., 2021; Lobo et al., 2020). Esta sintomatologia é incapacitante, afetando não só a vida profissional, bem como, a capacidade de realizar desporto e atividades de vida diária. Face à persistência dos sintomas o cliente é proposto para tratamento cirúrgico (Karasin & Grzelak, 2021). A artroplastia de disco cervical tem demonstrado, ser um procedimento seguro e eficaz no tratamento em patologias da coluna cervical sintomáticas, incluindo degeneração do disco, hérnia discal, espondilose e estenose (Jenkins et al., 2021; Karasin & Grzelak, 2021; Menezes et al., 2012).

### **Artroplastia total do disco da coluna cervical (abordagem anterior)**

A artroplastia total do disco da coluna cervical é um procedimento relativamente recente; foi desenvolvido nos anos 90, como alternativa à artrodese cervical, pois preserva o movimento do nível operado, mantém a altura discal e estabilidade da coluna, bem como reduz o risco de degeneração segmentar adjacente. Consequentemente, reduz a necessidade de novas intervenções cirúrgicas (Ferreira et al., 2020; Lobo et al., 2020; Menezes et al., 2012; Oliveira et al., 2013). É um procedimento cirúrgico que envolve a remoção do disco intervertebral “doente” e a colocação de uma prótese artificial no espaço intervertebral (Jenkins et al., 2021).

Para se dar início à realização do procedimento cirúrgico, o nível da coluna cervical a ser operado é localizado e confirmado através de imagem radiológica intraoperatória. Após esta identificação é realizada uma pequena incisão transversal, medial ao músculo esternocleidomastóideu. É executada disseção para a criação de um plano vertical de disseção entre a artéria carótida (lateral) e o esófago, traqueia e tireoide (medial). O plano é mantido aberto com recurso a afastadores, para permitir a identificação da superfície anterior da coluna, é realizada disseção dos tecidos envolventes da coluna, para permitir a visualização do corpo vertebral e identificação do espaço intervertebral a ser operado. Nesse momento, é usada novamente imagem radiológica para confirmação do nível cirúrgico, é removido o disco vertebral e cartilagem, e realizada a preparação do espaço intervertebral. São experimentadas próteses de diferentes tamanhos e verificada a sua adequação através de imagem radiológica. Após consenso relativamente ao tamanho da prótese a utilizar, é feita irrigação da cavidade cirúrgica, seguida de avaliação da hemóstase e posterior encerramento da cavidade cirúrgica (Jenkins et al., 2021).

Nesta técnica é feita a tentativa de repor o disco biomecanicamente e manter a mobilidade fisiológica o mais aproximadamente possível, tendo a vantagem de permitir mobilidade imediata, proporcionando regresso precoce a atividades e baixa taxa de complicações (Oliveira et al., 2013).

Existem algumas condições que impedem que este procedimento seja realizado, incluindo: alergia conhecida ao material do implante, obesidade mórbida, doença inflamatória ou artrite facetária, infeção, osteoporose, cifose ou escoliose, hipermobilidade ou instabilidade, doenças

ossificantes, e artrose facetária (Shin et al., 2021).

Na artroplastia total do disco da coluna cervical, por abordagem anterior, o cliente é habitualmente submetido a anestesia geral e posicionado em decúbito dorsal (Carvalho, 2013). A anestesia geral caracteriza-se por um estado reversível, de inconsciência, amnésia, analgesia e imobilidade/ relaxamento muscular, simultaneamente com manutenção do equilíbrio fisiológico. Compreende três fases, indução, manutenção e recuperação (Gwinnutt & Gwinnutt, 2013).

A indução refere-se à transição entre estar consciente para estar inconsciente. Este estado é induzido com recurso à administração de um conjunto de fármacos, hipnóticos, relaxantes musculares e opioides (Brown et al., 2018; Gwinnutt & Gwinnutt, 2013). Quando o cliente fica inconsciente, geralmente ocorre obstrução da via aérea, devido a perda de tónus muscular e depressão dos reflexos da língua e faringe. Para que a via aérea se mantenha patente, para permitir ventilação e oxigenação, bem como para prevenir regurgitação e aspiração, é realizada entubação orotraqueal (Gwinnutt & Gwinnutt, 2013). Durante este procedimento cirúrgico, o acesso à via aérea está limitado, logo o tubo orotraqueal deve estar bem seguro. De modo a não existir nenhum problema relacionado com a compressão do tudo traqueal durante a manipulação cirúrgica, normalmente é utilizado um tubo aramado na entubação (Richard & Leighton, 2016).

A manutenção refere-se ao período em que é mantida a inconsciência do cliente através da administração de fármacos hipnóticos, relaxantes musculares e opioides, para permitir a realização da cirurgia. Nesta fase é realizada monitorização clínica do cliente, com o objetivo de se manter equilíbrio fisiológico, são avaliados dados relativos à ventilação, temperatura corporal, saturação de oxigénio, frequência cardíaca, tensão arterial, profundidade anestésica, através de índice bispectral, e bloqueio neuromuscular, através de um neuroestimulador (Gwinnutt & Gwinnutt, 2013; Nagelhout, 2018).

A recuperação ocorre quando a anestesia já não é necessária, o cliente transita do estado de inconsciente para consciente, através da eliminação da administração de fármacos hipnóticos e da administração de antagonistas dos relaxantes musculares. As principais preocupações nesta fase relacionam-se com a recuperação da consciência, manutenção de via aérea permeável e recuperação da função neuromuscular (Gwinnutt & Gwinnutt, 2013). A prescrição de todos os fármacos a utilizar é realizada pelo médico anestesista, que tem em consideração as características individuais do cliente e do procedimento cirúrgico a ser realizado.

As complicações cirúrgicas e pós-operatórias imediatas comuns na artroplastia total do disco cervical por abordagem anterior são as lesões de estruturas anatómicas adjacentes. Estas podem causar lesões neurovasculares, perfuração do esófago ou traqueia, extravasamento de líquido cefalorraquidiano, formação de hematoma retro faríngeo (Jenkins et al., 2021) e edema dos tecidos moles, podendo levar a consequente compromisso da via aérea, disfagia, disfonia

e/ou rouquidão, devido a disfunção do nervo laríngeo e aparecimento de novos défices neurológicos (Ferreira et al., 2020; Gornet et al., 2018; Klimko et al., 2022; Shin et al., 2021). São também comuns complicações de dor na incisão cirúrgica e náuseas e vômitos pós-operatórios (Jenkins et al., 2021).

As complicações tardias estão relacionadas com dor cervical e/ou dos membros superiores (Gornet et al., 2018; Oliveira et al., 2013), Infecção do Local Cirúrgico (ILC) e deiscência da ferida cirúrgica (Gornet et al., 2018), migração ou incorreta posição de implante (Gornet et al., 2018; Menezes et al., 2012), fusão dos níveis operados, perda total de mobilidade no nível da prótese e ossificação heterotópica (Menezes et al., 2012).

### **Cirurgia da coluna cervical em regime de cirurgia de ambulatório**

As cirurgias à coluna têm, gradualmente, vindo a ser realizadas em contextos de CA em alguns países, nomeadamente na Europa e nos Estados Unidos da América (EUA). Os avanços verificados em termos de técnicas cirúrgicas, técnicas anestésicas e analgésicas e o aumento dos custos associados aos serviços de saúde, são fatores preponderantes para que isso aconteça (Adamson et al., 2016; Klimko et al., 2022). As patologias da coluna estão associadas a um elevado custo nos serviços de saúde, logo a transição deste tipo de cirurgias para UCA são uma medida de redução de custos popular (Klimko et al., 2022).

Nos últimos anos, foram realizados alguns estudos comparativos que validaram a segurança e eficiência da realização deste tipo de procedimento em contexto de CA, quando comparado com a sua realização em regime hospitalar convencional (Adamson et al., 2016; Gornet et al., 2018; Klimko et al., 2022). Foi sugerido que, quando realizada em regime de ambulatório, existe menor perda sanguínea intraoperatória e tempo cirúrgico mais reduzido. Estas conclusões podem, no entanto, estar relacionadas com a aplicação de critérios clínicos para a seleção dos clientes a serem operados em CA (por exemplo clientes com menos comorbilidades) (Gornet et al., 2018). Outros benefícios identificados na realização destes procedimentos em CA são: redução de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), redução de erros médicos, recuperação mais rápida, maior satisfação do cliente (Adamson et al., 2016), menor taxa de complicações, menores custos associados com o procedimento e melhores resultados a curto prazo (Jenkins et al., 2021).

As principais preocupações da realização deste tipo de cirurgias, em contexto de CA é a ocorrência de complicações pós-operatórias graves, que podem até ameaçar a vida, e a limitada monitorização pós-operatória (Klimko et al., 2022). De modo a promover a segurança do cliente é importante ser realizada uma seleção criteriosa dos clientes (critérios clínicos e sociais) (Jenkins et al., 2021; Klimko et al., 2022) e existir monitorização e vigilância minuciosa para deteção precoce de complicações nas primeiras horas pós-operatórias. Peritos definiram como crítico o período das primeiras quatro a seis horas, pois é quando estas complicações ocorrem

mais frequentemente (Adamson et al., 2016; Jenkins et al., 2021).

### **Cuidados de enfermagem na unidade de cirurgia de ambulatório**

A intervenção do enfermeiro na UCA centra-se na área de prestação de cuidados ao cliente no período perioperatório. Abrange cinco áreas de atuação, nomeadamente a consulta e preparação pré-operatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos, durante as três fases: pré, intra e pós-operatório do período perioperatório. Estas são exatamente as áreas de atuação do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, sendo o seu foco de intervenção a pessoa e sua família/pessoa significativa, que necessitam de procedimentos cirúrgicos e/ou anestésicos (Regulamento nº 429/2018).

Na UCA os enfermeiros prestam os seus cuidados, tanto de forma presencial, como através de consultas à distância (contatos telefónicos) e trabalham em complementaridade funcional com os restantes profissionais de saúde, desenvolvendo intervenções de cariz interdependente, mas dotada de idêntica dignidade e autonomia e intervenções de cariz independente, tal como é referido no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiros (REPE) (OE, 2015).

O período pré-operatório tem início com a decisão de cirurgia do cliente e termina com a transferência para a mesa operatória (Ferrito, 2014). Neste período, as intervenções de enfermagem são primeiramente focadas na preparação do cliente para os procedimentos anestésico e cirúrgico, através de intervenções para a obtenção de melhor conhecimento, baseadas na informação, para que o cliente esteja envolvido no plano de tratamento e, desta forma, diminuir o risco de complicações e potenciar a recuperação pós cirúrgica (Reiter, 2014).

O período intraoperatório inicia-se quando o cliente é transferido para a mesa operatória e termina quando este é transferido para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) (Ferrito, 2014). Neste período, os enfermeiros assumem as funções de instrumentista, circulante ou enfermeiro de anestesia e as suas intervenções são focadas na segurança do cliente, no controlo de infeção, satisfação das necessidades fisiológicas de resposta à cirurgia e anestesia, bem como na facilitação do procedimento cirúrgico e anestésico assegurando que todos os materiais, fármacos e equipamentos estão disponíveis e funcionantes (Karasin & Grzelak, 2021).

O período pós-operatório inicia-se quando o cliente é admitido na UCPA e termina quando o cliente está recuperado da cirurgia, incluindo o tempo de resolução de complicações da cirurgia (Ferrito, 2014). As intervenções de enfermagem no pós-operatório imediato centram-se na monitorização dos sistemas fisiológicos, de modo a garantir estabilidade na recuperação cirúrgica e anestésica e identificação de complicações, posteriormente as intervenções de enfermagem focam-se na aquisição de conhecimento centradas no cliente, de modo a prepará-lo para a alta (Karasin & Grzelak, 2021; Reiter, 2014).

## 3.2. Clientes

### Cliente

Adulto | Idade: 45 anos | Masculino

## 3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-03-13 09:30:00	Cefazolina 2gr (EV)	
2023-03-13 09:30:00	Fentanil 150mcg (EV)	
2023-03-13 09:30:00	Propofol 200mg (EV)	
2023-03-13 09:30:00	Rocurónio 60mg (EV)	
2023-03-13 09:30:00	Dexametasona 4mg (EV)	
2023-03-13 09:30:00	Cetorolac 30mg (EV)	
2023-03-13 09:30:00	Ondasetron 4mg (EV)	
2023-03-13 09:30:00	Paracetamol 1gr (EV)	
2023-03-13 09:30:00	Sevoflurano 2% em O2 (IN)	
2023-03-13 09:30:00	Polieletrólítico 1000mls (EV)	

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

Na anestesia geral, é administrada uma combinação de fármacos, com o objetivo de atingir e manter simultaneamente hipnose, analgesia e relaxamento muscular (Gwinnutt & Gwinnutt, 2013). Além destes, são administrados alguns fármacos para prevenir náuseas e vômitos pós-operatórios, prevenir infeção e outros fármacos de acordo com o procedimento cirúrgico e características do cliente (Aitkenhead et al., 2013).

A preparação e administração desses fármacos, no período intra-operatório, constitui-se como uma das intervenções do enfermeiro de anestesia, em conformidade com a prescrição do médico anestesiológico. Para uma preparação e administração segura de medicamentos, o enfermeiro deve conhecer as características farmacológicas dos mesmos, seus efeitos secundários, bem como o seu modo de preparação (Viegas & Névoa, 2014). Nesta secção do presente trabalho irá ser feita referência aos aspectos mais relevantes dos fármacos administrados ao cliente, para a prática de enfermagem.

Como a ILC está associada a elevado risco de mortalidade, a Direção Geral de Saúde (DGS)(2022b) recomenda administração de profilaxia antibiótica. No caso específico das artroplastias e cirurgias da coluna, é recomendada a administração de 2 gramas de cefazolina, que é uma cefalosporina de primeira geração. Este fármaco pode causar náuseas, vômitos, diarreia, erupções cutâneas e flebite no local da administração endovenosa (Aitkenhead et al., 2013). A sua administração deve ser realizada nos 60 minutos que antecedem a incisão cirúrgica para assegurar níveis tecidulares adequados na altura da incisão, devendo a administração estar completa antes da incisão. Os fármacos para indução da anestesia, devem ser administrados 5 a 10 minutos após a profilaxia antibiótica (DGS, 2022b).

Na prática atual para a anestesia geral em adultos, é usado um hipnótico endovenoso, neste caso o propofol, para a indução anestésica e um fármaco hipnótico inalatório ou endovenoso para a manutenção da mesma, no presente caso o sevoflurano (Brown et al., 2018). O propofol é o fármaco endovenoso mais usado na fase de indução, tem um início de ação relativamente rápido e os efeitos adversos mais comuns são a hipotensão associada à vasodilatação, a apneia transitória e dor no local de administração (Aitkenhead et al., 2013). Por sua vez, o sevoflurano em concentrações mais elevadas, pode desencadear hipotensão e bradicardia (Aitkenhead et al., 2013).

Os relaxantes musculares são administrados para produzirem paralisia temporária dos músculos esqueléticos, facilitam a intubação endotraqueal, auxiliam na ventilação mecânica e otimizam as condições cirúrgicas, evitando a necessidade de recorrer ao aumento da profundidade anestésica (Brown et al., 2021; Nagelhout, 2018). No presente caso foi usado o rocurónio, um relaxante não-despolarizante com início de ação curta, 2 a 3 minutos após a administração endovenosa e a sua duração de ação intermédia, entre 30 a 60 minutos; é o fármaco de eleição atualmente, devido ao seu tempo de início de ação e por estar praticamente desprovido de efeitos secundários (Aitkenhead et al., 2013). A forma de avaliar o grau de bloqueio neuromuscular é através de um neuroestimulador, conhecido por *Train Of Four* (TOF). Este é aplicado na região do nervo ulnar, sendo colocados dois elétrodos sobre o nervo ulnar, um junto ao punho e o outro a uma distância entre 3 a 6 cm, a resposta à estimulação do nervo é medida usando um pequeno transdutor (Naghelout, 2018).

Os analgésicos são usados para atenuar a resposta ao estímulo durante a cirurgia e permitir que seja utilizada uma menor concentração do agente hipnótico, tendo um papel importante na redução da dor pós-operatória (Brown et al., 2018; Gwinnutt & Gwinnutt, 2013). O fentanilo é um dos fármacos mais utilizados para a obtenção de analgesia nos procedimentos anestésicos. O início de ação é rápido, 30 segundos após a administração endovenosa e a sua semi-vida são 3 a 4 horas. Os efeitos secundários mais comuns incluem depressão respiratória, prurido, náuseas e vômitos, bradicardia e retenção urinária (Wilson & Ballisat, 2016). O paracetamol é um analgésico eficaz na dor leve a moderada, tendo também efeito antipirético. Pode causar lesões hepáticas, caso a dose diária recomendada seja excedida (Wilson & Ballisat, 2016). O

cetorolac é o anti-inflamatório não esteróide (AINE) com maior potência analgésica, pode despoletar reações gastrointestinais, zumbido, broncospasmo, retenção de líquidos e inibição plaquetária (Wilson & Ballisat, 2016).

De modo a prevenir náuseas e vômitos no pós-operatório, que representam uma complicação comum, é praticada uma abordagem multimodal com a administração endovenosa de uma combinação de fármacos (Gwinnutt & Gwinnutt, 2013). Neste caso, foi administrada a dexametasona, que é um corticoide sistêmico, que pode causar dispepsia e hiperglicemia e o ondansetron, que pode causar, cefaleias, tonturas, sonolência, diarreia, obstipação e reações extrapiramidais (Wilson & Ballisat, 2016).

O polieletrólítico é um fluido intravascular cristalóide, é normalmente administrado para compensar o jejum, manter o volume intravascular, corrigir e manter o equilíbrio eletrolítico (Trinooson & Patel, 2018).

### 3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

#### Procedimento invasivo

16-02-2023 15:00

#### Procedimento invasivo [RESOLVIDO] 13-03-2023 11:00

Tipo de procedimento invasivo: Artroplastia total do disco cervical (C5C6), por abordagem anterior [previsto para dia 13-03-2023 8:30h].

Conhecimento sobre cuidados corporais pré-operatórios: necessita de ser melhorado para progredir para mestria, é o momento próprio para intervir

Conhecimento sobre jejum pré-operatório: necessita de ser melhorado para progredir para mestria, é o momento próprio para intervir

Conhecimento sobre as etapas do circuito cirúrgico na unidade de cirurgia de ambulatório: necessita de ser melhorado para progredir para mestria, é o momento próprio para intervir

#### Intervenções de Enfermagem

13-03-2023 09:30 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia [FIM] 13-03-2023 11:00

13-03-2023 09:30 - Avaliar evolução da temperatura corporal [FIM] 13-03-2023 11:00

#### Potencial para melhorar conhecimento sobre jejum pré-operatório [RESOLVIDO]

13-03-2023 08:15

Intervenções de Enfermagem

16-02-2023 15:00 - Ensinar sobre jejum pré-operatório [FIM] 13-03-2023 08:15

16-02-2023 15:00 - Avaliar a evolução do conhecimento sobre jejum pré-operatório [13-03-2023 (M)] [FIM] 13-03-2023 08:15

**Potencial para melhorar conhecimento sobre cuidados corporais pré-operatórios**

[RESOLVIDO] 13-03-2023 08:15

Intervenções de Enfermagem

16-02-2023 15:00 - Ensinar sobre cuidados corporais pré-operatórios [FIM] 13-03-2023 08:15

16-02-2023 15:00 - Avaliar a evolução do conhecimento sobre cuidados corporais pré-operatórios [13-03-2023 (M)] [FIM] 13-03-2023 08:15

16-02-2023 15:00 - Providenciar duas esponjas com cloro-hexidina a 2% [FIM] 13-03-2023 08:15

**Potencial para melhorar conhecimento sobre as etapas do circuito cirúrgico na unidade de cirurgia de ambatório** [RESOLVIDO] 13-03-2023 09:30

Intervenções de Enfermagem

16-02-2023 15:00 - Ensinar sobre as etapas do circuito cirúrgico na unidade de cirurgia de ambatório [FIM] 13-03-2023 09:30

16-02-2023 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre as etapas do circuito cirúrgico na unidade de cirurgia de ambatório [13-03-2023 (M)] [FIM] 13-03-2023 09:30

13-03-2023 08:15

Tipo de procedimento invasivo: Artroplastia total do disco cervical (C5C6), por abordagem anterior [previsto para as 8:30h].

Localização do Pulso

Punho Esquerda(o)

Frequência do pulso: 75 pulsações por minuto.

Pulso de amplitude mediana e regular.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Direita(o)

Pressão sanguínea sistólica: 110 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 81 mm Hg.

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 36.30 °C.

O cliente verbaliza que realizou os cuidados corporais pré-operatórios

O cliente verbaliza que não come desde as 20:30h de ontem e que bebeu leite pelas 22:30h

O cliente apresenta dúvidas sobre uma etapa do circuito cirúrgico, o momento da alta

**Conhecimento sobre cuidados corporais pré-operatórios demonstrado** [RESOLVIDO]

13-03-2023 09:30

**Conhecimento sobre jejum pré-operatório demonstrado** [RESOLVIDO] 13-03-2023 09:30

13-03-2023 09:30

Tipo de procedimento invasivo: Artroplastia total do disco cervical (C5C6), por abordagem anterior..

Perda sanguínea

Pescoço: Sem perda sanguínea aparente.

Localização do Pulso

Pé Esquerda(o)

Frequência do pulso: 66 pulsações por minuto.

Pulso de amplitude mediana e regular.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Direita(o)

Pressão sanguínea sistólica: 122 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 89 mm Hg.

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 35.40 °C.

Saturação de oxigênio: 98%

### **Atitudes terapêuticas**

13-03-2023 09:30

#### **Ventilação invasiva [RESOLVIDO] 13-03-2023 11:00**

Tipo de ventilação invasiva: ventilação controlada por volume e regulada por pressão.

Ventilação invasiva - FiO2: 40 %.

Ventilação invasiva - volume corrente: 500 ml.

Ventilação invasiva - frequência respiratória (programada): 12 cr/min.

Ventilação invasiva - PEEP: 5 cm H2O.

#### Intervenções de Enfermagem

13-03-2023 09:30 - Avaliar evolução da ventilação [FIM] 13-03-2023 11:00

13-03-2023 09:30 - Avaliar a evolução da quantidade de etCO2 expirado [FIM]

13-03-2023 11:00

13-03-2023 09:30 - Avaliar a evolução de curva de capnografia [FIM] 13-03-2023 11:00

#### **Procedimento Anestésico - Anestesia Geral [RESOLVIDO] 13-03-2023 11:00**

#### Intervenções de Enfermagem

13-03-2023 09:30 - Administrar fármacos para procedimento anestésico segundo prescrição [FIM] 13-03-2023 11:00

13-03-2023 09:30 - Manter proteção ocular [FIM] 13-03-2023 11:00

13-03-2023 09:30 - Avaliar a evolução da transmissão neuromuscular através de TOF [FIM] 13-03-2023 11:00

13-03-2023 09:30 - Avaliar a evolução da atividade cerebral através de BIS [FIM]

13-03-2023 11:00

13-03-2023 09:30 - Posicionar para procedimento cirúrgico: decúbito dorsal [FIM]

13-03-2023 11:00

13-03-2023 09:30 - Aplicar dispositivos para prevenir úlceras de pressão [FIM]

13-03-2023 11:00

13-03-2023 09:30 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [FIM] 13-03-2023 11:00

### **Sondas, Drenos e Cateteres**

13-03-2023 08:15

#### **Cateter venoso periférico**

Localização do cateter venoso periférico

Mão Esquerda(o)

Características do dispositivo: 18G.

Intervenções de Enfermagem

13-03-2023 08:15 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

13-03-2023 08:15 - Otimizar cateter venoso periférico

13-03-2023 08:15 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [SOS]

13-03-2023 08:15 - Trocar cateter venoso periférico [SOS]

13-03-2023 08:15 - Remover cateter venoso periférico (Mão Esquerda(o)) [14-03-2023 (N)]

13-03-2023 09:30

**Tubo endotraqueal** [RESOLVIDO] 13-03-2023 11:00

Cuff

Traqueia: Com cuff.

Pressão do cuff: 25 cmH2O.

Características do dispositivo: Tubo aramado 7,5mm.

Intervenções de Enfermagem

13-03-2023 09:30 - Avaliar evolução do nível de inserção [FIM] 13-03-2023 11:00

13-03-2023 09:30 - Otimizar tubo endotraqueal [FIM] 13-03-2023 11:00

13-03-2023 09:30 - Insuflar cuff [FIM] 13-03-2023 11:00

13-03-2023 09:30 - Manter cuff do tubo endotraqueal insuflado [FIM] 13-03-2023 11:00

13-03-2023 11:00

**Dreno**

Localização do dreno

Pescoço Direita(o)

Tipo de dreno: fechado de sucção.

Características do dispositivo: CH 12.

Intervenções de Enfermagem

13-03-2023 11:00 - Avaliar evolução da drenagem

13-03-2023 11:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do dreno

13-03-2023 11:00 - Otimizar dreno

13-03-2023 11:00 - Executar tratamento ao local de inserção do dreno

13-03-2023 11:00 - Remover Dreno (Pescoço Direita(o))

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

**Procedimento invasivo**

Este domínio foi selecionado pois o cliente foi submetido a um procedimento invasivo, neste

caso a uma artroplastia total do disco da coluna cervical, por abordagem anterior.

- Na 1ª sessão - consulta pré-operatória

A preparação do cliente para o procedimento cirúrgico é realizada através de intervenções de enfermagem de ensino e informação. É essencial que o enfermeiro verifique a capacidade do cliente compreender e reter a informação, pois informação relacionada com a preparação cirúrgica pode por vezes ser complexa. O envolvimento do cliente no planeamento dos cuidados é essencial para uma adequada preparação e diminuição do risco de ocorrência de complicações (Reiter, 2014).

- Na 2ª sessão - preparação pré-operatória

A preparação do cliente para o procedimento cirúrgico é realizada através de intervenções de enfermagem que confirmam que o cliente cumpriu as recomendações da consulta pré-operatória e intervenções de ensino e informação sobre protocolo de alta específicos de UCA.

- Na 3ª sessão - intraoperatório

Neste período, os enfermeiros assumem as funções de instrumentista, circulante ou enfermeiro de anestesia. As suas intervenções são focadas na segurança do cliente, no controlo de infeção, satisfação das necessidades fisiológicas de resposta à cirurgia e anestesia e facilitação do procedimento cirúrgico e anestésico, assegurando que todos os materiais, fármacos e equipamentos estão disponíveis e funcionantes, sendo a maioria das intervenções interdependentes de outros profissionais de saúde (Karasin & Grzelak, 2021).

- Na 4ª sessão - pós-operatório imediato

Neste período o procedimento invasivo já terminou e o cliente encontra-se na UCPA, ou recobro fase I. Desta forma, as intervenções de enfermagem, deixam de estar relacionadas com o procedimento invasivo e têm em consideração os domínios explicitados na secção "Domínios".

### **Sondas, drenos e cateteres**

- Cateter venoso periférico

A colocação e manutenção de cateter venoso periférico funcionante é uma das intervenções interdependentes de enfermagem; esta é essencial para a realização do procedimento cirúrgico e anestésico, pois é através do cateter venoso periférico que serão administrados fluidos para hidratação e fármacos para a anestesia geral (Brown et al., 2018; Karasin & Grzelak, 2021).

- Tubo endotraqueal

O cliente está sob anestesia geral e foi realizada intubação orotraqueal, de modo a que a via aérea se mantenha patente, para permitir ventilação e oxigenação e prevenir regurgitação e aspiração (Gwinnutt & Gwinnutt, 2013). Este procedimento é realizado pelo médico anestesista

com auxílio do enfermeiro de anestesia.

- Dreno

A colocação do dreno é realizada durante a cirurgia pelo médico cirurgião, de modo a evitar acumulação de sangue e fluídos no local cirúrgico. São intervenções interdependentes de enfermagem a manutenção do funcionamento do dreno, a vigilância e monitorização do conteúdo drenado, bem como o tratamento ao local de inserção do dreno. A remoção do dreno é efetuada momentos antes da alta (Karasin & Grzelak, 2021).

### **Atitudes terapêuticas**

- Procedimento anestésico: anestesia geral balanceada

Este domínio foi selecionado pois o cliente foi submetido a um procedimento anestésico para que a cirurgia pudesse ser realizada, neste caso anestesia geral. As intervenções de enfermagem são interdependentes de outros profissionais, pois esta anestesia é induzida através da administração de fármacos prescritos por outro profissional de saúde.

- Ventilação invasiva

O cliente está sob anestesia geral e foram administrados relaxantes musculares, como parte da anestesia e para otimizar as condições cirúrgicas. Assim a ventilação do cliente é mantida através da utilização de um ventilador. As intervenções de enfermagem são interdependentes de outros profissionais, pois os modos e parâmetros ventilatórios são definidos por outro profissional de saúde.

### **3.5. Domínios**

<b>Início</b>	<b>Domínios</b>	<b>Fim</b>
16-02-2023 15:00	Procedimento invasivo	
13-03-2023 08:15	Sondas, Drenos e Cateteres	
13-03-2023 09:30	Atitudes terapêuticas	
13-03-2023 09:30	Termorregulação	
13-03-2023 11:00	Consciência	
13-03-2023 11:00	Dor	
13-03-2023 11:00	Sistema respiratório	
13-03-2023 11:00	Sistema cardiovascular	
13-03-2023 11:00	Pele	
13-03-2023 11:00	Sensibilidade	

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

#### Termorregulação

A medicação anestésica concorre para inibição das respostas fisiológicas termorreguladoras, vasodilatação e diminuição do metabolismo basal. Estes efeitos, associados à exposição corporal à temperatura ambiente da sala de operações, concorrem para uma diminuição significativa da temperatura corporal dos clientes (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses [AESOP], 2017; *National Institute for Clinical Excellence* [NICE], 2016; Rauch et al., 2021).

A hipotermia (temperatura corporal inferior a 36°C), é uma complicação frequente no cliente em situação perioperatória. Está associada a alteração na metabolização de fármacos, causando uma demora no tempo de recuperação da anestesia, a alterações fisiológicas, que causam coagulopatias, aumento do risco de perda sanguínea e necessidade de transfusão de hemoderivados e a diminuição da reposta imunitária tecidual, aumentando o risco de ILC (Rauch et al., 2021). De modo a prevenir estas complicações, os profissionais de saúde que acompanham o cliente durante o processo cirúrgico, nomeadamente os enfermeiros, devem aplicar medidas para a avaliação da temperatura corporal ao longo de todo o período perioperatório e intervenções para a manutenção da normotermia e prevenção e tratamento de hipotermia. Estas intervenções têm potencial para melhorar os resultados cirúrgicos, reduzir o tempo de permanência na UCPA e melhorar a experiência do cliente, pois este deixa de manifestar o *shivering* pós-operatório e a desconfortável sensação de frio (AESOP, 2017; Link, 2020; NICE, 2016).

#### Consciência

Durante a anestesia geral existe uma inconsciência farmacológica induzida e a recuperação ocorre quando a anestesia já não é necessária, o cliente transita do estado de inconsciente para consciente, sendo a recuperação da consciência uma das principais preocupações no pós-operatório imediato (Gwinnutt & Gwinnutt, 2013).

#### Dor

No pós-operatório a dor é um sintoma muito comum, estando relacionado com a manipulação cirúrgica, o edema e a inflamação (Jenkins et al., 2021). Esta pode ser evidenciada através de verbalização, palidez, alterações nos parâmetros da monitorização cardiovascular e alterações de comportamento, como agitação. Se a dor for intensa, prolongada e não ceder à administração de medicação, pode ser indicativo de complicações (Doenges et al., 2019). A dor aguda é um sintoma que pode e deve ser controlado, pois caso contrário pode desencadear complicações imediatas e a longo prazo, podendo levar ao desenvolvimento de dor crónica

(DGS, 2017b).

### **Sistema respiratório**

A função respiratória pode ser comprometida tanto por causas cirúrgicas como anestésicas. Lesões ou compressão em estruturas anatómicas do pescoço, devido a edema ou hemorragia, podem comprometer a função respiratória (Gornet et al., 2018; Klimko et al., 2022; Shin et al., 2021). Igualmente a medicação administrada durante anestesia geral, tal como opioides, têm como possível efeito secundário depressão respiratória (Wilson & Ballisat, 2016).

### **Sistema cardiovascular**

A função cardiovascular pode ser afetada pela presença de uma possível hemorragia, podendo ser visível ou tendo repercussões nos parâmetros da monitorização cardiovascular. Da mesma forma, o trauma tecidual causado pela cirurgia pode causar alterações na perfusão tecidual (Doenges et al., 2019).

### **Pele**

Resultante da intervenção cirúrgica surge a ferida cirúrgica. Alterações no local da ferida, tais como edema ou hematoma, podem ser indicativos de hemorragia ativa (Doenges et al., 2019).

### **Sensibilidade**

Alterações na sensibilidade podem acontecer devido a lesão nervosa, inflamação do tecido manipulado cirurgicamente, bem como acumulação de fluidos a causar compressão da medula espinal (Doenges et al., 2019; Gornet et al., 2018).

## **3.6. Dados**

### **Consciência**

13-03-2023 11:00

Abertura dos olhos: espontânea.

Resposta verbal: orientada.

Resposta motora: obedece a ordens simples.

### **Sensibilidade**

13-03-2023 11:00

Sensibilidade superficial

Membro superior Direita(o)

Sensibilidade tátil inespecífica, comprometida (Não).

Sensibilidade térmica comprometida (Não).  
Sensibilidade dolorosa comprometida (Não).  
Membro superior Esquerda(o)  
Sensibilidade tátil inespecífica, comprometida (Não).  
Sensibilidade térmica comprometida (Não).  
Sensibilidade dolorosa comprometida (Não).

**Dor**

13-03-2023 11:00

**Dor**

Localização da dor

Pescoço

Intensidade da dor - 2.  
frequência da dor - contínua.  
duração da dor - aguda.  
dor de tipo - moedeira.

**Sistema respiratório**

13-03-2023 11:00

Frequência respiratória: 10 ciclos/min.  
Ritmo respiratório regular.  
Movimento respiratório simétrico.  
Profundidade da ventilação: inspirações normais.  
Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.  
Saturação do oxigênio no sangue  
Periférico(a): 97 %.  
Coloração da mucosa: rosada.  
Não comunica falta de ar.  
Reflexo da tosse: presente.  
Expele as secreções das vias aéreas.  
Sons respiratórios: normais.  
Secreções em pequena quantidade.  
Secreções normais.  
Secreções esbranquiçadas.

**Sistema cardiovascular**

13-03-2023 11:00

Localização do Pulso

Punho Esquerda(o)

Pulso de amplitude mediana e regular.  
Pulso rítmico.  
Pulso simétrico.  
Frequência do pulso: 82 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Direita(o)

Pressão sanguínea sistólica: 130 mm Hg.  
Pressão sanguínea diastólica: 90 mm Hg.

Temperatura das extremidades

Membro superior Direita(o): Temperatura das extremidades normal.

Membro superior Esquerda(o): Temperatura das extremidades normal.

Coloração das extremidades

Membro superior Direita(o): Coloração normal das extremidades.

Membro superior Esquerda(o): Coloração normal das extremidades.

Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

Perda sanguínea

Pescoço: Sem perda sanguínea aparente.

### **Pele**

13-03-2023 11:00

#### **Ferida cirúrgica**

Localização da ferida cirúrgica

Pescoço Direita(o)

Ausência de exsudado.

Tipo de sutura da lesão tegumentar: contínua.

Material de sutura da lesão tegumentar: fio absorvível.

### **Termorregulação**

13-03-2023 09:30

#### **Hipotermia**

13-03-2023 11:00

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 35.80 °C.

### **3.6.1. Objetivos e prioridades no planejamento dos cuidados**

#### **Domínio: Procedimento invasivo**

- Melhorar o conhecimento sobre etapas do circuito cirúrgico na UCA.
- Melhorar o conhecimento sobre cuidados corporais pré-operatórios e jejum pré-operatório.

#### **Domínio: Consciência**

- Identificar alterações da consciência.

#### **Domínio: Sensibilidade**

- Identificar sinais de alterações da sensibilidade.

#### **Domínio: Dor**

- Identificar a dor.
- Controlar e aliviar o nível de dor reportada.

**Domínio: Sistema respiratório**

- Manter um padrão respiratório que permite ventilação eficaz, normal, sem cianose ou outros sinais de dificuldade respiratória.
- Identificar sinais e sintomas de dificuldade respiratória e limpeza das vias aéreas ineficaz.
- Prevenir as complicações relacionadas com dificuldade respiratória e limpeza das vias aéreas ineficaz.

**Domínio: Sistema cardiovascular**

- Identificar alterações da pressão sanguínea, frequência de pulso, sinais de arritmia, sinais de hemorragia e sinais de perfusão tecidual ineficaz.
- Prevenir as complicações relacionadas alterações da pressão sanguínea, frequência de pulso, sinais de arritmia, sinais de hemorragia e sinais de perfusão tecidual ineficaz.

**Domínio: Pele**

- Identificar complicações da ferida cirúrgica.
- Promover condições favoráveis à cicatrização da ferida cirúrgica.

**Domínio: Termorregulação**

- Alcançar e manter a normotermia (temperatura corporal central entre os 36°C e os 38°C).
- Detetar e prevenir as complicações relacionadas com a hipotermia perioperatória.

**3.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados**

**Domínio: Procedimento invasivo**

- Que o cliente verbalize etapas do circuito cirúrgico na UCA.
- Que o cliente cumpra os cuidados corporais pré-operatórios e o jejum pré-operatório.

**Domínio: Consciência**

- Que o cliente se mantenha consciente, orientado e colaborante.

**Domínio: Sensibilidade**

- Que o cliente apresente sensibilidade normal.

**Domínio: Dor**

- Que o cliente apresente dor controlada.

### **Domínio: Sistema respiratório**

- Que o cliente apresente respiração regular, com frequência entre os 12 e os 18 ciclos por minuto.
- Que o cliente apresente via aérea limpa, sem sinais de dificuldade respiratória (respiração ruidosa ou sibilante, cianose, incapacidade para falar, etc.).
- Que o cliente apresente saturação de oxigênio no sangue periférico entre os 95% e 100% sem oxigênio suplementar.

### **Domínio: Sistema cardiovascular**

- Que o cliente apresente perfusão tecidual eficaz.
- Que o cliente se mantenha sem sinais de hemorragia.
- Que o cliente apresente pressão sanguínea entre os 80 e os 140mmHg, frequência de pulso entre os 60 e 100 batimentos por minuto e pulso rítmico.

### **Domínio: Pele**

- Que a ferida cicatrize por primeira intenção.

### **Domínio: Termorregulação**

- Que o cliente apresente temperatura corporal central entre os 36°C e os 38°C durante o período perioperatório.

## **3.7. Diagnósticos**

### **Consciência**

13-03-2023 11:00 - Avaliar evolução da consciência

### **Sensibilidade**

13-03-2023 11:00 - Avaliar evolução da sensibilidade

### **Dor**

13-03-2023 11:00

#### **Dor**

#### Intervenções de Enfermagem

13-03-2023 11:00 - Avaliar evolução da dor

13-03-2023 11:00 - Gerir analgesia

13-03-2023 11:00 - Aplicar frio

13-03-2023 11:00 - Executar técnica não farmacológica de alívio da dor

13-03-2023 11:00 - Posicionar para aliviar a dor

### **Sistema respiratório**

13-03-2023 11:00 - Avaliar evolução da ventilação

13-03-2023 11:00 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea

#### **Sistema cardiovascular**

13-03-2023 11:00 - Avaliar evolução da perfusão dos tecidos periféricos

13-03-2023 11:00 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia

#### **Pele**

13-03-2023 11:00

#### **Ferida cirúrgica**

##### Intervenções de Enfermagem

13-03-2023 11:00 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica

13-03-2023 11:00 - Executar tratamento da ferida cirúrgica

13-03-2023 11:00 - Remover material de sutura

#### **Termorregulação**

13-03-2023 09:30

#### **Hipotermia**

##### Intervenções de Enfermagem

13-03-2023 09:30 - Avaliar evolução da temperatura corporal

13-03-2023 09:30 - Aplicar manta de aquecimento

13-03-2023 09:30 - Administrar fluidos intravenosos aquecidos (37°C)

13-03-2023 09:30 - Utilizar fluidos de irrigação aquecidos [FIM] 13-03-2023 11:00

13-03-2023 09:30 - Regular a temperatura ambiente da sala de operações entre os 20-25°C [FIM] 13-03-2023 11:00

13-03-2023 09:30 - Aplicar manta de aquecimento [FIM] 13-03-2023 11:00

### **3.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades**

No período pré-operatório (sessão 1 e 2) as intervenções de enfermagem focam-se na preparação do cliente para os procedimentos anestésico e cirúrgico. As intervenções são direcionadas para o conhecimento do cliente acerca dos cuidados pré-operatórios e verificação do cumprimento das recomendações fornecidas.

No período intraoperatório (sessão 3) as intervenções de enfermagem são focadas na segurança do cliente, no controlo de infeção, satisfação das necessidades fisiológicas de resposta à cirurgia e anestesia, bem como na facilitação do procedimento cirúrgico e anestético, a maioria destas intervenções são de cariz interdependente.

No período pós-operatório (sessão 4) as intervenções de enfermagem centram-se na monitorização dos sistemas fisiológicos, de modo a garantir estabilidade na recuperação cirúrgica e anestésica e identificação precoce de complicações.

### 3.8. Especificação das intervenções

Ensinar sobre jejum pré-operatório

- 6 horas para alimentos sólidos
- 2 horas para líquidos claros
- Fornecer material informativo em suporte de papel

Ensinar sobre cuidados corporais pré-operatórios

- Banho com cloro-hexidina a 2% na véspera da cirurgia
- Banho com cloro-hexidina a 2% no dia da cirurgia
- Evitar tricotomia do local cirúrgico
- Remoção de próteses e adornos (próteses dentárias/ auditivas, jóias, etc)
- Fornecer material informativo em suporte de papel

Ensinar sobre as etapas do circuito cirúrgico na unidade de cirurgia de ambulatório

- Entrada na Unidade de Cirurgia de Ambulatório pelas 8h pela receção
- Ida para a sala onde se realiza a preparação pré-operatória
- Ida para o bloco operatório e sala operatória onde decorrerá a cirurgia
- Recuperação pós-operatória na sala de recobro imediato
- Permanência na sala de recobro II, para recuperação pós-operatória, até as 7h do dia seguinte à cirurgia

Utilizar fluidos de irrigação aquecidos

- Aquecer fluidos em estufa apropriada com temperatura entre os 38<sup>a</sup>C e os 40<sup>o</sup>C

Aplicar manta de aquecimento

- Fixar manta de aquecimento sobre o cliente
- Ligar aquecedor a temperatura de 43<sup>o</sup>

Posicionar para procedimento cirúrgico: decúbito dorsal

- Manter alinhamento corporal
- Braços posicionados ao longo do tronco

Aplicar dispositivos para prevenir úlceras de pressão

- Proteger zonas de pressão com dispositivos de gel



## 4. SUBSTITUIÇÃO CIRÚRGICA DE CRISTALINO

Cliente com diagnóstico de catarata senil do olho esquerdo. Submetida a cirurgia de substituição do cristalino esquerdo, por substituto sintético, por abordagem percutânea, sob anestesia tópica e sedação, em regime de cirurgia de ambulatorio.

### 4.1. Enquadramento teórico

#### A catarata

O cristalino é uma estrutura transparente, conhecida como a lente do olho. É responsável pela focalização da luz sobre a retina. Anatomicamente, o cristalino está situado no segmento anterior do olho, atrás da íris e em frente à câmara posterior que contém estruturas como a retina e o vítreo. Esta estrutura não possui vasos sanguíneos, nervos ou fibras sensitivas de dor e tem um elevado teor em proteínas. Quando o cristalino se torna opaco é considerada catarata. Devido a esta opacificação progressiva, a luz não chega à retina em quantidade suficiente, o que afeta a qualidade da visão, podendo evoluir desde a perda de visão ligeira até à cegueira (Bowling, 2016; Ramkissoon & Cunningham, 2008).

São fatores que concorrem para o desenvolvimento da catarata: o envelhecimento, a exposição à luz ultravioleta, as doenças sistémicas como diabetes, o uso de tabaco, o uso prolongado de corticoides e traumas (Stanford, 2023).

As cataratas podem ser classificadas de acordo com as causas da sua origem. As cataratas senis estão relacionadas com o envelhecimento; as cataratas traumáticas estão relacionadas com traumatismos, sejam eles traumas mecânicos, químicos ou outros; as cataratas congénitas estão presentes à nascença e estão relacionadas com doenças contraídas *in útero* e as cataratas secundárias surgem em sequência de outras doenças dos olhos (Liu et al., 2017).

A catarata senil, estando associada ao processo de envelhecimento, não é evitável, resulta da diminuição de proteínas, acumulação de água e aumento do teor de sódio, que desintegram as fibras normais do cristalino. Todo este processo é multifatorial e, na verdade, desconhecem-se as causas destas alterações patológicas (Bowling, 2016; Liu et al., 2017; Ramkissoon & Cunningham, 2008).

A catarata ao causar diminuição da acuidade visual ou perda total da visão, tem impacto na qualidade de vida dos clientes (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2022). Geralmente a

perda de visão é gradual e assintomática e pode manifestar-se pela incapacidade de ver nitidamente ao perto ou ao longe, sensibilidade à luz e ao brilho, alterações na perceção das cores e dificuldade em distinguir tons claros de tons escuros (Liu et al., 2017; Stanford, 2023). Na população idosa, a presença de catarata tem associada um aumento do risco de quedas, isolamento social, depressão e mortalidade (Hecht et al., 2022; Stanford, 2023; Tavares et al., 2021). Apesar de o cliente não precisar de ser submetido a tratamento imediato assim que a catarata é diagnosticada, normalmente é recomendado a sua realização quando a opacificação do cristalino tem impacto na realização de atividades de vida diária, como por exemplo conduzir ou ler (Bowling, 2016).

A OMS no seu relatório "*World Report on Vision*", refere que a nível mundial a catarata é a causa principal de cegueira e uma das maiores causas para baixa acuidade visual, onde se estima que aproximadamente 100 milhões de pessoas no mundo tenham perdido a visão devido a catarata no ano de 2020, com maior predominância nos países em desenvolvimento (OMS, 2019).

O fator de risco predominante para o desenvolvimento da catarata é o envelhecimento. Aproximadamente 30% das pessoas com 65 anos e 70% das pessoas com mais de 85 anos, têm catarata visualmente significativa (Ramkissoon & Cunningham, 2008).

Nos países desenvolvidos, a catarata representa uma causa de cegueira evitável e tratável. De acordo com o relatório da DGS de 2018, em Portugal devido ao envelhecimento populacional esta patologia é cada vez mais prevalente. Verificou-se um aumento significativo das cirurgias às cataratas realizadas nos últimos anos, uma vez que os dados da DGS referem que foram realizadas 14 226 cirurgias no ano de 1993, comparativamente com 146 958 no ano de 2015 (DGS, 2018).

### **O tratamento da catarata**

A cirurgia é o único tratamento eficaz da catarata, sendo uma das cirurgias mais realizadas nos países desenvolvidos (OMS, 2019; Stanford, 2023). Atualmente, devido à evolução das técnicas cirúrgicas e anestésicas, este procedimento é normalmente realizado em regime de CA (Liu et al., 2017). A técnica cirúrgica de eleição é a facoemulsificação. Esta consiste na emulsão do cristalino através de ultrassons, o que permite uma incisão menor, 2.2 a 3.2 mm, onde é implantada uma lente que vai substituir o cristalino. A lente permite corrigir o erro refrativo após a remoção do cristalino e é selecionada de acordo com o resultado do exame de biometria (Liu et al., 2017). A duração média desta cirurgia é de aproximadamente 23 minutos e a recuperação visual após a cirurgia é muito rápida (Dadacı et al., 2016).

Para a realização da cirurgia de catarata é essencial a administração de colírios midriáticos, estes promovem a dilatação máxima da pupila, necessária para a cirurgia de catarata, pois permite a melhor visualização das estruturas oculares internas. São utilizados para esse efeito fármacos na forma de colírio, tais como a tropicamida e a fenilefrina, que potencializam os

efeitos simpáticos e resultam no relaxamento do músculo ciliar causando então a dilatação da pupila (Hinkle & Cheever, 2020).

A extração de catarata inicia-se após a aplicação de colírios midriáticos e colírios de anestesia tópica. Realiza-se desinfecção do local cirúrgico e colocação dos campos operatórios. A colocação dos campos deve excluir as pestanas e margens das pálpebras. O olho é mantido aberto através da colocação de um espéculo ocular (blefaróstato) (Bowling, 2016). Para a técnica de facoemulsificação é realizada uma pequena incisão, onde é injetada uma substância viscoelástica, de forma a manter o espaço entre a córnea e a catarata aberto e proteger o epitélio corneano. Posteriormente, é realizada uma incisão, pela qual vão ser inseridos os instrumentos cirúrgicos. Em seguida, é realizada a remoção da superfície anterior da cápsula para criar uma abertura redonda que irá permitir a posterior remoção da catarata (técnica *cápsulo-rhexis*). Após a criação da abertura, a catarata é dividida em quatro quadrantes, que são emulsificados sob irrigação contínua. A sua emulsificação em pequenos fragmentos, permite que sejam posteriormente aspirados por uma sonda que também remove o córtex. Finalmente, é implantada a lente intraocular no saco capsular, esta implantação é realizada com o auxílio de um injetor e é aspirada a substância viscoelástica remanescente. No final é colocado um penso ocular (Bowling, 2016; Liu et al., 2017; Ramkisson & Cunningham, 2008).

É normal, devido à manipulação cirúrgica, no pós-operatório imediato o cliente ter um ligeiro desconforto ocular e alguma fotossensibilidade. As pálpebras podem apresentar pequenas equimoses e a conjuntiva pode estar ruborizada (Stanford, 2023). De forma geral, são prescritos colírios para aplicação tópica. Estes incluem antibiótico (levofloxacina), corticoide (dexametasona) e anti-inflamatório não esteroide (cetorolac), de acordo com a prescrição médica (Liu et al., 2017). O desconforto ligeiro, é controlado através da administração de analgésico oral, geralmente paracetamol, segundo prescrição médica (Cunha et al., 2014).

Para que a cirurgia seja bem-sucedida exige um esforço coletivo, é essencial uma boa técnica cirúrgica, bons cuidados de enfermagem e conhecimento e cumprimentos de cuidados pós-operatórios pelo cliente (Shafaey & Basal, 2018).

A escolha da técnica anestésica, para a cirurgia da catarata, é realizada de acordo com as características individuais do cliente, tendo por base a sua preferência e capacidade de colaboração, mas também a prática do anestesiológista e do cirurgião (Ferreira, 2013; Machado, 2019).

A anestesia geral, só é escolhida em clientes que recusam a anestesia local ou são incapazes de colaborar no procedimento cirúrgico e/ou anestésico. A anestesia locorregional, com recurso a bloqueio retrobulbar, peribulbar ou subtenon, ou a anestesia tópica são geralmente as técnicas sob as quais recai a escolha para a realização da cirurgia da catarata (Ferreira, 2013; Gayer, 2016).

A cirurgia é realizada com o cliente em posição de decúbito dorsal, com cabeça em posição neutra (sem elevação da cabeceira), coberta com campos cirúrgicos. É fundamental a colaboração do cliente uma vez que este tem de permanecer imóvel durante o procedimento cirúrgico. Clientes que apresentem tosse ativa são considerados como tendo uma contraindicação relativa (Gayer, 2016; Machado, 2019). No entanto, existem algumas condições que tornam difícil aos clientes manterem essa posição para a realização da cirurgia tais como: certas patologias cardíacas, respiratórias, problemas de incontinência, artrite generalizada e ansiedade. Esses problemas levantam questões que devem ser tidas em conta na escolha da técnica anestésica (Anuja et al., 2014; Ferreira, 2013; Gayer, 2016).

A anestesia tópica é bastante popular tanto entre clientes, como junto de cirurgiões, pois não carece de injeção de anestésico local nas estruturas oculares e evita as complicações associados a essa mesma injeção (Dadacı et al., 2016). Algumas das complicações que podem ocorrer nos bloqueios oculares são: perfuração ocular, hemorragia retrobulbar, diplopia, ptose e dispersão do anestésico local para o sistema nervoso central (Ferreira, 2013; Liu et al., 2017). Em ambas as técnicas anestésicas o cliente permanece acordado durante o procedimento cirúrgico, sendo este um dos fatores que causa ansiedade e medo durante o perioperatório (Anuja et al., 2014; Ferreira, 2013; Zeng et al., 2021).

A anestesia tópica é realizada através da instilação de anestésico local em colírio, geralmente oxibupracaina (4mg/ml), uma gota de 5 em 5 minutos, durante 20 minutos antes da cirurgia (Machado, 2019). Estas doses devem ser respeitadas para evitar toxicidade do anestésico local na córnea (Ferreira, 2013). A anestesia tópica não é tão eficaz como a anestesia locorregional, pois não atinge todos os tecidos oculares, ou seja, a íris e o corpo ciliar mantêm sensibilidade dolorosa. Se algum instrumento cirúrgico tocar numa dessas estruturas, o cliente vai sentir dor, o que pode desencadear uma resposta motora defensiva de movimentar e/ou fechar o olho. A sensação dolorosa pode causar também alterações hemodinâmicas tais como aumento da tensão arterial e frequência cardíaca, reações que podem causar complicações cirúrgicas intraoperatórias (Dadacı et al., 2016). Motivo pelo qual, durante o procedimento é realizada a monitorização não invasiva da tensão arterial, eletrocardiografia e saturação periférica do oxigénio. Na maioria das vezes é administrado oxigénio suplementar de modo a prevenir hipoxia e manter um fluxo que impeça a reinalação de dióxido de carbono (Ferreira, 2013).

Um estudo revelou que dos clientes em que foi utilizada anestesia tópica, 78% referiram queixas álgicas no intraoperatório e 74% dor no pós-operatório imediato, na primeira hora pós-operatória, sendo a intensidade da dor identificada desde leve a moderada (Dadacı et al., 2016).

De modo a prevenir e aliviar a dor, promover o conforto, reduzir a ansiedade e promover a segurança cirúrgica, associada à anestesia tópica são utilizadas outras técnicas. Estas incluem a administração de fármacos analgésicos e sedativos endovenosos, no período pré-operatório, e a administração de anestésico local (0,1mls de lidocaína a 2% sem conservantes), na câmara

anterior do olho, durante o procedimento cirúrgico (Dadacı et al., 2016; Zeng et al., 2021). A gestão de fármacos sedativos e analgésicos deve ser feita de forma cuidadosa. O cliente deve estar calmo, colaborante e acordado (Gayer, 2016; Machado, 2019) e deve ser mantido o contato verbal e tátil durante todo o procedimento (Ferreira, 2013; Zeng et al., 2021).

Existem também algumas técnicas não farmacológicas referidas na literatura, que demonstraram ser eficazes na redução da ansiedade. A intervenção de toque terapêutico, realizada através de dar ou massajar suavemente a mão do cliente sem provocar movimentos com o corpo durante o procedimento cirúrgico (Anuja et al., 2014; Zeng et al., 2021), realizar consulta de enfermagem pré-operatória (Ferreira et al., 2022; Fonseca, 2014) e escutar música calma antes do procedimento cirúrgico (Zeng et al., 2021).

O risco de complicações é reduzido na cirurgia de catarata, sendo o risco de perda total da visão ou perda do olho praticamente inexistente (Ramkissoon & Cunningham, 2008). No entanto, podem surgir complicações tanto no período intraoperatório como no período pós-operatório que podem causar danos na visão. A complicação intraoperatória mais frequente é a ruptura da cápsula posterior, que pode ter como consequências retenção de fragmentos na câmara anterior, edema macular cistóide, prolapso do vítreo, descolamento da retina, endoftalmite, elevação da pressão intraocular, inflamação intraocular, hemorragia, edema da córnea e deslocamento da lente intraocular implantada. No período pós-operatório as complicações mais comuns são edema macular cistóide, opacificação da cápsula posterior, aumento da pressão intraocular e endoftalmite (Liu et al., 2017; Ramkissoon & Cunningham, 2008). Para a prevenção de endoftalmite, que é uma das complicações que pode afetar seriamente a visão, é geralmente administrada uma injeção intracamerular de antibiótico (cefuroxima 1mg/0,1ml), no intraoperatório (Gower et al., 2015; Honavar, 2022).

De modo a prevenir complicações pós-operatórias, o cliente deve cumprir o regime medicamentoso, referido anteriormente, de acordo com a prescrição. Deve realizar a higiene das mãos antes da autoadministração de colírios (Hinkle & Cheever, 2020). Deve evitar movimentos bruscos, esforços intensos ou baixar a cabeça abaixo do nível da cintura, na primeira semana pós-operatória, de forma a prevenir o aumento da pressão intraocular, que pode desencadear outras complicações como hemorragia ou deslocamento da lente intraocular (Zeng et al., 2021). O cliente deve evitar ambiente com poeiras, fumos e uso de rímel. Também não deve coçar nem apertar o olho operado (Costa et al., 2021; Cunha et al., 2014; Hinkle & Cheever, 2020; Stanford, 2023). Pode usar óculos de sol, caso sinta sensibilidade à luz no período diurno, e no período noturno deve usar proteção ocular de modo a evitar coçar durante o sono (plástico duro transparente associada ao penso ocular) (Shafaey & Basal, 2018; Stanford, 2023).

Sintomas pós-operatórios como dor intensa aguda ou persistente, edema, prurido, secreção ocular abundante e alterações visuais (diminuição ou ausência de visão), são indicativos de

complicações e requerem observação pela equipa de saúde (Hinkle & Cheever, 2020; Stanford, 2023).

### **Os cuidados perioperatórios de enfermagem ao cliente submetido à cirurgia de catarata**

Os enfermeiros têm um papel essencial na prestação e gestão dos cuidados do cliente submetido a cirurgia de catarata. Na prestação de cuidados em regime de CA, caracterizada pela curta permanência na instituição de saúde, a intervenção do enfermeiro estende-se a todo o processo perioperatório (Fonseca, 2014). Começa no período pré-operatório, passa pelo período intraoperatório e termina no período pós-operatório, onde se insere o momento da alta (Shafaey & Basal, 2018). Sendo estas, as áreas de atuação do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória (Regulamento nº 429/2018). Neste contexto de CA, é indispensável a educação e instrução do cliente e/ou sua pessoa significativa, pois estes têm de adquirir os conhecimentos necessários para assumirem os cuidados pré e pós-operatórios no domicílio (Cunha et al., 2014). Além deste tipo de intervenções, neste contexto os enfermeiros trabalham em complementaridade funcional com os restantes profissionais de saúde, desenvolvendo intervenções de enfermagem de cariz interdependente, mas dotadas de idêntica dignidade. Também desenvolvem um conjunto de intervenções de enfermagem de cariz autónoma, tal como é referido no REPE (OE, 2015).

No período pré-operatório, o enfermeiro prepara o cliente para a cirurgia. Uma forma de preparar o cliente para a cirurgia é através da realização de educação pré-operatória, materializada através da consulta de enfermagem pré-operatória. Esta é a maior intervenção de enfermagem que garante que o cliente está preparado para a cirurgia. Por esse motivo, os cuidados pós-operatórios, devem ter início logo no período pré-operatório (Costa et al., 2021; Hinkle & Cheever, 2020; Stanford, 2023), de modo a promover o potencial de autonomia para cuidados pós-operatórios (Breda & Cerejo, 2021; Ferreira et al., 2022).

Nos clientes com compromisso no autocuidado e incapacidade para compreender e reter informação, deveriam ser acompanhados na consulta pré-operatória pela pessoa significativa. Essa pessoa deveria, idealmente, ser o acompanhante no dia da cirurgia e a que vai auxiliar nos cuidados pós-operatórios no domicílio (Cunha et al., 2014; Fonseca, 2014).

No dia da cirurgia, na abordagem ao cliente o enfermeiro direciona a sua atuação através de intervenções que têm como finalidade confirmar o cumprimento das recomendações pré-operatórias, também administra colírios midriáticos e efetua intervenções que promovem a redução da ansiedade (Hinkle & Cheever, 2020).

No período intraoperatório, a equipa de enfermagem é composta por três enfermeiros, sendo que cada um assume uma função diferente: circulante, instrumentista e anestesia. Todos estes

enfermeiros têm de dominar conhecimentos teóricos associados aos procedimentos cirúrgico e anestésico, bem como competências técnicas sobre equipamentos altamente tecnológicos indispensáveis à cirurgia de catarata como, microscópio, facoemulsificador, mesa operatória e equipamento de monitorização (Mathenge, 2020).

No período pós-operatório da cirurgia de catarata, sob anestesia tópica e sedação, o cliente recebe alta em aproximadamente 30 minutos ou menos, após a intervenção cirúrgica. Como já foi referido, os cuidados pós-operatórios são muito importantes no sucesso da cirurgia, pelo que neste momento o enfermeiro relembra as orientações fornecidas na consulta pré-operatória, sobre os cuidados a ter após a alta (Costa et al., 2021). Estas recomendações devem ser igualmente fornecidas ao cliente em suporte escrito (Shafaey & Basal, 2018). Os objetivos principais das informações pós-operatórias são dotar o cliente de conhecimentos que garantam a adesão ao regime medicamentoso, os cuidados ao olho, a prevenção e identificação precoce de complicações e o que fazer no caso de surgir alguma complicação (Costa et al., 2021; Hinkle & Cheever, 2020; Shafaey & Basal, 2018; Zeng et al., 2021).

## 4.2. Clientes

### Cliente

Adulto | Idade: 71 anos | Feminino

## 4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-06-07 14:45:00	Midazolam 2mg (EV)	
2023-06-07 14:45:00	Paracetamol 1gr (EV)	
2023-06-07 14:45:00	Oxibupracaina 4mg/ml (tópico: ocular)	

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

No presente caso foram administrados fármacos de modo a proporcionar anestesia tópica e sedação para manter a cliente sem dor, calma, colaborante e acordada durante o procedimento cirúrgico (Gayer, 2016; Machado, 2019). A preparação e administração desses fármacos, no período intraoperatório, constitui-se como uma das intervenções do enfermeiro de anestesia, decorrente da prescrição do médico anesthesiologista. Para uma preparação e administração segura de medicamentos, o enfermeiro tem de conhecer as características farmacológicas dos mesmos, seus efeitos secundários, bem como o seu modo de preparação (OE, 2008; Viegas & Névoa, 2014) Nesta secção do trabalho irá ser feita referência aos aspetos mais relevantes para a prática de enfermagem dos fármacos administrados ao cliente.

A oxibupracaina é um anestésico local em colírio, com ação anestésica superficial da córnea. Está indicado na anestesia da superfície ocular para algumas situações específicas, nomeadamente para certas cirurgias oculares. Na dose de 4mg/ml, deve ser administrada uma gota de 5 em 5 minutos, durante os 20 minutos que antecedem a cirurgia. O uso abusivo ou a sobredosagem, pode provocar: sedação, sonolência, tontura, agitação, confusão, ansiedade, euforia, depressão, desorientação, transtornos auditivos, distúrbios visuais, transtornos da fala, parestesia, contração muscular e em casos graves, convulsões, depressão respiratória e coma (Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento [INFARMED], 2021; Machado, 2019).

O paracetamol é um analgésico não opioide, indicado no tratamento de dor ligeira a moderada. O seu mecanismo de ação consiste na inibição da síntese de prostaglandinas que podem servir como mediadores da dor no sistema nervoso central. Este é metabolizado pelo fígado e os metabolitos podem ser tóxicos em caso de sobredosagem, deste modo não se deve exceder a dose diária de 4 gramas por dia no adulto. A sua semivida é 1 a 4 horas. Os possíveis efeitos secundários estão relacionados com sobredosagem, o que pode causar insuficiência hepática e hepatotoxicidade, o seu uso crónico pode causar insuficiência renal (Wilson & Ballisat, 2016).

O midazolam está indicado na sedação para certos procedimentos, como por exemplo pequenas cirurgias sob anestesia local. Este causa sedação, redução da ansiedade e amnésia anterógrada, tendo também propriedades de anticonvulsivante e relaxante muscular. Atua em vários níveis do sistema nervoso central, produzindo depressão generalizada do sistema nervoso central. Tem efeitos terapêuticos de sedação a curto prazo e amnésia pós-operatória e início de ação rápido, 2 a 3 minutos. Metabolizado quase exclusivamente pelo fígado e excretado pela urina. A semi-vida em adultos é de 2 a 3 horas, sendo esta aumentada em doentes com insuficiência renal, insuficiência cardíaca congestiva ou cirrose hepática. Os efeitos secundários mais comuns são: excesso de sedação, sonolência, depressão respiratória e apneia, depressão cardiovascular moderada e reação paradoxal. Devido aos referidos efeitos, quando administrado deve ser mantida a monitorização cardíaca e respiratória. Os efeitos do midazolam podem ser revertidos

com a administração de flumazenil (Morujão, 2013).

#### 4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

##### Procedimento invasivo

10-05-2023 10:30

##### Procedimento invasivo

Tipo de procedimento invasivo: Cirurgia de Catarata, olho esquerdo (substituição do cristalino esquerdo, por substituto sintético, por abordagem percutânea) [previsto para 07-06-23 às 14:30h].

A cliente permaneceu atenta e manteve contato ocular. Afirmou estar disponível para aprender e procurou esclarecer as suas dúvidas durante a consulta.

Consciencialização da relação entre os cuidados pré-operatórios e a prevenção de complicações durante a cirurgia de catarata. Significado atribuído aos cuidados pré-operatórios: facilitador.

Conhecimento sobre cuidados corporais pré-operatórios, necessita de ser melhorado para progredir para mestria, é o momento próprio para intervir.

Conhecimento sobre jejum pré-operatório, necessita de ser melhorado para progredir para mestria, é o momento próprio para intervir.

Cliente tem antecedentes médicos de hipertensão arterial, dislipidemia e síndrome depressivo. Para controlo destas patologias toma diariamente enalapril 20mg em associação com lercanidipina 10mg ao pequeno-almoço, sinvastatina 20mg ao jantar e trazodona 50mg ao deitar. Cliente desconhece alergias.

Conhecimento sobre gestão do regime terapêutico [medicação antihipertensiva], necessita de ser melhorado para progredir para mestria, é o momento próprio para intervir.

Conhecimento sobre circuito perioperatório, necessita de ser melhorado para progredir para mestria, é o momento próprio para intervir.

Conhecimento sobre cuidados pós-operatórios, necessita de ser melhorado para progredir para mestria, é o momento próprio para intervir. Consciencialização da relação entre os cuidados pós-operatórios e a prevenção de complicações após cirurgia de catarata.

Significado atribuído aos cuidados pós-operatórios: facilitador. Capacidade para administrar colírios: não comprometida.

##### Intervenções de Enfermagem

07-06-2023 14:45 - Instruir o cliente a manter-se na posição de decúbito dorsal e imóvel durante a cirurgia [FIM] 07-06-2023 15:30

**Potencial para melhorar conhecimento sobre gestão do regime terapêutico, [medicação antihipertensiva], precisa de ser melhorado. [RESOLVIDO] 07-06-2023 14:45**

##### Intervenções de Enfermagem

10-05-2023 10:30 - Ensinar sobre gestão do regime terapêutico, [medicação antihipertensiva]. [FIM] 07-06-2023 14:45

10-05-2023 10:30 - Avaliar a evolução do conhecimento sobre gestão do regime terapêutico,[medicação antihipertensiva]. [07-06-23 (T)] [FIM] 07-06-2023 14:45

**Potencial para melhorar conhecimento sobre jejum pré-operatório.** [RESOLVIDO]

07-06-2023 14:45

Intervenções de Enfermagem

10-05-2023 10:30 - Ensinar sobre jejum pré-operatório. [FIM] 07-06-2023 14:45

10-05-2023 10:30 - Avaliar a evolução do conhecimento sobre jejum pré-operatório. [07-06-23 (T)] [FIM] 07-06-2023 14:45

**Potencial para melhorar conhecimento sobre cuidados corporais pré-operatórios.**

[RESOLVIDO] 07-06-2023 14:45

Intervenções de Enfermagem

10-05-2023 10:30 - Ensinar sobre cuidados corporais pré-operatórios. [FIM] 07-06-2023 14:45

10-05-2023 10:30 - Avaliar a evolução do conhecimento sobre cuidados corporais pré-operatórios. [07-06-23 (T)] [FIM] 07-06-2023 14:45

**Potencial para melhorar conhecimento sobre circuito perioperatório.** [RESOLVIDO]

07-06-2023 14:45

Intervenções de Enfermagem

10-05-2023 10:30 - Ensinar sobre circuito perioperatório. [FIM] 07-06-2023 14:45

10-05-2023 10:30 - Avaliar a evolução do conhecimento sobre circuito perioperatório. [07-06-23 (T)] [FIM] 07-06-2023 14:45

**Potencial para melhorar conhecimento sobre cuidados pós-operatórios.** [RESOLVIDO]

07-06-2023 14:45

Intervenções de Enfermagem

10-05-2023 10:30 - Ensinar sobre cuidados pós-operatórios. [FIM] 07-06-2023 14:45

10-05-2023 10:30 - Avaliar a evolução do conhecimento sobre cuidados pós-operatórios. [07-06-23 (T)] [FIM] 07-06-2023 14:45

07-06-2023 14:45

Tipo de procedimento invasivo: Cirurgia de Catarata, olho esquerdo (substituição do cristalino esquerdo, por substituto sintético, por abordagem percutânea).

07-06-2023 15:30

Conhecimento sobre cuidados pós-operatórios, necessita de ser melhorado para progredir para mestria, é o momento próprio para intervir.

Conhecimento sobre sinais e sintomas de complicações pós-operatórias, necessita de ser melhorado para progredir para mestria, é o momento próprio para intervir.

Conscientização da relação entre os cuidados pós-operatórios e a prevenção de complicações pós-operatórias.

Significado atribuído aos cuidados pós-operatórios: facilitador

**Potencial para melhorar conhecimento sobre cuidados pós-operatórios.**

Intervenções de Enfermagem

07-06-2023 15:30 - Avaliar a evolução do conhecimento sobre cuidados pós-operatórios.

07-06-2023 15:30 - Ensinar sobre cuidados pós-operatórios.

**Potencial para melhorar conhecimento sobre sinais e sintomas de complicações pós-operatórias.**

#### Intervenções de Enfermagem

07-06-2023 15:30 - Avaliar a evolução do conhecimento sobre sinais e sintomas de complicações pós-operatórias.

07-06-2023 15:30 - Ensinar sobre sinais e sintomas de complicações pós-operatórias.

07-06-2023 15:30 - Ensinar sobre como atuar na presença de sinais e/ou sintomas de complicações pós-operatórias.

#### **Atitudes terapêuticas**

07-06-2023 14:45

#### **Oxigenoterapia [RESOLVIDO] 07-06-2023 15:30**

Débito de oxigênio: 3.00 L/min.

#### Intervenções de Enfermagem

07-06-2023 14:45 - Manter oxigenoterapia [FIM] 07-06-2023 15:30

#### **Sondas, Drenos e Cateteres**

07-06-2023 14:45

#### **Cateter venoso periférico**

Localização do cateter venoso periférico

Mão Direita(o)

Características do dispositivo: 20G.

#### Intervenções de Enfermagem

07-06-2023 14:45 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [FIM] 07-06-2023 15:30

07-06-2023 14:45 - Otimizar cateter venoso periférico [FIM] 07-06-2023 15:30

07-06-2023 14:45 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [FIM] 07-06-2023 15:30

07-06-2023 14:45 - Trocar cateter venoso periférico [FIM] 07-06-2023 15:30

07-06-2023 14:45 - Remover cateter venoso periférico (Mão Direita(o))

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

#### **Procedimento invasivo**

Este domínio foi selecionado pois a cliente foi submetida a um procedimento invasivo, neste caso cirurgia de catarata no olho esquerdo (substituição do cristalino esquerdo, por substituto sintético, por abordagem percutânea).

- Na 1ª sessão - consulta pré-operatória

A consulta pré-operatória, como forma de preparar o cliente para o procedimento cirúrgico já provou ser eficiente. Ao estar preparado para a cirurgia, o cliente consegue cooperar durante a mesma, gere de forma mais eficaz a sua dor e a sua ansiedade (Fonseca, 2014) aumentando a sua satisfação (Breda & Cerejo, 2021; Ferreira et al., 2022), envolve-se mais nas atividades essenciais dirigidas para a recuperação pós-operatória, reduzindo as complicações e

influenciado positivamente a sua recuperação (Breda & Cerejo, 2021; Gong et al., 2018).

Como a patologia de catarata, é mais prevalente na população idosa, a intervenção deve ser adequada à idade, capacidade de compreensão e retenção da informação, e destreza para a realização de atividades de autocuidado no pós-operatório, tais como autoadministração de medicação (colírios) (Hinkle & Cheever, 2020; Zeng et al., 2021).

Estudos realizados demonstraram que a realização de educação perioperatória, com utilização de recursos educacionais de multimédia e audiovisuais, como apresentações powerpoint, áudio ou vídeo, além de informação verbal e escrita, são muito eficazes (Breda & Cerejo, 2021; Ferreira et al., 2022; Zeng et al., 2021).

- Na 2ª sessão - intraoperatório

No período intraoperatório, os enfermeiros assumem as funções de instrumentista, circulante ou enfermeiro de anestesia. A grande maioria das intervenções realizadas pelos enfermeiros neste período, são interdependentes de outros profissionais de saúde. Estas centram-se na segurança do cliente e prevenção de danos, o controlo de infeção e manutenção da assepsia, satisfação das necessidades fisiológicas de resposta à cirurgia e anestesia, facilitação do procedimento cirúrgico e anestésico, assegurando que todos os materiais, fármacos e equipamentos estão disponíveis e funcionantes (Cunha et al., 2014; Mathenge, 2020).

- Na 3ª sessão - pós-operatório e alta

Na cirurgia de catarata sob anestesia tópica e sedação, o cliente tem alta em aproximadamente 30 minutos após a cirurgia terminar (Costa et al., 2021). Neste curto período, uma das prioridades das intervenções de enfermagem é preparar o cliente para assumir os cuidados pós-operatórios no domicílio, pois o cumprimento dos mesmos promove uma boa recuperação cirúrgica e ajuda a prevenir complicações (Cunha et al., 2014).

### **Atitudes terapêuticas**

- Oxigenoterapia

Geralmente é administrado oxigénio suplementar de modo a prevenir hipoxia e é mantido um fluxo que impeça a reinalação de dióxido de carbono (Ferreira, 2013). As intervenções de enfermagem relacionadas com esta intervenção que é interdependente, relaciona-se com a preparação do equipamento e a administração de oxigénio de acordo com a prescrição, bem como monitorização da saturação periférica de oxigénio.

### **Sondas, drenos e cateteres**

- Cateter venoso periférico

O cateter venoso periférico é colocado através de um procedimento em que é realizada a

punção uma veia. Esta intervenção também é interdependente. As intervenções de enfermagem, relacionadas com este dispositivo, além da colocação do mesmo, centram-se na sua manutenção em boas condições de funcionamento e na administração de fármacos endovenosos de acordo com prescrição. No presente caso, o cateter foi colocado no período pré-operatório, na preparação para a cirurgia, mas é essencial para a administração de fármacos no período intraoperatório, nomeadamente fármacos analgésicos e sedativos endovenosos (Dadaci et al., 2016; Zeng et al., 2021).

## 4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
10-05-2023 10:30	Procedimento invasivo	
07-06-2023 14:45	Sistema cardiovascular	07-06-2023 15:30
07-06-2023 14:45	Consciência	07-06-2023 15:30
07-06-2023 14:45	Sistema respiratório	07-06-2023 15:30
07-06-2023 14:45	Termorregulação	07-06-2023 15:30
07-06-2023 14:45	Atitudes terapêuticas	07-06-2023 15:30
07-06-2023 14:45	Sondas, Drenos e Cateteres	
07-06-2023 14:45	Dor	07-06-2023 15:30
07-06-2023 15:30	Autogestão do regime medicamentoso	

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

#### Consciência

A sedação foi utilizada como complemento da anestesia tópica, de modo a diminuir a percepção da cliente sobre o que se passa em redor e promover a sua cooperação. No entanto, a própria administração da sedação, pode provocar complicações pois produz depressão generalizada do sistema nervoso central (Morujão, 2013). Desta forma, deve ser mantida uma vigilância da consciência para deteção de possíveis complicações.

#### Sistema respiratório

Ao nível do sistema respiratório, mais concretamente a ventilação, deve ser uma área de atenção constante no período intraoperatório pois como referido anteriormente, os fármacos administrados têm possíveis efeitos secundários que podem desencadear alterações no sistema respiratório, nomeadamente depressão respiratória e apneia (INFARMED, 2021; Machado, 2019; Morujão, 2013).

#### Sistema cardiovascular

O sistema cardiovascular também deve ser uma área de atenção constante no período intraoperatório. No presente caso, existem dois motivos para esta vigilância constante. Existem os possíveis efeitos dos fármacos administrados, que podem causar depressão cardiovascular (Morujão, 2013). Além disso, a possível sensação dolorosa, pois foi administrada apenas anestesia tópica, pode causar também alterações como aumento da tensão arterial e frequência cardíaca (Dadacı et al., 2016). A tensão arterial elevada, com pressão sistólica superior ou igual a 180mmHg e diastólica superior 100mmHg, representam um risco acrescido de hemorragia supracoroidea (Ramkissoon & Cunningham, 2008).

### **Dor**

Quando é utilizada anestesia tópica para a realização da cirurgia de catarata, esta não atinge todos os tecidos oculares. Logo, a dor deve ser um foco de atenção durante o intraoperatório. Segundo Dadacı et al. (2016), 78% dos clientes em que foi utilizada anestesia tópica, referiram queixas algicas no intraoperatório. As intervenções de enfermagem focam-se na avaliação da dor e gestão de medicação analgésica. No processo de avaliação da dor, é de extrema importância a comunicação com o cliente no sentido de este verbalizar caso sinta dor, pretende-se evitar respostas motoras defensivas que podem causar complicações cirúrgicas.

### **Termorregulação**

A hipotermia (temperatura corporal inferior a 36°C), é uma complicação frequente no cliente no período perioperatório (Link, 2020). Apesar da cirurgia de catarata ser um procedimento relativamente rápido e sob anestesia tópica, a cliente é do sexo feminino, idosa e está exposta ao ambiente frio da sala de operações, sendo estes fatores de risco para o desenvolvimento de hipotermia (AESOP, 2017). De modo a prevenir complicações associadas à hipotermia e promover o conforto térmico da cliente, devem ser implementadas intervenções de avaliação da temperatura e manutenção da normotermia (AESOP, 2017; Link, 2020).

### **Autogestão do regime medicamentoso**

A infeção, a irritação e o desconforto ocular, são complicações comuns no pós-operatório de cirurgia de catarata (Liu et al., 2017; Ramkissoon & Cunningham, 2008). De modo a prevenir a infeção e inflamação e a promover o conforto ocular, são prescritos antibiótico, anti-inflamatório e corticoide na forma de gotas e comprimidos analgésicos. O cumprimento desse regime medicamentoso é fundamental para uma boa recuperação cirúrgica e para a prevenção de complicações, por isso devemos garantir que o cliente tem conhecimento e capacidade para a autogestão do regime medicamentoso (Cunha et al., 2014; Liu et al., 2017; Shafaey & Basal, 2018).

## 4.6. Dados

### Consciência

07-06-2023 14:45

Abertura dos olhos: espontânea.

Resposta verbal: orientada.

Resposta motora: obedece a ordens simples.

### Dor

07-06-2023 14:45

**Dor** [RESOLVIDO] 07-06-2023 15:30

Localização da dor

Olho Esquerda(o)

Intensidade da dor - sem dor.

07-06-2023 15:30

Localização da dor

Olho Esquerda(o)

Intensidade da dor - sem dor.

### Sistema respiratório

07-06-2023 14:45

Frequência respiratória: 12 ciclos/min.

Ritmo respiratório regular.

Movimento respiratório simétrico.

Profundidade da ventilação: inspirações normais.

Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

Saturação do oxigênio no sangue

Periférico(a): 98 %.

Coloração da mucosa: rosada.

Não comunica falta de ar.

### Sistema cardiovascular

07-06-2023 14:45

Localização do Pulso

Punho Direita(o)

Pulso de amplitude mediana e regular.

Pulso rítmico.

Pulso simétrico.

Frequência do pulso: 75 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Esquerda(o)

Pressão sanguínea sistólica: 132 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 82 mm Hg.

Perda sanguínea

Olho Esquerda(o): Sem perda sanguínea aparente.

### **Termorregulação**

07-06-2023 14:45

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 36.40 °C.

**Normotermia** [RESOLVIDO] 07-06-2023 15:30

### **Autogestão do regime medicamentoso**

07-06-2023 15:30

Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: facilitadora.

Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Capacidade para gerir regime medicamentoso

Dispositivo: Dispensador de gotas oftálmicas - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Autoeficácia para gerir o regime medicamentoso

Dispositivo: Dispensador de gotas oftálmicas - facilitadora.

Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador.

**Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso**

**Potencial para melhorar capacidade para gerir regime medicamentoso**

#### **4.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados**

##### **Domínio: Procedimento invasivo**

- Melhorar o conhecimento sobre gestão do regime terapêutico, [medicação antihipertensiva];
- Melhorar o conhecimento sobre cuidados corporais pré-operatórios;
- Melhorar o conhecimento sobre jejum pré-operatório;
- Melhorar o conhecimento circuito perioperatório;
- Melhorar o conhecimento sobre cuidados pós-operatórios;
- Melhorar o conhecimento sobre sinais e sintomas de complicações pós-operatórias.
- Diminuir a ocorrência de complicações intra e pós-operatórias através do cumprimento das recomendações sobre regime terapêutico no dia da cirurgia, cuidados corporais pré-operatórios, jejum pré-operatório e cuidados pós-operatórios.

##### **Domínio: Consciência**

- Identificar alterações da consciência.

##### **Domínio: Sistema cardiovascular**

- Identificar alterações da pressão sanguínea, frequência de pulso, sinais de arritmia e hemorragia;
- Prevenir as complicações relacionadas alterações da pressão sanguínea, frequência de pulso, arritmia e hemorragia.

**Domínio: Sistema respiratório**

- Manter um padrão respiratório que permite ventilação eficaz, normal, sem cianose ou outros sinais de dificuldade respiratória.
- Identificar sinais e sintomas de dificuldade respiratória.
- Prevenir as complicações relacionadas com dificuldade respiratória.

**Domínio: Termorregulação**

- Manter a normotermia (temperatura corporal central entre os 36°C e os 38°C).
- Prevenir a hipotermia

**Domínio: Dor**

- Identificar a dor.
- Controlar e aliviar o nível de dor reportada.

**Domínio: Autogestão do regime medicamentoso**

- Melhorar o conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso.
- Melhorar a capacidade para gerir do regime medicamentoso.

**4.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados**

**Domínio: Procedimento invasivo**

- Que o cliente consiga gerir de forma eficaz, o regime terapêutico, [medicação antihipertensiva];
- Que o cliente verbalize qual é o circuito perioperatório, os cuidados pré e pós-operatórios;
- Que o cliente cumpra os cuidados corporais pré-operatórios, o jejum pré-operatório e os cuidados pós-operatórios.

- Que o cliente verbalize quais os sinais e sintomas de complicações pós-operatórias.

**Domínio: Sistema cardiovascular**

- Que o cliente se mantenha sem sinais de hemorragia;
- Que o cliente apresente pressão sanguínea entre os 80 e os 140mmHg, frequência de pulso entre os 60 e 100 batimentos por minuto e pulso rítmico.

**Domínio: Sistema respiratório**

- Que o cliente apresente respiração regular, com frequência entre os 12 e os 18 ciclos por minuto;
- Que o cliente se apresente sem sinais de dificuldade respiratória (cianose, incapacidade para falar, etc.);
- Que o cliente apresente saturação de oxigênio no sangue periférico entre os 95% e 100%.

**Domínio: Termorregulação**

- Que o cliente apresente temperatura corporal central entre os 36°C e os 38°C durante o período perioperatório.

**Domínio: Dor**

- Que o cliente apresente ausência de dor/ dor controlada.

**Domínio: Autogestão do regime medicamentoso**

- Que o cliente verbalize quais os medicamentos que tem de autoadministrar, qual a posologia, indicação terapêutica e possíveis efeitos secundários.
- Que o cliente seja capaz de gerir o regime medicamentoso.

## 4.7. Diagnósticos

**Consciência**

07-06-2023 14:45 - Avaliar evolução da consciência

**Dor**

07-06-2023 14:45

**Dor [RESOLVIDO]** 07-06-2023 15:30

Intervenções de Enfermagem

07-06-2023 14:45 - Avaliar evolução da dor [FIM] 07-06-2023 15:30

07-06-2023 14:45 - Gerir analgesia [FIM] 07-06-2023 15:30

07-06-2023 14:45 - Promover verbalização da dor [FIM] 07-06-2023 15:30

#### **Sistema respiratório**

07-06-2023 14:45 - Avaliar evolução da ventilação

#### **Sistema cardiovascular**

07-06-2023 14:45 - Avaliar evolução de sinais de arritmia

07-06-2023 14:45 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

#### **Termorregulação**

07-06-2023 14:45

07-06-2023 14:45 - Avaliar evolução da temperatura corporal

**Normotermia** [RESOLVIDO] 07-06-2023 15:30

##### Intervenções de Enfermagem

07-06-2023 14:45 - Avaliar a evolução do nível de conforto térmico [FIM] 07-06-2023 15:30

07-06-2023 14:45 - Manter temperatura da sala de operações entre os 20-25°C [FIM]

07-06-2023 15:30

#### **Autogestão do regime medicamentoso**

07-06-2023 15:30

##### **Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso**

##### Intervenções de Enfermagem

07-06-2023 15:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso

07-06-2023 15:30 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso

07-06-2023 15:30 - Ensinar sobre regime medicamentoso

07-06-2023 15:30 - Ensinar sobre resposta à medicação

07-06-2023 15:30 - Ensinar sobre efeitos secundários da medicação

07-06-2023 15:30 - Ensinar sobre ajuste da medicação de acordo com os resultados da vigilância

##### **Potencial para melhorar capacidade para gerir regime medicamentoso**

##### Intervenções de Enfermagem

07-06-2023 15:30 - Avaliar evolução da capacidade para gerir regime medicamentoso

07-06-2023 15:30 - Instruir a administrar medicação

07-06-2023 15:30 - Treinar a administrar medicação

#### **4.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades**

##### **1ª sessão - Consulta Pré-Operatória**

As intervenções de enfermagem realizadas em contexto de consulta pré-operatória, demonstraram ser eficazes na aquisição de conhecimento, por parte dos clientes, relativamente à preparação para a cirurgia, percurso cirúrgico na instituição de saúde e cuidados pós-

operatórios, levando a níveis mais elevados de satisfação com os cuidados (Breda & Cerejo, 2021).

Para que a intervenção educativa realizada na consulta seja eficaz, é fundamental que o enfermeiro reconheça o que o paciente quer e precisa saber, para o preparar de forma adequada. Para isso, devem ser consideradas a consciência, memória, percepção, expectativas e características pessoais do cliente, assim como a sua vontade, envolvimento e disponibilidade para aprender (Fonseca, 2014).

### **2ª sessão - Intraoperatório**

As intervenções de enfermagem no período intraoperatório, são maioritariamente resultantes de prescrição de outros profissionais de saúde (OE, 2015). Concentram-se em facilitar o procedimento cirúrgico e anestésico e na monitorização e manutenção de uma resposta fisiológica aos mesmos.

### **3ª sessão - Pós-Operatório e Alta**

Em contexto de CA, onde se insere a cirurgia de catarata, o cliente tem uma curta permanência na instituição de saúde. Logo, a intervenção do enfermeiro no pós-operatório, centra-se em relembrar as informações necessárias para o cliente assumir os cuidados pós-operatórios no domicílio e saber identificar e como atuar caso sujam sinais e sintomas de complicações pós-operatórias (Cunha et al., 2014; Fonseca, 2014).

## **4.8. Especificação das intervenções**

Ensinar sobre gestão do regime terapêutico, [medicação antihipertensiva].

- Explicar que, no dia da cirurgia, deve manter a toma habitual da medicação anti-hipertensiva

Ensinar sobre jejum pré-operatório.

- 6 horas para alimentos sólidos
- 2 horas para líquidos claros
- Fornecer material informativo em suporte de papel

Ensinar sobre cuidados corporais pré-operatórios.

- Lavar rosto e cabelo no dia da cirurgia
- Utilizar roupa confortável e fácil de vestir/despir
- Trazer chinelos de quarto
- Não utilizar maquilhagem

- Remover próteses e adornos (próteses dentárias, prótese auditiva do lado da cirurgia, jóias, etc)
- Fornecer material informativo em suporte de papel

Ensinar sobre circuito perioperatório.

- Em todo o período perioperatório tem que estar presente um acompanhante adulto
- Dirigir-se para o Bloco Operatório com o acompanhante
- Será encaminhado para vestir bata e touca cirúrgica
- Realização de Preparação Pré-Operatória na sala de Preparação/Recobro
- Realização de cirurgia no Bloco Operatório
- Após a cirurgia ficará um breve período em vigilância (aproximadamente 30min), fará uma refeição ligeira e terá alta na presença do acompanhante

Ensinar sobre cuidados pós-operatórios.

- Irá ter que administrar medicação na forma de gotas oculares, várias vezes por dia, no período de, pelo menos, 3 semanas;
- Fazer boa higiene das mãos antes da colocação das gotas oculares;
- Não deverá frequentar locais com poeiras, vapores na primeira semana pós-operatória;
- Deve evitar realizar esforços físicos e baixar a cabeça abaixo da cintura, na primeira semana;
- Evitar traumas que atinjam o olho operado, tenha cuidado com: crianças, tapetes, animais domésticos, escadas;
- Não coçar, nem apertar o olho operado;
- Utilizar a proteção de plástico duro transparente, no olho operado, para dormir e evitar dormir para o lado operado durante a primeira semana;
- Nos primeiros dias, caso verifique ligeira secreção ocular pode fazer limpeza das pálpebras, sem apertar o olho, usando soro fisiológico.

Avaliar evolução da dor

- Monitorizar a dor através de escala numérica

Avaliar a evolução do nível de conforto térmico

- Monitorizar conforto térmico através de escala

Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso

- Paracetamol 1gr comprimidos - 8/8 horas se dor

Instruir a administrar medicação

- Lavar e secar as mãos antes e após colocação de colírios
- Posicionar-se confortavelmente
- Agitar o frasco e remover a tampa
- Colocar o frasco na mão dominante
- Puxar gentilmente a pálpebra inferior com a mão não dominante, tendo cuidado para não colocar o dedo dentro do olho ou nas pestanas
- Apertar o frasco e uma gota deverá entrar no olho, caso não entre no olho tentar novamente

- Qualquer excesso de gota irá sair fora do olho, quando o excesso de gota chegar à bochecha limpar com um lenço de papel limpo
- Caso tenha de colocar mais do que uma gota, repetir todo o processo, mas aguardar 5 minutos entre cada medicamento

Ensinar sobre regime medicamentoso

- Levofloxacina 5mg/ml - 1 gota 4x/dia durante uma semana
- Ceftriaxona 500mg/ml - 1 gota 4x/dia durante três semanas
- Dexametasona 1mg/ml - 1 gota 4x/dia durante três semanas
- Fornecer informação em suporte de papel.

Ensinar sobre ajuste da medicação de acordo com os resultados da vigilância

- Administrar medicação analgésica, de acordo com a intensidade da dor sentida

Ensinar sobre cuidados pós-operatórios.

- Evitar movimentos bruscos, esforços intensos ou baixar a cabeça abaixo do nível da cintura, na primeira semana pós-operatória.
- Evitar ambiente com poeiras, fumos e uso de rimel, na primeira semana pós-operatória..
- Não coçar nem apertar o olho operado, na primeira semana pós-operatória.
- Usar óculos de sol, caso sinta sensibilidade à luz.
- Usar proteção ocular durante a noite, para evitar coçar o olho operado durante o sono (plástico duro transparente associada ao penso ocular), durante primeira semana pós-operatória.
- Nos primeiros dias, se ligeira secreção ocular fazer limpeza das pálpebras, sem apertar o olho, usando soro fisiológico.
- Fornecer folheto informativo.

Ensinar sobre sinais e sintomas de complicações pós-operatórias.

- Dor intensa aguda ou persistente no olho operado.
- Alterações visuais como diminuição ou ausência de visão no olho operado.
- Edema, prurido e/ou secreção ocular abundante no olho operado.
- Fornecer folheto informativo.

Ensinar sobre como atuar na presença de sinais e/ou sintomas de complicações pós-operatórias.

- Em caso de presença de algum sinal ou sintoma de complicação pós-operatória, dirigir-se a um hospital com urgência de oftalmologia.

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

O estágio nos contextos clínicos permitiu compreender as dinâmicas de intervenção especializada, pois através do contacto com a prestação de cuidados nestes contextos, promoveu-se a aquisição de conhecimentos e competências.

Os cuidados de enfermagem, tal como todos os cuidados de saúde, assumem na atualidade uma exigência crescente nas áreas técnica, científica e humana. A diferenciação e especialização, em termos de conhecimentos e habilidades, é imperativa para a prestação de cuidados de qualidade tornando a enfermagem mais significativa para as pessoas (Regulamento nº 140/2019).

Desenvolveram-se ao longo do estágio, metodologias de modo a concretizar o desenvolvimento de competências especializadas, que serão descritas seguidamente.

### **Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

O enfermeiro especialista, é aquele que presta cuidados especializados, ou seja, é-lhe reconhecida diferenciação ao nível da sua competência científica, técnica e humana. Embora existam diferentes áreas de especialização em enfermagem, todas elas partilham um conjunto de competências comuns. Estas competências são concretizadas através da capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, através de uma base do exercício profissional especializado na área da formação, investigação e assessoria (Regulamento nº 140/2019).

Seguidamente neste capítulo, irão ser enumeradas e explanadas as diferentes competências comuns do enfermeiro especialista. Será realizada uma reflexão, sobre como estas competências foram desenvolvidas ao longo do estágio.

- Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, é esperado que o enfermeiro especialista atue em conformidade com a legislação vigente, os princípios éticos e o código deontológico da enfermagem, para garantir uma prestação de cuidados que respeite os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento nº 140/2019).

O código deontológico dos enfermeiros, explana os princípios que devem orientar os cuidados prestados pelo enfermeiro, nomeadamente os princípios e valores aos quais os profissionais de enfermagem estão vinculados, tais como o dever de informar, dever do sigilo e o respeito pela intimidade (OE, 2015).

No decurso do estágio, como forma de desenvolver a responsabilidade profissional, ética e legal,

deu-se prioridade à promoção da autonomia da pessoa, defendendo o seu direito à autodeterminação e adequada informação (*United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* [UNESCO], 2006; OE, 2015), demonstrada através da informação da pessoa e obtenção do seu consentimento aquando da realização de qualquer intervenção de enfermagem.

O enfermeiro especialista, inserido na equipa multidisciplinar nos contextos de estágio, desempenha um papel em respeitar, defender e promover o consentimento informado, verificando sempre se a pessoa manifestou o seu consentimento informado, livre e esclarecido tanto para atos cirúrgicos, como anestésicos. Este consentimento, dado por escrito, é obrigatório para a realização de cirurgia e/ou anestesia e é materializado num formulário assinado pela pessoa, estando presente em formato de papel ou formato digital (DGS, 2015a). Sempre que se verificou que este formulário não estava presente, ou que a pessoa carecia de mais esclarecimento, como futura enfermeira especialista, esclareci as questões relacionadas com os cuidados de enfermagem e diligenciei que as restantes questões fossem esclarecidas pelos profissionais responsáveis dentro da equipa multidisciplinar.

Na prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória, o enfermeiro necessita de ter acesso a muitas informações pessoais, para prestar os melhores cuidados possíveis. Este tem o dever de guardar sigilo, só devendo fazer uso dessas informações para cumprir as suas funções profissionais (OE, 2015). Este princípio foi sempre respeitado através da obtenção de informações pessoais em gabinetes privados, não difundindo informações confidenciais e salvaguardando e destruindo documentos que continham informações confidenciais da forma apropriada.

De modo a respeitar a intimidade e privacidade da pessoa, nos contextos de estágio verifica-se por exemplo que a consulta pré-operatória é realizada em gabinete privado, proporcionando um ambiente seguro para partilha de informação. O acolhimento ao BO na UCA é feito em gabinete próprio e com vestiário privado para troca de roupa. No entanto, no BO de oftalmologia não existe esta estrutura física, sendo a privacidade assegurada através da utilização de cortinas. No intraoperatório, há a preocupação de reduzir a exposição corporal ao estritamente necessário para a realização dos procedimentos cirúrgicos e anestésicos. No período pós-operatório em ambos os contextos, a privacidade é mantida através de barreiras físicas, cortinas ou biombos. No sentido de manter a confidencialidade, houve a necessidade de remeter outros profissionais para os gabinetes existentes, para evitar que a informação privada, relacionada com a cirurgia a que a pessoa iria ser submetida, fosse divulgada na presença de outros. O respeito pela pessoa, no que concerne às suas preferências e opções políticas, culturais, morais e crenças espirituais, foi sempre tida em consideração durante a experiência clínica.

- Domínio da melhoria continua da qualidade

É esperado que o enfermeiro especialista participe no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas na área da governação clínica, dentro da instituição de saúde, que desenvolva práticas de qualidade gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e que garanta um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento nº 140/2019). Com o intuito de concretizar atividades que permitissem o desenvolvimento desta competência, realizaram-se atividades como participação em auditorias, colaboração na formação em serviço, participação em trabalhos envolvidos em projetos de melhoria contínua, bem como exercício de uma prática clínica baseada na evidência. A reflexão, sobre algumas das referidas atividades encontram-se seguidamente, no entanto outras são referidas em maior detalhe noutros capítulos deste relatório onde se aborda a mesma temática.

A qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional. No exercício profissional, os enfermeiros desempenham um papel importante para alcançar a mesma (OE, 2012). Isto porque, a prática assistencial dos profissionais de saúde, é a base na qual se fundamenta a concretização de cuidados de saúde de qualidade, pois estes põem em prática a planificação realizada. Deste modo, a gestão das suas competências e o seu desenvolvimento profissional, bem como o seu conhecimento e comunicação são a base para o desenvolvimento e consolidação de processos de melhoria contínua (Departamento da Qualidade na Saúde [DQS], 2019).

Os padrões de qualidade enunciados pela OE (2017), pressupõem a utilização de estratégias de comunicação que assegurem informação precisa e oportuna. Estas estratégias devem ser utilizadas tanto dentro da equipa interdisciplinar, como na continuidade de cuidados à pessoa em situação perioperatória. De igual modo, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, propõe melhorias na segurança da comunicação (DGS, 2022a), pois uma comunicação adequada é basilar no trabalho em equipa (Figueiredo et al., 2020; McFarlane, 2018) e eventos adversos ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, nomeadamente durante os momentos de transição de cuidados (DGS, 2017a). Estas falhas de comunicação estão relacionadas com omissões de informação, erros nas informações, falta de precisão e de priorização das atividades (DGS, 2017a; Figueiredo et al., 2020; McFarlane, 2018).

Com vista a colmatar estes problemas, a DGS criou a norma “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”, que recomenda a utilização a metodologia ISBAR (I-identificação, S-situação, B-antecedentes/ *background*, A-avaliação e R-recomendações), como estratégia para uniformizar a comunicação entre os profissionais de saúde, na transição de cuidados (DGS, 2017a).

O ambiente perioperatório é caracterizado por fluxos de comunicação intensos, onde trabalham equipas interdisciplinares e acontecem múltiplas transferências de cuidados. Constituindo oportunidade para problemas na comunicação, potenciadores de erros e de uma transmissão de informação desadequada (Kitney et al., 2020; OE, 2017). Logo, a comunicação eficaz entre os

profissionais de saúde a exercerem funções neste contexto, é imprescindível para a qualidade e segurança dos cuidados (Regulamento nº 140/2019). Durante o estágio na UCA, foi protocolada a implementação da metodologia ISBAR, como ferramenta de comunicação na transferência de informação durante a transição de cuidados de saúde. Esta ferramenta, era aplicada na transição de cuidados, quando a pessoa em situação perioperatória fazia a transição entre a admissão pré-operatório e o BO, entre o BO e a UCPA, entre a UCPA e o recobro II, e também durante a passagem de turno de enfermagem, realizada no recobro tardio. Deste modo, houve oportunidade de desenvolvimento de competências na transição de cuidados, numa fase inicial na aplicação da técnica ISBAR e reflexão sobre os seus benefícios. No BO de oftalmologia não estava protocolada a utilização desta ferramenta, tendo havido a oportunidade de discutir informalmente com a enfermeira supervisora sobre a utilização futura desta metodologia. A verdade é que a recomendação da DGS é relativamente recente, pelo que nem todos os serviços do centro hospitalar adotaram a sua utilização.

Segundo a DGS (2017) a utilização desta metodologia, contribui para a rápida tomada de decisão, promove pensamento crítico, diminui o tempo na transferência de informação e promove a rápida integração dos novos profissionais (DGS, 2017a). Num estudo, em que a metodologia ISBAR foi utilizada, num projeto de melhoria contínua, no contexto de transição de cuidados no perioperatório, verificou-se que a sua aplicação consistente se demonstrou eficaz na redução do risco de incidentes de segurança relacionados com a comunicação, e resultou numa transmissão de cuidados mais minuciosa (Kitney et al., 2020). Segundo Figueiredo et al. (2020), a utilização desta técnica melhora a transferência de informação e evita lacunas, tornando a transferência atempada e eficiente. Apresenta benefícios para a segurança da pessoa e benefícios para os profissionais que a utilizam, pela sua simplicidade, clareza de conteúdos e facilidade de memorização (Figueiredo et al., 2020), havendo por isso razões baseadas na evidência que motivam a aplicação desta técnica.

O SO, encontra-se num processo de acreditação segundo CHKS. O objetivo dos processos de acreditação, é estimular a melhoria contínua nas instituições de saúde. Este é concretizado, através da verificação e análise da forma como os cuidados de saúde prestados vão ao encontro aos padrões previamente estabelecidos (DQS, 2019). Nesse contexto, está a ser desenvolvido pelos profissionais do serviço, um manual de gestão da qualidade para córnea e membrana amniótica. A criação deste manual, está inserida num projeto de melhoria contínua, relacionada com a colheita e transplantação de órgãos e tecidos. Durante o estágio neste serviço houve a oportunidade de ler documentos, instruções de trabalho e protocolos, bem como de esclarecer dúvidas e assistir a discussões e reuniões como a equipa multidisciplinar envolvida no desenvolvimento do referido manual.

Uma das partes integrantes da governação clínica são as auditorias. Estas, avaliam se um determinado processo ou aspeto dos cuidados de saúde, atinge um padrão definido. O resultado da auditoria permite destacar as discrepâncias entre a prática real e o padrão definido. O

objetivo principal das auditorias clínicas, é sempre melhorar os cuidados prestados e respetivos resultados em saúde (Esposito & Canton, 2014; Limb et al., 2017). No decurso do estágio participou-se em auditorias relativas à realização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC). A aplicação desta lista está recomendada pela DGS desde 2010 (DGS, 2013a), com objetivo reduzir o número de mortes e complicações relacionadas com a cirurgia e promover a segurança do doente cirúrgico (OMS, 2009). A simples realização das auditorias não leva automaticamente à melhoria, é importante que os resultados das mesmas sejam analisados e divulgados, à luz da prática real e com os intervenientes. Só desta forma, se pode dar reforço positivo pelo bom trabalho realizado e planear a implementação das alterações necessárias – medidas corretivas (Limb et al., 2017). Sendo esta parte a mais desafiante do processo de auditoria, foi a que proporcionou mais oportunidade de aprendizagem por se tratar de uma experiência completamente nova.

- Domínio da gestão dos cuidados

O enfermeiro especialista é aquele que gere os cuidados de enfermagem, de forma a otimizar a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multidisciplinar, adequando a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, de modo a assegurar a qualidade dos cuidados (Regulamento nº 140/2019).

A complexidade do ambiente de BO, exige uma gestão rigorosa de recursos humanos e materiais, de modo que a cirurgia possa ser realizada de forma segura, eficiente e com o menor custo económico possível. Problemas decorrentes de gestão indevida destes recursos, pode resultar em desperdício de tempo e de material, conflitos entre profissionais, e pôr em causa a qualidade dos cuidados prestados e a segurança da pessoa em situação perioperatória (Hassan et al., 2021).

A gestão adequada de recursos materiais, stocks de material e instrumental, fármacos e equipamentos, deve ser realizada de forma a antecipar os gastos e prevenir falhas que causem a impossibilidade de realização de determinada cirurgia ou ponham em causa a segurança da pessoa durante a mesma. De igual modo, a gestão de recursos humanos neste ambiente, carece de perícia por parte do enfermeiro especialista, devido às diferentes funções que o enfermeiro pode assumir no contexto, às diferentes experiências profissionais de cada elemento da equipa e à variabilidade de procedimentos cirúrgicos e anestésicos a serem realizados diariamente. A gestão de todos estes recursos, impõe que o enfermeiro especialista desempenhe um papel na articulação com diferentes profissionais e com vários serviços externos tais como, farmácia, aprovisionamento, serviço de esterilização, empresas externas que providenciam material específico para determinada cirurgia e participação em reuniões clínicas para otimização de todos estes processos.

O percurso pelos diferentes locais de estágio permitiu a observação e acompanhamento do enfermeiro especialista na função de responsável de turno. As funções que o enfermeiro

responsável de turno desempenha, diferem um pouco do SO para a UCA e também dentro das duas equipas da UCA (intraoperatório e recobro tardio). Esta experiência possibilitou momentos de aprendizagem sobre o planeamento e gestão de recursos humanos e materiais, a delegação e supervisão de tarefas a outros profissionais e o contacto com estilos de liderança promotores de um clima organizacional harmonioso e produtivo. No caso da UCA, este processo de aprendizagem demonstrou-se ainda mais desafiante. Esta é uma unidade satélite, situada aproximadamente a 15 km de distância do centro hospitalar. Nela são realizadas cirurgias de diferentes especialidades, com certos requerimentos específicos em termos de equipamento, material e expertise profissional. A distância física aos recursos existentes no centro hospitalar, implica uma gestão eficaz no sentido da antecipação de necessidades de recursos e o seu pedido atempado, sendo esta imperativa para o bom funcionamento da UCA e para uma prestação de cuidados de saúde seguros e de qualidade. Relativamente à gestão de recursos humanos, foi possível o envolvimento em atividades como, a distribuição de elementos da equipa de enfermagem de acordo com o plano de trabalho diário, tendo sempre em atenção o plano cirúrgico programado. Esta gestão também apresenta os seus desafios, onde têm de ser consideradas as habilidades, competências e experiência de cada elemento da equipa, bem como as especialidades cirúrgicas, a complexidade dos procedimentos a serem realizados e as características das pessoas em situação perioperatória.

Pôde-se perceber em ambos os serviços, que a alocação dos enfermeiros aos postos de trabalho, respeita a norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem (Regulamento nº 743/2019). São considerados os postos de trabalho dentro da sala de operações de enfermeiro circulante, enfermeiro instrumentista e enfermeiro de anestesia e respeitadas as dotações para salas de recobro imediato e tardio, consulta pré e pós-operatória e admissão pré-operatória. Sendo as consultas realizadas tanto de forma presencial, como através de consultas à distância (contato telefónico). Atualmente, apesar de haver alguns, profissionais com a EEMC (quatro na UCA e uma no SO), ainda não existe nenhum na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória contrariamente ao recomendando na mesma norma (Regulamento nº 743/2019), mas é de fácil compreensão, pois este é o primeiro mestrado da referida especialidade na ESEP. Considera-se que esta situação, representa oportunidade para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros que trabalham nestes serviços.

No recobro tardio da UCA e no SO, o enfermeiro responsável de turno, também se depara com a necessidade de gerir vagas, para internamento pós-operatório (pernoita). Em certos casos, a necessidade de internamento não consegue ser antecipada, pois surge devido a situações inesperadas, decorrentes dos procedimentos cirúrgico/ anestésicos ou durante a recuperação. Esta gestão pode implicar o reajustamento da distribuição e do rácio dos profissionais. No SO, esta gestão implica uma articulação com o equipa de gestão de camas do centro hospitalar, pois o serviço não possui internamento, bem como a gestão do transporte da pessoa para o serviço de destino.

- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, é expectável que o enfermeiro especialista demonstre capacidade de autoconhecimento e assertividade e baseie a sua prática clínica especializada em conhecimento científico, válido, atual e pertinente (Regulamento nº 140/2019).

O enfermeiro especialista, como ser humano que é, é detentor de características intrínsecas do seu ser que influenciam a forma como ele interage com as pessoas que o rodeiam, sejam elas outros profissionais de saúde, ou as pessoas que são alvo dos seus cuidados (Beydler, 2017). Deste modo, o autoconhecimento é central no cuidado de enfermagem. É necessária uma consciencialização e reflexão, do modo como as características e comportamentos do próprio, promovem ou prejudicam as relações terapêuticas e as relações multiprofissionais. Numa perspectiva de refletir e reconhecer áreas de melhoria individual, ter controlo sobre os seus sentimentos, sendo capaz de ter empatia e de se colocar no lugar do outro (Beydler, 2017; Rhodes & Foran, 2022). Durante o estágio realizou-se este exercício, no sentido de promover relações profissionais e terapêuticas saudáveis e evitar o conflito. Considerou-se o desenvolvimento destas competências essencial, pois o BO é o serviço do hospital onde se considera existirem mais conflitos (Chang et al., 2017; Sinskey et al., 2019). É um local onde existem vários riscos, onde o ritmo de trabalho é acelerado devido a pressões de produtividade e onde existem vários profissionais de saúde a trabalhar em simultâneo e de forma interdependente (Mota et al., 2021). A maioria dos conflitos surgem devido a diferenças pessoais, onde se incluem diferenças culturais, de educação, de formação e experiência profissional, sendo que problemas de comunicação, e problemas estruturais estão também na causa desses conflitos (Figueiredo et al., 2020; Sinskey et al., 2019). Aprender a evitar e gerir conflitos, é uma característica que se deve valorizar. Nos serviços de saúde, quando existem conflitos que não se resolvem, eles podem levar a uma diminuição da produtividade e satisfação laboral, pôr em causa o trabalho de equipa e potencialmente diminuir a qualidade dos cuidados prestados às pessoas (Chang et al., 2017; Sinskey et al., 2019).

No contacto com a UCA, houve a oportunidade de assumir responsabilidades como facilitador de aprendizagem em contexto de trabalho, pelo facto da enfermeira supervisora ser uma das responsáveis pela formação em serviço. Em conjunto executou-se a auscultação das necessidades de formação, efetuou-se a gestão de programas formativos, realizaram-se atividades formativas e documentação de todo o processo na plataforma "Forinsia". Infelizmente, apesar do feedback dos profissionais presentes nas atividades formativas realizadas durante o estágio ter sido positivo, devido ao período imposto para realização do estágio, não houve oportunidade de realizar avaliação formal do impacto que as mesmas tiveram na prática clínica. Neste contexto, existem duas equipas separadas, tal como já foi referido anteriormente, logo as necessidades de formação identificadas foram diferentes, dando origens a duas atividades formativas distintas. Para a equipa do intraoperatório realizou-se uma

formação, na condição de formadora, sobre “Impacto do enfermeiro perioperatório na segurança do doente cirúrgico: práticas de prevenção de retenção de itens quantificáveis”, tendo como objetivo promover o conhecimento da evidência científica sobre esta temática e promover a adesão às recomendações mais atuais nesta área de segurança. Para a equipa do recobro II realizou-se a formação, na condição de formadora, sobre “A pessoa submetida a artroplastia do disco cervical por abordagem anterior: os cuidados de enfermagem na UCA”. A introdução de técnicas cirúrgicas de maior complexidade em contexto de UCA é cada vez mais frequente (Adamson et al., 2016; Klimko et al., 2022), não deixando de gerar junto da equipa de profissionais algumas dúvidas e inseguranças. A intervenção cirúrgica artroplastia do disco cervical por abordagem anterior começou a ser realizada em regime de ambulatório durante o período de estágio, sendo anteriormente realizada em regime convencional em outra unidade do centro hospitalar. A formação foi realizada com o objetivo de promover a reflexão e discussão sobre os cuidados de enfermagem à pessoa submetida a essa intervenção cirúrgica.

Numa procura constante de aprimorar uma prestação de cuidados especializada e para que esta fosse suportada pela evidência científica, realizaram-se ao longo do estágio algumas atividades. Realizaram-se pesquisas individuais através de bases de dados científicas online e de manuais, sobre temas que suscitasse dúvidas e fossem pertinentes na área de cuidados à pessoa em situação perioperatória. Houve também uma procura de saber relacionada com as normas, protocolos e procedimentos não só institucionais, mas também nacionais e europeus, tendo dado origem a partilha de conhecimento e reflexões sobre as práticas clínicas com as enfermeiras supervisoras.

De modo a promover a aquisição de competências na área de investigação, desenvolveu-se uma *scoping review*, orientada pela metodologia do JBI (Peters et al., 2020). Com realização desta, pretendeu-se desenvolver a capacidade de consultar e mobilizar evidência científica, cumprindo uma metodologia reconhecida. O objetivo da *scoping review*, foi mapear a evidência científica disponível, sobre os elementos que devem ser considerados na consulta pré-operatória de enfermagem, da criança/jovem e família, em CA. A mesma originou a realização de um artigo, sendo que o resumo do mesmo se encontra na secção Anexos do presente relatório (Anexo I). A escolha desta temática, além de pretender ser o motor para o desenvolvimento de competências especializadas, no âmbito da enfermagem perioperatória, teve em consideração a relevância da mesma para os contextos de estágio, bem como motivações pessoais.

De modo a desenvolver o julgamento clínico especializado, foi realizado planeamento de cuidados a dois casos clínicos, tendo por base a replicação de situações vivenciadas em contexto de estágio. Um dos casos foi sobre a pessoa submetida a artroplastia do disco cervical por abordagem anterior e outro sobre a pessoa submetida a cirurgia de catarata, que puderam ser vistos em detalhe nos capítulos 3 e 4, do presente relatório. A sua realização permitiu desenvolver conhecimentos teóricos e habilidades para uma conceção de cuidados

especializada. Teve-se por base a recolha e interpretação de dados relevantes, identificação de diagnósticos de enfermagem, aplicação de intervenções de enfermagem e respetivas atividades que as concretizam e os resultados obtidos face aos objetivos estabelecidos (OE, 2021). A conceção de cuidados foi realizada, tendo por base pesquisa na literatura existente, de modo a justificar o processo de tomada de decisão.

Participou-se em formações e cursos relevantes para a prática especializada em contexto perioperatório, ministradas em contexto de estágio. Na condição de formanda, participou-se em duas formações com as temáticas “Gestão perioperatória dos anticoagulantes em cirurgia oftálmica” (Anexo II) e “Abordagem perioperatória de doentes com Cardioversor Desfibrilador Implantável (CDI) /*pacemaker*” (Anexo III) e num curso designado “Dor aguda -formação teórico-prática para enfermeiros” (Anexo IV).

De modo a promover o desenvolvimento pessoal e profissional, e de fomentar o contacto com a produção do conhecimento de enfermagem, participou-se em eventos científicos. Estes permitiram o desenvolvimento de competências de investigação e de apresentação de trabalhos científicos, bem como a partilha de experiências e saberes com outros profissionais de enfermagem. Participou-se no “XX Congresso Nacional da AESOP”, como primeira autora do *E-Poster* sobre as “Implicações do fumo cirúrgico para os enfermeiros” (Anexo V), como coautora na comunicação livre “Impacto do enfermeiro perioperatório na segurança do doente cirúrgico: práticas de prevenção de retenção inadvertida de itens quantificáveis” (Anexo VI) e como coautora na comunicação livre “Impacto da intervenção educativa pré-operatória nos doentes submetidos a artroplastia da anca/joelho” (Anexo VIII), que deu origem a uma publicação na revista AESOP nº49 (Anexo VII). Participou-se no *Webinar* do Núcleo de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, “Segurança no bloco operatório”, como preletora na comunicação oral “Implicações do fumo cirúrgico para os enfermeiros” (Anexo IX); no seminário de enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória do *NursID Spring School 2023*, onde se participou no painel com o tema “A preparação perioperatória” (Anexo X). Assistiu-se ao *Webinar* da OE “Registos no Perioperatório: Onde estamos? Para onde vamos?” (Anexo XI).

### **Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória**

O regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação perioperatória, refere que esta área de especialização tem como alvo intervir na pessoa e família/pessoa significativa, a experienciar procedimentos cirúrgicos e anestésicos, de forma que os cuidados de enfermagem especializados, respondam às necessidades de saúde destas pessoas e suas famílias (Regulamento nº 429/2018).

A intervenção deste enfermeiro especialista desenvolve-se nas três fases do período

perioperatório pré, intra e pós-operatório (Regulamento nº 429/2018). O período pré-operatório tem início com a decisão de cirurgia e termina com a transferência da pessoa para a mesa operatória. O período intraoperatório inicia-se quando a pessoa é transferida para a mesa operatória e termina quando esta é transferida para a UCPA. O período pós-operatório inicia-se quando a pessoa é admitida na UCPA e termina quando esta está recuperado da cirurgia/anestesia, incluindo o tempo de resolução de possíveis complicações da cirurgia (Ferrito, 2014; Regulamento nº 429/2018).

As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória são: cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa e maximizar a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica (Regulamento nº 429/2018). A consciência cirúrgica é o princípio ético e moral que orienta o enfermeiro no seu exercício profissional nesta área de especialidade, este atua sempre em benefício da pessoa em situação perioperatória (OE, 2012).

Estas competências são exercidas nas cinco áreas de atuação deste enfermeiro especialista, nomeadamente consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos, e em todo o período que decorre desde a consulta pré-operatória até à consulta pós-operatória (OE, 2012; Regulamento nº 429/2018). É obvio que estas duas competências estão interligadas entre si, pois quando se cuida da pessoa em situação perioperatória, deve-se fazê-lo de forma a maximizar a sua segurança. Logo, apesar de ao longo deste capítulo estas duas competências serem enunciadas de forma separada, há determinadas áreas que são sobreponíveis, não sendo referidas nos dois pontos, de modo a não tornar a reflexão repetitiva. Seguidamente, serão enunciadas algumas considerações sobre o trabalho desenvolvido ao longo do estágio, com o intuito de desenvolver as competências específicas anteriormente referidas.

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

A história diz-nos que a enfermagem perioperatória foi reconhecida como primeira especialização em enfermagem, tendo os conflitos armados e as guerras mundiais um forte impacto na promoção do desenvolvimento do papel do enfermeiro a exercer funções no perioperatório. Devido ao elevado número de feridos de combate, surgiu então a necessidade de as enfermeiras ajudarem durante as cirurgias (Hallquist, 2005; Wade, 2012; Zarnitz & Malone, 2006), mas um longo caminho se tem percorrido desde então. O papel do enfermeiro perioperatório tem evoluído em consonância com a evolução científico-tecnológica que tem caracterizado a mudança dos serviços e cuidados de saúde e as expectativas das pessoas relativas à sua saúde (Rhodes & Foran, 2022).

Pela especificidade dos cuidados de enfermagem perioperatórios, a *Association of Perioperative Registered Nurses* (AORN) sentiu a necessidade de promover o desenvolvimento de um modelo

conceptual para a prática de enfermagem neste contexto, surgindo o *Perioperative Patient Focused Model*. Neste modelo, a pessoa em situação perioperatória ocupa a posição central em todo o processo de enfermagem e pretende-se obter os melhores resultados possíveis para a pessoa ao longo de todo o processo perioperatório. O modelo contempla quatro domínios. Três deles representam áreas dos cuidados à pessoa em situação perioperatória: a segurança da pessoa, as respostas fisiológicas e as respostas comportamentais. O quarto domínio relaciona-se com o contributo do ambiente para a prática designado o domínio do sistema de saúde (Van Wicklin, 2020). Cuidar da pessoa em situação perioperatória, exige que o enfermeiro especialista domine muitas habilidades técnicas, tendo estas sido sempre muito valorizados e as mais descritas ao longo da história, quando se refere ao exercício profissional do enfermeiro no contexto perioperatório (Hallquist, 2005; Wade, 2012). É inegável, que o ambiente complexo e altamente tecnológico que envolve a realização de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, exige competências e habilidades técnicas (Aholaa & Metsälä, 2015). No entanto, a prestação de cuidados de enfermagem perioperatórios seguros e de qualidade, exige também que o enfermeiro especialista domine com igual perícia habilidades não técnicas, pois estas influenciam a forma como enfermeiro se comporta no contexto onde trabalha e se relaciona com os outros à sua volta (Beydler, 2017; Kalantari et al., 2022; Kang et al., 2014).

O conjunto de habilidades não técnicas, insere em si características psicológicas, cognitivas e sociais, que influenciam o exercício profissional e as relações terapêuticas e interprofissionais (Beydler, 2017; Rhodes & Foran, 2022). É referido na literatura que estas habilidades incluem a capacidade de autoconhecimento, autoconsciência, autogestão/ autorregulação, motivação, empatia, assertividade, comunicação, tomada de decisão, consciência situacional, capacidade de resolução de problemas e trabalho em equipa (Kalantari et al., 2022; Kang et al., 2014; Marshall & Touzell, 2020; Roche, 2016). Em termos gerais, estas habilidades implicam, que seja feita uma reflexão sobre as características e prática individual que necessita de ser melhorada, ter capacidade de perceber os sentimentos, emoções, crenças e pensamentos dos outros e responder de acordo, pondo as necessidades dos outros acima das nossas, construindo confiança e fortalecendo relações saudáveis, ser capaz de antever e resolver problemas com base na informação disponível, bem como ser capaz de vocalizar preocupações (Rhodes & Foran, 2022; Roche, 2016). Tal como as habilidades técnicas, as não técnicas podem e devem ser melhoradas, sendo sugerido a prática simulada e o *debriefing* como ferramentas para trabalhar estas habilidades (Marshall & Touzell, 2020; Roche, 2016). Infelizmente, no contexto de estágio nenhuma destas ferramentas é ainda utilizada, tendo estas habilidades sido desenvolvidas através da realização de reflexão profissional individual, bem como discussões informais com as enfermeiras supervisoras.

Cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa implica mobilizar conhecimentos e habilidades que promovam a compreensão do processo vivenciado e a vivenciar, capacitando a pessoa para o autocuidado e reintegração familiar e social

(Regulamento nº 429/2018). Nos serviços onde decorreu o estágio, a grande maioria das cirurgias são realizadas em regime de ambulatório, logo a prestação de cuidados de saúde é caracterizada pela curta permanência da pessoa na instituição de saúde, ou seja, regime de admissão e alta num período inferior a 24 horas (Portaria nº 234/2015). Logo, a capacitação da pessoa para o autocuidado e reintegração familiar e social, assume ainda mais relevância pois tem de ser otimizada ao máximo, num curto espaço de tempo, uma vez que a pessoa regressa ao domicílio em menos de 24 horas.

Considera-se que apesar da curta permanência física da pessoa nos referidos serviços, a experiência nestes contextos de estágio, permitiu desenvolver competências que têm por base uma visão holística da pessoa, pois permitiram acompanhá-la desde a decisão cirúrgica, através da consulta pré-operatória, até à sua recuperação no domicílio, através dos contactos pós-operatórios às 24 horas e aos 30 dias, com possibilidade de envolvimento da família/ pessoa significativa nas várias etapas do processo perioperatório. A prestação de cuidados centrada apenas no intraoperatório, devido a pressão de produtividade associada a uma ocupação eficiente das salas operatórias, gestão de múltiplo material e equipamento e com vista ao modelo biomédico que infelizmente muitas vezes ainda vigora, pode levar a que a pessoa seja encarada como parte do procedimento cirúrgico. Durante o estágio efetuado defendeu-se sempre uma enfermagem perioperatória com base numa enfermagem centrada na pessoa e que a envolva todas as fases do processo perioperatório, em que se enalteça a humanização dos cuidados. Só desta forma, a pessoa é o centro dos cuidados e esses cuidados são holísticos, valorizando o ser e saber da pessoa (Beydler, 2017; Watson, 2007).

Os modelos teóricos de enfermagem, desde há muito reconhecem a necessidade de uma visão holística das pessoas, fazendo referência que para além de um corpo, estas possuem mente e alma (Evangelista et al., 2020; Watson, 2007). Deste modo, na prestação de cuidados, o enfermeiro deve considerar a pessoa além das suas funções fisiológicas, incluindo também as suas características psicológicas, emocionais, as suas crenças e espiritualidade. Estas, devem ser fundamentais para captar, detectar e sentir as necessidades reais da pessoa, como referido na teoria do cuidar de *Jean Watson* (Evangelista et al., 2020; Watson, 2007). No *Perioperative Patient Focused Model*, ao conjunto de respostas psicológicas, sociológicas e espirituais do cliente e família designa-se o "domínio respostas comportamentais". Ao cuidar da pessoa em situação perioperatória, o enfermeiro especialista desempenha um papel em compreender este processo, respeitando e fazendo respeitar as questões éticas, a dignidade, a privacidade e as crenças espirituais, no sentido de conhecer o outro e com ele estabelecer uma relação empática (Van Wicklin, 2020).

Considerando as previsões para realização de cada vez mais CA (Sjöberg et al., 2015), considerou-se que a experiência obtida através do contacto com estas realidades clínicas, estar na vanguarda do que vai ser a prestação de cuidados perioperatórios no futuro. Verificou-se que ao longo do relativamente curto período de duração do estágio, cada vez cirurgias com maior

grau de complexidade eram realizadas em regime de ambulatório, representando simultaneamente um desafio e uma oportunidade para os profissionais de enfermagem que desempenham as suas funções nesses contextos.

A realização de estágio em contexto de UCA e de BO de oftalmologia, permitiu prestar cuidados durante as três fases do período perioperatório e exercer funções nas cinco áreas de atuação da especialidade. Além das áreas referidas anteriormente, houve a oportunidade de participar ativamente na consulta de enfermagem, realizada à distância, através de contatos telefónicos, nomeadamente no pré-operatório (72 horas) e pós-operatório. Para uma melhor compreensão do percurso realizado para o desenvolvimento da competência específica “Cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa”, explicitam-se as atividades segundo o circuito percorrido pela pessoa ao longo do período perioperatório.

Todas as pessoas propostas para realização de cirurgia, independentemente da sua idade precisam de algum tipo de preparação, seja ela física, psicológica ou ambas (Akca et al., 2015). A preparação deve ser prévia à cirurgia para permitir à pessoa tempo para desenvolver estratégias para gerir adequadamente a situação perioperatória (Fortier et al., 2015). Uma das formas de preparar a pessoa para a cirurgia, é através da consulta de enfermagem perioperatória, realizada no período pré-operatório. O conjunto de intervenções de enfermagem realizadas nesta consulta pretendem garantir que a pessoa está preparada para a cirurgia e para a recuperação pós-operatória. De modo que esta seja eficaz, o enfermeiro tem de reconhecer o que a pessoa quer e precisa saber, para a preparar de forma adequada. Devendo ser consideradas a consciência, memória, percepção, expectativas e características pessoais da pessoa, assim como a sua vontade, envolvimento e disponibilidade para aprender (Fonseca, 2014).

O conteúdo da consulta pode variar de acordo com os contextos, o tipo de cirurgia e as características da pessoa, mas geralmente inclui informação sobre os procedimentos pré-operatórios (preparação corporal pré-operatória, jejum pré-operatório, medicação que não deve ser tomada antes do procedimento cirúrgico), especificações relacionadas com procedimento cirúrgico como por exemplo percurso cirúrgico na instituição de saúde e potenciais complicações, os cuidados pós-operatórios, incluindo aspetos relacionados com a recuperação pós-operatória, como por exemplo a gestão da dor pós-operatória (Louw et al., 2013; McDonald et al., 2014; Porras-González et al., 2015).

As intervenções de enfermagem realizadas na consulta pré-operatória, demonstraram ser eficazes na aquisição de conhecimento relativamente à preparação para o processo cirúrgico, levando a níveis mais elevados de satisfação com os cuidados e à redução dos níveis de ansiedade (Breda & Cerejo, 2021; Fonseca, 2014; Yun et al., 2015). O envolvimento do familiar/pessoa significativa, mostra-se essencial para que estes sejam participantes ativos no processo de tratamento e recuperação (Aydin et al., 2015; Dayucos et al., 2019; McDonald et al., 2014) e

é ainda mais preponderante, nas situações em que a pessoa, tem compromisso no autocuidado ou incapacidade para compreender e reter informação, ou no caso específico das crianças (Fonseca, 2014; Healy, 2013; OE, 2011, 2017a). A consulta pré-operatória também influencia positivamente a recuperação pós-operatória, pois quando a pessoa está preparada para o processo cirúrgico, envolve-se mais nas atividades essenciais dirigidas para a recuperação pós-operatória, facto essencial para o domicílio (Breda & Cerejo, 2021; Gong et al., 2018).

Em ambos os contextos de estágio, a consulta pré-operatória de enfermagem, está implementada e materializa-se através de um contacto presencial ou telefónico com a pessoa em situação perioperatória e a sua família/ pessoa significativa. Deste modo, houve oportunidade de se exercer competências especializadas em contexto de consulta pré-operatória. Permitindo a identificação de necessidades da pessoa e família/ pessoa significativa neste contexto e elaboração do respetivo plano de ação através das necessidades identificadas. Esta foi também uma área em que permitiu a utilização de estratégias facilitadoras da comunicação e promotoras de alívio da ansiedade e medo. Nas consultas, o método de exposição foi maioritariamente verbal, sendo fornecida também alguma informação em suporte de papel, através de folhetos informativos específicos para cada tipo de cirurgia. Quando foi realizada teleconsulta, o folheto foi enviado por *e-mail*. Estes eram os métodos utilizados nos contextos de estágio, no entanto estudos realizados demonstraram que a realização de educação perioperatória, com utilização de recursos educacionais multimédia e audiovisuais, como apresentações *powerpoint*, áudio ou vídeo, além de informação verbal e escrita, são muito eficazes (Breda & Cerejo, 2021; Ferreira et al., 2022; Zeng et al., 2021). Na literatura, são referidos estudos piloto, onde se utilizam formatos digitais para a realização deste tipo de consulta, através da criação de *website* com interação com enfermeiros através de *chat* abrindo-se, assim, uma janela de oportunidade para o envolvimento das novas tecnologias neste contexto (Dayucos et al., 2019).

Devido á forma como os contextos de estágio estão organizados, esta consulta pré-operatória acontece com algum tempo de antecedência relativamente à data da cirurgia, em alguns casos acontece meses antes. Na UCA, é realizado um novo contacto telefónico de enfermagem, 72 horas antes da cirurgia, para garantir a preparação pré-operatória adequada, reduzir o número de cancelamentos por não cumprimento das recomendações pré-operatória e promover remarcação de cirurgia, quando apropriado. No decurso do estágio, surgiu a necessidade de otimizar os processos no caso do contacto às 72 horas não se conseguir realizar. Houve a oportunidade da participação na criação de um fluxograma que continha o plano de ação caso esse contacto não fosse conseguido. Esse plano foi elaborado com a enfermeira supervisora e, posteriormente, apresentado aos gestores da UCA que aprovaram a sua implementação. Relativamente ao SO, acontece o mesmo, ou seja, a consulta pré-operatória acontece com algum tempo de antecedência relativamente à data da cirurgia. No entanto, neste serviço não está implementada a teleconsulta às 72 horas. Verificou-se ao longo do estágio que seria

benéfico, pois várias cirurgias eram canceladas por os clientes não cumprirem a preparação pré-operatória adequada, tendo sido esta questão amplamente discutida com a enfermeira supervisora. Num estudo realizado por Lee et al., (2017), verificou-se que a realização sistemática de consulta pré-operatória telefónica 48 antes da cirurgia, num período de três meses, reduziu em 50% o número de cancelamentos cirúrgicos.

Questões relacionadas com a prestação de cuidados perioperatórios às crianças, não foram muito aprofundadas ao longo do percurso teórico do mestrado. Ao longo do percurso profissional, até ao momento, foram escassas as oportunidades de desenvolvimento de conhecimentos e habilidades, para prestar cuidados a esta população. Desta forma, fez-se um esforço ao longo do estágio, para a aquisição de conhecimentos e capacidades através da pesquisa, participação na prestação de cuidados e realização de análise crítica individual da experiência vivida e práticas observadas.

Considerando que a criança se encontra em desenvolvimento, uma única experiência negativa, pode moldar drasticamente, a futura interação da mesma com os serviços e profissionais de saúde (Panella, 2016). Durante o estágio, no sentido de tornar a experiência perioperatória das crianças o mais positiva possível, foram realizadas algumas atividades. Primeiramente, indo de encontro à filosofia que valoriza os cuidados centrados na família (OE, 2017a), foi privilegiada e promovida a presença e envolvimento dos pais. Estendendo-se a todo o processo perioperatório, desde preparação pré-operatória, passando pela admissão no serviço, pelo momento da indução anestésica e até ao momento em que a criança desperta na UCPA, tal como previsto na legislação nacional (Despacho nº 6668/2017), excetuando-se unicamente a presença dos pais, no momento intraoperatório. Simultaneamente, porque brincar é uma necessidade inerente à criança e como certos brinquedos, são considerados por estas como objetos de conforto, foi também encorajada a sua presença no dia da cirurgia (Panella, 2016).

Ao contactar com os contextos de estágio, experienciou-se que a preparação pré-operatória das crianças, tem desafios próprios. Não só pelas manifestações de medo, choro e recusa, que foram regularmente testemunhadas, mas também pela grande diferença nas suas características, de acordo com as etapas de desenvolvimento em que estas se encontravam. É referido na literatura, que as referidas manifestações, estão muitas vezes relacionadas com falta de compreensão do contexto e da terminologia utilizada em perioperatório (Löf et al., 2019) e que as características fisiológicas e psicossociais de cada etapa do desenvolvimento infantil, traduzem-se em certos comportamentos (Brown, 2014). Estes, exigem por parte de quem, com elas interage, um conhecimento aprofundado das diferentes etapas e uma adaptação à sua personalidade, indispensáveis para uma relação terapêutica (Mower, 2015). Com vista ao desenvolvimento destes conhecimentos foi realizada pesquisa bibliográfica e estudo, de literatura sobre esta temática, tendo sido na área da enfermagem pediátrica que se reuniu mais informação.

A preparação pré-operatória das crianças na UCA, inicia-se com uma consulta pré-operatória, materializada através de contacto telefónico, com os pais, na qual a criança não era envolvida. No SO, não se realiza consulta pré-operatória dirigida à criança, nem aos seus familiares, sendo o primeiro contacto com a realidade perioperatória, quando a criança e família chegam ao serviço no dia da cirurgia. Verificou-se, que na UCA havia crianças a serem submetidas a procedimentos cirúrgicos quase diariamente, e que no SO, pelo menos uma vez por semana crianças serem submetidas a cirurgia oftalmológica.

Deste modo, surgiu a oportunidade e motivação para aprofundar conhecimentos sobre a consulta pré-operatória da criança/jovem e família, em contexto de CA. Uma atividade desenvolvida prendeu-se com a realização de uma *scoping review*, para mapear a evidência científica disponível, sobre que elementos devem ser considerados na mesma. Identificou-se, que a calendarização da consulta relativamente à data da cirurgia, a duração, o formato, os destinatários, o conteúdo e as estratégias utilizadas para entregar o conteúdo da consulta, eram elementos fundamentais a considerar no planeamento e conceção desta intervenção. Complementarmente, identificaram-se lacunas na formação dos profissionais relacionados com as características específicas das diferentes etapas do desenvolvimento infantil e identificaram-se alguns benefícios da realização da consulta.

Após a realização da *scoping review*, promoveu-se a realização de uma reunião informal, em ambos os contextos de estágio, com as enfermeiras supervisoras, para divulgar os achados. Na UCA, foram sugeridas pequenas alterações, oportunidades de formação e dado reforço positivo, às iniciativas em vigor que vão de encontro ao recomendado na literatura. Foi reforçado, que a existência de enfermeiros especialistas, tanto em enfermagem médico-cirúrgica, como em enfermagem pediátrica, posiciona a UCA numa posição privilegiada para aprimorar a experiência perioperatória da criança/jovem e família. No SO, como a consulta pré-operatória destinada às crianças não é uma prática atual, a apresentação dos achados constitui a base para sugerir a introdução de uma consulta pré-operatória de enfermagem pediátrica, reforçando-se às vantagens apresentadas na literatura.

No dia da cirurgia, por norma, a preparação pré-operatória realiza-se nos momentos que antecedem a entrada da pessoa para o BO. Durante o estágio, a prestação de cuidados neste momento, permitiu realizar intervenções que asseguravam a preparação física exigida, bem como garantiam que a pessoa compreendia a informação para o exercício da sua autodeterminação e tomada de decisão, concretizada através da confirmação verbal do procedimento cirúrgico a que ia ser submetida, bem como dupla confirmação, conferindo com a informação presente no consentimento informado preenchido previamente.

A experiência em contexto de estágio, com a realidade do intraoperatório, permitiu o desenvolvimento de competências especializadas de perioperatório, através do contacto com as áreas de atuação do enfermeiro em instrumentação, circulação e anestesia. Neste contexto, as

intervenções são focadas na satisfação das necessidades fisiológicas de resposta à cirurgia e anestesia, facilitação do procedimento cirúrgico e anestésico e segurança do doente, onde se inclui o controlo de infeção, por exemplo (Adamson et al., 2016; Klimko et al., 2022). O *Perioperative Patient Focused Model*, concebe a satisfação das necessidades fisiológicas no seu domínio “respostas fisiológicas”, segundo o qual o enfermeiro presta cuidados de forma manter o conjunto de respostas físicas, bioquímicas e funcionais de acordo com o seu o estado fisiológico, identificando os valores base e reconhecendo prontamente alterações nos mesmos (Van Wicklin, 2020). As intervenções que dão resposta a estas alterações, são na sua maioria, dependentes da prescrição de outros profissionais de saúde.

O enfermeiro de anestesia é aquele que faz o acolhimento da pessoa no BO, verificando novamente a sua identidade e o procedimento a ser realizado, em consonância com o consentimento informado. Este enfermeiro encaminha a pessoa para a mesa operatória e é responsável pela administração da anestesia, que é prescrita pelo anestesiolologista (Viegas & Névoa, 2014). O exercício das suas funções inclui assegurar que todos os materiais, fármacos e equipamentos estão disponíveis e funcionantes, aplicando estratégias para evitar danos decorrentes da administração de medicamentos e procedimentos anestésicos (Göras et al., 2020; Guedes, 2013). Nos contextos de estágio colaborou-se em vários procedimentos anestésicos, de referir, anestesia tópica, local, locoregional e anestesia geral, proporcionando uma experiência clínica enriquecedora.

O trabalho dos enfermeiros, instrumentista e circulante, funciona em complementaridade, sendo que a instrumentista faz parte da equipa cirúrgica e fica na área esterilizada, e o enfermeiro circulante está fora desta zona (Kang et al., 2014; Viegas & Névoa, 2014). O enfermeiro instrumentista é aquele que prepara e organiza a mesa operatória, verificando preparando e organizando instrumentos e dispositivos médicos, de acordo com o procedimento cirúrgico a ser realizado e os princípios de assepsia. Este profissional tem também responsabilidade acrescida na prevenção da retenção de itens quantificáveis, e na manutenção da assepsia cirúrgica durante o procedimento (*The Joint Commission* [TJC], 2013; Kang et al., 2014; Viegas & Névoa, 2014).

O enfermeiro circulante, gere atividades fora da área esterilizada, mantendo a comunicação entre a sala operatório e o resto do BO estando sempre vigilante perante tudo o que acontece na sala operatória, incluindo a manutenção da técnica asséptica e o aparecimento de possíveis complicações (Kalantari et al., 2022; Viegas & Névoa, 2014). A gestão das atividades implica o planeamento e preparação do material, verificação do equipamento necessário à cirurgia, colaboração na contagem cirúrgica, gestão de amostras para análise, participação em manobras de mobilização da pessoa e posicionamento cirúrgico, criação e manutenção de um ambiente confortável e seguro (TJC, 2013; Kalantari et al., 2022).

No contexto de estágio, participou-se nas funções tanto de circulante como de instrumentista,

num processo gradual e faseado e adequado às habilidades e conhecimentos que foram sendo adquiridos ao longo do tempo. Isto porque apesar do BO de oftalmologia serem realizadas cirurgia de apenas essa especialidade, na UCA realizam-se cirurgias de várias especialidades, sendo que em ambos os locais se realizam procedimentos com vários graus de complexidade, que exigem conhecimento profundo sobre o procedimento cirúrgico e conhecimento e habilidade no manuseamento de diferentes tipos de equipamento e material envolvido nos mesmos. A aquisição deste conhecimento e habilidades revelou-se, sem dúvida, uma mais-valia, para um exercício profissional especializado.

Existiram oportunidades de participação no posicionamento cirúrgico, durante a experiência no intraoperatório. No SO, pela natureza do local anatómico sujeito a procedimentos cirúrgicos, a posição de eleição é o decúbito dorsal. Na UCA, houve oportunidade de participação noutros posicionamentos, variantes do decúbito dorsal como a litotomia e o *trendelenburg*, decúbito lateral e decúbito ventral. Este procedimento, realizado no período intraoperatório, promove o acesso e exposição do local cirúrgico e outros locais anatómicos essenciais para administração de medicação, colocação de dispositivos de monitorização ou ventilação (Lopes et al., 2016; Spruce, 2021). A realização do posicionamento cirúrgico, exige a mobilização de conhecimentos sobre repercussões anatómicas e fisiológicas dos diferentes posicionamentos, conhecimento sobre manuseamento da marquesa operatória e seus acessórios, bem como gestão de equipamentos, suportes e dispositivos necessários para as diferentes posições cirúrgicas (Lopes et al., 2016; Spruce, 2021). Na realização deste procedimento, teve-se em consideração intervenções promotoras da segurança da pessoa, ou seja, intervenções que promoviam a prevenção de complicações decorrentes do posicionamento cirúrgico, tais como lesões no sistema tegumentar, neurológico, vascular e respiratório (Lopes et al., 2016). São exemplo das intervenções realizadas: proteção ocular para prevenir lesões da córnea, manutenção do alinhamento corporal, utilização de almofadas e dispositivos de gel para proteção das zonas de pressão, utilização de equipamentos para prevenir deslizamentos e movimentos não intencionais de partes do corpo, durante o procedimento cirúrgico.

O enfermeiro a prestar cuidados na UCPA é aquele que recebe o cliente após a cirurgia, sendo que é neste momento que tem início o período pós-operatório. Durante a experiência em contexto de estágio, contactou-se com a prestação de cuidados de enfermagem na UCPA. Neste contexto, os enfermeiros podem ter a seu cargo o máximo de três clientes, exigindo capacidade de gerir e estabelecer prioridades na prestação cuidados. Do mesmo modo, os enfermeiros da UCPA têm de ter capacidade de estabelecer relações profissionais eficazes no sentido e receber clientes da equipa do intraoperatório e, quando apropriado, fazer a transferências dos clientes para o recobro tardio (Dahlberg et al., 2022), numa gestão concertada com o desenrolar do plano operatório na sala de operações e em consonância com as necessidades dos clientes e a lotação máxima de clientes na UCPA.

Após a chegada da pessoa à UCPA, é-lhe colocado o equipamento de monitorização e é

realizada a transição de cuidados, entre o enfermeiro do intraoperatório e enfermeiro do pós-operatório, utilizando a técnica ISBAR. Idealmente, a transferência de cuidados deveria ser feita dessa forma, quase que por fases (McFarlane, 2018). No entanto, nos contextos de estágio, verifica-se que numa tentativa de realizar várias tarefas em simultâneo, a transferência de informação verbal é feita em simultâneo como a colocação dos equipamentos de monitorização, o que pode levar a uma diminuição da atenção prestada à informação verbal transmitida, perda de informação importante, ou dispêndio posterior de tempo à procura de informação relevante.

O enfermeiro da UCPA, tem um papel preponderante na identificação precoce de alterações do estado clínico e prevenção da ocorrência de situações adversas, que muitas vezes surgem neste período de pós-operatório imediato (Viegas & Névoa, 2014). Complicações como dor, náuseas e vômitos, alterações de consciência, alterações da sensibilidade e alterações na função respiratória ou cardiovascular podem ocorrer neste período (Gornet et al., 2018; Gwinnutt & Gwinnutt, 2013; Klimko et al., 2022; Shin et al., 2021). Exigindo conhecimento sobre sinais e sintomas que indiquem a ocorrência de complicações e a capacidade de se manter calmo quando estas surgem, procurando a colaboração de outros profissionais de saúde, sempre que a intervenção necessária não se encontre dentro das suas competências (Dahlberg et al., 2022).

Promover cuidados à pessoa em situação perioperatória, implica também gerir a dor associada aos procedimentos cirúrgicos, havendo um papel de destaque evidenciado na gestão da dor pós-operatória. Esta oportunidade surge quando a pessoa se encontra na UCPA, mas também quando é realizada a preparação da alta, especialmente em contexto de CA. A pessoa tem de ter a dor controlada no pós-operatório e tem de deter o conhecimento, as habilidades e capacidades para autocontrolo da dor no domicílio, caso isto não se verifique é um dos critérios para se protelar a alta (*International Association for Ambulatory Surgery [IAAS], 2014*).

A dor pós-operatória é o tipo mais prevalente de dor aguda (Romão & Santos, 2013). Os mecanismos associados à dor pós-operatória relacionam-se com lesões nos tecidos submetidos ao trauma cirúrgico e os sintomas associados a este tipo de lesão, dependem da extensão da mesma e do tipo de tecido manipulado (*International Association for the Study of Pain [IASP], 2017; Jenkins et al., 2021*). O controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde (OE, 2008), tendo a DGS classificado a dor como o quinto sinal vital (DGS, 2003; OE, 2008). Reiterando a necessidade de existir avaliação, registo e controlo sistemático e contínuo da dor (DGS, 2003). Do mesmo modo, o Plano Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor evidencia que a dor aguda é um sintoma limitado no tempo e que pode e deve ser controlado, pois um mau controlo algico pode desencadear repercussões imediatas e a longo prazo, tais como a dor crónica, que poderão ter um elevado impacto socioeconómico e na qualidade de vida das pessoas (DGS, 2017b; Glare et al., 2019). A literatura menciona a importância da formação contínua dos profissionais de saúde, sobre a dor. Só desta forma, estes conseguem atualizar e aperfeiçoar os seus conhecimentos e habilidades, em linha com a mais recente evidência científica (DGS, 2017b; Van Dijk et al., 2017). O “Guia Orientador de Boas

Práticas da Dor” enfatiza a importância da avaliação, diagnóstico e do tratamento da dor na prestação de cuidados do enfermeiro (OE, 2008).

Nesta área de competência, são essenciais o exercício de intervenções de controlo da dor e intervenções de ensino e treino de habilidade para autocontrolo da dor. Estas intervenções para controlo da dor podem ser farmacológicas, como o seu nome indica refere-se à administração de medicação prescrita por outro profissional de saúde. O enfermeiro está dotado de conhecimento e responsabilidade para a preparação, administração, avaliação, monitorização e controlo de efeitos secundários da medicação administrada (OE, 2008; Viegas & Névoa, 2014). Existem também intervenções não farmacológicas, para controlo da dor, prescritas e administradas pelos enfermeiros. Nestas inclui-se, uma abordagem psicológica através de distração e relaxamento, e uma abordagem física, realizando-se aplicação de calor/ frio, massagem e posicionamento (IASP, 2017). Por outro lado, o enfermeiro também tem de envolver a pessoa no controlo da dor. Formalizando intervenções para ensinar sobre: a dor, estratégias farmacológicas e não farmacológicas para controlo da dor, efeitos secundários de medicação analgésica e sinais de preocupação relacionados com agravamento da dor. De igual modo, deve aplicar intervenções para instruir e treinar habilidades para autocontrolo da dor na pessoa em situação perioperatória (OE, 2008).

No decurso do estágio, realizaram-se atividades no sentido de gerir a dor pós-operatória e de atualizar o conhecimento sobre a gestão da dor. Participou-se no curso “Dor aguda - formação teórico-prática para enfermeiros” (Anexo IV). Realizou-se avaliação e monitorização da dor, com recurso a escalas de avaliação, adequadas às características das pessoas (adulto/ pediátrico). Realizou-se o devido registo nos sistemas de informação e foram implementadas intervenções de enfermagem de acordo com os dados de monitorização. Foram aplicadas terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor, bem como avaliada a resposta à sua aplicação. Sempre que o alívio da dor era inadequado, foi desempenhado um papel ativo no sentido de alertar a equipa multidisciplinar para a necessidade de alteração do plano de tratamento. Foram realizadas intervenções no sentido de eliminar ou reduzir a dor para níveis considerados aceitáveis para a pessoa e no sentido de potenciar a capacidade de autocontrolo da dor.

Os cuidados pós-operatório tardios, vão no sentido de garantir que o cliente está nas suas condições fisiológicas para regressar ao domicílio, que tem os conhecimentos e capacidades para o autocuidado, autoadministração de medicação, identificação de sinais e sintomas de complicações pós-operatórias, sendo neste momento envolvida a família/ pessoa significativa. Quando estas condições estão reunidas a pessoa tem alta. O tempo de permanência neste recobro, varia de acordo com o procedimento cirúrgico e anestésico efetuado. Pessoas que são submetidas a procedimentos simples e sob anestesia tópica/local, acabam por ter alta aproximadamente 30 minutos após a cirurgia terminar, por outro lado, cirurgias mais complexas e sob anestesia geral ou loco-regional, podem necessitar de monitorização mais longa, acabado

por pernoitar na unidade, tal como evidenciado nos casos clínicos dos capítulos 3 e 4.

Enquadrado no funcionamento das UCA, existem novos contatos da equipa de enfermagem com a pessoa no período pós-operatório, através de consultas telefónicas às 24 horas e aos 30 dias pós-operatórios. Às 24 horas pretende-se perceber a evolução da recuperação, a eficácia da gestão da dor e esclarecer quaisquer questões que tenham surgido, reforçando intervenções relacionadas com a aquisição de conhecimentos que sejam pertinentes. Aos 30 dias pretende-se perceber se existiram complicações pós-operatórias e o nível de satisfação das pessoas com os serviços prestados, sendo dado nesse momento término aos cuidados prestados relacionados com o procedimento cirúrgico. Esses contatos, permitiram além de experienciar uma abordagem ligeiramente diferente da convencional perceber que a grande maioria das pessoas, retrospectivamente, estava muita satisfeita com os cuidados recebidos. Muitas vezes no contacto presencial a informação sobre a satisfação com os cuidados é omissa ou passa despercebida, tendo esta experiência contribuído para perceber a valorização dos cuidados de enfermagem nos contextos.

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

A segurança da pessoa em situação perioperatória, é uma temática atual e de suma importância na prestação de cuidados de saúde diferenciados e de qualidade. Na prática clínica, devido à complexidade e imprevisibilidade associada à prestação de cuidados de saúde, a ocorrência de eventos adversos é um facto, que poderá repercutir em danos para os utilizadores dos serviços de saúde e os profissionais (Barroso et al., 2021). Desta forma, a segurança das pessoas é e deve ser um dos elementos que orientam a qualidade em saúde. Visto que os conceitos de qualidade e segurança estão interrelacionados e se complementam, se os cuidados de saúde forem seguros existe mais qualidade em saúde (Methangkool, 2018). No entanto, quando ocorrem incidentes, a qualidade em saúde está comprometida. A existência de sistemas e processos de qualidade robustos e uma cultura de segurança nas organizações de saúde, são fundamentais. Qualquer melhoria na cultura de segurança apenas pode ocorrer, se estiverem implementados sistemas de notificação de incidentes, pois só se reduz da probabilidade de ocorrência de incidentes quando se sabe onde está o problema (Esteves & Pinto, 2021; Methangkool, 2018).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) (2021-2026), visa consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde. Este assenta em pilares como a cultura de segurança; a liderança e governança; a comunicação, a prevenção e gestão de incidentes de segurança e as práticas seguras em ambientes seguros. As práticas seguras em ambientes seguros, são influenciadas por diversos fatores, tais como: notificação de incidentes e eventos adversos, numa logística de aprendizagem e melhoria da segurança; criação de um ambiente onde se possa comunicar abertamente sobre os riscos; proposta de soluções e

mecanismos de respostas não punitiva ao erro; cultura de transparência e justiça. Especificamente o pilar “práticas seguras em ambientes seguros”, emana recomendações importantes para os profissionais que trabalham no ambiente perioperatório, relacionadas com a segurança cirúrgica, identificação inequívoca do doente e segurança na medicação, entre outras (DGS, 2022a). A importância da dimensão da segurança da pessoa em situação perioperatória é igualmente assumida no *Perioperative Patient Focused Model*, como uma das três dimensões centradas na pessoa em situação perioperatória. Esta dimensão do modelo, defende que o enfermeiro deve garantir, ao longo de todo o processo perioperatório, a proteção da pessoa de lesões físicas, ou seja, o enfermeiro deve atuar no sentido de evitar lesões não relacionada com os resultados terapêuticos pretendidos de um procedimento invasivo (Van Wicklin, 2020).

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem a pessoa em situação perioperatória assume um papel crucial na segurança da pessoa, pois esta encontra-se numa situação de vulnerabilidade, logo devem ser mobilizados conhecimentos e habilidades que garantam a sua segurança (Regulamento nº 429/2018). Promover a segurança da pessoa em situação perioperatória é um processo complexo, pois existe uma elevada quantidade de riscos a que a pessoa está exposta. Estes incluem por exemplo o risco de desenvolver infeção, tromboembolismo, hemorragia, hipotermia, reação alérgica, lesões decorrentes do posicionamento ou da avaria de algum equipamento, efeitos adversos devido à administração de medicação, risco de sofrer uma queda, de ser submetido à cirurgia errada, ou no local errado e de ter algum item ou equipamento médico retido dentro do seu corpo após a cirurgia. As ocorrências de algumas destas situações podem causar danos irreversíveis e até a morte (TJC, 2013; Heideveld-Chevalking et al., 2014; Lopes et al., 2016; Mota et al., 2021; OMS, 2009, 2018) .

Todas estas questões são alvo da preocupação do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem a pessoa em situação perioperatória. Logo, considerando as suas competências específicas, foram desenvolvidas algumas atividades ao longo do estágio, de modo a consolidar e aprofundar competências para maximizar a segurança da pessoa em situação perioperatória.

Com objetivo de reduzir o número de mortes e complicações relacionadas com a cirurgia e promover a segurança do cliente cirúrgico, a DGS aderiu ao programa “Cirurgia Segura Salva-Vidas” da OMS, promovendo a aplicação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) nos BO portugueses desde 2010. A LVSC constitui-se como uma lista de verificação estruturada em três partes, uma a ser aplicada antes da indução anestésica, outra antes da incisão cirúrgica e, finalmente, a última antes do cliente sair do BO. Esta divisão representa as três pausas naturais no processo cirúrgico e permitem a identificação e ação sobre fatores que possam pôr em causa a segurança da pessoa em situação perioperatória (DGS, 2013a). A LVSC, incentiva a verificação de aspetos que pretendem: assegurar que a cirurgia certa é realizada à pessoa certa

e no local correto, identificar e atuar perante sinais e sintomas de risco de vida, minimizar o risco de ILC, impedir a retenção inadvertida de itens quantificáveis, identificar corretamente as amostras cirúrgicas e promover a comunicação eficaz (OMS, 2009).

Ao longo do estágio, participou-se ativamente na aplicação da LVSC e em auditorias relativas à sua aplicação. Verificou-se que a aplicação LVSC era propulsionada pelos enfermeiros, mas exige a discussão proativa de todos os elementos da equipa multidisciplinar, logo a sua aplicação reforça o conceito de trabalho de equipa e contribui para a comunicação efetiva (Yoong et al., 2021). No entanto, na literatura é referido que apesar da aplicação da LVSC reduzir complicações, existem situações em que devido a pressão de tempo e elevada carga de trabalho associado a alguma distração, por vezes são ignorados alguns passos da LVSC, ou esta é encarada apenas como mais uma tarefa e não como uma ferramenta de segurança (Yoong et al., 2021). Desta forma, o enfermeiro especialista além de ser apenas participante ativo na aplicação da LVSC, tem de fomentar na equipa a importância que esta cultura de verificação persistente tem na prevenção de eventos adversos.

Quando se exerceram funções de enfermeira de anestesia, em contexto de estágio, aplicaram-se estratégias para evitar danos decorrentes da administração de medicamentos e procedimentos anestésicos. A prevenção de danos decorrentes de procedimentos anestésicos começa quando se realiza a verificação da operacionalidade e disponibilidade de equipamentos, fármacos e consumíveis, que não só fomenta a segurança, mas também a eficiências dos cuidados (Görs et al., 2020; Guedes, 2013). Esta verificação realiza-se antes de se dar início ao plano operatório e são exemplos de equipamentos que são verificados diariamente o ventilador, o aspirador, o carro de emergência, equipamento de monitorização e o carro de via aérea difícil (Viegas & Névoa, 2014). Nos locais onde decorreu o estágio, existem inclusivamente listas de verificação de equipamentos que são necessários à anestesia. A utilização de listas de verificação já demonstrou potencial para melhorar a segurança e a eficiência (Marshall & Touzell, 2020). Estas são ferramentas estruturadas que garantem que certas ações são realizadas sem omissão e por uma determinada ordem, normalmente certa ação deve ser realizada antes de se poder passar à ação seguinte (Yoong et al., 2021). Nos locais de estágio, existem também conjuntos normalizados para a gestão de intoxicação por anestésicos locais; hipertermia maligna e alergia ao látex. Estas complicações por vezes decorrem no decurso dos procedimentos anestésicos e/ou cirúrgicos (Guedes, 2013), logo promoveu-se a familiarização com os componentes dos conjuntos normalizados, sua localização e dos fluxogramas de atuação de modo a poder colaborar ativamente caso estas complicações tivessem lugar.

A segurança da medicação pode ser posta em causa em ambiente de BO, por vários motivos. Verifica-se que a maioria das prescrições é realizada de forma verbal, o acesso à medicação é realizado através de um stock disponível e estão disponíveis neste contexto medicamentos reconhecidos como medicamentos de alto risco, medicamentos em que o princípio ativo é o mesmo, mas existem dosagens diferentes disponíveis e medicamentos com nome ortográfico

e/ou fonético e/ou aspeto semelhante (medicamentos LASA) (Boytim & Ulrich, 2018; Godinho et al., 2018; Mota et al., 2021). O BO é, uma área de prestação de cuidados, na qual os profissionais estão sujeitos a elevado nível de stress e pressão de gestão de tempo, o que pode levar a elevadas taxas de erros de medicação e erros de elevada severidade (Nanji et al., 2016). Num estudo, verificou-se que aproximadamente uma em cada vinte administrações de medicamentos no período perioperatório resultou em erro de medicação e/ou eventos adversos relacionados com medicamentos. Mais de um terço desses erros levaram a danos no cliente, e os dois terços restantes tinham potencial para causar danos ao mesmo (Nanji et al., 2016). A promoção da segurança relacionada com a medicação, é inclusivamente uma das áreas de atenção no PNSD (2021-2026) (DGS, 2022a). Durante o estágio realizaram-se atividades para a aplicação de práticas seguras relacionadas com medicação, nomeadamente a verificação dos cinco certos (identificação correta do doente, nome do medicamento, dose, via de administração e hora), identificação inequívoca de fármacos através da utilização de etiquetas, confirmação com o prescriptor em caso de dúvida, especial atenção foi prestada a medicamentos reconhecidos como potenciadores de erros e eventos adversos (medicamentos de alto risco, medicamentos em que o princípio ativo é o mesmo mas existem dosagens diferentes disponíveis e medicamentos LASA) e familiarização com as normas nacionais e institucionais relacionadas com a segurança da medicação (DGS, 2015b). Foram realizadas discussões informais com as supervisoras, sobre as recomendações emanadas pela Sociedade Portuguesa de Anestesiologia e a AESOP, no sentido da implementação da normalização de um carro de anestesia nos locais de estágio, como uma das formas de evitar danos decorrentes da administração de medicamentos e procedimentos anestésicos.

As IACS, mais especificamente as ILC, têm vindo a aumentar e causam morbidade e mortalidade nas pessoas submetidas a cirurgia, levando ao incremento nos gastos económicos dos serviços de saúde mundialmente (Berríos-Torres et al., 2017; OMS, 2018; Pina et al., 2010). Especificamente em Portugal, as ILC representaram 18% das infeções hospitalares, no inquérito de prevalência realizado em 2012, sendo a terceira IACS mais prevalente. Estas são responsáveis por sete a onze dias adicionais de internamento e por um aumento do risco de morte em duas a onze vezes (DGS, 2015c). As ILC são evitáveis sendo, por isso, a prevenção da infeção uma componente crítica sempre que se fala da segurança da pessoa em situação perioperatória (Allegranzi et al., 2016; Berríos-Torres et al., 2017; Pina et al., 2010).

Muitos fatores influenciam o desenvolvimento da ILC. Alguns fatores relacionam-se com as características individuais das pessoas, mas outros podem estar relacionados com as práticas da equipa cirúrgica e a descontaminação do material e equipamento utilizado (OMS, 2018; Pina et al., 2010). Desta forma, cabe ao enfermeiro especialista liderar o processo de prevenção e controlo de infeção, adotando e promovendo a adoção junto da equipa multidisciplinar de medidas que ajudem a prevenir as IACS de forma geral e as ILC de forma particular. Este é um processo complexo e carece da integração de um esforço coletivo por parte de vários

profissionais e até da própria pessoa antes, durante e depois da cirurgia. As intervenções para o controlo e a prevenção de infeção, devem ter por base a evidência científica e as normas nacionais e internacionais (DGS, 2013b, 2013c, 2019; OMS, 2018).

Com foco na prevenção das IACS da pessoa em situação perioperatória, ao longo do estágio e durante a prestação de cuidados, adotou-se e promoveu-se a adoção de práticas que respeitam as Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) (DGS, 2013b), o “feixe de intervenções” da prevenção de ILC (DGS, 2015c), a norma de prevenção da ILC (DGS, 2013) e a norma de higiene das mãos nas unidades de saúde (DGS, 2019). Na prática clínica, sempre que pertinente realizou-se a higiene das mãos, a utilização adequada de Equipamento de Proteção Individual (EPI), práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e supervisão de outros profissionais durante a descontaminação de equipamento clínico e higiene das áreas clínicas (DGS, 2013b). Do mesmo modo, administrou-se profilaxia antibiótica dentro dos 60 minutos anteriores à incisão cirúrgica, implementaram-se intervenções para a manutenção da normotermia, prevenção/ tratamento de hipotermia e manteve-se a glicemia em valores menores ou iguais a 180 mg/dl (Berríos-Torres et al., 2017; DGS, 2015c). Como ambos os campos de estágio realizavam maioritariamente CA, a realização do banho pré-operatório com clorexidina 2% no dia anterior à cirurgia e, no dia da cirurgia, com pelo menos duas horas de antecedência era da responsabilidade da pessoa a ser submetida a cirurgia, sendo que se forneceram essas recomendações e respetiva esponja impregnada com clorexidina a consulta pré-operatória. Também nessa consulta se deram recomendações no sentido de evitar a tricotomia do local cirúrgico (Berríos-Torres et al., 2017; DGS, 2015c).

Ainda no âmbito da prevenção da infeção, no contexto do estágio, quando houve a oportunidade de integrar a equipa cirúrgica no papel de enfermeira instrumentista, realizou-se a preparação pré-cirúrgica das mãos (Allegranzi et al., 2016; Berríos-Torres et al., 2017; OMS, 2018), respeitando os princípios estabelecidos na norma de higiene das mãos nas unidades de saúde da DGS (DGS, 2019), cumpriu-se e fez-se cumprir técnica assética durante a cirurgia (OMS, 2018) e verificou-se a presença dos testemunhos comprovativos de esterilização de dispositivos médicos, bem como a integridade dos invólucros e validade de itens estéreis adicionados à mesa operatória (Aholaaikko & Metsälä, 2015; OMS, 2018).

De modo, a melhor compreender os circuitos de material e os processos de esterilização de equipamentos médicos de uso múltiplo, realizaram-se contactos presenciais com os serviços de esterilização dos contextos onde decorreu o estágio e com a central de esterilização do centro hospitalar. Através da observação e discussão informal com os trabalhadores e os responsáveis pela esterilização, enriqueceu-se o conhecimento e obteve-se melhor entendimento de todo o circuito e processos de esterilização, bem como dos fatores que influenciam a gestão de equipamentos no BO.

A retenção inadvertida de itens quantificáveis é identificada como um erro intraoperatório, um

evento sentinela ou *never event* (Chard & Tovin, 2018; TJC, 2013). Deste modo, realizou-se uma formação em serviço para os enfermeiros da UCA com a temática “Impacto do enfermeiro perioperatório na segurança do doente cirúrgico práticas de prevenção de retenção inadvertida de itens quantificáveis no local cirúrgico”. A formação em serviço, permitiu uma partilha com a equipa de enfermagem, da evidência científica relativa à retenção inadvertida de itens quantificáveis no local cirúrgico, promoveu uma reflexão sobre o papel do enfermeiro perioperatório na implementação de práticas de gestão de risco associadas à prevenção de retenção inadvertida de itens quantificáveis no local cirúrgico, tais como realização de contagem cirúrgica. A não realização de contagem cirúrgica e/ ou contagem incorreta é identificado como um erro comum no contexto perioperatório (Mota et al., 2021) e é uma preocupação, pois é importante na prevenção da retenção de itens quantificáveis sendo um dos itens da LVSC (TJC, 2013; DGS, 2013a). A formação fomentou também a discussão e reflexão crítica dos enfermeiros sobre as práticas realizadas, enfatizou a necessidade de notificar incidentes, motivou sugestões de melhoria contínua e alterações a serem integradas nas instruções de trabalho e procedimentos hospitalares.

De igual modo, além de maximizar a segurança da pessoa em situação perioperatória, o enfermeiro especialista perioperatório deve maximizar a segurança da equipa pluridisciplinar e do próprio ambiente do BO. O BO é um ambiente altamente complexo, requer de quem nele trabalha a exposição a certos riscos, sejam eles físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, psicológicos e acidentais (Madrid & Glanzner, 2021; Martí-Ejarque et al., 2021). Esta exposição tem potencial de causar danos na saúde dos profissionais, podendo causar absentismo e tendo impacto na qualidade de vida dos profissionais e na qualidade dos cuidados prestados pelos mesmos (Madrid & Glanzner, 2021; Martí-Ejarque et al., 2021). O fumo cirúrgico, vaporização tecidual que se forma na eletrocirurgia (Xie et al., 2021), é um exemplo de um agente biológico ao qual o enfermeiro perioperatório está exposto na sua atividade profissional. Este contém componentes prejudiciais à saúde (Khoshdel et al., 2014) e acredita-se que pode promover o desenvolvimento de um processo patológico, principalmente pelo efeito cumulativo da exposição dos profissionais a elementos carcinogénicos presentes na sua constituição (Bree et al., 2017). Os elementos estruturais e do ambiente, onde os enfermeiros prestam cuidados no perioperatório, são considerados no *Perioperative Patient Focused Model*, no seu domínio “sistemas de saúde” (Van Wicklin, 2020), considerando-se que o fumo cirúrgico, pelas características referidas anteriormente, pode influenciar negativamente o ambiente do BO onde trabalham esses enfermeiros.

No decurso do estágio, foram realizadas reuniões e discussões informais com os supervisores e restantes enfermeiros EEMC, sobre questões relacionadas com as condições do ambiente de trabalho promotoras da saúde e segurança dos profissionais. Entre muitas outras, uma das temáticas abordadas foi o fumo cirúrgico. De modo a sensibilizar profissionais sobre este tema, foi convidada a equipa da UCA a participar num *Webinar* promovido pelo Núcleo de Enfermagem

Médico-Cirúrgica da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, sobre a “Segurança no Bloco Operatório”, onde se apresentou uma comunicação oral com a temática “Implicações do Fumo Cirúrgico para os Enfermeiros (Anexo IX), com esta pretendeu-se explanar como os enfermeiros podem proteger a sua saúde através da implementação de medidas que promovam um ambiente livre de fumo cirúrgico no BO.

No BO de oftalmologia, houve a oportunidade de experienciar intervenções de enfermagem relacionadas com o processo de doação e transplantação de órgãos e tecidos, nomeadamente tecidos corneanos. Considera-se que esta oportunidade, foi relevante como parte do desenvolvimento de competências especializadas, na área da doação e transplantação de órgãos e tecidos (Regulamento nº 429/2018). O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área da enfermagem à pessoa em situação perioperatória, ao participar nos procedimentos de colheita e transplantação de órgãos, deve deter e mobilizar conhecimentos sobre questões legais, éticas e bioéticas, os processos e as políticas hospitalares que envolvem a doação e transplantação de órgãos e tecidos (Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida [CNECV], 2012; Decreto-Lei nº 36/2013). Há que preservar a qualidade e a viabilidade dos órgãos e tecidos a serem transplantados, bem como promover a segurança e saúde dos recetores e dadores (Aguiar & Moreira, 2016; Instituto Português do Sangue e da Transplantação [IPST], 2013).

A sensibilização para os aspetos éticos e legais relacionada com a colheita e transplantação, começou quando se participou no “XX Congresso Nacional da AESOP”, através do painel proferido sobre “Colheita de Órgãos e a Enfermagem do Perioperatório - Ética num Corpo com História”.

A doação de córneas, tem algumas especificidades, difere de outros órgãos e tecidos, pois pode acontecer em casos de morte cerebral e até seis horas após o óbito, ou seja, a colheita pode ser realizada *post mortem* (Souza et al., 2019). Segundo a legislação nacional, vigora em Portugal o consentimento presumido, ou seja, todas as pessoas são consideradas potenciais dadoras depois do falecimento até que se inscrevam no Registo Nacional de Não Dadores (RENDA) (Decreto-Lei nº 22/2007 de 29 de junho, 2007), os profissionais estão sujeitos a sigilo profissional e têm de tomar medidas que garantam a proteção de dados pessoais relativos aos dadores e recetores e confidencialidade de informação (IPST, 2013).

A experiência em contexto de estágio permitiu um acompanhamento de todo o processo desde a colheita da córnea, ao transporte e armazenamento até à transplantação. A colheita de córnea foi realizada após o médico oftalmologista verificar que não existia nenhuma contra-indicação para a mesma, de acordo com o protocolo institucional. Foi necessário garantir que todo o material para colheita e transporte das córneas estava presente e em condições de ser utilizado, e garantidas as condições de assepsia durante a colheita. Foram realizados posteriormente os procedimentos para colocação das córneas em recipiente próprio, com

solução de conservação que garantisse a qualidade das mesmas até 14 dias. Posteriormente as córneas foram transportadas em saco térmico com termoacumulador em tempo útil, até ao armazenamento em frigorífico com controlo de temperatura destinado apenas ao armazenamento de córneas, até ao momento do transplante. Este processo envolve também a identificação das córneas e colheita de sangue para estudo analítico do dador, de modo a manter a sigilo sobre os dados pessoais do dador, mas que permita a identificação das córneas, no caso de os resultados analíticos identificarem alguma doença infectocontagiosa. A colheita de córneas envolve cuidados *post mortem*, de modo a respeitar a dignidade do dador. Foram realizados registos cuidadosos de movimentação de córneas de modo a garantir a rastreabilidade e respeito pelo tempo de viabilidade dos tecidos e prevenir tráfico de tecidos biológicos. Finalmente, a transplantação de córnea, envolve cuidados à pessoa em situação perioperatória que precisa desse procedimento cirúrgico, desde a preparação pré-operatória até à recuperação pós-operatória, sendo realizado além dos procedimentos “padrão”, uma colheita do líquido de conservação de córnea para análise microbiológica, durante a cirurgia. O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área da enfermagem à pessoa em situação perioperatória, deve fomentar ações que promovam o respeito pelos princípios éticos, pela legislação vigente e pela garantia da segurança e saúde dos dadores e recetores de órgãos, para promover os melhores cuidados aos dadores e recetores, bem como a confiança da população nos serviços de saúde, no que concerne à transplantação.

## 6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

A realização do estágio que deu origem ao presente relatório, através do contacto com duas realidades do contexto perioperatório, onde se desenvolvem exclusivamente cirurgia em regime de ambulatório, revelou-se uma oportunidade pedagógica bastante enriquecedora. Acredita-se que a prestação de cuidados de enfermagem, a pessoas em situação perioperatória, em contexto de cirurgia de ambulatório, avizinha-se como o futuro da enfermagem perioperatória, invocando a necessidade de investimento nesta área, para se promoverem cuidados seguros, de qualidade e que respondam às verdadeiras necessidades das pessoas.

A realização do presente relatório de estágio, tinha como propósito a apresentação e discussão crítica do percurso e processo de aprendizagem, com vista ao desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória. Este foi demonstrado pela apresentação e descrição de atividades desenvolvidas ao longo do estágio, acompanhada por uma reflexão fundamentada na literatura e interpretação crítica sobre as mesmas. Adicionalmente, a realização do trabalho de investigação “Consulta Pré-Operatória de Enfermagem, da Criança/Jovem e Família, em Cirurgia de Ambulatório: Uma *Scoping Review*”, apresentada em formato artigo, deu oportunidade ao desenvolvimento de conhecimentos nesta área e de capacidade de consultar e mobilizar evidência científica, numa tentativa de contribuir para a prestação de cuidados especializados, baseados na mais atual evidência científica.

Conclui-se, que após o apresentado ao longo deste documento, o propósito inicialmente estabelecido foi atingido com sucesso. De ressaltar, que se fez menção apenas às áreas específicas das competências, que se considerou terem sido mais relevantes no percurso formativo, pois o limite instituído de páginas para o presente documento, não permitia a apresentação exaustiva de todos os detalhes e momentos.

A realização deste relatório de estágio foi uma experiência académica enriquecedora e estimulante, mas simultaneamente árdua e desafiante. Por um lado, permitiu fazer a ponte de ligação entre a componente teórica e o contexto clínico, proporcionando crescimento e aprendizagem profissional especializada. No entanto, o investimento na componente académica, exigiu uma gestão e equilíbrio entre esta e as componentes profissional e pessoal, que nem sempre se demonstrou fácil. Logo, apesar dos desafios encontrados ao longo do percurso, foi com agrado que desenvolvi todo o trabalho, esperando que o mesmo se tenha refletido na leitura deste relatório de estágio.

Pela vasta e desafiante natureza do trabalho desempenhado pelos enfermeiros especialistas, na

área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, os avanços científicos e tecnológicos que estes encontram diariamente e as crescentes expectativas por padrões de cuidados de enfermagem qualificados, acredita-se que este curso foi decisivo para a aquisição de ferramentas fundamentais para a capacidade de adaptação ao futuro que se antevê, não sendo por isso a conclusão deste relatório um fim, mas sim o início do percurso para desenvolvimento profissional especializado, que requer um trabalho árduo e contínuo.

## 7. BIBLIOGRAFIA

Adamson, T., Godil, S. S., Mehrlich, M., Mendenhall, S., Asher, A. L., & McGirt, M. J. (2016). Anterior cervical discectomy and fusion in the outpatient ambulatory surgery setting compared with the inpatient hospital setting: analysis of 1000 consecutive cases. *Journal of Neurosurgery: Spine*, 24(6), 878-884. <https://doi.org/10.3171/2015.8.SPINE14284>

AESOP. (2017). *Prevenção e controlo da hipotermia perioperatória inadvertida - Práticas Recomendadas para Bloco Operatório*. <https://www.ulsguarda.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2018/02/Draft-Brochura-AESOP-PR-Hipotermia-Pantone-569.pdf>

Aguiar, F., & Moreira, J. (2016). Educação Permanente em Saúde: a Problemática da Doação de Órgãos. *Revista de Ensino, Educação e Ciências Humanas*, 17, 153. [https://www.researchgate.net/publication/305361602\\_Educacao\\_Permanente\\_em\\_Saude\\_a\\_Problematica\\_da\\_Doacao\\_de\\_Orgaos](https://www.researchgate.net/publication/305361602_Educacao_Permanente_em_Saude_a_Problematica_da_Doacao_de_Orgaos)

Aholaakko, T.-K., & Metsälä, E. (2015). Aseptic practice recommendations for circulating operating theatre nurses. *British Journal of Nursing*, 24(13), 670-678. <https://doi.org/10.12968/bjon.2015.24.13.670>

Aitkenhead, A., Thompson, J., & Mopett, I. (2013). *Smith and Aitkenhead's Textbook of Anaesthesia*. (6th ed.). Elsevier Ltd.

Akca, S. O., Gozen, D., & Akpınar, Y. Y. (2015). The effects of pre-op training on the anxiety levels of children in Corum/Turkey. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 61(2), 121-125. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.61.02.121>

Allegranzi, B., Bischoff, P., de Jonge, S., Kubilay, N. Z., Zayed, B., Gomes, S. M., Abbas, M., Atema, J. J., Gans, S., van Rijen, M., Boermeester, M. A., Egger, M., Kluytmans, J., Pittet, D., & Solomkin, J. S. (2016). New WHO recommendations on preoperative measures for surgical site infection prevention: an evidence-based global perspective. *The Lancet Infectious Diseases*, 16(12), e276-e287. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(16\)30398-X](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(16)30398-X)

Anuja, B. S., Devi, E. S., Sequira, L., Rao, L., & H., V. P. (2014). Effectiveness of Intra Operative Hand Holding on Anxiety and Physiological Parameters among Patients Undergoing Cataract Surgery. *Journal of Health and Allied Sciences NU*, 04(02), 27-33. [https://www.researchgate.net/publication/314082166\\_Effectiveness\\_of\\_Intra\\_Operative\\_Hand\\_Holding\\_on\\_Anxiety\\_and\\_Physiological\\_Parameters\\_Among\\_Patients\\_Undergoing\\_Cataract\\_Surgery](https://www.researchgate.net/publication/314082166_Effectiveness_of_Intra_Operative_Hand_Holding_on_Anxiety_and_Physiological_Parameters_Among_Patients_Undergoing_Cataract_Surgery)

Aydin, D., Klit, J., Jacobsen, S., Troelsen, A., & Husted, H. (2015). No major effects of preoperative education in patients undergoing hip or knee replacement – a systematic review. *Danish Medical Journal*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26183051/>

Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S. (2021). Segurança do Doente: Princípios e Conceitos. In Lidel (Ed.), *Guia Prático para a Segurança do Doente* (1a Edição, pp. 3-10).

Berríos-Torres, S. I., Umscheid, C. A., Bratzler, D. W., Leas, B., Stone, E. C., Kelz, R. R., Reinke, C. E., Morgan, S., Solomkin, J. S., Mazuski, J. E., Dellinger, E. P., Itani, K. M. F., Berbari, E. F., Segreti, J., Parvizi, J., Blanchard, J., Allen, G., Kluytmans, J. A. J. W., Donlan, R., ... Committee, for the H. I. C. P. A. (2017). Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 2017. *JAMA Surgery*, 152(8), 784-791. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.0904>

Beydler, K. W. (2017). The Role of Emotional Intelligence in Perioperative Nursing and Leadership: Developing Skills for Improved Performance. *AORN Journal*, 106(4), 317-323. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.08.002>

Bowling, B. (2016). Lens. In *Kanski's Clinical Ophthalmology A systematic approach* (8th ed., pp. 269-303). Elsevier.

Boytim, J., & Ulrich, B. (2018). Factors Contributing to Perioperative Medication Errors: A Systematic Literature Review. *AORN Journal*, 107(1), 91-107. <https://doi.org/10.1002/aorn.12005>

Breda, L. F. T. F., & Cerejo, M. D. N. R. (2021). The influence of the preoperative nursing consultation on meeting patients' information needs. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2021(5). <https://doi.org/10.12707/rv20088>

Bree, K., Barnhill, S., & Rundell, W. (2017). The Dangers of Electrosurgical Smoke to Operating Room Personnel: A Review. In *Workplace Health and Safety* (Vol. 65, Issue 11). <https://doi.org/10.1177/2165079917691063>

Brown, E., 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>

Brown, M., Baribeault, T., Bland, R., Wofford, K., & Maye, J. (2021). Perioperative Pain Management for Surgical Patients with Opioid Use Disorder: A Program Development Initiative. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 36(6), 622-628. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2021.04.006>

Brown, T. (2014). Especificidades Pediátricas das Intervenções de Enfermagem. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (9th ed., pp. 610-676). Elsevier.

Cabral, D. (2004). *Cuidados especializados em enfermagem perioperatória: contributos para a sua implementação* [Tese de Doutoramento em Ciências da Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédica Abel Salazar]. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/64648>

Camillo, F. (2017). Degenerative disorders of the cervical spine. In F. Azar, J. Beaty, & S. T. Canale (Eds.), *Campbell's Operative Orthopaedics (Volume two)* (13th ed., pp. 1610-1643). Elsevier.

Carvalho, R. (2013). Anestesia para Ortopedia. In H. Machado (Ed.), *Manual de Anestesiologia* (pp. 394-401). Lidel.

Chang, T. F., Chen, C. K., & Chen, M. J. (2017). A study of interpersonal conflict among operating room nurses. *Journal of Nursing Research*, 25(6), 400-410. [https://journals.lww.com/jnr-twina/Fulltext/2017/12000/A\\_Study\\_of\\_Interpersonal\\_Conflict\\_Among\\_Operating.2.aspx](https://journals.lww.com/jnr-twina/Fulltext/2017/12000/A_Study_of_Interpersonal_Conflict_Among_Operating.2.aspx)

Chard, R., & Tovin, M. (2018). The Meaning of Intraoperative Errors: Perioperative Nurse Perspectives. *AORN Journal*, 107(2), 225-235. <https://doi.org/10.1002/AORN.12032>

CNECV. (2012). *Parecer sobre o regime jurídico da qualidade e segurança relativa à dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento, distribuição e aplicação de órgãos de origem humana*. [https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2012/Setembro/Par ec65\\_2012\\_CNECV.pdf](https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2012/Setembro/Par ec65_2012_CNECV.pdf)

Costa, D., Maltez, F., Mota, L., & Príncipe, F. (2021). Relevância da informação no regresso a casa do idoso após cirurgia da catarata: perspetiva dos enfermeiros. *Millenium*, 2(14), 21-28. <https://doi.org/10.29352/mill0214.20801>

Cunha, E., Barreto, A., Costa, V., Nascimento, P., & Vieira, S. (2014). Ações de Enfermagem no controle e tratamento da catarata: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 8(2), 407-415. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9688/9740>

Dadacı, Z., Borazan, M., & Öncel Acır, N. (2016). Pain Perception in Phacoemulsification with Topical Anesthesia and Evaluation of Factors Related with Pain. *Türk Oftalmoloji Dergisi*, 46(4), 151-155. <https://doi.org/10.4274/tjo.13914>

Dahlberg, K., Sundqvist, A.-S., Nilsson, U., & Jaensson, M. (2022). Nurse competence in the post-anaesthesia care unit in Sweden: a qualitative study of the nurse's perspective. *BMC Nursing*, 21(1), 14. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00792-z>

Dayucos, A., French, L. A., Kelemen, A., Liang, Y., & Lanyi, C. S. (2019). Creation and evaluation of a preoperative education website for hip and knee replacement patients—A pilot study. *Medicina (Lithuania)*. <https://doi.org/10.3390/medicina55020032>

Decreto Lei nº 22/2007 de 29 de junho, Pub. L. No. Diário da República 1a Série no 124 (2007). [https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=919&tabela=leis&so\\_miolo=](https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=919&tabela=leis&so_miolo=)

Decreto Lei nº 36/2013 de 12 de junho, Pub. L. No. Diário da República 1a serie no 112 (2013). [https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=1928&tabela=leis](https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1928&tabela=leis)

Despacho nº 6668/2017, de 2 de agosto de 2017, Pub. L. No. Diário da República, 2.a série-N.o 148 (2017). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/6668-2017-107794485>

DGS. (2003). *Circular Normativa Nº 09/DGCG: A Dor como 5o sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor.* [https://aped-dor.org/documentos/DGS-dor\\_como\\_5\\_sinal\\_vital\\_-\\_2003.pdf](https://aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf)

DGS. (2013a). *Norma nº 02/2013: Cirurgia Segura, Salva Vidas.* <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022013-de-12022013-atualizada-a-25062013-jpg.aspx>

DGS. (2013b). *Norma nº 029/2012: Precauções Básicas do Controlo de Infeção (PBCI).* <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>

DGS. (2013c). *Norma nº 24/2013: Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico.* <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0242013-de-23122013-pdf.aspx>

DGS. (2015a). *Norma nº 015/2013: Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito.* [https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/DGS%20Consentimento%20Informado%20DGS\\_atualizado%204Nov2015.pdf](https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/DGS%20Consentimento%20Informado%20DGS_atualizado%204Nov2015.pdf)

DGS. (2015b). *Norma nº 020/2014: Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes.* <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202014-de-30122014-pdf.aspx>

DGS. (2015c). *Norma nº 020/2015: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico.* [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma\\_020\\_2015\\_atualizada\\_17\\_11\\_2022\\_prev\\_inf\\_local\\_cirurgico.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf)

DGS. (2017a). *Norma nº 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.* <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

DGS. (2017b). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor.* [https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-Programa\\_Nacional\\_para\\_a\\_Preven%C3%A7%C3%A](https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-Programa_Nacional_para_a_Preven%C3%A7%C3%A)

3o\_e\_Controlo\_da\_Dor\_-\_2017.pdf

DGS. (2018). *Estratégia Nacional para a Saúde da Visão*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/06/EstrategiaVisao.pdf>

DGS. (2019). *Norma nº 007/2019: Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>

DGS. (2022a). *Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. <http://www.tecnohospital.pt/userfiles/files/blog/Plano%20Nacional%20para%20a%20Seguran%C3%A7a%20dos%20Doentes%202021-2026.pdf>

DGS. (2022b). *Norma nº 031/2013: Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto*. [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)

Doenges, M., Moorhouse, M., & Murr, A. (2019). Neurological/ Sensory Disorders. In *Nursing Care Plans: Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span* (10th ed., pp. 216-339). F. A. Davis Company.

DQS. (2019). *Instituições de Saúde/ Centros Hospitalares - ME 17 1\_01 Manual de Standards*. <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/manual-de-standards-is-ch1.aspx>

Drake, R. L., Wayne, V., & Mitchell, A. W. M. (2004). Dorso. In *GRAY's Anatomia para Estudantes* (2nd ed., pp. 14-98). Elsevier.

Esposito, P., & Canton, A. D. (2014). Clinical audit, a valuable tool to improve quality of care: General methodology and applications in nephrology. *World Journal of Nephrology*, 3(4), 249. <https://doi.org/10.5527/wjn.v3.i4.249>

Esteves, C., & Pinto, D. (2021). Importância de um Programa de Gestão da Qualidade na Saúde para a Segurança do Doente. In Lidel (Ed.), *Guia Prático para a Segurança do Doente* (1a Edição, pp. 19-30).

Evangelista, C., Lopes, M., Nóbrega, M., Vasconcelos, M., & Viana, A. (2020). Análise da teoria de Jean Watson de acordo com o modelo de Chinn e Kramer. *Revista de Enfermagem Referência, V Série* (No 4). <https://doi.org/10.12707/RV20045>

Ferreira, A., Marques, F., Príncipe, F., Mota, L., Cardoso, M., & Vieira, R. (2022). Satisfação dos clientes da cirurgia de catarata com a consulta pré-operatória de enfermagem. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(19), 55-61.

<https://doi.org/10.29352/mill0219.25839>

Ferreira, A. (2020). *Resultados das próteses de disco cervical a longo prazo* [Tese de Mestrado integrado em Medicina: Ortopedia e Traumatologia, Universidade do Porto]. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/128861/2/414268.pdf>

Ferreira, L. (2013). Anestesia para Oftalmologia. In H. Machado (Ed.), *Manual de Anestesiologia* (pp. 507-515). Lidel.

Ferrito, C. (2014). Conceitos Básicos de Enfermagem Perioperatória. In O. Martins & A. Duarte (Eds.), *Enfermagem em Bloco Operatório* (pp. 3-9). Lidel.

Figueiredo, A. R. E., Potra, T. M. F. dos S., & Lucas, P. R. M. B. (2020). Transição de cuidados de enfermagem: ISBAR na promoção da segurança dos doentes - revisão scoping. *Ámbitos. Revista Internacional de Comunicación*, 49, 32-48. <https://doi.org/10.12795/Ambitos.2020.i49.03>

Fonseca, M. (2014). A influência do ensino pré-operatório de enfermagem na redução da ansiedade intra-operatória em cirurgia ambulatoria de extração de catarata. In *Enformação* (pp. 28-34).

<http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/1954/1/Enforma%c3%a7%c3%a3o%202014%20ago%20out%20n%c2%ba%204%2028.pdf>

Fortier, M. A., Bunzli, E., Walthall, J., Olshansky, E., Saadat, H., Santistevan, R., Mayes, L., & Kain, Z. N. (2015). Web-Based Tailored Intervention for Preparation of Parents and Children for Outpatient Surgery (WebTIPS): Formative Evaluation and Randomized Controlled Trial. *Anesthesia and Analgesia*, 120(4), 915-922. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000000632>

Gayer, S. (2016). Ophthalmic Surgery. In K. Allman & I. Wilson (Eds.), *Oxford Handbook of Anaesthesia* (4th ed., pp. 661-682). Oxford University Press.

Glare, P., Aubrey, K. R., & Myles, P. S. (2019). Transition from acute to chronic pain after surgery. *The Lancet*, 393(10180), 1537-1546. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30352-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30352-6)

Godinho, L. F., Carreira, C., & Martins, C. (2018). Medicamentos Look-Alike, Sound-Alike Um Velho Conceito Sempre em Atualização. *Revista Da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 27(3), 20-24. <https://doi.org/10.25751/rspa.15145>

Gong, D., Liu, J., Zhao, X., & Zhang, L. (2018). The effect of nursing intervention on preoperative cataract. *Medicine*, 42(97), 1-4. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000012749>

Göras, C., Nilsson, U., Ekstedt, M., Unbeck, M., & Ehrenberg, A. (2020). Managing complexity in the operating room: a group interview study. *BMC Health Services Research*, 20(1), 440. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05192-8>

Gornet, M. F., Buttermann, G. R., Wohns, R., Billinghurst, J., Brett, D. C., Kube, R., Sales, J. R., Wills, N. J., Sherban, R., Schranck, F. W., & Copay, A. G. (2018). Safety and Efficiency of Cervical Disc Arthroplasty in Ambulatory Surgery Centers vs. Hospital Settings. *International Journal of Spine Surgery*, 12(5), 557-564. <https://doi.org/10.14444/5068>

Gower, E. W., Keay, L. J., Stare, D. E., Arora, P., Cassard, S. D., Behrens, A., Tielsch, J. M., & Schein, O. D. (2015). Characteristics of Endophthalmitis after Cataract Surgery in the United States Medicare Population. *Ophthalmology*, 122(8), 1625-1632. <https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2015.04.036>

Guedes, A. (2013). Gestão do Risco Clínico em Anestesiologia. In *Manual de Anestesiologia* (pp. 273-297). Lidel.

Gwinnutt, C., & Gwinnutt, M. (2013). *Clinical Anaesthesia - Lecture Notes* (4th ed.). Wiley-Blackwell.

Hallquist, D. L. (2005). Developments in the RN First Assistant Role During the Korean War. *AORN Journal*, 82(4), 644-647. [https://doi.org/10.1016/S0001-2092\(06\)60033-1](https://doi.org/10.1016/S0001-2092(06)60033-1)

Hassan, T., Saeed, S., Moazzam, M., Sadiq, M., Siddique, S., & Ayub, F. (2021). Coordination Difficulties in the Management of Operation Theatre in Children Hospital Lahore. *Asian Journal of Allied Health Sciences (AJAHS)*. <https://doi.org/10.52229/ajahs.v5i4.789>

Healy, K. (2013). A Descriptive Survey of the Information Needs of Parents of Children Admitted for Same Day Surgery. *Journal of Pediatric Nursing*, 28(2), 179-185. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2012.07.010>

Hecht, I., Kanclerz, P., & Tuuminen, R. (2022). Secondary outcomes of lens and cataract surgery: More than just “best-corrected visual acuity.” *Progress in Retinal and Eye Research*, 101150. <https://doi.org/10.1016/j.preteyeres.2022.101150>

Heideveld-Chevalking, A. J., Calsbeek, H., Damen, J., Gooszen, H., & Wolff, A. P. (2014). The impact of a standardized incident reporting system in the perioperative setting: a single center experience on 2,563 ‘near-misses’ and adverse events. *Patient Safety in Surgery*, 8(1), 46. <https://doi.org/10.1186/s13037-014-0046-1>

Hinkle, J., & Cheever, K. (2020). Avaliação e manejo de pacientes com distúrbios oculares e visuais. In V. Watking (Ed.), *Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica* (14th ed., Vol. 2, pp. 1869-1966). Guanabara Koogan Ltda.

Honavar, S. (2022). Endophthalmitis A risk not worth taking. *Indian Journal of Ophthalmology*, 70(2), 355-356. [https://doi.org/10.4103/ijo.IJO\\_171\\_22](https://doi.org/10.4103/ijo.IJO_171_22)

IAAS. (2014). *Ambulatory Surgery Handbook* (2nd ed.). International Association for Ambulatory

Surgery. [https://theiaas.net/wp-content/uploads/2022/06/Day\\_Surgery\\_Manual.pdf](https://theiaas.net/wp-content/uploads/2022/06/Day_Surgery_Manual.pdf)

IASP. (2017). FICHA TÉCNICA No 7: Dor Pós-Operatória em Crianças e Bebês. In *Ano Mundial de Combate a Dor Pós-Operatória*. [https://www.aped-dor.org/images/FactSheets/PosCirurgica/7.\\_Dor\\_pediatria.Finley-Pt.pdf](https://www.aped-dor.org/images/FactSheets/PosCirurgica/7._Dor_pediatria.Finley-Pt.pdf)

INFARMED. (2021). *Folheto informativo: Informação para o utilizador de Anestocil 4 mg/ml colírio (solução cloridrato de oxibuprocaína)*. [https://edol.pt/wp-content/uploads/2022/03/Anestocil\\_FI\\_05-2021-carimbo.pdf](https://edol.pt/wp-content/uploads/2022/03/Anestocil_FI_05-2021-carimbo.pdf)

IPST. (2013). *Guia para a qualidade e segurança dos órgãos para transplantação*. Conselho da Europa. [http://www.ipst.pt/files/TRANSPLANTACAO/DOACAOETRANSPLANTACAO/Guia\\_Qualidade\\_rgos\\_Verso\\_Portuguesa\\_final.pdf](http://www.ipst.pt/files/TRANSPLANTACAO/DOACAOETRANSPLANTACAO/Guia_Qualidade_rgos_Verso_Portuguesa_final.pdf)

Jenkins, N. W., Parrish, J. M., Nolte, M. T., Jadczyk, C. N., Mohan, S., Geoghegan, C. E., Hrynewycz, N. M., Podnar, J., Buvanendran, A., & Singh, K. (2021). Multimodal Analgesic Management for Cervical Spine Surgery in the Ambulatory Setting. *International Journal of Spine Surgery*, 15(2), 219–227. <https://doi.org/10.14444/8030>

Kalantari, R., Zamanian, Z., Hasanshahi, M., Jamali, J., Faghihi, A., Niakan, M. H., & Gheysari, S. (2022). An observational study to assess circulating nurses' non-technical skills. *Journal of Perioperative Practice*, 17504589221117672. <https://doi.org/10.1177/17504589221117673>

Kang, E., Gillespie, B., & Massey, D. (2014). What are the non-technical skills used by scrub nurses? An integrated review. *ACORN*, 27, 16–25. [https://www.researchgate.net/publication/281179042\\_What\\_are\\_the\\_non-technical\\_skills\\_used\\_by\\_scrub\\_nurses\\_An\\_integrated\\_review](https://www.researchgate.net/publication/281179042_What_are_the_non-technical_skills_used_by_scrub_nurses_An_integrated_review)

Karasin, B., & Grzelak, M. (2021). Anterior Cervical Discectomy and Fusion: A Surgical Intervention for Treating Cervical Disc Disease. *AORN Journal*, 113(3), 237–251. <https://doi.org/10.1002/aorn.13329>

Khoshdel, H., Amouzesi, A., Amouzesi, Z., & Unesi, Z. (2014). Surgical Team' Knowledge About electrocautery smoke complications in the Educational hospitals in Birjand, 2011. *Journal of Surgery and Trauma*, 2(1), 17–20. [https://www.researchgate.net/publication/326982192\\_Surgical\\_Team'\\_Knowledge\\_About\\_electrocautery\\_smoke\\_complications\\_in\\_the\\_Educational\\_hospitals\\_in\\_Birjand\\_2011](https://www.researchgate.net/publication/326982192_Surgical_Team'_Knowledge_About_electrocautery_smoke_complications_in_the_Educational_hospitals_in_Birjand_2011)

Kitney, P., Tam, R., Bramley, D., & Simons, K. (2020). Handover using ISBAR principles in two perioperative sites – A quality improvement project. *Journal of Perioperative Nursing*, 33(4). <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1094>

Klimko, A., Bouros, D., Mindea, I., & Mindea, S. (2022). Safety of Anterior Cervical Disc

Arthroplasty in the Ambulatory Setting: an Eastern European Experience. *Maedica*, 17(1), 14-19. <https://doi.org/10.26574/MAEDICA.2022.17.1.14>

Lee, C. M., Rodgers, C., Oh, A. K., & Muckler, V. C. (2017). Reducing Surgery Cancellations at a Pediatric Ambulatory Surgery Center. *AORN Journal*, 105(4), 384-391. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.01.011>

Limb, C., Fowler, A., Gundogan, B., Koshy, K., & Agha, R. (2017). How to conduct a clinical audit and quality improvement project. *International Journal of Surgery Oncology*, 2(6). <https://doi.org/10.1097/IJ9.0000000000000024>

Link, T. (2020). Guidelines in Practice: Hypothermia Prevention. *AORN Journal*, 111(6), 653-666. <https://doi.org/10.1002/aorn.13038>

Liu, Y.-C., Wilkins, M., Kim, T., Malyugin, B., & Mehta, J. S. (2017). Cataracts. *The Lancet*, 390(10094), 600-612. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673617305445>

Lobo, J. P. F. M., Boas, D. V., Linhares, R., Lopes, J. M. M., Rodrigues, P. C., Pinto, R. P., & Neves, N. S. M. (2020). Resultados da artroplastia total de disco cervical com acompanhamento mínimo de 10 anos. *Rev Bras Ortop*, 55(2), 185-190. <https://doi.org/10.1055/s-0039-3400526>

Lööf, G., Andersson-Papadogiannakis, N., & Silén, C. (2019). Children's own perspectives demonstrate the need to improve paediatric perioperative care. *Nursing Open*, 6(4), 1363-1371. <https://doi.org/10.1002/nop2.332>

Lopes, C. M. de M., Haas, V. J., Dantas, R. A. S., Oliveira, C. G. de, & Galvão, C. M. (2016). Assessment scale of risk for surgical positioning injuries. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24(0). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0644.2704>

Louw, A., Diener, I., Butler, D. S., & Puenteadura, E. J. (2013). Preoperative education addressing postoperative pain in total joint arthroplasty: Review of content and educational delivery methods. In *Physiotherapy Theory and Practice*. <https://doi.org/10.3109/09593985.2012.727527>

Machado, H. (2019). *Protocolos de Anestesia*. Lidel.

Madrid, B. P., & Glanzner, C. H. (2021). The work of the nursing team in the operating room and the health-related damages. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42(special issue), e20200087. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200087>

Marshall, S. D., & Touzell, A. (2020). Human factors and the safety of surgical and anaesthetic care. *Anaesthesia*, 75 Suppl 1(S1), e34-e38. <https://doi.org/10.1111/ANA.14830>

Martí-Ejarque, M. del M., Guiu Lázaro, G., Juncal, R. C., Pérez Paredes, S., & Díez-García, C.

(2021). Occupational Diseases and Perceived Health in Operating Room Nurses: A Multicenter Cross-Sectional Observational Study. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 58, 004695802110607. <https://doi.org/10.1177/00469580211060774>

Mathenge, C. (2020). The importance of the perioperative nurse. *Community Eye Health*, 33(110), 44-45. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8115701/>

McDonald, S., Page, M. J., Beringer, K., Wasiak, J., & Sprowson, A. (2014). Preoperative education for hip or knee replacement. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003526.pub3>

McFarlane, A. (2018). The impact of standardised perioperative handover protocols. *Journal of Perioperative Practice*, 28(10), 258-262. <https://doi.org/10.1177/1750458918775555>

Menezes, E. M. de, Rocha, R. O., Moreira, A. A. D., Nascimento, D. G., Araujo, A. E. P., & Maia, L. C. S. (2012). Artroplastia total de disco cervical com prótese de Bryan: resultados clínicos e funcionais. *Coluna/Columna*, 11(3), 214-218. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-18512012000300005&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-18512012000300005&lng=pt&tlng=pt)

Methangkool, E. (2018). Improving Patient Safety Culture in Anesthesia: How Do We Get There? *Revista Da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 27(4), 87-89. <https://doi.org/10.25751/rspa.15118>

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

Mota, A. S. de C., Castilho, A. F. de O. M., & Martins, M. M. F. P. da S. (2021). Avaliação da segurança do doente no bloco operatório: percepção dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(6), 1-10. <https://doi.org/10.12707/RV20134>

Mower, J. (2015). Incorporating Age-Specific Plans of Care to Achieve Optimal Perioperative Outcomes. *AORN Journal*, 102(4), 369-388. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2015.07.014>

Nagelhout, J. (2018). Neuromuscular blocking agents, reversal agents, and their monitoring. In J. Nagelhout & E. Sass (Eds.), *Nurse Anesthesia* (6th ed., pp. 140-164).

Nanji, K. C., Patel, A., Shaikh, S., Seger, D. L., & Bates, D. W. (2016). Evaluation of Perioperative Medication Errors and Adverse Drug Events. *Anesthesiology*, 124(1), 25-34. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000000904>

NICE. (2016). *Hypothermia: prevention and management in adults having surgery - 2016 Update*. [www.nice.org.uk/guidance/cg65](http://www.nice.org.uk/guidance/cg65)

OE. (2008). Dor: Guia Orientador de Boas Práticas. In *Ordem dos Enfermeiros* (Vol. 1, Issue 1). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

OE. (2011). Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Diminuir o Medo da Cirurgia. In *Cadernos Ordem dos Enfermeiros Série I* (Vol. 2). Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CadernosOE\\_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP\\_VolIII.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_VolIII.pdf)

OE. (2012). *Revisão de: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

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

OE. (2017a). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2\\_padroesqualidcuidesip.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf)

OE. (2017b). *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*. [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)

OE. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Oliveira, V., Massada, M., Costa, L., Freitas, D., Costa, P., & Lopes, S. (2013). Há alguma diferença entre próteses de disco cervicais? *Revista Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia*, 21(3), 349-355. <https://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1997/1/H%C3%A1%20alguma%20diferen%C3%A7a%20entre%20pr%C3%B3teses%20de%20disco%20cervicais.pdf>

OMS. (2009). *Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009: Cirurgia Segura Salva Vidas*. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552\\_por.pdf;sequence=8](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_por.pdf;sequence=8)

OMS. (2018). *Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30689333/>

OMS. (2019). *World report on vision*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516570>

OMS. (2022). *Blindness and Vision Impairment Key Facts*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>

Panella, J. J. (2016). Preoperative Care of Children: Strategies From a Child Life Perspective. *AORN Journal*, 104(1), 11-22. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2016.05.004>

Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A., & Khalil, H. (2020). Scoping Reviews. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBI Manual for Evidence Synthesis*. *JBI*. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Tematico(10)*, 27-39. <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-infecoes-associadas-aos-cuidados-saude-X0870902510898567>

Porrás-González, M. H., Barón-López, F. J., García-Luque, M. J., & Morales-Gil, I. M. (2015). Effectiveness of the Nursing Methodology in Pain Management after Major Ambulatory Surgery. *Pain Management Nursing*, 16(4), 520-525. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.09.013>

Portaria nº 234/2015 de 7 de agosto, Diário da República, 1.ª série — no 153 (2015). <https://files.dre.pt/1s/2015/08/15300/0551605654.pdf>

Ramkissoon, Y., & Cunningham, C. (2008). Cataract Surgery. In J. Timothy (Ed.), *Moorfields Manual of Ophthalmology* (1st ed., pp. 222-272). Elsevier.

Rauch, S., Miller, C., Bräuer, A., Wallner, B., Bock, M., & Paal, P. (2021). Perioperative Hypothermia - A Narrative Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8749-8766. <https://doi.org/10.3390/IJERPH18168749>

Regulamento nº 140/2019: *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*, Pub. L. No. Diário da República, II série-no 26, 4744 (2019). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/regulamento-das-compet%C3%A2ncias-comuns-do-enfermeiro-especialista-e-regulamentos-das-compet%C3%A2ncias-espec%C3%ADficas-das-especialidades-em-enfermagem/>

Regulamento nº 429/2018, Pub. L. No. Diário da República, II série-no 135, 19359 (2018). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Regulamento nº 743/2019, de 25 de setembro: *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*, Pub. L. No. Diário da República n.º 184/2019, Série II, 128 (2019). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Reiter, K. (2014). A Look at Best Practices for Patient Education in Outpatient Spine Surgery. *AORN Journal*, 99(3), 376-384. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2014.01.008>

Rhodes, E., & Foran, P. (2022). Leading with emotional intelligence in perioperative nursing: An integrative review. *Journal of Perioperative Nursing*, 35(4). <https://https://www.journal.acorn.org.au/jpn/vol35/iss4/5/>

Richard, G., & Leighton, R. (2016). Orthopaedic Surgery. In K. Allman & I. Wilson (Eds.), *Oxford Handbook of Anaesthesia* (4th ed., pp. 443–487). Oxford University Press.

Roche, F. (2016). Human Factors and Non-Technical Skills: Teamwork. *Journal of Perioperative Practice*, 26(12), 285–288. <https://doi.org/10.1177/175045891602601205>

Romão, J., & Santos, R. V. (2013). Dor. In D. Machado (Ed.), *Manual de Anestesiologia* (pp. 668–691). Lidel.

Saito, D. Y. T., Zoboli, E. L. C. P., Schweitzer, M. C., & Maeda, S. T. (2013). User, client or patient?: which term is more frequently used by nursing students? *Texto & Contexto - Enfermagem*, 22(1), 175–183. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000100021>

Shafaey, M. I. El, & Basal, A. A. A. (2018). Effect of Implementing Teaching Program on Knowledge and Practice of Nurses and Clinical Outcomes of Patients Post Cataract Surgery. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 7(3), 60–70. [https://www.researchgate.net/publication/327834148\\_Effect\\_of\\_Implementing\\_Teaching\\_Program\\_on\\_Knowledge\\_and\\_Practice\\_of\\_Nurses\\_and\\_Clinical\\_Outcomes\\_of\\_Patients\\_Post\\_Cataract\\_Surgery](https://www.researchgate.net/publication/327834148_Effect_of_Implementing_Teaching_Program_on_Knowledge_and_Practice_of_Nurses_and_Clinical_Outcomes_of_Patients_Post_Cataract_Surgery)

Shin, J. J., Kim, K.-R., Son, D. W., Shin, D. A., Yi, S., Kim, K.-N., Yoon, D.-H., Ha, Y., & Riew, K. D. (2021). Cervical disc arthroplasty: What we know in 2020 and a literature review. *Journal of Orthopaedic Surgery*, 29(1\_suppl), 230949902110069. <https://doi.org/10.1177/23094990211006934>

Sinskey, J. L., Chang, J. M., Shibata, G. S., Infosino, A. J., & Rouine-Rapp, K. (2019). Applying Conflict Management Strategies to the Pediatric Operating Room. *Anesthesia & Analgesia*, 129(4), 1109–1117. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000003991>

Sjöberg, C., Amhliden, H., Nygren, J. M., Arvidsson, S., & Svedberg, P. (2015). The perspective of children on factors influencing their participation in perioperative care. *Journal of Clinical Nursing*, 24(19–20), 2945–2953. <https://doi.org/10.1111/jocn.12911>

Souza, S. S., Migliori, O., Da Silva, O. M., Da Silva, T. G., Durand, M. K., & Celich, K. L. S. (2019). Conhecimento de enfermeiros acerca do processo de doação de córneas. *Enfermagem Brasil*, 17(6), 627–633. <https://doi.org/10.33233/eb.v17i6.2147>

Spruce, L. (2021). Positioning the Patient. *AORN Journal*, 114(1), 75–84. <https://doi.org/10.1002/AORN.13442>

Stanford, P. (2023). Cataracts: the essentials for patient care. *British Journal of Community Nursing*, 28(5), 230–236. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37130710/>

Tavares, D. M. dos S., Oliveira, N. G. N., Oliveira, N. N., & Ikegami, É. M. (2021). Factors associated with the occurrence of falls among older people with and without cataracts: Structural equation modelling analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 30(17–18), 2634–2645. <https://doi.org/10.1111/jocn.15640>

TJC. (2013). Preventing Unintended Retained Foreign Objects. *Sentinel Event Alert*, 51, 1–5. [https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sea\\_51\\_urfos\\_10\\_17\\_13\\_final.pdf](https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sea_51_urfos_10_17_13_final.pdf)

Trinooson, C., & Patel, N. (2018). Fluid administration, perioperative goal-directed fluid therapy, and electrolyte disorders. In J. Nagelhout & E. Sass (Eds.), *Nurse Anesthesia* (6th ed., pp. 347–368). Elsevier.

UNESCO. (2006). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180\\_por](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por)

Van Dijk, J. F. M., Schuurmans, M. J., Alblas, E. E., Kalkman, C. J., & van Wijck, A. J. M. (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 Wicklin, S. A. (2020). The Perioperative Patient Focused Model: A literature review. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 18, 100083. <https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2019.100083>

Viegas, C., & Névoa, I. (2014). Recursos Humanos. In A. Duarte & O. Martins (Eds.), *Enfermagem em Bloco Operatório* (pp. 29–38). Lidel.

Wade, P. (2012). Historical trends influencing the future of perioperative nursing. *ORNAC Journal*, 30(2), 22–35. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22822557/>

Watson, J. (2007). Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 16(1), 129–135. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000100016>

Wilson, J., & Ballisat, B. (2016). Drug Formulary. In *Oxford Handbook of Anaesthesia* (4th ed., pp. 1155–1218). Oxford University Press.

Xie, W., Dumas, O., Varraso, R., Boggs, K. M., Camargo, C. A., & Stokes, A. C. (2021). Association of Occupational Exposure to Inhaled Agents in Operating Rooms with Incidence of Chronic Obstructive Pulmonary Disease among US Female Nurses. *JAMA Network Open*. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.25749>

Yoong, W., Sekar, H., Nauta, M., Yoong, H., & Lopes, T. (2021). Developing the 'checking' discipline. *Postgraduate Medical Journal*, 97(1154), 825-830. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2020-139609>

Yun, O. B., Kim, S.-J., & Jung, D. (2015). Effects of a Clown-Nurse Educational Intervention on the Reduction of Postoperative Anxiety and Pain Among Preschool Children and Their Accompanying Parents in South Korea. *Journal of Pediatric Nursing*, 30(6), e89-e99. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.03.003>

Zarnitz, P., & Malone, E. (2006). Surgical nurse practitioners as registered nurse first assists: The role, historical perspectives, and educational training. *Military Medicine*, 171(9), 875-878. <https://doi.org/10.7205/MILMED.171.9.875>

Zeng, K., Li, Q., Xi, W., & Qiao, Y. (2021). Measures to improve the comfort of cataract surgery patients: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Palliative Medicine*, 10(11), 11849-11858. <https://doi.org/10.21037/apm-21-2945>



## **8. ANEXOS**



## **Anexo I**



## CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM DA CRIANÇA/ JOVEM E FAMÍLIA EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO: UMA *SCOPING REVIEW*

Cátia Pereira, Fátima Segadães, Cristina Barroso (ep12613@esenf.pt;fsegadaes@esenf.pt;cmpinto@esenf.pt)

---

### RESUMO

**Enquadramento:** A criança/jovem e família, a necessitarem de procedimentos cirúrgicos, são foco de intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória. A preparação pré-operatória da criança/jovem e família é favorável, principalmente para cirurgias em regime de ambulatório. A consulta pré-operatória de enfermagem surge como uma oportunidade, para se implementarem intervenções com vista à capacitação da criança/jovem e família para a cirurgia.

**Objetivo:** Mapear a evidência científica disponível, sobre os elementos da consulta pré-operatória de enfermagem, da criança/jovem e família, em cirurgia de ambulatório.

**Metodologia:** Realizada uma *scoping review*. Efetuada pesquisa em bases dados, CINAHL, MEDLINE, MedcLatina, Web of Science e Scopus e no repositório científico de acesso aberto em Portugal e no DART-Europe e-theses portal. Foram considerados os estudos sobre intervenção pré-operatória de enfermagem, na criança/jovem e família, em cirurgia de ambulatório, publicados em inglês, português ou espanhol desde 2013 até 2023.

**Resultados:** Obtiveram-se quatro artigos, representando período temporal de 2013 a 2022. Estes referem as perspetivas de enfermeiros e pais relativamente a elementos da consulta pré-operatória de enfermagem, da criança/jovem e família, em cirurgia de ambulatório. Estes elementos são: a calendarização da consulta relativamente à data da cirurgia, duração, formato, destinatários, conteúdo e estratégias utilizadas para entregar o conteúdo da consulta. Apesar de se ter conseguido identificar os referidos elementos, é óbvia a necessidade de realização de mais investigação relativa a esta temática, especialmente estudos que considerem a perspetivas da criança/jovem.

**Conclusão:** O trabalho de investigação, permitiu identificar os elementos a considerar na consulta pré-operatória de enfermagem, da criança/jovem e família, em cirurgia de ambulatório. Complementarmente, permitiu identificar lacunas na formação dos profissionais e benefícios da realização da consulta, como melhores resultados em saúde, e uma gestão e mais eficiente dos serviços hospitalares.

**Palavras-chave:** Cuidado Perioperatório, Consulta de Enfermagem, Pré-Operatório, Criança/Jovem, Cirurgia de Ambulatório.



## **Anexo II**





CENTRO  
HOSPITALAR  
VILA NOVA DE GAIA|ESPINHO

## Certificado

Certifica-se que **CATIA ANDREIA MADUREIRA PEREIRA** foi Formando(a) do tema “**Gestão perioperatoria dos anticoagulantes em cirurgia oftálmica**”, com a duração de **01h30**, integrado na Formação em Serviço e apresentado no Serviço de **CIRURGIA VASCULAR** no dia **20-01-2023**.

Vila Nova de Gaia, 23 setembro de 2023

Responsável do Serviço de Formação

---

(Paula Rangel, Enf. Gestor)



CENTRO  
HOSPITALAR  
VILA NOVA DE GAIA|ESPINHO

## Conteúdos programáticos:

---

anticoagulantes orais e a sua ação em cirurgia oftalmológica

## **Anexo III**





CENTRO  
HOSPITALAR  
VILA NOVA DE GAIA|ESPINHO

## Certificado

Certifica-se que **CATIA ANDREIA MADUREIRA PEREIRA** foi Formando(a) do tema “**Abordagem perioperatória de doentes com CDI/pacemaker**”, com a duração de **01h30**, integrado na Formação em Serviço e apresentado no Serviço de **CIRURGIA VASCULAR** no dia **19-04-2023**.

Vila Nova de Gaia, 23 setembro de 2023

Responsável do Serviço de Formação

---

(Paula Rangel, Enf. Gestor)



CENTRO  
HOSPITALAR  
VILA NOVA DE GAIA|ESPINHO

## **Conteúdos programáticos:**

---

Cuidados e abordagem perioperatória aos doentes portadores de CDI ou pacemaker

## **Anexo IV**





CENTRO  
HOSPITALAR  
VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO

## Certificado

Certifica-se que **CATIA ANDREIA MADUREIRA PEREIRA** participou no Curso “**Dor aguda - Formação teórico-prática**”, que decorreu no(s) dia(s) **17-05-2023.**, com a duração de **05h00.**

Vila Nova de Gaia, 23 setembro de 2023

Responsável do Serviço de Formação

---

((Paula Rangel, Enf. Gestor))



CENTRO  
HOSPITALAR  
VILA NOVA DE GAIA|ESPINHO

## **Conteúdos programáticos:**

---

Estruturas organizativas no tratamento da dor: normas e orientações em dor aguda; Papel do enfermeiro na avaliação e tratamento da dor; Unidade Funcional de Dor Aguda(UDA) no CHVNGE/EPE.; Avaliação da pessoa com dor: escalas de dor; Tratamento da dor: farmacologia básica dos analgésicos e adjuvantes; conceito de analgesia multimodal.; Analgesia não-convencional: endovenosa, neuroeixo e perineural; Dispositivos de analgesia não-convencional; Efeitos laterais e complicações; resolução de problemas associados à analgesia não convencional.; Protocolos da UDA; Patient Control Analgesia (PCA) e Disposable Infusion Balloon (DIB); Particularidades da analgesia epidural e perineural; Casos clínicos - trouble shooting

## **Anexo V**



# XX

# CONGRESSO NACIONAL AESOP

## CERTIFICADO

Certifica-se que o resumo:

### ***Implicações do Fumo Cirúrgico para os Enfermeiros***

Foi apresentado sob a forma de **E-Poster**,  
no **XX Congresso Nacional AESOP**, que decorreu no Europarque,  
de 28 a 30 de setembro de 2022.

**1º Autor:** Cátia Pereira

**Apresentador:** Cátia Pereira

**Co-Autores:** Inês C R Henriques; Natália Machado

18-07-2023



**MANUEL VALENTE**  
VICE PRESIDENTE AESOP

Uma organização da:





## **Anexo VI**



# XX

# CONGRESSO NACIONAL AESOP

## CERTIFICADO

Certifica-se que o resumo:

***Impacto Do Enfermeiro Perioperatório na Segurança do Doente Cirúrgico: Práticas de Prevenção de Retenção Inadvertida de Itens Quantificáveis***

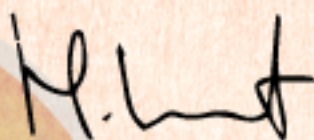
Foi apresentado sob a forma de **Comunicação Livre**,  
no **XX Congresso Nacional AESOP**, que decorreu no Europarque,  
de 28 a 30 de setembro de 2022.

**1º Autor:** Inês C R Henriques

**Apresentador:** Andreia Ferreira

**Co-Autores:** Cátia Pereira; Carolina Cortez; Carla Reis

18-07-2023



**MANUEL VALENTE**  
VICE PRESIDENTE AESOP



Uma organização da:





## **Anexo VII**





# CERTIFICADO

A AESOP, vem por este meio certificar que o trabalho:

***IMPACTO DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA PRÉ-OPERATÓRIA NOS DOENTES SUBMETIDOS A ARTROPLASTIA DA ANCA/JOELHO: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA,***

Foi publicado na *Revista AESOP N.49*, de dezembro de 2022.

Autor: Inês C R Henriques

Coautores: Cátia Pereira; Carolina Cortez; Natália Machado.

**Esmeralda Nunes**  
Presidente da AESOP



## **Anexo VIII**



# XX

# CONGRESSO NACIONAL AESOP

## CERTIFICADO

Certifica-se que o resumo:

***Impacto da Intervenção Educativa Pré-Operatória nos doentes submetidos a Artroplastia da Anca/Joelho***

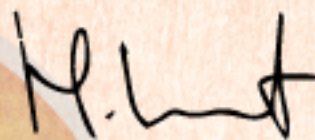
Foi apresentado sob a forma de **Comunicação Livre**, no **XX Congresso Nacional AESOP**, que decorreu no Europarque, de 28 a 30 de setembro de 2022.

**1º Autor:** Inês C R Henriques

**Apresentador:** Inês C R Henriques

**Co-Autores:** Cátia Pereira; Carolina Cortez; Natália Machado

18-07-2023



**MANUEL VALENTE**  
VICE PRESIDENTE AESOP



Uma organização da:





## **Anexo IX**



# Núcleo de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

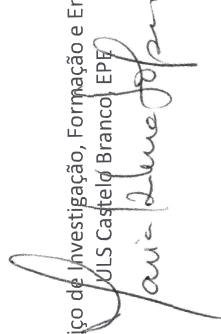
## Webinar

**Certifica-se que:** *Cátia Pereira*

Participou como Preletor na I webinar 2023 “Segurança no Bloco Operatório” promovido pelo Núcleo de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, no dia 9 de março de 2023, com a preleção em formato comunicação:

**“Implicações do Fumo cirúrgico para os Enfermeiros”**

Serviço de Investigação, Formação e Ensino  
ULS Castelo Branco, EPE





## **Anexo X**




## NURSID SPRING SCHOOL 2023


### DECLARAÇÃO

Declara-se que **Cátia Pereira** proferiu o painel com o tema ***A Preparação Perioperatória*** no **Seminário de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória**, integrado na **NursID Spring School 2023**, realizado no dia 9 de maio de 2023, pela Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Comissão Organizadora



(Professor Doutor Carlos Sequeira)



# ENFERMAGEM PORTO

POR UMA ENFERMAGEM MAIS SIGNIFICATIVA PARA AS PESSOAS



## **Anexo XI**





## CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

membro nº desta Ordem, esteve presente no ciclo de webinars “**Enfermagem às Quintas**” subordinado à temática “**Registos no Perioperatório: Onde estamos? Para onde vamos?**” no dia **2 de Junho de 2022**, com duração total de 2 horas na Plataforma Digital Cisco Webex Events.

Porto, 2 de Junho de 2022.

O Presidente do Conselho Directivo Regional do Norte

João Paulo Marques de Carvalho

# ENFERMAGEM ÀS QUINTAS



**Programa** das 21:30h às 23:30h

Registos no Perioperatório: Onde estamos? Para onde vamos?

- Registos no Perioperatório: Onde estamos? Para onde vamos?;
- Registos no Perioperatório: Exemplo de uma realidade!;
- Registos no Perioperatório do ponto de vista ético e legal.

**MODERADOR:**

Margarida Manuela da Silva Leal

**PRELETORES:**

Isabel Maria de Sousa Miranda

Ana Sofia Ferreira Amado de Sousa

Hélder Teixeira de Sousa

**Destinatários:**

Enfermeiros e outros profissionais de saúde

**Organizador:**

Secção Regional do Norte  
da Ordem dos Enfermeiros

**Inscrições:**

Balcão Único

