



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

2º MESTRADO EM ENFERMAGEM

**Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação
Perioperatória**

Relatório de Estágio

**INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA PROMOÇÃO DA
LITERACIA EM SAÚDE À PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA, NO PERÍODO
PRÉ-OPERATÓRIO**

**INTERVENTIONS OF THE SPECIALIST NURSE IN PROMOTING HEALTH
LITERACY IN THE PERSON UNDERGOING SURGERY IN THE PREOPERATIVE
PERIOD**

Mafalda Canana Canastro

Almada

2026



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

2º MESTRADO EM ENFERMAGEM

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

Relatório de Estágio

INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA PROMOÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE À PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA, NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO

INTERVENTIONS OF THE SPECIALIST NURSE IN PROMOTING HEALTH LITERACY IN THE PERSON UNDERGOING SURGERY IN THE PREOPERATIVE PERIOD

Mafalda Canana Canastro

Professora Mestre Tânia Soares

Almada

2026

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer e dedicar umas palavras a algumas das pessoas que fizeram parte do meu processo formativo. Permitiram-me chegar aqui devido ao seu apoio e orientação.

Gostaria de começar por agradecer à orientadora do meu primeiro ensino clínico, a Enfermeira Mestre e Especialista Ana Luz. A sua dedicação, paciência e apoio ao longo deste percurso foram fundamentais ao meu desenvolvimento formativo e pessoal. Permitiu que este desafio fosse mais fácil e enriquecedor. Todas as suas orientações e palavras foram uma inspiração e um guia profissional desde o primeiro dia.

Agradeço também à Professora Mestre e Especialista Tânia Soares por toda a orientação, partilha de conhecimentos e disponibilidade ao longo de todo o meu percurso.

Aos meus pais, por serem desde sempre o meu maior apoio e por acreditarem em mim, como ninguém. Agradeço-vos todas as palavras e paciência nesta fase desafiante da minha vida.

Ao Ricardo, pelo amor incondicional, pela paciência e por ter tolerado todas as minhas ausências e todo o meu cansaço.

Por fim, e não menos importante, a toda a minha equipa que sempre me motivou, me deu palavras de apreço e se mostrou disponível para poder agilizar o meu horário.

A todos vocês, Muito Obrigada, sozinha, não chegaria até ao fim.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Eu, Mafalda Canana Canastro, estudante do II Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória 2024-2026, com o número de aluno 118767, declaro que o presente relatório é resultado do meu trabalho autónomo, não tendo sido realizado qualquer tipo de plágio. As informações, textos e análises aqui presentes refletem o trabalho e as atividades desenvolvidas ao longo do processo formativo.

Assumo o compromisso total pelo conteúdo original deste relatório e todas as fontes consultadas encontram-se devidamente citadas e referenciadas de acordo com as normas académicas e científicas instituídas pela Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

RESUMO

Anualmente, são realizadas inúmeras cirurgias em Portugal. O conjunto de fases que engloba o pré, intra e pós-operatório é designado por período perioperatório, sendo este um momento particularmente sensível para a pessoa, marcado por vulnerabilidade, ansiedade e riscos acrescidos. Estes fatores podem ser intensificados por níveis reduzidos de literacia em saúde, comprometendo o bem-estar, a segurança cirúrgica e, consequentemente, os resultados em saúde.

Neste contexto, torna-se essencial promover e desenvolver a literacia em saúde, com vista à melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados, envolvendo ativamente a pessoa e a sua família e/ou pessoa significativa. O Enfermeiro Especialista assume um contributo determinante, desenvolvendo, organizando e implementando intervenções educativas que capacitem a pessoa, incentivando a sua participação ao longo do seu percurso cirúrgico, promovendo cuidados de saúde mais seguros, humanizados e centrados na pessoa.

Identificada esta necessidade, a mestranda desenvolveu uma componente de investigação, materializada através de uma *scoping review*, que permitiu mapear a evidência científica disponível sobre as intervenções de enfermagem na promoção da literacia em saúde da pessoa submetida a cirurgia, particularmente no período pré-operatório.

Paralelamente, foram realizados dois ensinamentos clínicos em contexto Perioperatório, onde a prática evidenciou o desenvolvimento de competências, bem como a superação de desafios pessoais e profissionais.

Em síntese, o presente relatório, reflete um percurso desafiante e cativante, marcado pela consolidação de uma prática especializada, sustentada na evidência científica, orientada para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e, para a promoção da excelência profissional em contexto perioperatório.

Palavras-chave: Intervenções do Enfermeiro Especialista; Promoção da Literacia em Saúde; Pessoa submetida a cirurgia; Pré-operatório.

ABSTRACT

Each year, numerous surgeries are performed in Portugal. The set of phases encompassing the pre, intra and postoperative periods is referred to as the perioperative period, which is a particularly sensitive time for the individual, marked by vulnerability, anxiety, and increased risks. These factors may be intensified by low levels of health literacy, compromising well-being, surgical safety, and, consequently, health outcomes.

In this context, it becomes essential to promote and develop health literacy in order to improve the safety and quality of care, actively involving the patient and their family and/or significant other. The Specialist Nurse plays a key role by developing, organizing, and implementing educational interventions that empower individuals, encouraging their participation throughout their surgical journey and promoting safer, more humanized, and patient-centered healthcare.

Having identified this need, the master's student developed a research component in the form of a scoping review, which made it possible to map the available scientific evidence on nursing interventions aimed at promoting health literacy among individuals undergoing surgery, particularly in the preoperative period.

At the same time, two clinical placements were carried out in a perioperative setting, where practice demonstrated the development of competencies, as well as the overcoming of personal and professional challenges.

In summary, this report reflects a challenging and engaging journey, marked by the consolidation of specialized practice grounded in scientific evidence, aimed at the continuous improvement of the quality of nursing care and the promotion of professional excellence in the perioperative context.

Keywords: Specialist Nurse Interventions; Health Literacy Promotion; Patient Undergoing Surgery; Preoperative Period.

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

AESOP: Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

BO: Bloco Operatório

CEPO: Consulta de Enfermagem Perioperatória

DGS: Direção Geral de Saúde

EE: Enfermeiro Especialista

EEEMC – AEPSP: Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

EMC-PSP: Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

EORNA: European Operating Room Nurses Association

ERS: Entidade Reguladores de Saúde

IACS: Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ILC: Infecção do Local Cirúrgico

LS: Literacia em Saúde

OE: Ordem dos Enfermeiros

OMS: Organização Mundial da Saúde

PNSD: Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PPCIRA: Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência Antimicrobiana

PQCEEMC: Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica

PQCE: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

REPE: Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SNS: Sistema Nacional de Saúde

TDAE: Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem

TSAL: Toxicidade Sistémica por Anestésicos Locais

UCI: Unidade de Cuidados Intensivos

UCPA: Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

ULS: Unidade Local de Saúde

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	10
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	14
1.1 NÍVEIS DE LITERACIA EM SAÚDE.....	14
1.2 LITERACIA EM SAÚDE NO PRÉ-OPERATÓRIO.....	16
1.3 O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA PROMOÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE.....	18
1.4 TEORIA DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM.....	21
2. ANÁLISE DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	24
2.1 CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO.....	24
2.1.1 Ensino Clínico I na área de Bloco Operatório.....	24
2.1.2 Ensino Clínico II na área de Bloco Operatório.....	26
2.2 COMPETÊNCIAS DE ENFERMAGEM PARA O CUIDADO ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA.....	29
2.2.1 Competências comuns do Enfermeiro Especialista.....	29
2.2.1.1 (A) Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.....	30
2.2.1.2 (B) Domínio da melhoria contínua da qualidade.....	32
2.2.1.3 (C) Domínio da gestão de cuidados.....	35
2.2.1.4 (D) Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	37
2.2.2 Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirurgia à Pessoa em Situação Perioperatória.....	40
2.2.2.1 Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa.....	41
2.2.2.2 Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica.....	45
2.3 COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM.....	47
2.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	49

3. CONCLUSÃO.....	50
--------------------------	-----------

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52
---	-----------

APÊNDICES

Apêndice I – Plano de Atividades das competências comuns do EE

Apêndice II – Cronograma de Atividades das competências comuns do EE

Apêndice III – Póster *“Intervenções de Enfermagem na Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico, no IntraOperatório”*

Apêndice IV – Apresentação do Póster

Apêndice V- *Scoping Review*

Apêndice VI - Powerpoint da formação *“Toxicidade Sistémica por Anestésicos Locais”*

Apêndice VII - Questionário da formação *“Toxicidade Sistémica por Anestésicos Locais”*

Apêndice VII – Plano de Atividades das competências EEEMC – AEPSP

Apêndice VIII – Cronograma de Atividades das competências EEEMC – AEPSP

ANEXOS

Anexo I – Certificado e Estrutura Curricular da formação *“Enfermagem de Anestesiologia”*

Anexo II - Certificado de participação nas Jornadas de Enfermagem Perioperatória da Unidade Local de Saúde de Santa Maria

INTRODUÇÃO

A elaboração do presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório Final, integrado no plano de estudos do II Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (EMC-PSP), referente ao ano letivo de 2025/2026, da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, sob a orientação da Professora Mestre Tânia Soares.

Este relatório evidencia a consolidação de uma prática especializada, através da componente prática, em ensinos clínicos, e teórica, com foco na capacidade crítica e reflexiva. Evidencia também a articulação dos saberes teóricos com a prática em ensino clínico, com a respetiva componente de investigação. Esta evolução foi sustentada nos processos de aprendizagem e desenvolvimento profissional, visando a aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista (EE) em EMC-PSP, estabelecidas pelo Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019) e pelo Regulamento nº 429/2018 (OE, 2018), respetivamente.

Com vista ao desenvolvimento das competências anteriormente mencionadas, tornou-se como referencial, o contributo do enfermeiro perioperatório, conforme preconizado pela Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP) e European Operating Room Nurses Association (EORNA).

A AESOP assume um papel estruturante a nível nacional para promover a segurança e a qualidade dos cuidados perioperatórios. A EORNA assume um papel a nível europeu, contribuindo para a criação de *guidelines* internacionais, fomentando a investigação. Ambas emergem como pilares fundamentais à prática do enfermeiro perioperatório, na procura da melhoria da qualidade dos cuidados.

Neste enquadramento, ambas as organizações, se configuram como referências fundamentais para a prática do enfermeiro perioperatório, sustentando processos de melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados de saúde.

Segundo o Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019), os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a

generalidade dos profissionais de saúde, havendo uma necessidade de procura das melhores práticas e implementação das mesmas nos contextos de trabalho, pelo que foram definidos três objetivos gerais:

- Desenvolver competências comuns do EE;
- Desenvolver competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (EEEMC – AEPSP);
- Desenvolver competências de Mestre em Enfermagem.

E como objetivos específicos:

- Desenvolver cuidados de enfermagem especializados de forma segura, ética e legal, com qualidade e segurança;
- Desenvolver conhecimentos para fundamentar a prática clínica especializada com a mais recente evidência científica;
- Desenvolver cuidados centrados na pessoa e família e/ou pessoa significativa, de forma a promover o autocuidado e promover a reintegração familiar e social;
- Otimizar a segurança da pessoa e família e/ou pessoa significativa, com a sua participação no processo de cuidados.

Após reflexão conjunta com a equipa de enfermagem, no âmbito do primeiro ensino clínico realizado, considerando a experiência profissional e a observação direta em contexto de internamento cirúrgico, verificou-se que a população cirúrgica apresenta, de um modo geral, um reduzido nível de conhecimento relativamente ao seu processo cirúrgico.

Esta constatação evidencia-se na prática, nomeadamente através da manifestação de dúvidas frequentes, níveis elevados de ansiedade e da necessidade recorrente de esclarecimentos por parte da equipa de saúde. Tal evidência vai de encontro aos dados apurados pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS), que evidencia um nível problemático de literacia em saúde (LS) em Portugal (ERS, 2024).

Baixos níveis de LS podem comprometer a segurança da pessoa. Neste âmbito, o Pilar 1 - “*Cultura de Segurança*” -, do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

2021-2026 (PNSD) (Despacho n.º 9390/2021), preconiza aumentar a literacia e a participação da pessoa e família e/ou pessoa significativa na prestação de cuidados. Neste sentido, torna-se pertinente identificar e sistematizar o conhecimento científico existente acerca das intervenções de enfermagem promotoras da LS na pessoa submetida a um procedimento cirúrgico, particularmente no período pré-operatório, potencialmente geradores de elevados níveis de ansiedade (Fernandes et al., 2024).

Face a este enquadramento, a mestranda desenvolveu e explorou a temática da LS aplicada à pessoa submetida a cirurgia, no período pré-operatório, considerando que a LS constitui um determinante fundamental dos resultados em saúde (Chang et al., 2020), podendo estar diretamente associada a piores estados de saúde e a uma diminuição da qualidade de vida (Smith et al., 2021).

Considerando que a LS é um pilar fundamental na compreensão da informação clínica, na adesão às orientações terapêuticas e na participação ativa da pessoa no seu processo de cuidados, torna-se essencial identificar quais as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para a sua promoção no pré-operatório. Adicionalmente, a diversidade de intervenções descritas na literatura, bem como a potencial dispersão do conhecimento científico, justificaram a realização de uma *scoping review*, a qual permitiu mapear o conhecimento e clarificar a extensão e natureza da evidência disponível. Deste modo, os resultados obtidos irão contribuir para sustentar a prática de enfermagem baseada na evidência, bem como para apoiar o desenvolvimento de intervenções mais adequadas às necessidades da pessoa submetida a um procedimento cirúrgico no período pré-operatório.

O modelo conceptual da Teoria do Défice de Autocuidado, desenvolvido por de Dorothea Orem, constitui o referencial teórico deste trabalho, na medida, em que coloca a pessoa no centro dos cuidados, com vista à promoção e desenvolvimento da sua capacidade de autocuidado, quando é identificada uma necessidade de saúde. Neste contexto, o EE, assume um papel determinante ao ajudar, apoiar e ensinar a pessoa, com base nas suas necessidades através da educação para a saúde e do estabelecimento de uma relação terapêutica. Para tal, recorre à implementação de métodos e estratégias que potenciam o desenvolvimento de níveis mais elevados de LS.

O presente relatório encontra-se organizado em diferentes capítulos que procuram descrever, analisar e refletir criticamente o percurso desenvolvido ao longo dos ensinamentos clínicos, integrando a componente teórica, científica e reflexiva que sustenta a prática clínica.

O primeiro capítulo encontra-se o enquadramento conceptual, incluindo a fundamentação da pertinência da temática e o referencial teórico, sustentado na Teoria de do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem.

O segundo capítulo centra-se na análise da aquisição e desenvolvimento de competências, incluindo a caracterização dos locais de ensino clínico, a reflexão crítica sobre as atividades desenvolvidas e a sua articulação com as competências comuns do EE e as competências específicas do EEEMC – AEPSP. Integra, ainda as competências de mestre em enfermagem e as considerações éticas subjacentes à elaboração do relatório.

Por fim, o último capítulo apresenta as considerações finais, contemplando uma reflexão global sobre o percurso realizado, os principais contributos do trabalho, bem como, as dificuldades e limitações identificadas.

O presente relatório foi redigido considerando o Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa e conforme as orientações para a elaboração de projetos e relatórios de estágio dos Cursos de Mestrados em Enfermagem da Escola Superior de Saúde Egas Moniz. As referências bibliográficas foram elaboradas segundo a norma de referência *American Psychological Association* (7ª edição), garantindo o rigor e a uniformidade na citação e referência das fontes ao longo de todo o relatório.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Neste capítulo, pretende-se contextualizar a temática em estudo com base na literatura mais atual acerca do tema, através de uma síntese do conhecimento existente. Inicialmente, serão abordados os níveis de LS, seguidamente a LS em contexto pré-operatório e, por fim, o papel do EE na promoção da LS. Aborda-se ainda o modelo conceptual de Enfermagem da Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem, que sustenta a temática em estudo.

1.1 NÍVEIS DE LITERACIA EM SAÚDE

O termo LS, introduzido na década de 1970, é descrito *pelo European Health Literacy Consortium* e pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2013), como o conhecimento, a motivação e a competência da pessoa para aceder, compreender, avaliar e aplicar informações em saúde, de forma a tomar decisões adequadas relativamente aos cuidados de saúde no seu quotidiano, com o objetivo de manter ou melhorar a sua qualidade de vida. Sørensen et al. (2012) reforçam esta definição ao afirmarem que a LS implica que as pessoas possuam o conhecimento e as competências que lhes permitam suprimir as exigências de saúde na sociedade. Sørensen et al. (2012) ainda afirmam que a LS implica que as pessoas tenham capacidades para assumir responsabilidades na gestão da própria saúde, não se limitando à capacidade para ler ou compreender informações em saúde.

Com vista à obtenção de níveis de LS adequados, torna-se necessário que as pessoas desenvolvam competências de literacia ao longo da vida, pois mesmo pessoas com níveis elevados de educação, podem ter dificuldade em lidar com o Sistema de Saúde perante uma condição de saúde que os torne mais vulneráveis (Lopes & Almeida, 2019).

Segundo a OMS (2013), as pessoas enfrentam desafios cada vez mais complexos na adoção de estilos de vida saudáveis e na gestão das suas dinâmicas pessoais e familiares, num contexto caracterizado por sistemas de saúde exigentes e de elevada complexidade, não se encontrando, muitas vezes, devidamente preparadas ou apoiadas de forma adequada. Em Portugal, um estudo da Direção Geral de Saúde (DGS), sobre os

Níveis de LS desenvolvido, “no âmbito do Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021, e enquadrado no consórcio europeu WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL), entre 2020 e 2021” (DGS, 2021, p.6) concluiu que sete em cada dez pessoas apresentam elevados níveis de LS. Ainda assim, persiste uma percentagem significativa da população com níveis reduzidos desta competência.

Esta realidade é corroborada por um estudo mais recente, realizado em 2024, pela ERS, sobre Literacia em Direitos dos Utentes de Serviços de Saúde, que comprova que, apesar de se registarem melhorias moderadas na literacia global relativamente a 2017, continua a predominar em Portugal, um nível problemático de literacia (ERS, 2024).

Existem diversos determinantes que podem influenciar diretamente estes níveis de LS. Um estudo de Rosário et al. (2024) realizado em Portugal, evidenciou que fatores como o género, as convivências com profissionais de saúde, a presença de doenças crónicas, as perceções da disponibilidade financeira para despesas relacionadas com a saúde estão intimamente relacionadas com os níveis de LS. Também Akubire et al. (2025) identificaram outros determinantes como a educação em saúde inadequada por parte dos profissionais, os tempos de espera, as restrições financeiras, as limitações nas infraestruturas de cuidados e a dificuldade no acesso às informações de saúde, ressaltando como principais fatores determinantes do nível de LS, a idade, a religião e o nível de escolaridade. Estes fatores têm de ser considerados na prática de cuidados e no planeamento de intervenções dirigidas a cada pessoa.

Os níveis de LS constituem um fator cada vez mais relevante nos resultados de saúde. Níveis reduzidos de LS aumentam a probabilidade da pessoa interpretar de forme incorreta informações sobre a sua doença e/ou tratamento, podendo comprometer a adesão aos regimes terapêuticos prescritos, resultando em desfechos de saúde desfavoráveis (Akubire et al., 2025), o que pode comprometer a segurança cirúrgica.

A segurança cirúrgica é um direito da pessoa que é cuidada, para tal, o PNSD 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021), incide sobre a necessidade de consolidar e promover a segurança nos contextos de saúde, com foco na pessoa e família e/ou

pessoa significativa. O Pilar 1 – “*Cultura de Segurança*” - tem como objetivo estratégico 1.3: “*Aumentar a literacia e a participação do doente, família, cuidador e da sociedade na segurança da prestação de cuidados*” (pág. 99). Este plano, encontra-se articulado com o Plano de Ação para a LS de 2019- 2021 (DGS, 2018), visando definir e implementar objetivos que promovam a LS, com o intuito de criar oportunidades de ativação de comportamentos de saúde, com foco na pessoa, no centro da intervenção. Portanto, a segurança é prioridade de saúde pública e uma componente crítica para a qualidade dos cuidados.

À luz do preconizado em ambos os planos, pode-se afirmar que a LS é um fator determinante nos cuidados e resultados de saúde à pessoa, pelo que níveis elevados desta competência têm de ser fomentados nos cuidados de saúde, de modo, a aumentar a segurança cirúrgica e a qualidade de vida da pessoa.

1.2 LITERACIA EM SAÚDE NO PRÉ-OPERATÓRIO

Apesar dos avanços registados nos níveis de LS em Portugal, os estudos nacionais demonstram que uma parte significativa da população continua a apresentar dificuldades na compreensão e utilização da informação em saúde. Esta realidade é preocupante, uma vez que níveis elevados de LS, estão associados a uma maior promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo também para uma maior eficácia e eficiência dos serviços de saúde (DGS, 2019).

Esta realidade assume particular relevância no contexto cirúrgico, uma vez que a cirurgia representa para a maioria das pessoas um acontecimento crítico, frequentemente vivido como uma realidade abrupta que provoca alterações significativas na sua vida (Santos et al., 2014).

O pré-operatório corresponde ao momento em que a pessoa e o cirurgião decidem pela realização da cirurgia e termina quando esta é transferida para a mesa operatória (OE, 2018).

Trata-se de um período caracterizado por maior vulnerabilidade, uma vez que a pessoa pode não dispor de recursos suficientes para responder aos riscos inerentes ao processo cirúrgico, encontrando-se exposto a situações de incerteza e desproteção (OE,

2018). Este é também um período frequentemente marcado por elevados níveis de ansiedade. A ansiedade, quando associada a uma comunicação ineficaz ou a uma compreensão inadequada da informação fornecida à pessoa, pode resultar em desfechos de saúde desfavoráveis, aumento do número de cancelamentos cirúrgicos, prolongamento do internamento hospitalar e maiores custos para os sistemas de saúde (Williams, 2024).

A DGS define o termo “*Segurança do Doente*” como a “*redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável*” (2011, p.14), o que implica o envolvimento ativo do EE na sua promoção.

Neste contexto, o enfermeiro, ao educar a pessoa, contribui para que este compreenda o seu percurso cirúrgico, promovendo uma adesão às orientações pré-operatórias, reduzindo os níveis de ansiedade e melhorando os resultados pós-operatórios (Machado et al., 2024), o que permite cuidados de saúde mais seguros, humanizados e centrados na pessoa.

Cabe ao enfermeiro potenciar os benefícios de LS no pré-operatório, dos quais se destacam favorecer a tomada de decisão informada sobre a sua saúde, promover uma participação ativa e um grau de empoderamento que o permita envolver nas suas decisões sobre a sua saúde.

Já o EE tem como competências identificar as necessidades da pessoa e família e/ou pessoa significativa e desenvolver um plano de intervenções educativo, através de estratégias de comunicação que correspondam às necessidades identificadas. Esse plano visa a instrução, o ensino e o treino, promovendo a capacitação, a autogestão e a recuperação. Além do mais, tem a competência de articular com toda a equipa, no planeamento e implementação dos cuidados, com capacidade para organizar e coordenar intervenções de educação para a saúde e garantir a uniformidade dos cuidados com toda a equipa multidisciplinar. Estes são concretizados através da mobilização e aplicação da mais recente evidência científica. Estas competências estão explanadas e preconizadas na primeira unidade de competências do Regulamento nº 429/2018 (OE, 2018).

Este processo educativo potência a prevenção de complicações associadas ao perioperatório e a redução de custos às instituições de saúde.

1.3 O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA PROMOÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE

Neste contexto, o EE desempenha um papel fundamental na promoção e partilha de conhecimento, contribuindo para a redução da ansiedade e para o aumento da segurança da pessoa. De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do EEEMC – AEPSP (OE, 2018), o cuidado à pessoa em situação perioperatória, implica capacitá-la para compreender o seu processo de saúde e a tornar-se um participante ativo na sua segurança cirúrgica, uma vez que a falta de educação em saúde, pode comprometer a sua segurança (Kim et al., 2020).

Para tal, torna-se necessário o desenvolvimento e implementação de estratégias de LS, que promovam mudanças comportamentais, potenciando a aquisição de conhecimentos, competências e atitudes fundamentais para a manutenção e promoção da saúde (Kim et al., 2020).

Deste modo, torna-se imprescindível que o EE desenvolva competências nesta área, e que promova a capacitação da pessoa e da família e/ou pessoa significativa, assegurando a implementação eficaz de estratégias de LS ao longo do percurso perioperatório.

Esta perspetiva vai ao encontro do preconizado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (PQCE) (OE, 2001), onde referem que o enfermeiro deve promover a autonomia, o autocuidado e a tomada de decisão informada, respeitando as necessidades, valores e contexto sociocultural da pessoa. Desta forma, o enfermeiro assume um papel central na promoção da LS, ocupando uma posição privilegiada para apoiar pessoas com níveis de literacia limitados (Smith et al., 2021).

Da pesquisa bibliográfica realizada e dos resultados obtidos com a realização da revisão *scoping*, verifica-se que o enfermeiro tem um papel dinamizador na preparação

pré-operatória da pessoa. Deve planejar e implementar estratégias e materiais educativos que promovam a compreensão e envolvimento no seu processo de saúde, pelo que se destaca a necessidade de utilização de uma linguagem ao nível de literacia da pessoa, a utilização de estratégias de validação da compreensão, como o método Teach-Back.

O método Teach-Back, surge como uma competência comunicacional eficaz, que potencia o conhecimento da pessoa e promove o seu envolvimento no seu processo de cuidados. Esta técnica de repetição consiste em solicitar à pessoa, que repita, por palavras suas, aquilo que lhe foi previamente ensinado ou explicado, sendo considerada uma mais valia na educação da pessoa em diferentes ambientes de cuidados de saúde (Talevski et al., 2020).

Também como potenciador à segurança cirúrgica, vários estudos evidenciam a importância do recurso a materiais educativos, como panfletos e vídeos educativos. Esses instrumentos, devem ser adaptados às características da população e apresentar uma linguagem clara e de fácil compreensão, com o intuito de alcançar pessoas e família e/ou pessoa significativa com reduzidos níveis de LS (Kim et al., 2020). A aplicabilidade destes recursos, quando comparada às orientações de rotina fornecida pelos serviços, destacam-se, pois melhoram o conhecimento da pessoa, aumentam a sua satisfação e facilitam a acessibilidade à informação, promovendo simultaneamente uma participação mais ativa no processo de cuidados e uma comunicação mais eficaz (Ximenes et al., 2024).

Para tal, é necessário desenvolver uma relação terapêutica com a pessoa, observá-la de forma holística e prestar cuidados de qualidade que promovam a sua satisfação (Souza et al., 2019). Na prática profissional, a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício é descrita como a parceria estabelecida com a pessoa, no respeito pelas suas capacidades, crenças, valores e desejos, com o intuito de a ajudar a ser ativa no seu processo de saúde-doença. Com o desenvolvimento desta relação

terapêutica, o enfermeiro consegue alcançar a promoção da saúde, a prevenção de complicações e o bem-estar e o autocuidado da pessoa (OE, 2001).

Para alcançar este objetivo, o enfermeiro deve utilizar uma linguagem profissional clara e acessível, bem como identificar dificuldades de compreensão e implementar estratégias e/ou intervenções que promovam a aquisição de conhecimentos e competências necessárias para o autocuidado. O desenvolvimento de um relação terapêutica e envolvimento da pessoa, permitem que a mesma adquira maior controlo sobre a sua vida, a sua saúde e os seus determinantes, participando ativamente no processo de decisão e na educação para a saúde (Smith, 2021; Ouschan et al., 2000). Assim, a participação ativa da pessoa reflete o seu processo de empoderamento. Além do mais, o desenvolvimento desta relação permite que a pessoa expresse os seus medos, as suas inseguranças e as suas dúvidas.

O Regulamento nº 429/2018 da OE, evidencia o papel do EE, na primeira unidade de competências, que tem como descritivo que o EE “(...) *mobiliza conhecimentos e habilidades para cuidar a pessoa e família/pessoa significativa, promovendo a compreensão do processo vivenciado e a vivenciar, capacitando-os para o autocuidado e reintegração familiar e social.*” (2018, p.19366). Neste âmbito, o EE diferencia-se pela capacidade de realizar uma avaliação da transição que a pessoa e família e/ou pessoa significativa estão a vivenciar, identificando as necessidades específicas, crenças, valores e expectativas, assim como as limitações à compreensão das informações de saúde que possam comprometer a sua segurança cirúrgica. Com base nesta avaliação permite dar uma resposta individualizada às necessidades da pessoa e adequar intervenções de enfermagem, permitindo uma transição adequada e em segurança, que segundo Kim et al. (2020), dependem em grande medida, da forma como as informações relativas aos cuidados de saúde são transmitidas e compreendidas.

O EE deve desenvolver e aplicar as estratégias e materiais educativos anteriormente referidos. Além do mais, é portador de competências promotoras em ser um facilitador do envolvimento da equipa multidisciplinar neste processo educativo. Ao conhecer a pessoa, pode assegurar a articulação com a equipa, um planeamento e implementação de cuidados ao longo de todo o percurso perioperatório que

correspondam às necessidades da pessoa, contribuindo para a complementaridade das intervenções de todos os profissionais em prol da pessoa.

Em suma, a LS é uma prioridade de saúde pública e, também, um desafio para toda a sociedade no que toca à disseminação de conhecimento e utilização do mesmo (DGS, 2019). Esta afirmação enaltece o papel do EE na promoção da educação. Com o descrito acima, o EE potencia a LS, promove a adesão aos cuidados, a prevenção de complicações e a segurança cirúrgica.

1.4 TEORIA DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

A Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem (TDAE), é uma teoria geral de enfermagem desenvolvida entre 1959 e 1985 por Dorothea Orem. Esta teoria surgiu com o objetivo de explicar em que circunstâncias as pessoas não possuem capacidade de realizar, de forma autónoma, as atividades necessárias ao autocuidado, necessitando, por isso, da intervenção de outra pessoa, o que justifica o papel ativo do enfermeiro na prestação de cuidados (Martins & Brito, 2021).

A TDAE é composta por três teorias inter-relacionadas: Teoria dos Sistemas de Enfermagem, Teoria do Autocuidado e Teoria do Défice de Autocuidado (Tomey & Alligood, 2004):

Teoria dos Sistemas de Enfermagem: define a enfermagem, como uma ação humana deliberada e intencional. Os sistemas de enfermagem correspondem a sistemas de ação desenvolvidos pelos enfermeiros na sua prática, quando identificam pessoas com necessidades de autocuidado. Ou seja, descreve e explica as relações que devem ser estabelecidas e mantidas entre enfermeiro-pessoa para que os cuidados de enfermagem sejam eficazes.

Teoria do Défice de Autocuidado: o défice de autocuidado é definido como a relação entre as capacidades de ação da pessoa e as suas necessidades de cuidados. A ideia central desta teoria reside no facto de que a intervenção de enfermagem se torna necessária quando as capacidades da pessoa são insuficientes para satisfazer as suas necessidades de autocuidado, podendo essas limitações resultar de fatores físicos, cognitivos ou de desenvolvimento.

Teoria do Autocuidado: o autocuidado é o conjunto de ações que a pessoa realiza para cuidar de si própria, com o objetivo de manter a vida, a saúde, o desenvolvimento e bem-estar. É considerado uma função humana reguladora, ou seja, são comportamentos que ajudam a pessoa a manter o equilíbrio e a satisfação das necessidades. Esta capacidade não é inata, sendo aprendida e desenvolvida ao longo do crescimento e do desenvolvimento humano, através de experiências, educação e interação com o meio.

Assim, esta teoria procura compreender como e porque a pessoa cuida de si própria, destacando a importância da autonomia da pessoa na manutenção da sua saúde. Porém, quando esta não consegue realizar adequadamente o autocuidado, pode surgir a necessidade de intervenção de enfermagem para apoiar, orientar ou substituir essas ações.

Dorothea Orem, identificou na TDAE três tipos de requisitos de autocuidado: universais, de desenvolvimento e de desvios de saúde, estando os desvios de saúde ligados às pessoas com doença específica ou desordens patológicas, incluindo defeitos ou incapacidades, com um diagnóstico clínico ou com necessidade de tratamento médico (Queirós et al., 2014). Neste âmbito, pode surgir a necessidade dos cuidados prestados por um agente ou cuidador terapêutico, com vista a cumprir a satisfação das necessidades de autocuidado da pessoa.

O autocuidado é o conceito central desta teoria e Orem (2001), citada por Queirós et al., define-o *“como a prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas que a iniciam e desenvolvem dentro de espaços de tempo específicos, cujos objetivos são a preservação da vida e o bem-estar pessoal”* (2014, p.159). Assim, o autocuidado, corresponde a uma função inata, consciente e intencional da pessoa sobre a sua própria vida.

De acordo com esta teoria, quando as exigências do autocuidado ultrapassam a capacidade da pessoa para as satisfazer, surge a necessidade da intervenção da enfermagem, sendo esta a base da Teoria Geral do Défice de Autocuidado (Queirós et al., 2014). Neste contexto, a intervenção de enfermagem relaciona-se com a Teoria dos

Sistemas de Enfermagem, destacando a importância do papel do enfermeiro no apoio, orientação e educação da pessoa, bem como da promoção da LS.

No período pré-operatório, o déficit de autocuidado pode estar associado à ausência de conhecimentos ou à ansiedade, frequentemente relacionados com baixos níveis de LS. Este déficit vai emergir como uma limitação às capacidades de autocuidado da pessoa. Neste âmbito, o EE possui competências para implementar intervenções especializadas, desenvolvendo sistemas de apoio e atuando como agente promotor de educação para a saúde (Parker, 2005, citado por Fonseca et al., 2025).

Para Orem, o processo de enfermagem constitui um sistema que permite identificar a necessidade de cuidados, planejar intervenções e implementá-las de forma adequada (Queirós et al., 2014). Neste sentido, o EE, deve identificar as necessidades educativas da pessoa, o seu nível de conhecimento, bem como a capacidade de compreender, reter e utilizar a informação em seu benefício, para depois, planejar e executar em conformidade.

Para tal, Orem identificou cinco métodos de ajuda que o enfermeiro pode utilizar para cuidar da pessoa e, por sua vez, diminuir o seu déficit de autocuidado: executar ou agir; orientar e encaminhar; apoiar física ou psicologicamente; criar e manter um ambiente que favoreça o seu desenvolvimento; ensinar (Tomey & Alligood, 2004).

Ao transpor a teoria para a prática de enfermagem, o enfermeiro deve assumir um papel mais ativo, sobretudo perante pessoas com baixos níveis de LS ou graus elevados de ansiedade pré-operatória. Torna-se, assim, essencial desenvolver estratégias de comunicação adaptadas ao nível educacional de cada pessoa, fomentando uma relação terapêutica baseada na confiança, de modo a identificar adequadamente necessidades de cuidado. Posto isto, o enfermeiro pode recorrer a materiais educativos adequados, como panfletos informativos ou vídeos, e assegurar um ensino reforçado através de estratégias de demonstração ou repetição, como o método teach-back, que permite confirmar a compreensão da informação à pessoa.

Importa ainda considerar que fatores internos e externos de cada pessoa, influenciam tanto o tipo e a quantidade de cuidados necessários, como a forma e a

intensidade dos ensinios realizados, devendo estes, ser adaptados às características e necessidades específicas de cada pessoa.

Sendo o autocuidado o foco central de Dorothea Orem, a pessoa, é colocada como no centro da intervenção de enfermagem. O enfermeiro pode atuar, consoante as necessidades de autocuidado, podendo intervir em diferentes níveis de dependência: quando a pessoa se encontra totalmente dependente; parcialmente dependente ou completamente autónoma. Nestes casos, o enfermeiro pode assumir diferentes papéis, desde executar cuidados, até orientar, ensinar e supervisionar, promovendo gradualmente a autonomia da pessoa agindo o enfermeiro como promotor de ensino e supervisor (Tomey & Alligood, 2004).

Em suma, o EEEMC – AEPSP, deve prestar cuidados a esta pessoa e respetiva família e/ou pessoa significativa, capacitando-os e promovendo cuidados seguros e de qualidade, de modo, a satisfazer as suas necessidades de autocuidado (OE, 2018).

A educação para a saúde realizada pelo EE, assume assim um papel terapêutico fundamental, pois permite atuar sobre o défice de autocuidado da pessoa, promovendo a sua autonomia e incentivando o seu envolvimento ativo no processo de cuidados.

2. ANÁLISE DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

2.1 CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO

A Unidade Curricular Estágio baseou-se na realização de dois ensinios clínicos em contexto de bloco operativo (BO). Ambos desenvolvidos sob a orientação pedagógica da Professora Mestre Tânia Soares, e sob a orientação clínica de duas EEEMC-AEPSP.

Os ensinios clínicos, surgiram como oportunidade para evidenciar a articulação dos conhecimentos teóricos adquiridos e a sua aplicação na prática, com vista ao desenvolvimento de competências técnicas e científicas com vista à melhoria contínua de cuidados de saúde e ao desenvolvimento do processo formativo.

2.1.1 Ensino Clínico I na área de BO

O primeiro ensino clínico decorreu entre 26 de maio a 18 julho de 2025, num Hospital pertencente ao Sistema Nacional de Saúde (SNS), integrado numa Unidade de

Local de Saúde (ULS), que engloba um Hospital e diversas unidades de cuidados de saúde primários.

O hospital, tem como missão prestar cuidados de saúde diferenciados a todas as pessoas, no âmbito das responsabilidades e capacidades das unidades hospitalares que o constituem, dando cumprimento às orientações da política de saúde a nível nacional e regional, bem como aos planos estratégicos e decisões superiormente aprovadas. Tem ainda como visão afirmar-se como uma instituição diferenciadora a nível científico, técnico e tecnológico, reconhecido pela efetividade clínica, segurança e satisfação da pessoa e motivação dos colaboradores (SNS, 2025a).

Este ensino clínico foi realizado em contexto de BO. Neste Hospital, o BO foi acreditado em 2017 pela DGS, em conformidade com o Modelo de Acreditação da Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía. O BO encontra-se localizado no piso 1, numa área terminal de circulação geral do hospital, no entanto, apresenta acessibilidade facilitada ao Serviço de Urgência Geral, à Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), à central de esterilização, bem como a outros serviços de apoio e serviços de internamento.

Relativamente ao seu circuito, o BO, apresenta três áreas de circulação distintas: a área semi- restrita, a área restrita e a área livre.

A área semi – restrita, integra as zonas de suporte às salas operatórias, incluindo os armazéns de material limpo e estéril, as salas de trabalho destinadas ao armazenamento e processamento de instrumental cirúrgico, os gabinetes e os corredores de acesso às áreas restritas. Na área restrita, localizam-se as salas operatórias (da 0 à 5), as salas de indução anestésica, as salas destinadas à desinfeção cirúrgica e as salas de apoio para armazenamento material. Por sua vez, na área livre realiza-se o acolhimento da pessoa, bem como a entrada dos profissionais de saúde e dos materiais.

Este BO integra nove especialidades cirúrgicas, nomeadamente: a Urologia, Oftalmologia, Cirurgia Geral, Senologia, Ginecologia, Ortopedia, Cirurgia Plástica, Otorrinolaringologia e Cardiologia.

O funcionamento do BO contempla a realização de cirurgia eletiva entre as 8h e as 16h, em dias úteis, mantendo-se, contudo, disponível 24 horas por dia para a realização de cirurgias de urgência/emergência.

No que diz respeito à equipa de enfermagem, a mesma é constituída por quarenta e cinco enfermeiros, existindo um enfermeiro nomeado em funções de gestão, dois enfermeiros de apoio à coordenação, quarenta e dois enfermeiros na prestação direta de cuidados às diversas especialidades, e quatro enfermeiros dedicados à Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA).

Deste total de enfermeiros, onze enfermeiros são detentores do título de especialistas, três EE em Enfermagem de Saúde Mental e oito EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Ainda no que diz respeito aos profissionais de saúde, existem dezassete Técnicos Auxiliares de Saúde, dois Assistentes Técnicas e quatro Maqueiros. Existe ainda a colaboração de Cirurgiões de várias especialidades e de Anestestistas, uns residentes da instituição e outros como prestadores de serviços externos.

Cada elemento da equipa de enfermagem encontra-se distribuído por áreas cirúrgicas específicas, o que favorece o desenvolvimento de competências especializadas, contribuindo para a otimização da qualidade e segurança dos cuidados prestados. As equipas de enfermagem de urgência são constituídas por três elementos, procurando garantir um equilíbrio de competências entre os profissionais, de forma, a responder adequadamente às necessidades de cuidados das pessoas em contexto de cirurgia urgente. Um dos três elementos do turno assume a chefia da equipa.

O BO integra também a Consulta de Enfermagem Perioperatória (CEPO) telefónica, que abrange o período pré e pós-operatório. Esta consulta funciona, nos dias úteis, das 8h às 16h, sempre que a dinâmica do serviço assim o permita.

Segundo as dotações seguras, preconizadas pelo Regulamento n.º 743/2019 (OE, 2019), as dotações são cumpridas, visto que estão assegurados em cada turno três enfermeiros em cada sala operatória, alocados à anestesia, circulação e instrumentação, e um enfermeiro por duas pessoas no recobro imediato à cirurgia. Em cada turno, sempre que possível, fica um enfermeiro exclusivamente dedicado à coordenação da equipa, sem acumular funções na sala operatória.

2.1.2 Ensino Clínico II na área de BO

O segundo ensino clínico decorreu entre 15 de setembro a 30 janeiro de 2026 num Hospital pertencente ao SNS, que engloba na sua ULS, o Hospital Central e vinte e seis unidades de cuidados primários.

Como Missão, este Hospital, visa garantir a prestação integrada de cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados e paliativos, com vista à promoção da saúde e da qualidade de vida das pessoas, ao longo do seu ciclo vital, através de uma organização eficaz dos serviços, otimização dos recursos e o desenvolvimento da investigação, inovação e de ações intersectoriais, que tragam valor à prestação de cuidados (SNS, 2025b). Tem ainda como Visão ser uma instituição de referência, num ambiente organizado, assegurando a acessibilidade, sustentabilidade e inovação, bem como, a satisfação de todas as partes interessadas para garantir que as suas necessidades e expectativas, promovendo a saúde e prevenindo a doença (SNS, 2025b).

O ensino clínico II foi realizado em contexto de BO, localizado no primeiro piso da instituição, entre os Serviços de Urgência Geral, UCI e Bloco de Partos. Esta localização estratégica permite uma resposta rápida e eficaz em situações de emergência, nomeadamente a pessoas provenientes destes serviços.

Relativamente à estrutura e organização do BO, o circuito encontra-se dividido em três áreas de circulação, de acordo, com o nível de restrição e controlo de infeção: a área livre, a área semi-restrita e a área restrita.

Na área livre realiza-se o acolhimento da pessoa no transfer e a entrada de profissionais de saúde e materiais. Na área semi – restrita, encontra-se o corredor principal que dá acesso à UCPA I e II, as salas de armazenamento de material, a farmácia, os gabinetes e o secretariado, as salas de tratamento de material e a sala de pausa. A área restrita inclui as salas operatórias (da 1 à 8), as salas de indução anestésica, as salas de desinfeção cirúrgica e as salas de apoio de material. Todas as salas operatórias são de utilização geral, no entanto, para otimizar o trabalho e material disponível, estão preferencialmente atribuídas às especialidades. Das oito salas operatórias existentes, sete destinam-se à cirurgia programada.

Este BO integra doze especialidades cirúrgicas, sendo elas: a Cirurgia Geral, a Cirurgia Vascular, a Cirurgia Plástica, a Ginecologia, a Neurocirurgia, a Ortopedia e

Traumatologia, a Pediatria Cirúrgica, a Pneumologia, a Urologia, a Oftalmologia, a Otorrinolaringologia e a Maxilo Facial. Este Serviço colabora com vários programas, entre os quais, o programa de Colheita de Órgãos e Tecidos, o programa de Transplantação Renal e o de Transplantação de Córneas, contribuindo para a resposta hospitalar nas áreas da doação e transplantação.

O funcionamento do BO contempla a realização de cirurgia eletiva entre as 8h e as 16h, em dias úteis, mantendo-se, contudo, disponível 24 horas por dia para a realização de cirurgias de urgência/emergência.

Quanto aos recursos humanos, a equipa é constituída, atualmente, por oitenta e oito enfermeiros, um enfermeiro nomeado em funções de gestão, quatro elementos de apoio à coordenação, um elemento dedicado à formação, sete elementos à Unidade de Cuidados de Ambulatório e dois elementos dedicados à UCPA. Relativamente à equipa de enfermagem existem dez enfermeiros com título de especialistas, sendo um EE em Enfermagem de Saúde Mental, um EE em Enfermagem de Reabilitação, um EE de Enfermagem Comunitária e sete EE de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Ainda no que diz respeito aos profissionais de saúde, existem vinte e cinco Técnicos Auxiliares de Saúde. Existe ainda a colaboração de Cirurgiões de várias especialidades e de Anestesiistas, uns residentes da instituição e outros como prestadores de serviços externos.

Cada elemento da equipa de enfermagem está, se possível, distribuído por área cirúrgica e todos os enfermeiros do serviço devem estar integrados nas diferentes funções que são exercidas de forma a proporcionar a rotatividade dos mesmos e permitir o normal funcionamento do Serviço em situações de ausência ou de férias de outros elementos.

Segundo as dotações seguras, preconizadas pelo Regulamento n.º 743/2019 (OE, 2019), as dotações são cumpridas, visto que estão assegurados em cada turno três enfermeiros em cada sala operatória, alocados à anestesia, circulação e instrumentação, e um enfermeiro por duas pessoas no recobro imediato à cirurgia. Em cada turno, sempre que possível, fica um enfermeiro exclusivamente dedicado à coordenação da equipa, sem acumular funções na sala operatória.

2.2 COMPETÊNCIAS DE ENFERMAGEM PARA O CUIDADO ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA

Segundo o Regulamento n.º 140/2019 da OE (2019), o EE é o profissional de saúde reconhecido pela sua competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados na sua área, possuindo ainda a capacidade de aplicar e partilhar um conjunto de competências comuns em diferentes contextos de prestação de cuidados de saúde.

Neste capítulo irão ser analisadas e exploradas as competências definidas no Regulamento n.º 140/2019 (OE,2019) e no Regulamento n.º 429/2018 (OE, 2018), que dizem respeito, respetivamente, ao Regulamento das Competências Comuns do EE e ao Regulamento de Competências Específicas EEEMC-PSP.

Pretende-se evidenciar a recolha e análise de evidência científica que sustenta o desenvolvimento das competências anteriormente referidas. Estas serão posteriormente descritas de forma detalhada, explicitando os processos subjacentes à sua aquisição e consolidação.

A presente análise tem por base as atividades experienciadas e desenvolvidas em contexto do ensino clínico I e II. A prática nestes contextos teve como principal objetivo o aperfeiçoamento das competências de aprendizagem, conhecimento e compreensão, promovendo o seu desenvolvimento de forma orientada e progressivamente autónoma. Estas competências foram mobilizadas no processo de tomada de decisão clínica, sustentando numa abordagem crítica, reflexiva e sistematizada, baseada na análise e na reflexão fundamentada em evidência científica.

2.2.1 Competências comuns do enfermeiro especialista

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019), as competências comuns correspondem às competências de todos os EE, independentemente da sua área de especialidade. Estas refletem-se na capacidade do EE para planear, gerir e supervisionar os cuidados de enfermagem, bem como no seu contributo para o desenvolvimento da profissão, através da formação, investigação e assessoria.

Os domínios das competências comuns são: (A) Responsabilidade profissional, ética e legal; (B) Melhoria contínua da qualidade; (C) Gestão dos cuidados; (D) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

Com vista ao desenvolvimento destas competências, foi elaborado, no âmbito dos ensinos clínicos um plano de atividades (Apêndice I – Plano de Atividades das competências comuns do EE) e um cronograma dirigido (Apêndice II – Cronograma de Atividades das competências comuns do EE), com o intuito de estruturar e orientar a atividade prática. Neste relatório é dada maior ênfase ao trabalho desenvolvido no ensino clínico II, embora ambos tenham funcionado como instrumentos orientadores da prática clínica.

Tendo em consideração a minha experiência limitada em contexto de BO e a complexidade inerente a este ambiente, o plano foi maioritariamente dirigido à área da anestesia e circulação, com foco em três especialidades cirúrgicas, com o objetivo de consolidar conhecimentos e desenvolver competências específicas nessas áreas.

2.2.1.1 (A) Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Segundo o Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019), existem duas competências fundamentais neste domínio: (A1) desenvolver uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e deontológicos da profissão; (A2) garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Para o desenvolvimento destas competências, a prática da mestranda foi orientada pelos princípios definidos, com o explanado no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) (OE, 2015) e no Estatuto da OE (OE, 2024), com a finalidade de obter e descrever uma prática profissional especializada e segura, de forma ética e legal, respeitando os direitos humanos de cada pessoa, assim como pelas responsabilidades inerentes ao exercício profissional.

Neste contexto, durante os ensinos clínicos, foram desenvolvidas diversas intervenções, de modo, a alcançar estas competências. Destaca-se o cumprimento rigoroso dos horários estabelecidos, demonstrando assiduidade e pontualidade; bem como a consulta e cumprimento das normas, procedimentos e regulamentos internos

das instituições. Foi igualmente mantida uma comunicação clara, respeitosa e assertiva com a equipa multidisciplinar, evidenciando responsabilidade e colaboração profissional. Ainda a par da responsabilidade profissional, uma prática sempre presente, foi o princípio da confidencialidade, garantindo que a partilha de informação clínica era realizada apenas com a equipa multidisciplinar envolvida no cuidado aquela pessoa.

Com base no Artigo 97º, do Estatuto da OE, o enfermeiro tem o dever de exercer a profissão com adequado conhecimento científico e técnico, *“com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”* (2024, p.82). Esta perspetiva evidencia a dimensão ética da prática de enfermagem. Para a obtenção desta prática, o enfermeiro, deve integrar na sua atuação, os valores universais: a igualdade, a liberdade responsável, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade e a competência e o aperfeiçoamento profissional, consagrados no Artigo 99º do Estatuto da OE, pois *“as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”* (2024, p. 85).

Esta prática só é obtida através da aplicação da deontologia profissional, que se encontra associada ao dever e obrigação do compromisso profissional, sendo considerada um conjunto de regras e princípios que têm por base o dever, dando à intervenção um valor moral, cuja excelência só pode ser atingida por livre vontade (OE, 2015).

A Lei de Bases da Saúde (Lei nº 95/2019) afirma que todos as pessoas têm o direito à proteção da sua saúde, com respeito pelos princípios da igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade. Na prática, a mestranda, teve sempre como prioridade a garantia dos direitos humanos e legais dos mesmos, prova disso, foi a constante preocupação com a confirmação e validação do consentimento informado e a confidencialidade da informação clínica, assim como o respeito pelos valores pessoais, culturais e sociais na relação profissional-pessoa.

Segundo a ERS (2023), o consentimento informado é a autorização esclarecida da pessoa antes da realização de um cuidado de saúde, ato médico, exame, participação

em investigação ou ensino clínico. Em contexto de BO as pessoas eram recebidas no transfer e transferidas para uma maca com destino à sala operatória. Antes desta transferência, a mestranda, assegurava que a validação do consentimento de forma livre e esclarecida em formato digital ou físico, estava em conformidade com as expectativas da pessoa. Esta intervenção permitia a garantia da compreensão do consentimento assinado pela pessoa, a vontade e a sua dignidade.

Em ensino clínico I, houve um episódio, em que o consentimento teve de ser realizado de forma oral, devido à impossibilidade da utente assinar em suporte papel. Nesta situação, foi garantida uma boa prática na obtenção do consentimento informado: toda a equipa estava presente em sala e foi documentado e registado o consentimento, pela equipa de enfermagem e equipa médica informaticamente.

Segundo o Artigo 8º da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (2005), as pessoas particularmente vulneráveis devem ser protegidas e deve ser respeitada a sua integridade pessoal. Sabe-se que em contexto de BO a pessoa quando anestesiada perde a sua capacidade de autonomia e decisão. Emerge então a necessidade de o enfermeiro atuar como advogado da pessoa, defendendo os seus interesses, respeitando e assegurando a sua dignidade. Na prática estas competências foram adquiridas, a mestranda teve como intervenções: a proteção do corpo, para uma mínima exposição; o posicionamento de modo a prevenir lesões; a aplicação de protocolos de checklist de segurança. Em casos particulares de pessoas vulneráveis, como as crianças, era assegurada a presença de um familiar no pré-operatório e no pós-operatório imediato, de modo a proporcionar um ambiente seguro à pessoa e respetiva família e/ou pessoa significativa.

2.2.1.2 (B) Domínio da melhoria contínua da qualidade

Dentro deste domínio, destacam-se três competências fundamentais: (B1) garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; (B2) desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; (B3) garantir um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019).

Este domínio de competências enuncia o dever do EE aplicar cuidados de qualidade e de segurança com base na melhoria contínua, garantindo a segurança da pessoa e o melhor desfecho de resultados de saúde.

Com base no definido pelos PQCE (OE, 2001), a qualidade em saúde é uma função multiprofissional. Assim, compete ao enfermeiro, no âmbito das intervenções autónomas, identificar as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa e família e/ou pessoa significativa, tomar decisões fundamentadas e integrar na sua prática os resultados da sua investigação. Definem, ainda que a elaboração de guias orientadores de boas práticas de cuidados de enfermagem, sustentados na mais recente evidência científica, constitui um pilar essencial para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional.

Ao longo dos ensinios clínicos I e II, a mestranda procurou desenvolver conhecimentos e práticas seguras para a prática clínica, sendo uma das atividades, a consulta e aplicação de protocolos e normas de cada serviço. Também teve oportunidade de participar nas ações de formação proporcionadas pelos serviços. Destaco a formação, em ensino clínico II, da Escala de Avaliação de Risco para Lesões Decorrentes do Posicionamento Operatório, contribuindo para a atualização dos conhecimentos para práticas de segurança cirúrgica. Segundo a AESOP (2006) um correto posicionamento cirúrgico é tão importante para a segurança da pessoa como qualquer outro cuidado perioperatório.

No ensino clínico I a mestranda desenvolveu um póster ilustrativo (Apêndice III – Póster “*Intervenções de Enfermagem na Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico, no IntraOperatório*”) e um documento de apoio (Apêndice IV – Apresentação do Póster) relativamente às Intervenções de Enfermagem na Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico (ILC), no intraOperatório. Esta foi uma necessidade identificada no âmbito de colaboração com o programa Stop Infecção 2.0, centrado na prevenção da ILC, na artroplastia total da anca, na artroplastia total do joelho e na cirurgia colorretal. Ao analisar os seus dados, foi observado que a taxa de infecção da cirurgia colorretal era superior ao esperado. Face a esta realidade, o póster desenvolvido, emergiu como uma necessidade identificada, visando reforçar e promover a adesão dos profissionais de

saúde à estratégia multimodal em precauções básicas de controlo de infeção, de acordo com o preconizado pelo Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência Antimicrobiana (PPCIRA), bem como partilhar com a equipa multidisciplinar os resultados atuais e os esperados. Este objetivo, em contexto de ensino clínico, foi de encontro ao objetivo estratégico 5.3 das *“Práticas seguras em ambientes seguros”*, o 5º Pilar, do PNSD 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021).

O 5º pilar do PNSD 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021), *“Práticas seguras em ambientes seguros”*, remete-se para a segurança, como elemento fundamental aos cuidados de enfermagem, realçando a influência do contexto e das condições em que se prestam cuidados de saúde. Neste sentido, o ambiente da prestação de cuidados condiciona a segurança e a efetividade das intervenções, refletindo-se diretamente nos resultados em saúde mesmos, nomeadamente no que respeita à qualidade e segurança dos cuidados.

Em contexto do ensino clínico II, foi identificada uma necessidade formativa na equipa de enfermagem e nos técnicos auxiliares de saúde relativamente à gestão e prevenção de riscos associados ao acondicionamento e manuseamento do formaldeído. Embora a implementação de uma intervenção estruturada de melhoria não tenha sido possível, por constrangimentos temporais, procedeu-se à disseminação de informação à equipa acerca do procedimento de manuseamento seguro do formaldeído, deixando à equipa uma área de qualidade a desenvolver futuramente.

Ao longo dos ensinios clínicos, foram desenvolvidas diversas intervenções com vista a assegurar a promoção de um ambiente de trabalho seguro e protetor, materializando os princípios deste pilar. Destaca-se um acolhimento humanizado na admissão cirúrgica, sustentado através de uma comunicação afetiva, com foco na pessoa, sem desvios da atenção, permitindo assim um adequado planeamento e empoderamento perante a experiência cirúrgica. Foram ainda asseguradas a validação das informações transmitidas na transição de cuidados, com a pessoa, fundamentais ao ato cirúrgico (jejum, consentimento informado, ausência de prótese e adornos, antecedentes pessoais e alergias); a identificação inequívoca da pessoa através da identificação da pulseira identificativa e confirmação dos seus dados; a implementação da checklist

“Cirurgia Segura Salva Vidas”; a prevenção de quedas através de uso de apoios laterais nas macas operatórias; a dupla confirmação prévia à administração de medicação; a dupla confirmação da medicação aquando administração.

Em suma, através desta descrição a mestranda reconhece o desenvolvimento das competências nesta unidade, uma vez que a procura das melhores práticas, com vista à segurança cirúrgica, foi considerada uma prioridade, sendo concretizada nas intervenções descritas anteriormente.

2.2.1.3 (C) Domínio da gestão de cuidados

Neste terceiro domínio do Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019) destacam-se duas competências fundamentais: (C1) gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; (C2) adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados. Como objetivo, foi definido promover e otimizar um ambiente seguro, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados, adequando os recursos às necessidades de cuidados, integrando a equipa de saúde.

Segundo o Artigo 9º do REPE (OE, 2015), o enfermeiro contribui em diversas áreas no exercício da sua profissão, sendo a área da gestão uma delas, com o intuito de organizar, coordenar, executar, supervisionar e avaliar a formação dos enfermeiros e, segundo o Regulamento nº 76/2018 da OE, *“o exercício de funções de gestão por enfermeiros é determinante para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional”* (2018, p.3478).

Com isto, torna-se fulcral que o EE desenvolva competências na área da gestão que lhe permita otimizar o trabalho de toda a equipa de saúde, adequando os recursos às necessidades de cada momento de trabalho, garantindo a segurança dos cuidados.

Ao longo do ensino clínico I a mestranda observou e acompanhou a enfermeira orientadora como elemento responsável pela gestão no turno da manhã ou tarde, participando no desempenho das suas funções:

- Nos turnos da tarde, havendo a possibilidade de abrir uma sala em contexto de urgência/emergência, na área da ortopedia, havia a necessidade de confirmação do instrumental cirúrgico disponível, assim como dos implantes. Posteriormente a esta

confirmação e validação, existia a necessidade de articular com a equipa médica, evidenciando uma gestão antecipada do material existente, de modo a prevenir constrangimentos à abertura de uma sala operatória;

- Aquando abertura de uma sala de urgência, liderar a equipa e geri-la, com o intuito de operacionalizar o trabalho, de modo, a distribuir os elementos pelas funções de anestesia, circulação e instrumentação, conforme as suas capacidades, assegurando assim a segurança dos cuidados e um ambiente de trabalho positivo;

- Operacionalização das salas operatórias: validação da higienização; validação das condições ambientais; validação do funcionamento dos ventiladores; validação do material presente e necessário a cada carro de anestesia ou de urgência.

No que diz respeito ao ensino clínico II, e devido ao elevado número de cirurgias diárias, na área da ortopedia, havia uma necessidade de realizar uma gestão e validação do instrumental cirúrgico disponível, com apoio da enfermeira orientadora. Esta necessidade exigiu da parte da mestranda uma aprendizagem relativa ao instrumental necessário a cada tipo de cirurgia nesta área, uma gestão e planeamento do mesmo. Se esta gestão diária não fosse realizada, poderia implicar a não concretização do plano operatório daquele dia, implicando danos à pessoa.

Com isto, foi perceptível a importância do EE na gestão na dinâmica do BO e da equipa de enfermagem.

Sendo prática profissional da mestranda, a área do internamento cirúrgico, inicialmente emergiram desafios ao assumir, de forma autónoma, a prática em BO. Pelo descrito, a escolha de iniciar funções, foi na área de anestesia, com o intuito de consolidar a experiência de forma progressiva e conseguir desenvolver cuidados de forma autónoma e em segurança.

No decorrer do ensino clínico I e meio do ensino clínico II, foi perceptível a evolução nesta área e a capacidade de antecipar as necessidades que pudessem advir, para isto, foram definidas intervenções, de modo a garantir a operacionalização dos cuidados, destaque: a revisão do carro de anestesia antes da pessoa entrar na sala operatória; validação da operacionalização do ventilador; a articulação com o médico anestesista

para assegurar o material e fármacos necessário à anestesia; a verificação da presença de dispositivos médicos necessários na sala operatória, como o aquecedor de ar quente.

Após esta área de função estar consolidada, foi desenvolvida a função como enfermeira circulante na área da ortopedia e cirurgia geral. Inicialmente, surgiram dificuldades na gestão de prioridades, dentro da sala operatória, devido à elevada complexidade que esta exige. Destaco, como uma atividade implementada para otimizar esta função, a organização sistematizada do material e a antecipação das necessidades cirúrgicas, permitindo uma resposta mais célere e segura às exigências do procedimento.

Em todos os momentos e etapas realizadas, foi solicitado feedback de forma sistemática à enfermeira orientadora e equipa de enfermagem presente em sala, ajustando e melhorando a prática conforme as críticas construtivas, o que permitiu desenvolver eficazmente estas funções e aprimorar os cuidados em segurança. Como apoio ao desenvolvimento destas competências, o cronograma, referenciado anteriormente (Apêndice II – Cronograma de Atividades das competências comuns do EE), permitiu à mestrada uma gestão e organização mais eficaz das práticas e do percurso no contexto de ensinos clínicos.

Também foi aplicada e desenvolvida uma comunicação clara e eficaz, com vista à promoção da segurança da pessoa e de todos os profissionais de saúde. Uma comunicação eficaz no perioperatório só é possível se existir nos profissionais um compromisso e valorização de uma cultura de segurança (Speth, 2024).

2.2.1.4 (D) Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Dentro deste domínio, destacam-se duas competências fundamentais: (D1) Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade; (D2) Basear a práxis clínica especializada em evidência científica (OE, 2019).

Posto isto, foi desenvolvido como objetivo desenvolver um processo de aprendizagem com base na melhor evolução, sendo um agente ativo no campo da investigação.

Nos contextos de ensino clínico, a mestranda procurou uma postura de autoconsciência e autoconhecimento, assumindo as suas capacidades e limitações, não

se mostrando disponível a agir de forma autónoma quando sentia insegurança ou medo, evidenciando áreas de fragilidade. Procurou, também, estar disponível à mudança e ao crescimento, pelo que foi solicitado constantemente o feedback das enfermeiras orientadoras de ensino clínico e equipa de enfermagem presente, como referido anteriormente.

Ainda na área do desenvolvimento foi possível desenvolver uma capacidade de adaptação e flexibilidade. O BO é uma área de grande complexidade, devido à presença de diversas especialidades cirúrgicas, pelo que a mestranda esteve presente em sala operatória na área da urologia, da cirurgia pediátrica, da ortopedia, da cirurgia geral e da neurocirurgia. Este desafio, despoletou insegurança associado à exigência na necessidade de dar resposta em cada área de especialidade e do percurso formativo, havendo assim um desenvolvimento da capacidade de ajuste e resiliência.

No ensino clínico I, a mestranda vivenciou inicialmente alguma dificuldade em comunicar com a equipa multidisciplinar de forma direta. Existiam medos e receios face a essa componente, no entanto, com o decorrer de ambos os ensinos clínicos, a mestranda desenvolveu confiança e autonomia, conseguindo ultrapassar este desafio e terminando o ensino clínico com a capacidade de comunicar diretamente com a equipa cirúrgica e equipa anestésica, não necessitando da enfermeira orientadora como recurso. Essa comunicação foi sempre assertiva, clara e na procura de cuidados de qualidade. Por exemplo, aquando falha da técnica asséptica intervinha. A adoção de uma postura colaborativa e integrativa permitiu que a equipa desenvolvesse confiança nas práticas da mestranda e que a englobasse na participação dos cuidados, como um elemento pertencente à equipa.

No que diz respeito à prática clínica, baseada na mais recente evidência científica, sabe-se que é fundamental que o EE esteja munido da mais recente evidência para poder desempenhar cuidados de qualidade e segurança, procurando a melhoria contínua dos cuidados, sendo um agente ativo na investigação.

Durante os ensinos clínicos houve a procura de novos conhecimentos:

- Foi desenvolvida uma *scoping review* com o tema “Intervenções do Enfermeiro na Promoção da Literacia em Saúde ao Doente Submetido a Cirurgia, no Período Pré-

Operatório: *Scoping Review?*” (Apêndice V- *Scoping Review*): O desenvolvimento desta componente de investigação evidenciou a importância do papel do EE na implementação de projetos que visem o aumento da LS da pessoa, de forma a aumentar a sua autonomia e empoderamento.

- Participou na formação “*Enfermagem de Anestesiologia*” em formato eLearning (Anexo I – Certificado e Estrutura Curricular da formação “*Enfermagem de Anestesiologia*”): Esta formação surgiu com o intuito de consolidar um desempenho eficaz e eficiente face às necessidades decorrentes da prática, mas acima de tudo, para conseguir responder às necessidades da pessoa e da equipa cirúrgica. Segundo a AESOP (2006), o enfermeiro perioperatório deve desenvolver conhecimentos sobre a anestesia, as várias técnicas anestésicas, agentes anestésicos e interações farmacológicas dos mesmos, técnicas e métodos de monitorização para conseguir um desempenho eficaz e eficiente face.

- Participou nas primeiras Jornadas de Enfermagem Perioperatória da ULS Santa Maria (Anexo II - Certificado de participação nas Jornadas de Enfermagem Perioperatória da ULS Santa Maria): Esta participação permitiu desenvolver e aprofundar conhecimentos no âmbito da segurança perioperatória.

- Realizou uma formação sobre a Toxicidade Sistémica por Anestésicos Locais (TSAL) no ensino clínico II (Apêndice VI - *Powerpoint* da formação “*TSAL*”): Esta formação exigiu da parte da mestranda uma procura da mais recente evidência sobre esta temática, aprofundar conhecimentos acerca da mesma e estar capacitada a responder em casos de TSAL de forma proativa, evitando eventos críticos. Também com a orientação da enfermeira orientadora foi abordada esta temática com alguns elementos da equipa anestésica, de modo, a poderem dar os seus conhecimentos e experiências. De forma a validar a necessidade formativa e a satisfação dos formandos, foi aplicado um questionário que foi respondido por dezanove dos vinte e cinco participantes. Nesse questionário verificou-se que os conteúdos abordados foram relevantes para a prática dos enfermeiros no BO. Também se verificou que os enfermeiros se sentiram mais aptos a identificar precocemente sinais e sintomas de TSAL e que compreenderam melhor fatores de risco e formas de prevenção, estando mais aptos a atuar perante uma

suspeita de TSAL. O questionário dirigido aos enfermeiros presentes na formação, encontra-se em Apêndice VII - Questionário da formação “TSAL”.

2.2.2 Competências específicas do EEEMC-PSP

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018, o EE em é aquele que detém um *“conjunto de competências clínicas especializadas e concretizadas consoante o alvo e contexto de intervenção”* (2018, p. 19356) em diversas áreas de Enfermagem Médico – Cirúrgica. Remetendo às competências específicas do EEEMC-PSP este tem de direccionar o seu cuidado aos projetos de saúde da pessoa e família e/ou pessoa significativa que estão a vivenciar um processo de saúde-doença e que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos. Estes cuidados visam a promoção da saúde, a prevenção de eventos adversos e o tratamento da doença (OE, 2018). Em suma, o EE perioperatório é aquele que antecipa os seus cuidados face à situação cirúrgica e anestésica, tendo uma atuação responsável (OE, 2017).

As unidades de competência do EE perioperatório são: (1) cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa; (2) maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica (OE, 2018).

Com vista à obtenção destas unidades de competências, a mestranda teve por base os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica (PQCEEMC) (OE, 2017). Estes estabelecem os padrões de excelência desta especialidade cirúrgica, com vista a orientar a reflexão profissional e a tomada de decisão, com base em sete enunciados descritivos: Satisfação do doente; Promoção da Saúde; A Prevenção de Complicações; Bem-estar e o autocuidado; A readaptação funcional; A Organização dos Cuidados de Enfermagem; A Segurança do doente.

Ainda, os PQCEMC apresentam cinco pilares na qual os cuidados de enfermagem perioperatórios devem assentar, os quais estiveram na base da minha prática em ambos os ensinamentos clínicos (OE, 2017):

- O Reconhecimento do Outro e a Capacitação: o EE perioperatório tem de desenvolver uma relação interpessoal com a pessoa e atuar com esta como um ser

único, potenciando-o a sua autonomia, através do desenvolvimento de projetos de cuidados em conjunto;

- A Vulnerabilidade: assegurar os cuidados quando a pessoa se encontra incapacitada para o fazer de forma autónoma;

- A Responsabilidade de cuidado: promover cuidados de excelência em toda a fase perioperatória, ajudando a pessoa a atingir o seu melhor nível de função e bem-estar, envolvendo toda a equipa multidisciplinar neste processo;

- A Prudência e a Gestão do Risco: atuar com consciência cirúrgica, numa perspetiva antecipatória e prudente, com o objetivo de evitar erros e eventos adversos.

- A Consciência Cirúrgica: o EE perioperatório tem de ser detentor deste princípio ético e moral, de modo, a que a sua prática seja no âmbito dos cuidados de excelência.

Como guia orientador para a prática, foi desenvolvido em ambos os ensinos clínicos um plano de atividades (Apêndice VII – Plano de Atividades das competências EEEMC – AEPSP) e cronograma dirigido (Apêndice VIII – Cronograma de Atividades das competências EEEMC – AEPSP). Destaca-se neste relatório o realizado em ensino clínico II.

Posto isto, e com base no apresentado anteriormente, serão descritas detalhadamente como é que estas competências foram adquiridas e desenvolvidas nas cinco áreas que o EE perioperatório tem de ter competências: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos (OE, 2018).

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

Nesta unidade de competência é espectável que o EE esteja capacitado de conhecimentos e habilidades para cuidar da pessoa e família e/ou pessoa significativa, envolvendo-a no seu processo cirúrgico, compreendendo as suas vivências e necessidades (OE, 2018).

Na realização do ensino clínico I foi possível participar na CEPO telefónica e na realização do ensino clínico II foi possível participar na consulta pré-operatória da Unidade de Cuidados de Ambulatório. Estes momentos permitiram à mestranda

participar ativamente na preparação da pessoa e família e/ou pessoa significativa, pois através do desenvolvimento de uma relação enfermeiro-pessoa, há a possibilidade de escutar atentamente os problemas e as dúvidas para posteriormente planejar intervenções autónomas (Breda & Cerejo, 2021). Também há a possibilidade de identificar potenciais fatores de risco ou erro e atuar sob os mesmos antecipadamente. Nestas consultas era confirmado a presença ou não de consentimento informado; a necessidade de jejum no dia da cirurgia; a confirmação de suspensão de medicação (quando aplicado); o conhecimento de alergias o que prevenia constrangimentos ao dia da cirurgia. Numa das consultas realizadas houve uma pessoa que, por lapso, se esqueceu da suspensão do antiagregante. Em conjunto com a enfermeira orientadora, foi reportada a informação à equipa médica, tendo sido a cirurgia protelada.

Também muito comum e presente na fase perioperatória é a ansiedade e o medo face ao desconhecido. Estas consultas permitem envolver a pessoa e muni-la de conhecimentos face à sua experiência através da explicação do processo cirúrgico e esclarecimento de dúvidas relacionados à anestesia; dor pós-operatória; tempo de espera até entrar na sala; temperatura em sala; número de elementos em sala.

Em todo este processo foram utilizadas estratégias facilitadoras da comunicação e estratégias que permitiram identificar e avaliar a compreensão por parte das pessoas. Destacam-se estratégias como o método teach-back, a escuta ativa, bem como a utilização de uma comunicação clara e calma, adaptada às necessidades da pessoa.

Como já mencionado, foram desenvolvidas funções em BO como enfermeira de anestesista e de circulação, maioritariamente na área de Neurocirurgia, Cirurgia Geral e Ortopedia.

Enquanto enfermeira de anestesia, a mestranda, iniciava as suas funções com o acolhimento da pessoa no transfer. Na prática, houve sempre a atenção em assegurar técnicas de acolhimento individualizado que transmitissem segurança à pessoa, potenciando uma diminuição da ansiedade: Remoção da máscara; demonstração de disponibilidade e empatia; apresentação pelo nome e função; adaptação de uma linguagem de motivação, de encorajamento e de não julgamento. No entanto, previamente a este acolhimento, eram antecipados os cuidados pré-anestésicos,

através da consulta do plano operatório e dos dados de cada pessoa, através da consulta do seu processo clínico, validando posteriormente os mesmos, com a pessoa, assegurando uma dupla confirmação das informações: consentimento informado, de acordo com o assinado; tempo de jejum; conhecimento de alergias; suspensão de terapêutica antiagregante; presença de próteses e adornos; antecedentes pessoais/cirúrgicos; existência de exames complementares de diagnóstico.

Quanto ao material de anestesia, a mestranda recorria à checklist presente em sala operatória ou preconizada pelo serviço, de forma a assegurar a presença de todos os dispositivos e material necessário. Relativamente aos fármacos necessários ao procedimento cirúrgico, foram sempre articulados previamente com o médico anestesista, de modo, a garantir que toda a medicação necessária estivesse disponível no momento oportuno, assegurando assim a segurança e eficiência durante o processo anestésico.

O conhecimento prévio da pessoa, do procedimento cirúrgico proposto e do tipo de anestesia planeado, permitiram à mestranda articular com o anestesista e antecipar necessidades específicas de material, como material para via aérea difícil, como por exemplo, o videolaringoscópio, garantindo uma resposta rápida perante possíveis dificuldades na abordagem da via aérea.

Durante os ensinamentos clínicos, a mestranda teve igualmente oportunidade de desenvolver funções como enfermeira circulante. Inicialmente, maioritariamente em posição de observação, visto ser uma área na qual não possuía experiência profissional prévia. No entanto, através da observação sistemática e da prática progressiva, foi possível compreender e valorizar a importância do papel do enfermeiro circulante no BO.

O enfermeiro circulante tem de dominar o conhecimento sobre a especialidade cirúrgica em causa, de forma a antecipar necessidades da equipa cirúrgica, contribuindo para a organização e fluidez do procedimento operatório. Este profissional assume um papel fundamental na gestão de materiais e recursos, garantindo que o material adequado esteja disponível no momento certo, facilitando assim o trabalho do

enfermeiro instrumentista e da restante equipa cirúrgica, e promovendo cuidados seguros e de qualidade.

Enquanto enfermeira de circulação, a mestranda procurou adaptar a sua prática aos conhecimentos adquiridos e às possibilidades de atuação no momento, desenvolvendo diversas atividades no âmbito da prestação de cuidados em BO. Entre estas, destaca-se a colaboração na realização dos registos da pessoa em documentação própria, bem como o registo de reprocessamento de instrumentos cirúrgicos reutilizáveis, especialmente quando estes eram cedidos em regime de empréstimo, garantindo a rastreabilidade e segurança do processo. A mestranda, também foi responsável por assegurar a correta identificação das peças anatómicas, bem como pela realização da contagem de compressas e instrumentos cirúrgicos em diferentes momentos do intraoperatório, procedimento efetuado em colaboração com os restantes elementos da equipa, de forma a garantir a segurança da pessoa e prevenir retenção de material cirúrgico. Paralelamente, era providenciado o material necessário para o decorrer da cirurgia, de acordo com as necessidades identificadas e com o nível de conhecimento adquirido. Por exemplo, quando a mestranda percecionava a proximidade do final do procedimento cirúrgico, antecipava e preparava material necessário para a realização do penso cirúrgico.

A área da instrumentação foi a menos desenvolvida entre as três funções do enfermeiro de BO. Apesar de constituir um dos objetivos definidos para o ensino clínico, e tendo em conta a ausência de experiência prévia em contexto de BO, não foi possível acompanhar as enfermeiras orientadoras nesta função. Ainda assim, através da observação e aprendizagem indireta, foi possível adquirir conhecimentos básicos associados a esta área, nomeadamente a desinfeção pré-cirúrgica das mãos, a organização e preparação das mesas cirúrgicas, a colocação dos campos cirúrgicos, bem como a colaboração na contagem de compressas, instrumentos e cortoperfurantes.

Em contexto de UCPA, correspondente ao pós-operatório imediato, a mestranda assegurava a continuidade dos cuidados da pessoa. Neste contexto, a monitorização clínica constituía uma constante preocupação, assim como a avaliação e a gestão da dor. Para tal foram aplicadas escalas de avaliação da dor, adequadas ao estado clínico de

cada pessoa, permitindo uma intervenção individualizada e ajustada à necessidade da pessoa na sua recuperação anestésica.

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

Nesta unidade de competência é expectável que o EE mobilize conhecimentos e habilidades que garantam a segurança da pessoa, dos profissionais de saúde e do ambiente, agindo de acordo com a ética profissional (Regulamento n.º 429/2018).

A AESOP refere que *“A segurança do doente e do pessoal é primordial num ambiente de alta tecnologia, de uma enorme especialização, onde se pretende prestar cuidados de qualidade”* (2006, p. 63), pelo que, a segurança dos cuidados foram uma procura constante na prática da mestranda.

Como enfermeira em função de anestesia e de circulação foi garantida a disponibilidade de material e operacionalização do mesmo previamente à entrada da pessoa na sala. Esta atividade em tempo útil, evidenciava conhecimentos acerca da cirurgia, garantindo uma resposta célebre, diminuindo a possibilidade de ocorrências intraoperatórias. Destaco como intervenções neste âmbito a funcionalidade do garrote cirúrgico fundamental ao controlo de hemorragias no intraoperatório de cirurgia ortopédica; disponibilidade do número necessários de bombas de infusão controlada para a cirurgia neurológica; disponibilidade de aquecedor de ar quente para cirurgias com exposição corporal ou cirurgias de tempo prolongado.

Numa fase intraoperatória, enquanto enfermeira circulante, colaborei com a equipa de modo a promover um ambiente seguro à pessoa. As intervenções desenvolvidas pela mestranda, foram: participar nos posicionamentos cirúrgicos garantindo o menor dano à pessoa; manusear corretamente e de forma asséptica dispositivos invasivos (drenos, algalias, cateteres); colocar a placa dispersiva no local do corpo certo e conforme as indicações preconizadas; participar na contabilização de compressas, material e cortoperfurantes dados à mesa. No que diz respeito às compressas, estas eram disponibilizadas à mesa de dez por vez, de modo a garantir o erro na contagem. Era assegurada uma dupla confirmação de todo o material através da contabilização em

quadro, disponível a toda a equipa na sala operatória. Todo o instrumental antes de ser fornecido era verificado a integridade, validade e esterilidade.

Quanto à segurança da equipa procurava organizar a sala operatória, de modo, a permitir uma livre circulação, acondicionando os cabos elétricos ou o posicionamento dos pantoffs para evitar lesões. Apoiava o enfermeiro instrumentista e a restante equipa cirúrgica a vestirem-se com roupa estéril.

Enquanto enfermeira de anestesia, mantinha uma vigilância constante hemodinâmica e articulava com o médico anestesia quando necessário. Assegurava o cumprimento da checklist *“Cirurgia Segura, Salva Vidas”*, assim como o seu registo em plataforma própria. Esta lista é uma ferramenta essencial à segurança cirúrgica, de modo a reduzir mortes e complicações cirúrgicas. Está comprovado que a sua implementação levou à diminuição de complicações e taxas de mortalidade (World Health Organization, 2009).

A Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) continuam a ser uma problemática dos cuidados de saúde e uma preocupação da DGS, pelo que os eixos de atuação do PPCIRA, um programa para prevenir e controlar as IACS, procuram a Implementação de feixes de intervenções de prevenção de IACS (DGS, 2025). Neste âmbito, liderando o processo e controlo de IACS, e direcionados à prática de BO, foi desenvolvido em ensino clínico I um póster como referido anteriormente. Associado a isto, foi implementada na prática as intervenções preconizadas pelo *“Feixe de Intervenções”* para a Prevenção da ILC da DGS (2022) garantindo assim a excelência da prática. Foi assegurado constantemente o controlo da temperatura e glicemia, quando necessário, assim como o seu registo.

Agregado a esta temática, numa fase inicial de ensino clínico I, foram aprofundados princípios de técnica asséptica cirúrgica e vigilância da mesma, pois o comprometimento da mesma pode ter desfechos negativos para a pessoa. Isto permitiu estar desperta a compromissos da técnica asséptica e poder ser proativa no incumprimento da mesma.

Em todos os momentos da prestação de cuidados, foi assegurada uma transição de cuidados de saúde segura. Esta transição implica a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre profissionais, com o objetivo à continuidade e

segurança dos mesmos, pelo que a sua qualidade diminui eventos adversos e consequentemente a mortalidade (DGS, 2017). Para tal, quando a passagem da pessoa para a outro elemento da equipa no intraoperatório ou para a UCPA era implementada a mnemónica ISBAR. Este auxiliar de memória diz respeito à identificação, situação atual, antecedentes, avaliação e recomendações da pessoa a quem prestamos cuidados. O uso desta mnemónica permitiu à mestranda assegurar uma transmissão de cuidados segura, eficaz, concisa e estruturada, garantindo a qualidade dos cuidados pós-operatórios.

O trabalho em BO é complexo na área de prestação de cuidados, devido à multidisciplinaridade, à alta tecnologia e ao trabalho sob elevada pressão. Neste sentido, torna-se fulcral a implementação de cuidados de segurança, garantindo a qualidade dos cuidados prestados e a resposta em tempo útil.

2.3COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

De acordo com o Decreto de Lei nº 65/2018 publicado em Diário da República o grau de Mestre é conferido a quem demonstre (2018, p. 4162):

- a) Deter conhecimentos e capacidades de compreensão a um nível que:
 - i) Sustenha nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - ii) Permita e constitua a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

c) Deter capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

d) Ser capaz de comunicar as suas conclusões, os conhecimentos e os raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

e) Deter competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

Ou seja, o grau de Mestre evidencia a capacidade para desenvolver competências quando se evidencia a necessidade de desenvolver conhecimentos, para dar resposta a uma problemática. Esta procura de saber, vai além da técnica prática, ou seja, permite agir, com a capacidade de lidar com questões complexas, através da investigação ou implementação de novos projetos. Em suma, evidencia a capacidade e competência de pensar, analisar e decidir.

A mestranda, considera que ao longo do percurso formativo, e articulando o conhecimento teórico e a prática em ensinos clínicos, estas competências foram adquiridas e desenvolvidas. Sendo a prática profissional da mestranda o internamento em contexto cirúrgico, a prática em ensinos clínicos em contexto de BO, por sua vez, exigente e com diversas especialidades cirúrgicas e diversas equipas multiprofissionais, exigiu uma grande capacidade de adaptação, de tomada de decisão baseada na mais recente evidência e mobilização de conhecimentos às diversas situações da prática.

Na área da investigação e, com vista, à concretização e desenvolvimento destas competências, foi desenvolvido uma *scoping review* (Apêndice V- *Scoping Review*) como descrito anteriormente. Esta temática emergiu da lacuna detetada em contexto de prática clínica e profissional. Também permitiu realizar uma análise da literacia, desenvolver competências de pesquisa e investigação. Os resultados obtidos, permitiram o olhar crítico e reflexivo das práticas implementadas, e desenvolvimento de “ideias” a aplicar à posteriori na prática, para apoiar o desenvolvimento de intervenções mais adequadas às necessidades da pessoa submetida a procedimento cirúrgico no período pré-operatório.

Ao longo de ambos os ensinos clínicos, a mestranda procurou estar detida de conhecimentos e capacidades para poder dar resposta às situações inerentes aos cuidados. Esta procura constante de conhecimento exigiu a consulta de normas

institucionais, Regulamentos nacionais e internacionais, diretrizes de associações, como a AESOP e EORNA, de modo a dar resposta à prática do enfermeiro perioperatório, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados e à segurança cirúrgica.

Ao estar munida de conhecimentos, a prática perioperatória foi desenvolvida desde a observação à prática efetiva, o que permitiu uma evolução mais autónoma do processo formativo da mestranda, a confiança por parte da equipa e a integração da mesma como um elemento de BO. A postura de procura e desenvolvimento de conhecimentos, e a prática em ensinos clínicos, evidenciou a importância da constante atualização de modo a dar resposta a situações específicas da pessoa em situação perioperatória.

A comunicação foi uma competência trabalhada constantemente na prática. A comunicação clara e eficaz permite diminuir o erro, resultando em cuidados mais seguros para a pessoa, pelo que a mestranda, assegurou em todo o seu processo formativo esta comunicação com a pessoa e família e/ou pessoa significativa, assim como com toda a equipa multidisciplinar.

2.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A profissão de enfermagem exige um compromisso ético e deontológico rigoroso, orientador da prestação de cuidados de saúde seguros, humanizados e de qualidade. Ao longo do processo formativo, a mestranda assegurou na sua prática clínica, a prestação de cuidados seguros e de qualidade, procurando promover uma relação terapêutica baseada na confiança, no respeito e na dignidade humana.

A prática desenvolvida assentou nos princípios éticos fundamentais da beneficência, não-maleficência, justiça e autonomia. Foram igualmente assegurados o sigilo profissional, a garantia da confidencialidade da informação, a validação e respeito pelo consentimento livre e informado, em conformidade como no Estatuto da OE (2024) e o REPE (2015).

A integração destes princípios éticos, aliada à atualização contínua da evidência científica, sustentou a adoção de boas práticas, a tomada de decisão clínica

fundamentada, a partilha de conhecimentos com as equipas e a prestação de cuidados de enfermagem seguros e humanizados.

O presente relatório respeita integralmente os princípios do sigilo profissional e da confidencialidade, não identificando pessoas, serviços ou instituições, garantindo a proteção da privacidade e dos dados sensíveis.

Cada ensino clínico decorreu sob supervisão de uma Enfermeira Orientadora, especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área perioperatória, em conformidade com as normas institucionais, assegurando que todas as intervenções respeitassem as competências profissionais e os padrões de qualidade e segurança dos cuidados.

Por fim, a elaboração deste relatório observou os princípios da ética na investigação, nomeadamente a honestidade intelectual, o rigor científico e a adequada referenciação segundo as normas APA, garantindo a integridade académica do relatório.

3. CONCLUSÃO

O presente relatório evidencia o percurso formativo desenvolvido com vista à consolidação de uma prática especializada, integrando a componente prática e teórica, com vista à aquisição de competências de EE em EMC-PSP. Ao longo deste processo, foi promovida a articulação entre os saberes teóricos e a prática em contexto de ensinos clínicos, sustentada por uma procura contínua da mais recente evidência científica, a consulta de regulamentos e literatura específica, permitindo uma análise crítica e reflexiva da prática de cuidados de saúde.

O interesse pela área da pessoa submetida a cirurgia, aliada à identificação de lacunas no conhecimento das pessoas relativamente ao seu processo de saúde-doença e aos recursos disponíveis na comunidade, motivou o desenvolvimento de uma *scoping review*. Este trabalho de investigação evidenciou o papel fundamental do enfermeiro na preparação pré-operatória da pessoa, nomeadamente através da educação para a saúde, bem como as competências do EE, em liderar a implementação de projetos que visem o aumento da LS da pessoa, fomentá-lo na equipa multidisciplinar, de forma a aumentar a autonomia e empoderamento de quem é cuidado. A educação para a saúde,

como potenciador de melhores níveis de LS podem ser alcançados, através de métodos e estratégias, como o método o teach-back, o uso de panfletos ou vídeos educativos.

No decorrer dos ensinios clínicos, considera-se que os objetivos definidos foram atingidos, tendo sido prestados cuidados à pessoa em situação perioperatória nas diferentes áreas da especialidade, com maior ênfase à área da anestesia e circulação, de modo progressivo e autónomo. Este percurso formativo permitiu o desenvolvimento e consolidação de conhecimentos, bem como a definição de prioridades para assegurar cuidados de qualidade e em segurança.

Os desafios inerentes a este processo, como já referidos anteriormente, foram diversos, contudo, a mestranda procurou demonstrar um desenvolvimento progressivo, desde a observação, à prática autónoma, sustentada numa procura contínua de feedback, reconhecendo limites e capacidades. Destaca-se ainda, a procura de conhecimentos para responder às necessidades existentes, através da realização da formação em Enfermagem de Anestesiologia e a participação nas primeiras Jornadas de Enfermagem Perioperatória da ULS Santa Maria, que contribuíram para o enriquecimento do percurso formativo.

A prática em contexto de BO, evidenciou a sua elevada complexidade e exigência, o que exige uma tomada de decisão rápida e fundamentada quanto a áreas como a da gestão. Tanto das equipas, como dos recursos materiais. Evidenciou também a importância de uma comunicação clara, assim como de uma transmissão de cuidados eficaz, que permitissem a segurança da pessoa de quem se cuidava. Não obstante, evidenciou também, a necessidade de envolver a pessoa e família e/ou pessoa significativa como elemento chave ao empowerment, à recuperação e satisfação.

Em suma, o enfermeiro é responsável pelo desenvolvimento e atualização contínua dos seus conhecimentos e pela prestação de cuidados seguros, baseados na mais recente evidência científica. A mestranda, procurou ao longo de todo o seu processo formativo, desenvolver práticas de excelência, promovendo o seu crescimento pessoal e profissional no cuidado à pessoa em situação perioperatória.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Akubire, B., Gmayinaam, V. U., Anaba, E. A., Appiah, P. K. & Asalu, G. A. (2025). Determinants of health literacy among older adults in Saboba district in Ghana: a cross sectional study. *BMC Public Health*, 25. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-23500-x>

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (2006). *Enfermagem Perioperatória: da filosofia à prática de cuidados*. Lusodidacta. Loures.

Breda, L. F. T. F. & Cerejo, M. N. R. (2021). Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. (Revista de Enfermagem Referência, vol. V, núm. 5, e20088, 2021). <https://doi.org/10.12707/RV20088>

Chang, M. E., Baker, S. J., Marques I, C. S., Liwo, A. N., Chung, S. K., Richman, J. S., Knight S. J., Fouad, M. N., Gakumo, C. A., Davis, T. C. & Chu, D. I. (2020). Literacia em Saúde em Cirurgia. *Investigação e Prática em Literacia em Saúde*, 4 (1), 45-65. DOI: [10.3928/24748307-20191121-01](https://doi.org/10.3928/24748307-20191121-01)

Decreto-Lei n.º 65/2018 do Ministério da Saúde. Diário da República: I série, nº 157. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>

Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde. (2021). Diário da República: II série, nº 187. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/de_spaço/9390-2021-171891094

Direção Geral da Saúde. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente*. Relatório técnico final. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoSegDoente_Final.pdf

Direção Geral da Saúde. (2017). Norma nº 001/2017 de 08/02/2017. 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>

Direção Geral da Saúde. (2018). *Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021 – Portugal*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2022). Norma nº 020/2015 atualizada a 17/11/2022: Feixe de Intervenções de Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico. https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf

Direção Geral da Saúde. (2025). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos: Relatório 2025*. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos-relatorio-de-2025-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/935/30040/3112571/FatorX/Manual%20Boas%20Práticas%20Literacia%20em%20Saúde%20Capacitação%20dos%20Profissionais%20de%20Saúde.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2021): *Níveis de Literacia em Saúde – PORTUGAL*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estudo-apresenta-nivel-de-literacia-em-saude-dos-portugueses-pdf.aspx>

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

Entidade Reguladora da Saúde. (2024). *Estudo sobre Literacia em Direitos dos Utentes dos Serviços de Saúde*. https://www.ers.pt/media/s5odkact/estudo-sobre-literacia-em-direitos-dos-utentes-de-servicos-de-saude_01jul2025.pdf

Fernandes, D. S. C., Cerejo, M. N. R. & Gonçalves, M. A. R. (2024). Ensino pré-operatório de enfermagem: Impacto na ansiedade da pessoa submetida a cirurgia. *Revista de Enfermagem Referência*, 6 (3), 1 – 8. 10.12707/RVI23.118.33206

Kim, Y. S., Kim, H. A., Kim, M. S., Kim, H. S., Kwak, M. J., Chun, J., Hwang, J. I. & Kim, H. (2020). How to Improve Patient Safety Literacy?. *International Journal of Environmental Research Public Health*, 17(19), 7308. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197308>

Kim, Y.S., Kim, H. A., Kim, M. S., Kim, H. S., Kwak, M. J., Chun, J., Hwang J.I. & Kim, H. (2020). How to Improve Patient Safety Literacy?. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 730. DOI: 10.3390/ijerph17197308

Lei de Bases da Saúde. (2019) Diário da República: I série, nº 169. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>

Lopes, C. & Almeida, C. V. (2019). *Literacia em Saúde na Prática*. Edições ISPA. <http://hdl.handle.net/10400.12/7305>

Machado, P. T., Lecoultre, C. & Courbon, C. (2024). Cross-sectional and Correlational Examination of Patients' Preoperative Anxiety, Information Need, and Health Literacy in a Presurgical Consultation. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 39 (6), 1019 – 1025.

Martins, T. & Brito, A. (2021). Autocuidado: Uma abordagem com futuro nos contextos de saúde. *Autocuidado: Um foco central de Enfermagem*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. (pp. 5-14. <http://hdl.handle.net/10400.26/39313>

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

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Deontologia Profissional de Enfermagem. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livroci_deontologia_2015_web.p df

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados Em Enfermagem Médico-Cirúrgica: - Na Área De Enfermagem À Pessoa Em Situação Crítica - Na Área De Enfermagem À Pessoa Em Situação Paliativa - Na Área De Enfermagem À Pessoa Em Situação Perioperatória - Na Área De Enfermagem À Pessoa Em Situação Crónica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade_emc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. Diário da República: II série, nº 21. Disponível <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. Diário da República: série II, nº 135, 19359 – 19370. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5966/8regulamento_comptcespecfmedicocirurgica.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República: série II, nº 184, 128 – 155. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: II série, nº 26, 4744-4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>.

Ordem dos Enfermeiros. (2024). Estatuto Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/34807/af-estatuto-da-oe-2024_vis.pdf

Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. (2005). *Declaração universal sobre bioética e direitos humanos*. <https://www.ufp.pt/app/uploads/2019/06/declara%C3%A7%C3%A3o-universal-sobre-bio%C3%A9tica-e-direitos-humanos.pdf>

Organização Mundial de Saúde. (2013). *Health Literacy: the solid facts*. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289000154>

Ouschan, R., Sweeney, J. C. & Johnson, L. W. (2008). Dimensions of patient empowerment: implications for professional services marketing. *Health Marketing Quarterly*, (18), 99-114. https://doi.org/10.1300/J026v18n01_08

Queirós, P. J. P, Vidinha, T. S. S. & Filho, A. J. A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (3), 157 – 164. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>

Rosário, J., Dias, S. S., Dias, S. & Pedro, A. R. (2024). A literacia em saúde e os seus determinantes entre os estudantes do ensino superior da região do Alentejo, sul de Portugal — Um estudo transversal. *PLOS ONE*, 19 (9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0309806>

Santos, M.M., Martins, J.C.A. & Oliveira, L. M. N. (2014). A ansiedade, depressão e stress no pré-operatório do doente cirúrgico. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV - n.º 3 - nov./dez. 2014. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1393>

Serviço Nacional de Saúde. (2025a). Visão, Missão e Valores. Unidade Local de Saúde Arco Ribeirinho. <http://www.chbm.min-saude.pt/centro-hospitalar-chbm/informacao-publica/visao-missao-e-valores>

Serviço Nacional de Saúde. (2025b). Unidade Local de Saúde Almada-Seixal, EPE. <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/unidade-local-de-saude-de-almada-seixal/>

Smith, G. D. (2021). Literacia em saúde: a perspectiva da enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 5 (8). <https://doi.org/10.12707/RV21ED8>

Smith, G. D., Ho, K. H., Poon, S., & Wai-Chin, S. (2021). Beyond the tip of the iceberg: Health literacy in older people. *Journal of Clinical Nursing*. DOI: 10.1111/jocn.16109

Smith, G.D., HO, K. H. M., Poon S. & Chan, S. W (2021). Beyond the tip of the iceberg: Health literacy in older people. *Journal of Clinical Nursing* Wiley, 31. <https://doi.org/10.1111/jocn.16109>

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of

definitions and models. *BMC public health*, 12 (80). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

Souza, I. B., Tenório, H. A. I. A., Junior, E. L. G., Neto, M. L. S., Almeida, B. R., Marques, E. S. (2019). Percepção do cliente no perioperatório sobre o cuidado de enfermagem no centro cirúrgico. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 26. <https://doi.org/10.25248/reas.e860.2019>

Speth, J. (2024). Guidelines in Practice: Team Communication. *AORN Journal*, 120(1), 31–38. <https://doi.org/10.1002/aorn.14161>

Talevski, J., Shee, A. W., Rasmussen, B., Kemp, G. & Beauchamp, A. (2020). Teach-back: A systematic review of implementation and impacts. *PLOS ONE* 15(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231350>

Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e teorias de Enfermagem)* (5a edição). Lusociência. Loures.

Williams, C. J. (2024). Soluções inovadoras para a educação cirúrgica: uma abordagem digital à literacia em saúde e à avaliação do estilo de aprendizagem. *Revista de Enfermagem Perioperatória*, 37 (4), 12-17.

World Health Organization. (2009). Manual de Implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS: Cirurgia Segura Salva Vidas. <https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/9789241598590-por.pdf>

Ximenes, M. A. M., Fontenele, N. Â. O., Brandão, M. G. S. A., Lima, F. E. T., Ribeiro, S. G., Rebouças, C. B. A., Barros, L. M. & Caetano, J. Á (2024). Eficácia de tecnologias de informação e comunicação para melhora do conhecimento de pacientes hospitalizados: revisão sistemática. *Revista Cuidarte*, 15(2). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.3854>.

APÊNDICES

A. Domínio Da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal		
A1. Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional		
A2. Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.		
Objetivo: Demonstra uma prática profissional especializada e segura, de forma ética e legal, que respeite os direitos humanos de cada utente.		
Unidade de Competência	Atividades/ Estratégias	Avaliação
A1.1. Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.	- Cumpro o horário de trabalho estabelecido no serviço, sendo assíduo e pontual. Comunicando de forma célere e nos canais formais a necessidade de ausência. - Participo em discussões clínicas sobre episódios com possíveis implicações ético-legais, com o objetivo de promover a tomada de decisão ética partilhada. - Garanto os direitos humanos e legais da pessoa com base no consentimento informado, a confidencialidade e as diretivas antecipadas de vontade. - Verifico a compressão da informação transmitida à pessoa. - Garanto as boas práticas na obtenção de um consentimento informado (por exemplo, numa pessoa que não pode assinar). - Registo de forma clara, objetiva e ética as decisões da pessoa.	- Feedback da Enfermeira Orientadora e restante equipa. - Cumpre as atividades planeadas.
A1.2. Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade.	- Participo e fundamenta tomadas de decisão, dos cuidados à pessoa, em colaboração com a equipa. - Planeio soluções que vão ao encontro das necessidades da pessoa, em parceria com este, e com a restante equipa presente.	- Feedback da Enfermeira Orientadora e restante equipa.
A1.3. Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.	- Valido os resultados obtidos das decisões éticas implementadas. - Promovo uma partilha de tomada de decisão.	- Feedback da enfermeira orientadora e restante equipa.
A2.1. Promove a proteção dos direitos humanos.	- Monitorizo situações de risco ou violação dos direitos da pessoa (ex: a falta de consentimento ou a privacidade comprometida). - Garanto a dignidade nos cuidados perioperatórios, como a proteção do corpo e a sua exposição mínima. - Garanto a compreensão do consentimento assinado e se o assinou de forma livre e esclarecida. - Atuo como advogado da pessoa, defendendo os seus interesses, principalmente quando já anestesiado (exposição corporal excessiva ou posicionamento incorreto). - Respeito a pessoa, tendo em conta, as suas crenças e valores, assim com o seu estado emocional e adota uma linguagem de inclusão e respeito. - Participo nos protocolos de segurança (check list cirúrgica). - Solicito feedback acerca da sua prática.	- Feedback da Enfermeira Orientadora. - Cumpre as atividades planeadas.

A2.2. Gere, na equipa, práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.	- Conheço o funcionamento e práticas do BO, através de Regulamentos, por exemplo, o Regulamento Interno do BO. - Conheço a dinâmica/funcionamento do serviço e conheço a equipa multidisciplinar e integra de forma gradual a equipa. - Realizo a check list cirúrgica de acordo com as boas práticas, no tempo certo e com todos os elementos focados na sua realização. - Conheço a pessoa previamente à sua intervenção, através da consulta do processo clínico. - Identifico previamente situações com potencial risco ético, como o consentimento mal informado. - Garanto que a pessoa participa, dentro do possível, em pequenas decisões na sala operatória: posição mais confortável ou nome pelo qual prefere ser tratado.	- Feedback da Enfermeira Orientadora. - Cumpre as atividades planeadas.
---	--	--

B. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade		
B1. Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.		
B2. Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.		
B3. Garante um ambiente terapêutico e seguro.		
Objetivo: Desenvolve cuidados à pessoa de qualidade e de segurança com base na melhoria contínua.		
Unidade de Competência	Atividades/ Estratégias	Avaliação
B1.1. Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.	- Desenvolvo conhecimentos e práticas seguras para a prática clínica. - Consulto e aplico os protocolos e normas do serviço. - Desenvolvo formação no serviço face às necessidades identificadas (ex: toxicidade dos anestésicos locais). - Aplico protocolos e guidelines baseadas em evidência, por exemplo, a escala de Braden, na admissão na sala operatória e na UCPA. - Identifico e alerto situações de acidente ou incidentes de risco, com eventual necessidade de notificação na plataforma de notificação do risco.	- Feedback da Enfermeira Orientadora. - Cumpre as atividades planeadas. - Realização da sessão. - Taxa de satisfação da formação. - Número de elementos na formação.
B1.2. Orienta projetos institucionais na área da qualidade	- Colaboro, através da observação das práticas, na realização de auditorias com a Enfermeira Orientadora, se possível.	- Cumpre a atividade planeada.
B2.2. Planeia programas de melhoria contínua.	- Desenvolvo uma <i>Scoping Review</i> : “Intervenções do Enfermeiro na Promoção da Literacia em Saúde ao Doente Submetido a Cirurgia, no Período Pré-Operatório: <i>Scoping Review</i> ”.	- Cumpre a atividade planeada.

B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo.	- Promovo um acolhimento humanizado na admissão cirúrgica, através de uma comunicação afetiva, com foco na pessoa, sem desvios da atenção. - Realizo no acolhimento, a colheita de dados da pessoa, e identifica as suas necessidades, permitindo assim um adequado planeamento e empoderamento deste na experiência cirúrgica. - Valido as informações transmitidas na transição de cuidados, com a pessoa, fundamentais ao ato cirúrgico (jejum, consentimento informado, ausência de prótese e adornos, antecedentes pessoais e alergias). - Prevejo e adquiro todo o material necessário ao ato anestésico. - Implemento a check lista “Cirurgia Segura Salva Vidas”. - Garanto a segurança da pessoa, através dos posicionamentos para prevenção de úlceras por pressão ou lesões dos nervos periféricos. - Garanto o controlo da infeção e a integridade da técnica asséptica.	- Feedback da Enfermeira Orientadora. - Cumpre as atividades planeadas. - Preenche as check list de forma correta.
B3.2. Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.	- Colaboro com a Enfermeira Orientadora no planeamento do trabalho da equipa, minimizando o risco de erro e a sua gestão. - Desenvolvo a capacidade de gestão de cuidados para otimizar a equipa de enfermagem e multidisciplinar. - Participo em ações de formação do serviço. - Garanto a adequada limpeza da sala operatória. - Promovo condições organizacionais, físicas e humanas adequadas à segurança do ambiente perioperatório (ex: dotações seguras, transferência de dados segundo metodologia ISBAR, notificação de eventos de risco).	- Feedback da Enfermeira Orientadora. - Número de formações realizadas no serviço.

C. Domínio da Gestão dos Cuidados		
C1. Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.		
C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.		
Objetivo: Promove e otimiza um ambiente seguro na prestação de cuidados, garantindo a segurança e qualidade das tarefas, adequando os recursos às necessidades de cuidados.		
Unidade de Competência	Atividades/ Estratégias	Avaliação
C1.1. Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.	- Envolve toda a equipa multidisciplinar presente em sala na utilização consistente da checklist. - Promovo a correta preparação, manutenção e verificação do instrumental e material cirúrgico inerente a cada momento cirúrgico. - Asseguro uma transmissão de informação simples e concisa com uso da metodologia ISBAR. - Identifico necessidades de formação a desenvolver na equipa e realizada formação.	- Feedback da Enfermeira Orientadora. - Cumpre as atividades planeadas.

C1.2. Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.	- Observo criticamente as práticas implementadas por toda a equipa presente em sala, como higienização das mãos e cumprimento da técnica asséptica. - Deteto o erro numa prática delegada e corrijo-o com base no diálogo e na evidência. - Identifico as práticas clínicas e não clínicas passíveis de delegação a enfermeiros ou técnicos auxiliares de saúde.	- Abordagem correta à equipa multidisciplinar. - Feedback da Enfermeira Orientadora e restante equipa.
C2.1. Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.	- Promovo uma dinâmica de trabalho que evite o desperdício. - Facilito o trabalho em equipa, promovendo a colaboração interprofissional, por exemplo, a articulação com anestesia, com os cirurgiões e restantes elementos da equipa. - Colaboro com a equipa presente em sala, no planeamento de cuidados para o ato anestésico, na área de ortopedia e neurocirurgia. - Confirmo e providencio todo o material necessário à prática da cirurgia na área anestésica, na área de ortopedia e neurocirurgia. - Colaboro com a equipa de enfermagem e cirúrgica, no planeamento de cuidados na área da circulação e providencia o material necessário à cirurgia, na área de cirurgia geral.	- Feedback da Enfermeira Orientadora e restante equipa. - Cumpre as atividades planeadas.
C2.2. Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional, favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.	- Conheço os elementos da equipa e as suas funções na sala. - Promovo um ambiente de trabalho em equipa, colaborando com os restantes elementos aquando necessidade. - Realizo um levantamento informal sobre o ambiente organizacional: comunicação e presença de conflitos, através da observação e diálogo com a enfermeira orientadora. E adequa a prática conforme ambiente em sala. - Crio momentos de comunicação com a equipa e solicita feedback. - Atuo como mediadora em situações de tensão entre profissionais, utilizando técnicas de comunicação assertiva ou de negociação para resolver conflitos de forma construtiva. - Promovo um ambiente de respeito através de uma comunicação eficaz e efetiva.	- Feedback da Enfermeira Orientadora. - Cumpre as atividades planeadas.

D. Domínio do Desenvolvimento das aprendizagens profissionais		
D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.		
D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.		
Objetivo: Desenvolve um processo de aprendizagem com base na melhor evolução, sendo um agente ativo no campo da investigação.		
Unidade de Competência	Atividades/ Estratégias	Avaliação
D1.1. Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.	- Cumpro com os horários previstos de cada turno de forma assídua e pontual. - Realizo um diário reflexivo de estágio após cada turno (ex: erros, conflitos ou dificuldades).	- Feedback da Enfermeira Orientadora.

	- Solicito feedback aos colegas, orientadora e outros profissionais com quem interage na prática. - Reflito sobre feedback da orientadora e restante equipa. - Assumo as suas capacidades, limites e competências a nível profissional e pessoal. - Reconheço as áreas de força e fragilidade, com abertura à mudança e ao crescimento.	- Cumpre as atividades planeadas. - Elaboração de um diário de estágio. - Registo de assiduidade do período de estágio.
D1.2. Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.	- Melhoro constantemente a prática, através da implementação do feedback recebido para melhorar as práticas individuais. - Demonstro flexibilidade e capacidade de reajuste. - Participo em situações de alteração do plano operativo e demonstra capacidade de reorganização. - Aprendo a utilizar novos equipamentos cirúrgicos com base na evidência.	- Feedback da Enfermeira Orientadora. - Cumpre as atividades planeadas.
D2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.	- Partilho com a equipa novas evidências disponíveis. - Sou proativa na transmissão de conhecimentos e habilidades, através do diálogo/ partilha de conhecimentos com a enfermeira orientadora ou equipa. - Observo a necessidade de formação ou de atualizações de normas.	- Feedback da Enfermeira Orientadora e restante equipa. - Cumpre as atividades planeadas.
D2.2. Suporta a prática clínica em evidência científica.	- Desenvolvo uma <i>Scoping Review</i>: “Intervenções do Enfermeiro na Promoção da Literacia em Saúde ao Doente Submetido a Cirurgia, no Período Pré-Operatório: <i>Scoping Review</i>”. - Atuo como formador, em conjunto com a Enfermeira orientadora, partilhando os novos conhecimentos, com a equipa, com base na evidência científica atualizada	- Cumpre a atividade planeada.
D2.3. Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.	- Rentabilizo oportunidades de aprendizagem ao longo do estágio. - Planeio o seu processo de desenvolvimento no estágio espelhado no plano de atividades. - Realizo formações ou congressos relevantes ao processo de aprendizagem (se possível). - Analiso as práticas e cuidados atuais no serviço. - Pesquiso guidelines atualizadas e partilha com a equipa.	- Feedback da Enfermeira Orientadora. - Cumpre as atividades planeadas. - Presença em formações ou congressos.

[illegible]

Intervenções de Enfermagem na Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico, no IntraOperatório

Autora: Mafalda Canastro; Orientadora: Ana Luz; Supervisora: Professora Tânia Soares

1

As IACS continuam a ser uma problemática presente na prestação diária de cuidados, agravando o prognóstico da doença de base, prolongando os internamentos, aumentando os custos de saúde e a morbilidade e mortalidade. As ILC estão entre as IACS mais comuns.

(DGS 2017).

2

Em Portugal, a DGS emitiu em 2015, (atualizada em 2022) a norma, “Feixe de intervenções” para a Prevenção da ILC, que surgiu com o intuito de diminuir as infeções e sistematizar as intervenções na prática dos cuidados.



3

Porquê “Feixe de Intervenções”?

É um conjunto coeso de intervenções, que, têm de ser agrupadas e implementadas de forma integrada, no mesmo tempo e espaço, para promoverem melhores resultados, com maiores impactos, do que, com cada uma das intervenções aplicadas individualmente.

4

Intervenções DGS

Tricotomia: quando necessária e previamente à incisão, com máquina de corte de uso único;

Profilaxia antibiótica: administrar 60 minutos antes da incisão. Realizar repicagem se cirurgia prolongada consoante indicação.

Desinfecção Pele: antes da incisão, com técnica correta e com uma solução de CHD a 2% em álcool a 70%;

Homeostasia: normoglicémia ≤ 180 mg/dl, normotermia $\geq 36^{\circ}\text{C}$ e oximetria periférica $\geq 95\%$.

5

A ULSAR aderiu ao programa Stop Infecção 2.0 em 2022, que integra a prevenção da ILC.

Objetivo: Reduzir para 50% a taxa de infeção até 31 de Outubro de 2025.



Importa aderir e monitorizar intervenções para a prevenção da ILC.

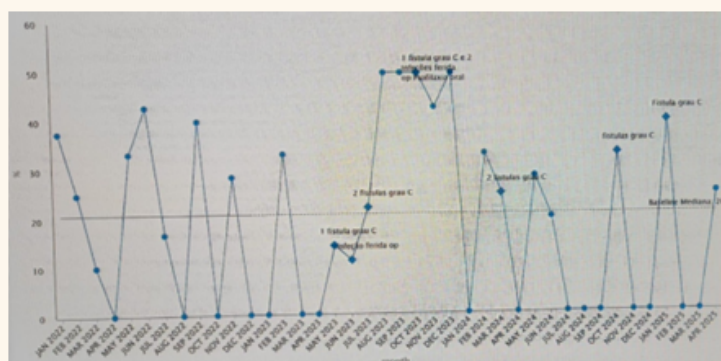


Gráfico da Taxa de ILC, na Cirurgia Colorretal

No âmbito do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, desenvolveu-se este póster com o objetivo de reforçar as boas práticas já implementadas, em conformidade com as normas vigentes. Segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória de 2018, são competências específicas deste enfermeiro cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa que vivenciam uma experiência cirúrgica, através da promoção da saúde e uma prevenção de eventos adversos o que implica ter uma prática que maximize a segurança da pessoa a vivenciar a situação cirúrgica.

Sabe-se que as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) continuam a ser uma problemática presente na prestação diária de cuidados, agravando o prognóstico da doença de base, prolongando os internamentos, aumentando os custos de saúde e a morbilidade e mortalidade. Sendo que dentro deste domínio a infeção do local cirúrgico (ILC) está entre as IACS mais comuns (Direção Geral de Saúde [DGS], 2017).

Em Portugal, de modo a diminuir estas infeções, a DGS emitiu em 2015 a norma, “*Feixe de intervenções*” para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico, atualizada em 2022. Esta norma emergiu com vista a alcançar a sistematização das intervenções na prática dos cuidados, assegurando que todos os utentes recebem, de forma consistente, tratamentos e cuidados recomendados e baseados na evidência. O “feixe de intervenções” é um conjunto coeso de medidas que têm de ser implementadas em conjunto, para que o sucesso seja atingido durante todo o período perioperatório, de forma padronizada. Pelo que, esta norma se encontra dividida em intervenções desde o pré ao pós-operatório.

O póster remete às medidas interventivas estipuladas pela DGS para a prevenção da ILC no Bloco Operatório, nomeadamente: **Tricotomia**: quando necessária e previamente à incisão, com máquina de corte de uso único; **Profilaxia antibiótica**: administrar 60 minutos antes da incisão; incluir repicagem se cirurgia prolongada consoante indicação. **Desinfeção Pele**: antes da incisão, com técnica correta, e com uma

solução de CHD a 2% em álcool a 70%; **Homeostasia:** normoglicemia ≤ 180 mg/dl, normotermia $\geq 36^{\circ}\text{C}$ e oximetria periférica $\geq 95\%$.

Desde 2022 que a ULSAR aderiu ao programa Stop Infecção 2.0, onde se insere a prevenção da ILC, sendo o objetivo atual reduzir para 50% a taxa de infecção até 31 de outubro de 2025. São monitorizadas três taxas de ILC, nas cirurgias de artroplastia total da anca, artroplastia total do joelho e cirurgia colorretal, sendo que esta última, apresenta a maior taxa de infecção na ULSAR, pelo que é o foco do póster. É neste sentido que importa veicular o compromisso com as intervenções de prevenção da ILC estipuladas, bem como a monitorização do processo, visando alcançar o objetivo atual, o que justifica a pertinência do póster.

INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE AO DOENTE SUBMETIDO A CIRURGIA, NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO: *SCOPING REVIEW*

AUTOR

Canastro, Mafalda ¹, Luz, Ana ², Soares, Tânia ³

1 Enfermeira, Mestranda - Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área Enfermagem à Pessoa em Situação Peri-operatória, da Egas Moniz School of Health Science. mafalda.canana@hotmail.com, Portugal.

2 Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. luzana80luz@gmail.com, Portugal.

3 Professora assistente na Escola Superior de Saúde Egas Moniz, Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. ORCID: 0000-0002-7993-1267, tvsoares@egasmoniz.edu.pt, Portugal.

RESUMO

Objetivo: Mapear a evidência científica sobre as intervenções de enfermagem que promovem a Literacia em Saúde ao doente cirúrgico, no período pré-operatório.

Introdução: A Literacia em Saúde (LS) é considerada um fator determinante, mediador e facilitador do acesso da população aos cuidados de saúde (Direção Geral de Saúde (DGS), 2021), constituindo igualmente um pilar essencial da cultura de segurança do doente, conforme preconizado no Plano Nacional para a Segurança do Doente (Despacho n.º 9390/2021), com impacto direto na segurança cirúrgica. Dada a sua relevância, destaca-se o contributo dos enfermeiros, que, pela proximidade e continuidade de contacto com o doente, encontram-se numa posição privilegiada para apoiar aqueles com níveis reduzidos de LS, promovendo cuidados mais seguros, eficazes e centrados nos doentes (Smith et al., 2021).

Crítérios de Inclusão: Os critérios de inclusão foram definidos recorrendo à mnemónica PCC (População; Conceito; Contexto): P – Doente Cirúrgico; C – Intervenções de enfermagem para promover a LS; C – período pré-operatório.

Métodos: A *scoping review* foi realizada de acordo com a metodologia do *Joanna Briggs Institute* (JBI, 2024), tendo como ponto de partida a questão de investigação “Quais as intervenções de enfermagem, descritas na Literatura Científica, que promovem a literacia em saúde em doentes cirúrgicos, no período pré-operatório?”.

A 29 de Novembro de 2025 foram consultadas as bases de dados PubMed e a EBSCOhost, utilizando os descritores em inglês, no período temporal de 2020-2025, incluindo estudos com idioma em inglês, português e espanhol, com texto integral disponível, incluindo doentes com mais de 18 anos. Foram excluídos todos os estudos que não incluíram os critérios descritos anteriormente e sem acesso gratuito.

Dois revisores independentes conduziram a seleção, extração de dados e análise dos dados, recorrendo ao fluxograma PRISMA para o processo de apresentação da seleção de estudos.

Resultados: Esta revisão baseia-se em dez artigos. Existem fatores influenciadores para baixos níveis de LS e existem métodos potenciadores do aumento desta literacia. Cabe ao enfermeiro perioperatório atuar ao nível da promoção da LS através da formação e da educação para a saúde, com recurso a métodos como o Teach-Back, os panfletos e a consulta pré-operatória.

Conclusões: Ainda que a ansiedade e o stress estejam associadas a toda a complexidade do contexto pré-operatório, motivar o doente ao desenvolvimento da sua LS, está intrinsecamente correlacionado com uma melhoria na sua autorregulação, através da aprendizagem por meio da educação para a saúde, recorrendo a diversos instrumentos, como panfletos e vídeos, reconhecidamente eficazes para o desenvolvimento de conhecimento, o que favorece a satisfação do doente.

Palavras-Chave: Doente Cirúrgico; Intervenções de Enfermagem; Pré-operatório; Promoção da Literacia em Saúde.

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2013), os doentes enfrentam desafios cada vez mais complexos na adoção de estilos de vida saudáveis e na gestão das suas dinâmicas pessoais e familiares, em ambientes caracterizados por sistemas de saúde exigentes e de elevada complexidade, não se encontrando, muitas vezes, devidamente preparados ou apoiados de forma adequada. Neste sentido, a OMS (2013), refere que a Literacia em Saúde (LS), tem emergido como instrumento essencial de suporte, já que se define como o conjunto de conhecimentos, as motivações e as competências que capacitam os doentes para aceder, compreender, avaliar e aplicar, a informação em saúde. Este processo possibilita uma tomada de decisão informada no quotidiano, contribuindo para o autocuidado, a promoção da saúde e a prevenção da doença, com o objetivo de manter ou melhorar a qualidade de vida ao longo do seu ciclo vital.

O conceito de LS começou a ser utilizado na década de setenta no âmbito da educação para a saúde em contexto escolar, passando a ser uma temática considerada como uma prioridade estratégica da DGS. Isto porque, níveis elevados de LS estão associados a uma maior promoção da saúde e, consequentemente, à prevenção da doença, contribuindo para uma maior eficácia e eficiência dos serviços de saúde. Mas também, permitindo aos doentes tomar decisões de saúde, mais informadas, possibilitando o aumento do controlo sobre a sua saúde. Em contrapartida, níveis reduzidos de LS estão relacionados com um maior número de internamentos, a uma utilização mais frequente dos serviços de urgência e, a uma menor adoção de comportamentos preventivos em saúde, refletindo-se numa diminuição da qualidade de vida (DGS, 2019).

Neste âmbito, foi criada no seio do Sistema Nacional de Saúde (SNS) a Divisão da Literacia, Saúde e Bem-Estar, com um enfoque estratégico na Literacia e no Programa Nacional de Literacia em Saúde e Integração de Cuidados, ambos com a finalidade de capacitar os doentes, promovendo a sua autonomia e a reflexão crítica nas decisões relacionadas com a sua saúde (DGS, 2019). Paralelamente foi implementado o programa “*SNS+Proximidade*”, que visa colocar o doente no centro do seu sistema de saúde.

Segundo esta entidade, níveis elevados de LS permitem aos doentes tomar decisões de saúde, mais informadas, possibilitando o aumento do controlo sobre a sua saúde. Em contrapartida, níveis reduzidos de LS estão relacionados com um maior número de internamentos, a uma utilização mais frequente dos serviços de urgência e, a uma menor adoção de comportamentos preventivos em saúde, refletindo-se numa diminuição da qualidade de vida.

Kim et al. (2020) aprofundam este conceito ao definirem a LS como o nível de conhecimento que o doente possuiu para procurar, compreender e utilizar as informações e serviços de saúde, de modo, a tomar decisões e adotar comportamentos informados para si e para os outros. Nesta perspetiva, o doente deixa de ser apenas um recetor passivo de informação, passando a ter capacidade de a utilizar de forma efetiva, em vez de apenas a compreender.

Em Portugal, a DGS, no seu estudo sobre os “*Níveis de Literacia em Saúde*” desenvolvido, “no âmbito do Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021, e enquadrado no consórcio europeu WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL), entre 2020 e 2021” (DGS, 2021, p.6) concluiu que sete em cada dez doentes, apresentam elevados níveis de LS. Ainda assim, persiste uma percentagem significativa da população com níveis reduzidos desta competência. Esta realidade é corroborada por um estudo mais recente, realizado em 2024, pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS), sobre “*Literacia em Direitos dos Utentes de Serviços de Saúde*”, que comprova que, apesar de se registarem melhorias moderadas na literacia global relativamente a 2017, continua a predominar em Portugal, um nível problemático de literacia (ERS, 2024).

Apesar dos avanços registados nos níveis de LS em Portugal, os estudos nacionais demonstram que uma parte significativa da população continua a apresentar dificuldades na compreensão e utilização da informação em saúde. Esta realidade assume particular relevância no contexto cirúrgico, uma vez que a cirurgia é, para a maioria dos doentes um acontecimento crítico, frequentemente vivido como uma realidade abrupta que provoca alterações profundas na sua vida (Santos et al., 2014). O período perioperatório está, assim, frequentemente associado a elevados níveis de

ansiedade, muitas vezes agravados por uma comunicação ineficaz e por uma compreensão inadequada da informação fornecida ao doente (Williams, 2024).

Neste contexto, o enfermeiro perioperatório desempenha um contributo fundamental na promoção e partilha de conhecimento, contribuindo para a redução da ansiedade e para o aumento da segurança do doente. De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (EEEMC–AEPSP) (2018), o cuidado ao doente em situação perioperatória, implica capacitá-lo para compreender o seu processo de saúde e a tornar-se um participante ativo na sua segurança cirúrgica. Tal exige o desenvolvimento de estratégias de LS, que promovam mudanças comportamentais, potenciando a aquisição de conhecimentos, competências e atitudes fundamentais para manter e promover a saúde (Kim et al., 2020). Deste modo, torna-se imprescindível que o Enfermeiro Especialista desenvolva competências nesta área, e promova a capacitação do doente e de quem cuida, assegurando a implementação eficaz de estratégias de literacia ao longo do percurso perioperatório.

Foi realizada previamente uma pesquisa exploratória nas bases de dados *MEDLINE*, *The Cochrane Database of Systematic Reviews* e *JB I Evidence Synthesis*, com o objetivo de identificar a existência de uma revisão *scoping* recente sobre a temática. Desta pesquisa resultou a identificação de uma *scoping review* publicada em 2024, intitulada, “*Literacia em Saúde da pessoa submetida a Cirurgia de Ambulatório*”, o que evidencia a atualidade e relevância do tema. Simultaneamente, reforça a importância de novas pesquisas nesta temática, mas em contextos distintos, de modo a aprofundar e alargar o conhecimento existente sobre a LS no âmbito cirúrgico

Com esta revisão *scoping* pretende-se mapear a informação disponível baseada na evidência científica, sobre as intervenções de enfermagem para promover a LS ao doente cirúrgico, no período pré-operatório.

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

De forma a dar resposta à investigação proposta, foi desenvolvida a seguinte questão de investigação, considerando o acrónimo PCC: Quais as intervenções de

enfermagem, descritas na Literatura Científica, que promovem a literacia em saúde em doentes cirúrgicos, no período pré-operatório?

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Participantes

O doente submetido a um procedimento que ocorre numa sala de operações envolvendo a incisão, excisão, manipulação ou sutura de tecidos (OMS, 2009), qualquer que seja a especialidade cirúrgica ou género, com mais de 18 anos.

Conceito

O conceito remete-se para as intervenções de enfermagem para promover a LS, ou seja, as intervenções de enfermagem que são utilizadas para garantir a educação para a saúde do doente e são recebidas e compreendidas de forma significativa, acionável e potenciadora (McCaskill et al., 2024).

Contexto

Pré-operatório, definido pelo momento, em que o doente e o cirurgião decidem pela cirurgia e termina quando o doente é transferido para a mesa operatória (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Tipos de Fontes

Para a finalidade desta revisão, foram considerados todos os estudos experimentais e quase experimentais, incluindo ensaios clínicos randomizados e ensaios clínicos não randomizados. Além disso, estudos observacionais analíticos, estudos de coorte prospetivos e retrospectivos, estudos de caso-controle, estudos transversais analíticos e estudos mistos. Foram ainda considerados estudos qualitativos que se concentram em dados qualitativos e revisões sistemáticas. Foram incluídos também artigos encontrados na literatura cinzenta.

2. MÉTODOS

A presente revisão *scoping*, foi desenvolvida de acordo com as etapas estabelecidas pelo JBI (2024).

A sua condução seguiu um protocolo, previamente estabelecido e registado na Open Science Framework, sob o número de registo osf.io/eqjrw e o DOI: [10.17605/OSF.IO/EC48K](https://doi.org/10.17605/OSF.IO/EC48K).

Estratégia de Pesquisa

A estratégia de pesquisa teve como objetivo identificar a evidência científica mais recente, de acordo com os critérios de inclusão previamente definidos.

Numa fase inicial realizou-se uma pesquisa exploratória nas bases de dados *MEDLINE*, *The Cochrane Database of Systematic Reviews* e *JB I Evidence Synthesis*, com o intuito de identificar a existência de revisões sistemáticas recentes e os termos a serem utilizados na pesquisa. Esta etapa, permitiu a definição das palavras-chave a integrar na equação booleana.

Subsequentemente, procedeu-se à correspondência dos termos naturais aos descritores DecsMesh, de acordo com o acrónimo PCC, e os seus sinónimos (Apêndice I - Tabela de indexação dos termos naturais aos descritores DecsMesh e sinónimos).

A pesquisa sistematizada foi conduzida nas bases de dados *MEDLINE* (via PubMed), *CINAHL* e *MedicLatina* (via EBSCO) no dia 29 de novembro de 2025. Inicialmente, os termos foram pesquisados individualmente, e posteriormente, combinados através de operadores booleanos “OR” e “AND”, permitindo a obtenção da equação booleana (Apêndice II - Equação booleana final).

Foram incluídos estudos publicados nos últimos 5 anos, ou seja, entre 2020 e 2025, nos idiomas português, inglês e espanhol, por serem os idiomas sobre os quais os revisores têm domínio. Todos os artigos com disponibilidade de texto integral e de acesso gratuito.

A lista de referências de todas as fontes de evidência incluídas foi analisada, de forma a identificar estudos adicionais, disponíveis e relevantes a esta revisão.

Seleção dos Estudos

Os artigos foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão descritos anteriormente. Já com os critérios de inclusão aplicados, foram extraídos para a Plataforma Rayyan (2025) um total de 242 artigos. Relativamente à triagem e seleção, numa primeira fase, foram excluídos os artigos duplicados. Depois da leitura do título e

do resumo, foram lidos os restantes artigos na íntegra. Todo o processo de triagem e seleção foi realizado por dois revisores, de modo, a aumentar o rigor e consistência do processo, não existindo situações de discordância.

Os resultados da pesquisa e do processo de inclusão do estudo serão descritos na íntegra no fluxograma PRISMA (Figura 1) adaptado de Page et al. (2024) bem como os motivos de exclusão de fontes de evidência durante a leitura integral.

Extração de Dados

Os dados extraídos dos artigos foram colocados numa tabela de extração de dados desenvolvida pelos próprios revisores (Apêndice III - Tabela de extração de dados). A tabela de extração de dados contempla os seguintes parâmetros: autor(es), ano de publicação, país, principais objetivos, participantes, metodologia e principais conclusões. O preenchimento da tabela foi realizado de forma autónoma por cada investigador e, posteriormente, validado em conjunto.

Análise e Apresentação de Dados

A tabela, apresentada anteriormente, tem como objetivo facilitar o mapeamento dos resultados obtidos e a resposta à questão de investigação, não tendo sofrido quaisquer alterações ao longo do processo de recolha de dados.

3. RESULTADOS

Seleção de fontes de evidência

Na base de dados *MedicLactina*, foram extraídos 156 artigos totais e, na CINAHL, 6 artigos. Na *Medline* foram extraídos 80 artigos. Um total de 242 artigos. Numa primeira triagem, foram excluídos 4 artigos por estarem duplicados e 9 artigos por não terem acesso gratuito. Posteriormente, foi realizada uma revisão dos artigos por dois revisores. Com um total de 229 artigos, foram excluídos 191 artigos após a leitura do título e 18 artigos excluídos após a leitura do resumo. Foram lidos de forma integral 20 artigos. Destes, 10 não responderam à questão de investigação, resultando assim na inclusão à *scoping* 10 artigos no total.

Os resultados da pesquisa e do processo de inclusão e exclusão dos estudos estão apresentados na íntegra em um fluxograma PRISMA (figura 1).

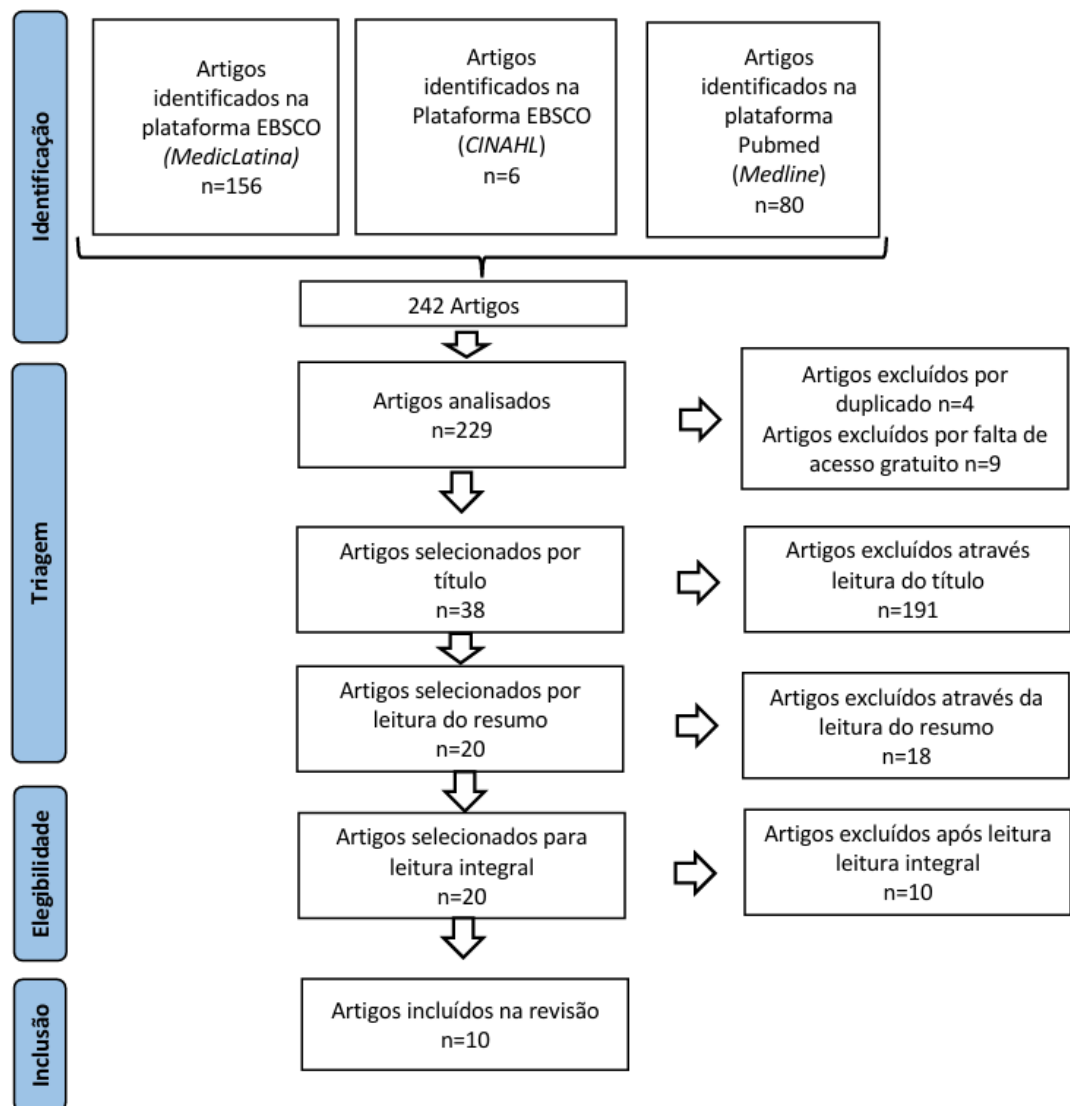


Figura 1. Fluxograma PRISMA.

Características das Fontes de Evidência

Os artigos presentes nesta *scoping* datam entre 2020 e 2025, com mais foco em 2024 e 2025. Relativamente, aos países de publicação, 5 artigos foram publicados na Europa (Turquia [1,5], Suíça [3], Portugal [8] e Reino Unido [10]), 3 artigos foram publicados na Ásia, mais concretamente na China ([4, 6, 9]) e 2 artigos na América do Sul (Brasil [2, 7]). No que caracteriza o tipo de estudo, há dois estudos descritivos, sendo

um correlacional [1] e outro quantitativo [8], um estudo transversal [9], um estudo metodológico quantitativo [2], um estudo transversal e correlacional [3], um estudo de coorte retrospectivo unicêntrico [4], dois ensaios clínicos randomizados [5,7], um estudo experimental [6] e, um estudo prospetivo, randomizado e controlado [10]. Dos dez artigos, nove têm como população/amostra, o doente, com idade igual ou superior a 18 anos e apenas um artigo [2] tem como população/amostra enfermeiros especialistas.

Análise e Apresentação dos Resultados

Os objetivos dos artigos incluídos nesta revisão são diversos, no entanto, todos culminam e respondem à questão de investigação desta *scoping*.

Celik e Edeer (2024) avaliam no seu estudo a relação entre os níveis de ansiedade pré-operatória consoante os níveis de literacia em saúde digital, enquanto o estudo de Machado et al. (2024) relaciona a gestão da ansiedade pré-operatória, com a necessidade de informação e níveis de LS. Ambos se focam em identificar fatores que influenciam os níveis de LS do doente no período pré-operatório.

O estudo de Zhao et al. (2025), foca-se em estabelecer um método para promover a LS. O impacto e eficácia da educação para a saúde pré-operatória, com a inclusão de apoio psicológico e suporte informativo. Numa outra perspetiva, os autores Mendes & Ferrito (2021), reforçam a importância da educação para a saúde e em como essa intervenção é uma forma de transmissão de informação, para o doente melhorar a sua adesão aos cuidados, aumentar a sensação de controle da sua saúde e esclarecer dúvidas, através da consulta pré-operatória. Ou seja, ambos os estudos direcionam o seu foco para intervenções de educação para a saúde, através da consulta pré-operatória, a educação estruturada e o apoio psicológico.

Explanada a importância da educação para a saúde, percebemos que através do estudo de Arslan & Ozkan (2025) é possível destacar uma ferramenta que pode potenciar a educação para a saúde, o método Teach-Back. Já os artigos de Ferreira et al. (2022), Barros et al. (2020), Wasim et al. (2024) e Li et al. (2025) destacam e avaliam a viabilidade da implementação de outros facilitadores à aprendizagem, e em como esses afetam a motivação à aprendizagem. Estes três artigos abordam a importância das tecnologias impressas com ilustrações e informações, como panfletos e vídeos

educativos. Ou seja, destacam-se, através destes estudos, recursos educativos à promoção de LS.

Por fim, para promover o aumento da LS, preconiza-se o envolvimento familiar, se possível (Xin et al., 2025). Este envolvimento leva a família a aprender, o que por sua vez, proporciona o apoio ao doente.

Posto isto, destaca-se como intervenção transversal à grande maioria dos estudos, a educação para a saúde, com o intuito de potenciar o desenvolvimento da LS do doente. A consulta pré-operatória é um espaço de oportunidade para a implementação de métodos como o teach-back, a linguagem clara, simples e acessível, bem como a dinamização de ferramentas educativas como sejam os vídeos ou panfletos.

4. DISCUSSÃO

Através da análise dos estudos, é possível afirmar que doentes com menos de 65 anos apresentavam um nível de LS mais reduzido que os jovens (Celik e Edeer, 2024) o que é corroborado por um estudo de Chang et al. (2020) em que se identificou que a baixa alfabetização e conhecimento em saúde estão relacionados com vários fatores, entre eles, a idade avançada e uma educação reduzida. Existem também outros fatores influenciadores de baixa LS, como a ansiedade presente no pré-operatório e a necessidade de informação. Como afirmado por Fernandes et al. (2024), um procedimento cirúrgico é um potencial desencadeador de ansiedade. Estes baixos níveis de LS estão presentes em mais de um terço da população cirúrgica (Inglês et al., 2024) e influenciam diretamente os resultados cirúrgicos, a duração dos internamentos, as taxas de readmissão e a satisfação do doente (Machado et al., 2024). Estando o problema identificado, cabe ao enfermeiro desenvolver competências e aplicar na sua prática estratégias promotoras de LS.

A educação para a saúde é considerada uma forma profissional de linguagem usada em contexto profissional (Zhao et al., 2025) e permite dar resposta às necessidades de informação do doente, através do esclarecimento de dúvidas e promoção da adesão ao processo terapêutico (Fernandes et al., 2024). Além do mais,

altera positivamente as percepções e emoções dos doentes, diminuindo o seu sofrimento no momento cirúrgico (Ng et al., 2021).

Cabe ao enfermeiro perioperatório ser educador e estar envolvido na íntegra no processo educativo e de aprendizagem do doente. Esta educação é uma intervenção de enfermagem que permite o aumento da LS, e por sua vez, aumentar a satisfação e diminuir a ansiedade (Ng et al., 2021). Tem como facilitadores de aprendizagem, estratégias e meios, que potenciam o seu uso na prática.

O método Teach-Back, defendido por Arslan & Ozkan (2025) no seu artigo, evidencia que esta ferramenta proporciona uma eficácia na educação, permitindo uma participação ativa do doente, garantindo que este repita o que aprendeu por palavras suas, resultando numa perspetiva diferente na educação do doente no processo perioperatório. Shen et al. (2023) e Talevski et al. (2020) enaltecem a importância deste método de “ensinar de volta”, permitindo uma maior sensibilização para o seu estado de saúde, aumento do conhecimento e capacidade de autocuidado, redução da ansiedade e diminuição do stress. Em consonância com o método Teach-Back, os panfletos são materiais educativos que potenciam a adesão e promoção da LS. Ferreira et al. (2022) e Barros et al. (2020), evidenciaram que o uso de panfletos serve de ferramenta para acesso à informação e como complemento às informações verbais, contribuindo para a redução dos níveis de ansiedade e de dor, desde que sejam claros e adequados ao doente alvo, pois permitem esclarecer dúvidas, estimular a aprendizagem e contribuir para a construção de conhecimentos acerca da experiência perioperatória, ajudando nas expectativas relativamente ao momento cirúrgico. Costa et al. (2024) realizaram um artigo com o objetivo de construir e validar panfletos educativos sobre a terapia antineoplásica oral. Apesar do tipo de participantes e contexto do estudo, concluíram que este material escrito, agregado às informações verbais, por parte dos enfermeiros, contribuem para melhores resultados em saúde. Estes instrumentos acabam por ser um aliado, a doentes com baixo grau de escolaridade. Pode-se concluir que, uma estratégia educativa combinada, escrita e verbal, proporciona uma eficácia na aquisição de conhecimentos pelo doente (Barros et al., 2020) e uma maior satisfação (Ferreira et al., 2022).

Ainda no âmbito da educação para a saúde como intervenção promotora de LS, o estudo de Mendes & Ferrito (2021) com 96 participantes, destacou a importância da consulta pré-operatória, tendo a grande parte dos doentes classificado a consulta como muito importante/ importante, pois, permitiu-lhes esclarecer dúvidas, colaborar nos cuidados e aumentar a sensação de controle acerca da sua saúde. Em suma, permitiu-lhes uma maior adesão ao plano de cuidados e um retorno precoce à sua autonomia e mobilização no pós-operatório. O que vai de encontro ao defendido por Roche & Jones (2021) que através do seu estudo mostraram que os doentes que receberam informação numa consulta pré-operatória demonstraram motivação e papel ativo no pós-operatório. Na consulta pré-operatória é possível estabelecer uma relação terapêutica, o que permite satisfazer as necessidades informativas do doente.

Promover a LS enquanto intervenção de enfermagem, através da educação para a saúde, requer o envolvimento do doente e família, sendo os vídeos educativos um dos instrumentos de maior relevância pela sua eficácia. Exibir um vídeo educativo animado aos doentes antes da cirurgia, de forma controlada, organizada e simples, proporciona um aumento do conhecimento acerca do procedimento. Já Ximenes et al. (2024) evidenciam que doentes que assistiram a vídeos demonstraram melhor retenção de conhecimento e em como essas informações auditivas são bem aceites. O mesmo, vai de encontro, ao defendido por Galmarini et. al (2024). Estes autores evidenciaram que as intervenções com base na utilização de recursos visuais permitiram uma maior compreensão acerca da saúde, sendo facilitadores da aprendizagem em doentes com baixa LS, por serem processados e recordados com menor esforço, devido à presença de estímulos visuais. Também ressaltam que este meio é preferencial relativamente aos meios escritos.

O estudo de Xin et. al (2025) evidencia que intervenções dos profissionais de saúde que promovam o envolvimento familiar pode ser potenciador ao aumento da LS através de exercícios personalizados em família, que podem retardar ou reverter a fragilidade pré-operatória, conduzindo a melhores resultados de recuperação. A família é fundamental como rede de suporte de atenção à saúde, proporcionando apoio com a sua participação (Silva & Gaspodini, 2021).

Considera-se como limitação desta revisão, uma escassez de evidências nas bases de dados indexadas utilizadas, no entanto a estratégia de pesquisa pode não ter identificado todos os estudos pretendidos, devido ao uso de três bases de dados específicas, conjunto de descritores selecionados e critérios definidos. Outra limitação identificada, característica inerente à *scoping review*, foi a não realização da avaliação da qualidade metodológica dos estudos e a eficácia das intervenções específicas para a prática clínica, com isto, sugere-se que esta revisão seja um ponto de partida para uma revisão sistemática mais focada. Contudo, a análise reflexiva dos artigos integrados nesta revisão, podem contribuir para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem.

5. Conclusão

O contexto pré-operatório, por norma, é complexo, sendo potenciador a gerar ansiedade e stress. Cabe ao enfermeiro ter um papel dinamizador na preparação pré-operatória do doente, nomeadamente na educação para a saúde com foco na preparação para a segurança cirúrgica. O enfermeiro com competências de especialista, deve liderar a implementação de projetos que visem o aumento da LS do doente, de forma a aumentar a sua autonomia e empoderamento.

Sendo o grande pilar do aumento da LS a educação para a saúde, preconizando o envolvimento do doente e família, o enfermeiro consegue desempenhar este papel implementando estratégias de comunicação eficazes e mecanismos de aprendizagem. O enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada de proximidade para o desenvolvimento de uma relação terapêutica, nomeadamente na consulta pré-operatória, onde deve aplicar métodos reconhecidamente eficazes para facilitar a aprendizagem e fomentar a LS do doente, como por exemplo o teach-back, o uso de panfletos ou vídeos educativos.

Agradecimentos

Este protocolo destina-se a contribuir para a obtenção do grau de mestre em enfermagem médico cirúrgica.

Financiamento

Este protocolo *Scoping Review* não foi financiado por nenhuma entidade.

Conflitos de interesse

A autora declara não existir conflitos de interesse.

Referências Bibliográficas

Breda, L. F. T. F. & Cerejo, M. N. R. Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(5). DOI: <https://doi.org/10.12707/RV20088>.

Chang, M. E., Baker, S. J., Marques, I. C. S., Liwo, A.N., Chung, S. K., Richman, J. S., Knight, S. J., Fouad, M. N., Gakumo, C. A., Davis, T. C. & Chu, D. I. (2020). Health Literacy in Surgery. *Health Literacy Research and Practice*, 4(1), 45-65. DOI: [10.3928/24748307-20191121-01](https://doi.org/10.3928/24748307-20191121-01)

Costa, A. M., Moura, M. R., Mendes, A. M. & Rocha, C. (2024). Construction and validation of educational booklets regarding oral antineoplastics . *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde*, 15(3). DOI: 10.30968/rbfhss.2024.153.1117.

Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde. (2021). Diário da República: II série, nº 187. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/de-spacho/9390-2021-171891094>

English, N. C., Jones, B. A. & Chu, D. I. (2024). Addressing Low Health Literacy in Surgical Populations. *Clin Colon Rectal Surg*, 38(1), 26-33. <https://doi.org/10.1055/s-0044-1786389>.

Entidade Reguladora da Saúde. (2024). *Estudo sobre Literacia em Direitos dos Utentes dos Serviços de Saúde*. https://www.ers.pt/media/s5odkact/estudo-sobre-literacia-em-direitos-dos-utentes-de-servicos-de-saude_01jul2025.pdf

Fernandes, D. S. C., Cerejo, M. N. R. & Gonçalves, M. A. R. (2024). Ensino pré-operatório de enfermagem: Impacto na ansiedade da pessoa submetida a cirurgia. *Revista de Enfermagem Referência* 6(3), 1 – 8. DOI: 10.12707/RVI23.118.33206.

Galmarini, E., Marciano, L. & Schulz, P. J. (2024). The effectiveness of visual-based interventions on health literacy in health care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*, 24(1). DOI: 10.1186/s12913-024-11138-1.

Joanna Briggs Institute (2024). *Manual For Evidence Synthesis*. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01>

Kim, Y.S., Kim, H. A., Kim, M. S., Kim, H. S., Kwak, M. J., Chun, J., Hwang J.I. & Kim, H. (2020). How to Improve Patient Safety Literacy?. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 730. DOI: 10.3390/ijerph17197308

McCaskill, Â., Gasch-Gallen, A., & Montero-Marco, J. (2024). The effect of nurse health literacy interventions on patient health literacy scores in specialty consultations: a quasi experimental study. *BMC Nursing*, 23 (786). <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02447-1>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5966/8regulamento_comptcespecfmedicocirurgica.pdf.

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

Organização Mundial de Saúde. (2013). Health Literacy: the solid facts. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289000154>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer L., Tetzlaff J.M., Akl E.A., Brennan S.E., Chou R., Glanville J., Grimshaw J.M., Hróbjartsson A., Lalu M.M., Li T., Loder E.W., Mayo-Wilson E., McDonald S., McGuinness L.A., Stewart L.A., Thomas J., Tricco A., Welch V.A., Whiting P & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement. An updated guideline for reporting systematic reviews, *International. Journal of Surgery*, 88. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2021.105906>

Direção-Geral da Saúde. (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/935/30040/3112571/FatorX/Manual%20Boas%20Práticas%20Literacia%20em%20Saúde%20Capacitação%20dos%20Profissionais%20de%20Saúde.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2021): *Níveis de Literacia em Saúde – PORTUGAL*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estudo-apresenta-nivel-de-literacia-em-saude-dos-portugueses-pdf.aspx>

Rayyan Systems Inc. (2025). Rayyan: Intelligent systematic review. <https://www.rayyan.ai/>

Roche, D. & Jones, A. (2021). A qualitative study of nurse-patient communication and information provision during surgical pre-admission clinics. *Health Expect*, 24(4), 1357–1366. DOI: 10.1111/hex.13270.

Santos, M.M., Martins, J.C.A. & Oliveira, L. M. N. (2014). A ansiedade, depressão e stresse no pré-operatório do doente cirúrgico. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV - n.º 3 - nov./dez. 2014. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1393>

Shen, D., Huang, W., Wei, S., Zhu, Y. & Shi, B. (2023). The impact of Teach-back method on preoperative anxiety and surgical cooperation in elderly patients undergoing outpatient ophthalmology surgery: A randomized clinical trial. *Medicine*, 102(8). DOI: 10.1097/MD.00000000000032931.

Silva, C. V. & Gaspodini, I. B. (2021). A influência da participação familiar no tratamento do paciente oncológico. *Revista Ciência & Humanização Hospital de Clínicas de Passo Fundo*, 1 (1), 74-88. <https://doi.org/10.29327/2185320.1.1-8>

Smith, G.D., HO, K. H. M., Poon S. & Chan, S. W (2021). Beyond the tip of the iceberg: Health literacy in older people. *Journal of Clinical Nursing Wiley*, 31. DOI: 10.1111/jocn.16109.

Talevski, J., Shee, A. W., Rasmussen, B., Kemp, G. & Beauchamp, A. (2020). Teach-back: A systematic review of implementation and impacts. *PLOS ONE* 15(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231350>.

Williams, C. J. (2024). Innovative solutions for surgical education: A digital approach to health literacy and learning style assessment. *Journal of Perioperative Nursing*, 37 (4), 12-17. DOI: [10.26550/2209-1092.1348](https://doi.org/10.26550/2209-1092.1348)

Xian, S., Wang, W., Shen, Q., Toh, Z. A. & He, G. H. (2022). The effectiveness of preoperative education interventions on improving perioperative outcomes of adult patients undergoing cardiac surgery: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 21, 521–536. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvab123>.

Ximenes, M. A. M., Fontenele, N. Â. O., Brandão, M. G. S. A., Lima, F. E. T., Ribeiro, S. G., Rebouças, C. B. A., Barros, L. M. & Caetano, J. Á (2024). Eficácia de tecnologias de informação e comunicação para melhora do conhecimento de pacientes hospitalizados: revisão sistemática. *Revista Cuidarte*, 15(2). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.3854>.

Ximenes, M. A. M., Fontenele, N. Â. O., Brandão, M. G. S. A., Lima, F. E. T., Ribeiro, S. G., Rebouças, C. B. A., Barros, L. M. & Caetano, J. Á. (2024). Effectiveness of information and communication technologies to improve the knowledge of hospitalized patients: systematic review. *Revista Cuidarte*, 15(2). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.3>

Apêndice I - Tabela de indexação dos termos naturais aos descritores DecsMesh e sinónimos

PCC	<u>Descrição</u>	<u>Termos (DeCS/MeSH sugeridos)</u>	<u>Sinónimos</u>
População	doente cirúrgico	Surgical Patient	surgical patients or patient or preoperative patient*
Conceito	intervenções de enfermagem	Nursing Care	nursing interventions or nurse role or nurs*
	para promover a Literacia em Saúde	- Health Literacy - Patient Education as Topic - Patient-Centered Care	health education Patient education
Contexto	Período pré-operatório	Preoperative or Preoperative Care	Pre-operative
*: O uso de asterisco é uma estratégia usada na pesquisa para que todas as variantes das palavras sejam consideradas.			

Apêndice II - Equação booleana final

Equação final: (("nursing intervention*" OR "nursing care" OR "nursing role" OR "nurs*") AND ("preoperative" OR "pre-operative" OR "preoperative care") AND ("health literacy" OR "patient education" OR "health education") AND ("surgical patient*" OR "preoperative patient*))

Apêndice III - Tabela de extração de dados

	Autor (es)	Ano	País	Principais objetivos	Participantes	Metodologia	Principais Conclusões
[1]	Sema N. Yaman-Celik & Aylin Durmaz - Edeer	2024	Turquia	Avaliar a relação entre os níveis de ansiedade pré-operatória dos doentes agendados para cirurgia torácica e os seus níveis de literacia em saúde digital.	102 participantes, com idade≥ 18 anos	Estudo descritivo e correlacional	O estudo demonstrou que a educação fornecida aos doentes antes da cirurgia teve um efeito positivo na redução dos seus níveis de ansiedade, pois, os doentes no pré-operatório podem apresentar ansiedade moderada devido à necessidade de informação sobre diversos assuntos; 41,2% dos doentes afirmaram que é importante aceder aos recursos de saúde na internet e 52% afirmaram que a internet é útil na tomada de decisões sobre a sua saúde; Doentes com menos de 65 anos apresentavam um nível de LS mais reduzido. Embora os níveis de literacia em saúde digital dos jovens doentes sejam elevados, recomenda-se que os profissionais de saúde utilizem materiais educativos de fácil utilização pelos doentes nos programas de formação a oferecer a todos os doentes, especialmente aos que têm 65 anos ou mais, e que desenvolvam plataformas online e aplicações móveis de fácil utilização, atractivas e de elevada acessibilidade para os doentes que utilizam aplicações digitais de saúde.
[2]	Ana Paula Ferreira, Kellen Rosa Coelho, Thalyta Cristina Mansano	2022	Brasil	Descrever o processo de elaboração e validação de um panfleto com	Validação por 23 juízes (enfermeiros especialistas em segurança do	Estudo metodológico, quantitativo, dividido em três etapas:	O material educativo apresentado neste estudo pode atuar como ferramenta para auxiliar o doente a compreender a sua trajetória cirúrgica e emponderá-lo frente a protocolos de segurança envolvidos no processo cirúrgico por meio de informações objetivas e acessíveis: pode ser capaz de esclarecer dúvidas, estimular a aprendizagem e contribuir para a construção do conhecimento frente aos desafios que serão enfrentados durante a

	Schlosser, Vanessa de Brito Poveda, Liliane de Lourdes Teixeira Silva			orientações perioperatórias para os doentes cirúrgicos.	doente/enfermagem perioperatória)	revisão narrativa, elaboração da cartilha e validação	experiência perioperatória. O uso de instrumentos, como panfletos, funcionam como ferramentas de acesso à informação, acessível e de fácil entendimento e contribuem para a redução dos níveis de ansiedade e de dor. Serve de complemento às orientações verbais realizadas pela enfermagem. O material deve ser claro, adequado ao público ao qual se destina e passível de consulta durante o período perioperatórios. Evidencia-se que a satisfação do doente foi maior quando havia associação de informações escritas e verbais.
[3]	Patrick Teixeira Machado, Cláudia Lecoultre & Cécile Courbon	2024	Suíça	Elucidar a correlação entre a ansiedade pré-operatória, a necessidade de informação e a literacia em saúde.	88 participantes, com idade ≥ 18 anos	Estudo Transversal e correlacional	Este estudo revelou que uma proporção significativa de doentes apresentava ansiedade social, insegurança e baixa literacia em saúde numa consulta pré-operatória. As características associadas à LS dos doentes foram a insegurança e a ansiedade social. O conhecimento destas dimensões pode ajudar os profissionais de saúde a adaptar as intervenções para melhorar a preparação dos doentes para a cirurgia e a sua experiência cirúrgica, bem como melhorar os resultados, particularmente no controlo da dor e na redução do uso de analgésicos. Pelo que os profissionais de saúde devem ouvir as expectativas dos doentes em relação à informação que desejam receber. Abordar a ansiedade, a insegurança e a LS dos doentes no contexto pré-operatório pode também ter um impacto positivo na duração do internamento, na taxa de readmissão e na satisfação dos doentes. Assim sendo, os profissionais de saúde devem identificar intervenções comprovadamente eficazes contra a ansiedade.
[4]	Ranran Zhao, Yutong Li & Ling Sun	2025	China	Avaliar o efeito da educação pré-operatória fornecida pelos enfermeiros do	169 participantes, com idade ≥ 18 anos	Estudo de coorte retrospectivo unicêntrico	A educação pré-operatória reduziu significativamente os níveis de ansiedade no pré-operatório e nas 24 horas após a cirurgia. Esses níveis de ansiedade estavam intimamente relacionados com o atendimento às suas necessidades de informação. A educação pré-operatória no presente estudo incluiu uma descrição detalhada do processo cirúrgico,

				bloco operatório nos níveis de ansiedade dos doentes antes e depois da Prostatectomia Radical.			orientações sobre a recuperação pós-operatória e apoio psicológico, o que pareceu proporcionar um suporte informativo mais abrangente. Essa educação leva ao aumento da confiança do doente, à redução da incerteza em relação aos resultados cirúrgicos e leva ao empoderamento do doente no alívio do stress.
[5]	Ezgi Arslan & Sultão Özkan	2025	Turquia	Determinar os efeitos da educação sobre a mobilização pré-operatória, potenciada pelo método Teach-Back, na mobilização pós-operatória, recuperação e satisfação das doentes submetidas a cirurgia	102 participantes, com idade ≥ 18 anos	Ensaio clínico randomizado	A educação sobre mobilização, através do método Teach-Back no período pré-operatório, foi eficaz na melhoria do processo de mobilização, da recuperação e da satisfação dos doentes submetidos a cirurgia oncológica ginecológica. A educação do doente é uma das intervenções de enfermagem mais eficazes e económicas que pode ser aplicada pelos enfermeiros e é fortalecida com o método Teach-Back, trazendo uma perspetiva diferente à educação do doente no processo perioperatório. Através deste método há uma participação ativa do doente, garantindo que este repete o que aprendeu por palavras suas e demonstra na prática, aumentando a eficácia da educação. Este método educativo pode ser adaptado a cada doente.

				oncológica ginecológica.			
[6]	Yawen Li, Chuchu Yan, Ru Chen, Haiying Lu & Yawei Shan	2025	China	Investigar como a motivação para a aprendizagem e a modalidade de apresentação afetam a carga cognitiva e o desempenho da aprendizagem em doentes idosos que se preparam para a artroplastia total do joelho.	62 participantes, com idade ≥ 60 anos	Estudo experimental psicocomportamental fatorial	Tanto a modalidade de apresentação como a motivação para a aprendizagem afetam significativamente a carga cognitiva e o desempenho da aprendizagem. Os formatos compostos de texto e gráficos geraram uma carga baseada na fixação mais elevada e favoreceram uma aprendizagem eficaz (através da construção de esquemas). Os materiais em vídeo sustentaram a atenção e facilitaram a compreensão do procedimento (a distribuição de informação entre os canais auditivo e visual aumenta a eficiência do processamento). No contexto pré-operatório complexo, onde a rápida assimilação do conhecimento sobre os procedimentos e a reabilitação é crucial, a elevada motivação melhora a autorregulação e a resiliência cognitiva dos doentes.
[7]	Lívia Moreira Barros, Francisca Antónia do Vale Gomes, Flávio Neves Carneiro, Nelson Miguel Galindo Neto,	2020	Brasil	Avaliar eficácia da intervenção educativa no conhecimento e atitude dos doentes	56 participantes, com idade ≥ 18 anos	Ensaio clínico randomizado	Estratégias educativas com recurso a tecnologias impressas com ilustrações e informação organizada antes da cirurgia bariátrica podem estimular atitudes de autocuidado, pois são um meio para esclarecer dúvidas e ajudam os doentes a lidar com as suas expectativas relativamente ao procedimento cirúrgico e à experiência do pós-operatório. A estratégia educativa combinada (panfleto e rotina da instituição) teve mais eficácia na aquisição de conhecimentos dos doentes sobre os cuidados necessários no perioperatório,

	Natasha Marques Frotal & Joselany Áfio Caetano			propostos a gastroplastia.			quando comparada ao método de rotina da instituição para orientação dos doentes, a qual é realizada de forma verbal.
[8]	Diana Isabel Arvelos Mendes & Cândida Rosa Clemente Ferrito	2021	Portugal	Planear, implementar e avaliar a consulta de enfermagem pré-operatória inserida no ERAS.	96 participantes, com idade ≥ 18 anos	Estudo descritivo e quantitativo	Relativamente à avaliação da consulta, a maioria dos doentes considerou a consulta como muito importante/importante. Com a consulta revelaram poderem: esclarecer as suas dúvidas; ter uma colaboração nos cuidados; aumento da sensação de controle. Constata-se que é fundamental criar um sistema de transmissão de informação estruturado e realista que permita ao doente melhorar a sua adesão ao plano de cuidados e assumir que uma melhor adesão ao plano pode conduzir a melhores resultados em saúde. Ainda, a consulta influenciou positivamente o tempo de retorno à autonomia na mobilização após a cirurgia, promovendo uma diminuição significativa, o que pode estar associado ao facto de os clientes estarem mais informados, mais preparados e mais confiantes.
[9]	Hanjia Xin, Chaozhu He, Yingying Gu, Xiuxiu Ma, Ziyang Xiang & Jing Jing Gong	2025	China	Investigar o impacto da saúde familiar na fragilidade em doentes com Cirurgia Gástrica no pré- operatório e os efeitos mediadores da	240 participantes, com idade ≥ 18 anos	Estudo transversal	A implementação de medidas de reabilitação pré operatória que priorizem o envolvimento familiar pode orientar os doentes a melhorar a sua LS e a aumentar os seus níveis de atividade física, reduzindo, assim, o risco de fragilidade em doentes submetidos a cirurgia de cancro gástrico e promovendo melhores resultados de reabilitação a longo prazo. Encoraja os familiares a auxiliar na implementação de programas sistemáticos de atividade física baseados em evidências, que incluam treino de resistência, atividade aeróbica e exercícios de equilíbrio.

				literacia em saúde e da atividade física.			
[10]	Abdus Samee Wasim, Mohammed Junaid Choudri, Zakaria Saidani, Abdul Muhaymin Khan, Raheel Shakoor Siddiqui, Ali Ridha, Kaleem Sohail Ahmed & Usman Ali	2024	Reino Unido	Avaliar o efeito de um vídeo educativo no conhecimento e satisfação pré- operatórios do doente no contexto da artroplastia total do joelho.	100 participantes, com idade ≥ 18 anos	Estudo prospetivo, randomizado e controlado	Verificou-se que a exibição de um breve vídeo educativo animado aos doentes, algum tempo antes da cirurgia, melhorou significativamente o seu conhecimento sobre o procedimento, relativamente ao grupo de doentes que não viram o vídeo. Os vídeos pré-operatórios, após consulta, sobre a cirurgia permitem que os doentes recebam informação de forma controlada, organizada, simples de compreender e repetível, obtendo um maior nível de conhecimento.



Toxicidade Sistémica dos Anestésicos Locais

Mafalda Canastro, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Peri-operatória, da Egas Moniz School of Health & Science

Enfermeira Orientadora: Cristina Moás

Porque é importante?

Os anestésicos locais (ALs) são administrados, na prática, por muitos profissionais de saúde e apesar da sua utilização generalizada, a consciência sobre a toxicidade sistémica dos anestésicos locais (TSAL) e o conhecimento do seu uso podem ser insuficientes.

A toxicidade é uma complicação grave e potencialmente fatal e pode ocorrer com todos os ALs e por qualquer via de administração.



Sendo o seu uso cada vez mais frequente no BO surge a necessidade da temática.

Definições

- ❖ Bloqueio de nervos periféricos: Administração do AL junto da raiz do plexo nervoso ou de nervos periféricos com a finalidade de bloquear a sensação de dor na região que é inervada.
- ❖ Anestesia do neuroeixo: Administração do AL no espaço epidural ou subaracnoideu, junto da medula espinal, permitindo o bloqueio da sensibilidade no tórax, abdómen e/ou membros inferiores.
- ❖ Anestésicos locais: Fármacos administrados numa determinada região do corpo que têm como objetivo bloquear a sensibilidade desse local. Atuam de forma a impedir a geração e condução de impulsos elétricos, de forma reversível, ao nível das terminações nervosas.
- ❖ TSAL: Conjunto de sinais e sintomas que ocorrem após administração accidental de doses excessivas de AL via intravascular, subaracnoídea ou local.

Formas de exposição a níveis tóxicos

- ❖ Injeção intravascular e administração inadvertida via intratecal;
- ❖ Absorção sistémica rápida;
- ❖ Tipo de AL e dose;
- ❖ Uso concomitante de outros AL ou fármacos que interferem no metabolismo.

Fatores acrescidos à exposição

- ❖ “Extremos de idade”;
- ❖ Doentes com doença hepática, cardíaca ou renal (redução da eliminação metabólica);
- ❖ Uso de beta-bloqueadores ou antiarrítmicos.

Prevenção da Toxicidade

- ❖ Avaliação do doente: História prévia a reação a AL, historial de disritmias, epilepsia ou convulsões.
- ❖ Antes da administração: equipamento de emergência/ via aérea e monitorização contínua.
- ❖ Na realização da técnica: aspiração frequente, administração fracionada e lenta (ritmo máximo de 5ml durante 10 segundos e com intervalos de 40 segundos) e uso de ecógrafo.

A concentração “ótima”, é a menor possível para o efeito desejado, pelo que é importante saber as doses máximas recomendadas de cada AL.

Reações de Toxicidade Sistémica

SISTEMA NERVOSO CENTRAL

- ❖ Zumbido;
- ❖ Sabor metálico;
- ❖ Alterações do discurso;
- ❖ Agitação ou confusão.

SISTEMA CARDIOVASCULAR

- ❖ Hipertensão e taquicardia;
- ❖ Bradicardia e hipotensão;
- ❖ Progressão para complicações mais graves, incluindo arritmias ventriculares e/ou assistolias;
- ❖ PCR.

Abordagem à TSAL

A intervenção mais precoce aumenta o sucesso do tratamento.

Atuação Imediata	- Interromper a administração do AL; - Chamar ajuda; - Pedir KIT de TSAL; - Confirmar a monitorização (ECG; TA; SatO2); - Assegurar a via aérea: Oxigenar, ventilar e, se necessário, entubar o doente; - Verificar permeabilidade do acesso venoso; - Colher amostras para análise, se momento adequado.	
Tratamento	Emulsão Lipídica a 20%	Emulsão Lipídica a 20%
	<u>Hemodinamicamente estável com atividade convulsiva isolada:</u> - Administrar benzodiazepinas;	<u>Se depressão do SCV:</u> - Ponderar a administração de atropina ou efedrina. <u>Se evoluir para PCR:</u> - Iniciar SAV; - Corrigir acidose, hipercapnia e hipercalemiemia. Nota: A recuperação da PCR induzida por AL pode ser refratária ao tratamento convencional (SAV superior ou igual a 1h).

Administração da Emulsão Lipídica 20%

Imediato	
Bólus EV da Emulsão Lipídica 20% 1,5mL/Kg – 1mint	Perfusão da Emulsão Lipídica 20% 0,25 mL/ kg/ min
Após 5 minutos	
Se instabilidade hemodinâmica	Se hipotensão mantida
Repetir até 2 bolus 1,5mL/Kg (a cada 3-5 min. No máximo 3mL/kg)	Aumentar a Perfusão da Emulsão Lipídica 20% 0,5 mL/ kg/ min
Perfusão mantida por mais de 10 minutos após recuperação da estabilidade hemodinâmica	
Dose máxima: 12mL/kg nos primeiros 30 minutos	

Em termos práticos, para um **adulto de 70Kg**:

- Utilizar frasco de 500mL de Intralipid® 20% e seringa de 50mL
- **Retirar 50mL** e administrar imediatamente, por via endovenosa. **Repetir.**
- Colocar **restante conteúdo do frasco** para administração endovenosa por meio de sistema de soro, a correr a **20mL/min**

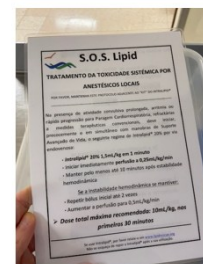
Se a instabilidade hemodinâmica se mantiver:

- Repetir novamente o bólus inicial (100mL) até 2 vezes
- Aumentar a velocidade de perfusão para 30mL/min

Se usar Intralipid®, por favor relate-o em www.lipidrescue.org
Não se esqueça de repor o Intralipid® após a sua utilização.

Material Necessário:

- Emulsão Lipídica 20% (1L – 2 frascos);
- Suporte para frasco de emulsão;
- Sistema de soro;
- Agulha 14 para aspiração de fármaco;
- Seringa 50mL;
- Bomba infusora;
- Tubos de bioquímica e hemograma e seringa de gasimetria.



Conclusão

- ❖ A enfermagem é parte essencial na prevenção, detecção e resposta rápida.
- ❖ A toxicidade, apesar de rara, é potencialmente fatal.
- ❖ O Reconhecimento precoce salva vidas.

Bibliografia

Gitman, M., Fettiplace, M. & Weinberg, G.. (2025). Toxicidade Sistêmica Anestésica Local. <https://www.nysora.com/pt/Tópicos/complicações/toxicidade-sistêmica-do-anestésico-local/>

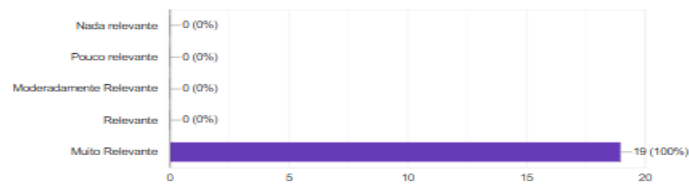
Alves, S., Pacheco, C. & al. (2021). Local Anesthetics Toxicity Outside the Operating Room. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia* 30 (2), 82-84.

Warren, L. & Pak, A. (2024). Local anesthetic systemic toxicity. https://www.uptodate.com/contents/local-anesthetic-systemic-toxicity?search=toxicidade%20anestésica%20local&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

1. Considera que os conteúdos abordados foram relevantes para a sua prática em bloco operatório?

[Copiar gráfico](#)

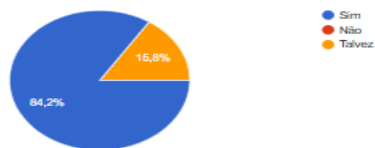
19 respostas



2. Após a formação, sente-se mais capaz de identificar precocemente sinais e sintomas de TSAL?

[Copiar gráfico](#)

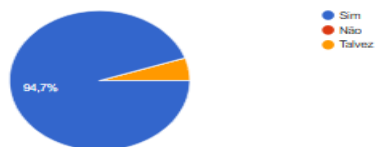
19 respostas



3. Considera que compreende melhor os fatores de risco e formas de prevenção?

[Copiar gráfico](#)

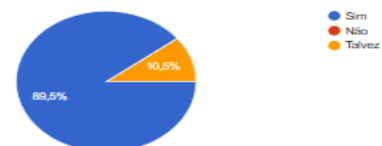
19 respostas



4. Sente-se mais preparado(a) para atuar corretamente perante uma suspeita de TSAL?

[Copiar gráfico](#)

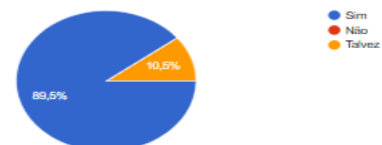
19 respostas



5. Percebeu, de forma clara, o protocolo de utilização da emulsão lipídica?

[Copiar gráfico](#)

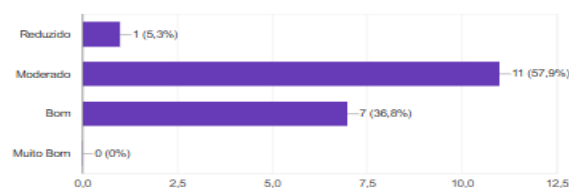
19 respostas



6. Como classifica o seu nível de conhecimento sobre TSAL antes da formação?

[Copiar gráfico](#)

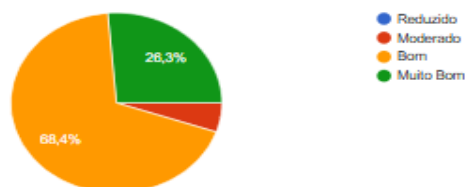
19 respostas



7. Como classifica o seu nível de conhecimento sobre TSAL após a formação?

19 respostas

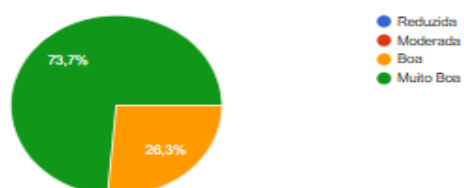
 [Copiar gráfico](#)



8. Como classifica, a nível global, a formação?

19 respostas

 [Copiar gráfico](#)



1. Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa.		
Objetivo: Compreende a vivência e as necessidades da pessoa ou família/ pessoa significativa, capacitando-os para o auto cuidado e reintegração familiar e social.		
Unidade de Competência	Atividades/ Estratégias	Avaliação
1.1. Capacita a pessoa e família/pessoa significativa, para a gestão da experiência cirúrgica.	- Realizo o acolhimento à pessoa e/ou família/ pessoa significativa, transmito segurança ao mesmo, através da explicação dos procedimentos cirúrgicos (tempo de espera até entrar na sala, a temperatura em sala, o número de elementos em sala) e esclareço dúvidas. - Percebo as necessidades de cada pessoa e/ou família/ pessoa significativa, ou seja, os níveis de literacia em saúde, crenças, medos e dúvidas. - Adapto técnicas de acolhimento que transmitam segurança à pessoa e que sejam redutoras de ansiedade: Mostro disponibilidade e empatia; apresento-me pelo nome; adapto uma linguagem de motivação/encorajamento e de não julgamento, pergunto como prefere ser tratado; apresento o espaço físico. - Promovo o acompanhamento da pessoa em situação de vulnerabilidade e de acordo com a legislação em vigor. - Envolve a pessoa no seu processo cirúrgico (questiona acerca do jejum, consentimento informado, ausência de próteses, medicação atual, validação do ato cirúrgico). - Comunico de forma clara durante a indução anestésica, transmitindo calma e explicando o que está a acontecer. - Ensino a pessoa e família/pessoa significativa sobre os cuidados no pré e pós-operatório, empoderando-os para a experiência cirúrgica e estabelecendo uma relação de confiança que maximize o bem-estar e a qualidade de vida.	- Feedback da Enfermeira Orientadora. - Cumpre as atividades planeadas. - Número de vezes que realiza cada atividade.
1.2. Promove cuidados à pessoa em situação perioperatória.	- Avalio de forma completa e criteriosa a pessoa, através da consulta do seu processo clínico e validação das informações transmitidas na transição de cuidados e com a pessoa: consentimento informado, de acordo com o assinado; tempo de jejum; conhecimento de alergias; suspensão de terapêutica antiagregante; presença de próteses e adornos; antecedentes pessoais/ cirúrgicos; existência de exames complementares de diagnostico. - Asseguro a identificação correta da pessoa e valida com o mesmo e através da pulseira de identificação. - Preparo e organizo a sala operatória segundo os protocolos instituídos, a necessidade da pessoa e técnica anestésica, na área de ortopedia e neurocirurgia. - Realizo a entrada da pessoa na sala operatória e garante um posicionamento seguro atendendo à prevenção de lesões músculo-esqueléticas, nervosas e cutâneas, durante todo o tempo operatório. E valida a integridade cutânea à entrada e saída da sala. - Monitorizo de forma contínua a pessoa e avalia aos os sinais vitais, garantindo a normotermia (com pré aquecimento, se necessário). - Garanto a manutenção da privacidade e dignidade do corpo, mantendo apenas o necessário exposto. - Compreendo e desenvolvo competências na função de enfermeiro de apoio à anestesia na área de ortopedia e neurocirurgia: conheço as diferentes técnicas anestésicas; conheço os fatores que influenciam a escolha da anestesia; conheço a ação e os mecanismos de interação dos fármacos utilizados; conheço o funcionamento de todo o equipamento necessário à anestesia. - Compreendo e desenvolvo competências do enfermeiro perioperatório na função de circulação na área de Cirurgia Geral.	- Feedback da Enfermeira Orientadora. - Cumpre as atividades planeadas. - Número de vezes que realiza cada atividade.

	- Compreendo as competências do enfermeiro perioperatório na função de instrumentação. - Colaboro na realização dos registos referentes à circulação e registo/identificação de peças anatómicas. - Participo na contagem de compressas e instrumentais. - Providencio material cirúrgico conforme necessidade no decorrer da cirurgia. - Identifico a cirurgia a que a pessoa vai ser submetida, a técnica anestésica e tempo cirúrgico, identificando possíveis riscos ou complicações que possam ocorrer durante o período operatório, planeando intervenções que visem a prevenção dos mesmos. - Transmito de forma concisa a informação na transmissão de cuidados (para UCPA ou Unida de Cuidados Intensivos), de acordo com a metodologia ISBAR. - Informo a pessoa (à medida que desperta) sobre os dispositivos presentes e cuidados a ter.	
1.3. Desenvolve a sua intervenção numa perspetiva interprofissional.	- Sei o papel de todos os elementos da equipa multidisciplinar e a sua importância. - Desenvolvo uma postura de colaboração para com toda a equipa, assegurando um trabalho articulado e permitindo uma continuidade de cuidados. - Facilito a transmissão de informação dentro sala, assegurando uma comunicação efetiva, com linguagem clara e objetiva em todos os momentos no perioperatório. - Acompanho a enfermeira orientadora na revisão das auditorias ou revisões de protocolos, se possível. - Identifico necessidades de melhoria no serviço ou necessidade de atualização de normas no serviço. Desenvolvo essas necessidades e apresento à equipa. - Colaboro em projetos de melhoria para o serviço, se solicitado pela chefia ou enfermeira orientadora. - Participo em formações ou simulações do serviço.	- Feedback da Enfermeira Orientadora. - Cumpre as atividades planeadas. - Número de formações realizadas.

1. Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica.		
Objetivo: Mobiliza conhecimentos e habilidades que garantam a segurança da pessoa, profissionais e ambiente, agindo de acordo com a ética profissional.		
Unidade de Competência	Atividades/ Estratégias	Avaliação
2.1. Demonstra consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório.	- Antecipo as necessidades da pessoa e da equipa, através do conhecimento prévio da pessoa, o tipo de cirurgia, as preferências da equipa e os materiais necessários. - Desenvolvo a capacidade para ultrapassar preferências e divergências, independentemente da cirurgia, das circunstâncias em que ocorre e dos diferentes membros da equipa. - Desenvolvo uma prática, direcionada à função de anestesia na área da ortopedia e neurocirurgia, independentemente de estar ou não a ser avaliada e observada. - Colaboro na realização da checklist “Cirurgia Segura, Salva Vidas” e dissemino a importância da mesma. - Colaboro no posicionamento cirúrgico garantindo a melhor exposição cirúrgica e o menor compromisso para a pessoa. - Pratico e asseguro a prática adequada dos dispositivos invasivos (drenos, algalias, cateteres) durante e após a cirurgia, prevenindo complicações. - Asseguro a limpeza correta sala operatória. -Asseguro o cumprimento dos circuitos limpos/contaminados. - Cumpro e promovo a higienização das mãos em todos os momentos necessários. - Cumpro e promovo o uso dos equipamentos de proteção individual. - Participo em formações sobre prevenção de infeções e incidentes em bloco.	- Feedback da Enfermeira Orientadora. - Cumpre as atividades planeadas. - Número de formações realizadas.
2.2. Lidera o processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios.	- Conheço os princípios de assepsia. - Realizo corretamente a sua própria higiene/ desinfeção das mãos e cumpre o uso correto dos equipamentos de proteção individual. - Realizo os cuidados de enfermagem sem quebra da técnica asséptica. - Supervisiono a correta desinfeção, utilização da indumentária cirúrgica da restante equipa. - Garanto o uso do equipamento individual de proteção adequado aquando pessoa em isolamento. - Valido e realizo a adequada desinfeção da pele (tricotomia se necessário e limpeza e desinfeção da pele). - Desenvolvo consciência cirúrgica, assegurando a assepsia cirúrgica através da esterilidade dos campos, instrumentais e dispositivos antes (verificação da integridade das embalagens, prazos de validade) e durante a cirurgia. - Participo em formações sobre boas práticas de prevenção de infeções no BO.	- Feedback da Enfermeira Orientadora. - Cumpre as atividades planeadas.
2.3. Promove a gestão e o controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório.	- Conheço os dispositivos médicos, relativos ao ato anestésico, presentes na sala e os a serem utilizados no momento do ato cirúrgico. - Conheço os dispositivos médicos presentes em sala.	- Feedback da Enfermeira Orientadora. - Cumpre as atividades planeadas.

	- Verifico a funcionalidade de todos os dispositivos médicos necessários aquele momento cirúrgico (ex: ventilador, aspiradores, bisturi elétrico ou bombas de perfusão). - Verifico a integridade, validade e esterilidade dos dispositivos médicos antes da cirurgia (instrumental ou próteses). - Realizo uma correta triagem de resíduos e desperdício de fluidos /tecidos orgânicos, se aplicável. - Garanto a rastreabilidade dos dispositivos através do registo em folha própria. - Colaboro na gestão de stocks (controlo de material existente, reposição de material e identificação de material em falta).	
--	---	--

[illegible]

CERTIFICADO

Certifica-se que

Mafalda Canastro

natural de Sesimbra, nascido(a) em 01-11-1997,
titular do n.º de identificação 15369598, válido até 03-01-2035,
frequentou o curso de Formação Profissional:

CURSO ONLINE: ENFERMAGEM DE ANESTESIOLOGIA

a partir de 05-10-2025 com a duração de 6h (inclui 4h de vídeo).
Certificado n.º 4487/2025 de acordo com o modelo publicado
na Portaria n.º 474/ 2010 de 8 de julho.



bwizer.
your evolution



ENTIDADE
FORMADORA
CERTIFICADA

ESTRUTURA CURRICULAR

Unidades de Formação/ Módulos/ Outras Designações	Horas
Introdução à Anestesia	0,1
- Origem e Desenvolvimento da Anestesia	
Monitorização em Anestesia	1,15
- Monitorização padrão em Anestesia	
- Avaliação da oxigenação	
- Avaliação da ventilação	
- Avaliação da circulação	
- Monitorização da temperatura corporal	
Farmacologia	0,5
- Principais fármacos usados em Anestesia	
Tipos de Técnicas Anestésicas	1,25
- Anestesia Geral	
- Anestesia Locorregional	
- Anestesia Local	
- Sedação	
Abordagem da Via Aérea	1
- Assegurar a via aérea	
- Posicionamento para laringoscopia	
- Outros tipos de abordagem	
- Introdução à via aérea difícil	
Avaliação Formativa e Trabalho Autónomo	2

O responsável pela unidade formadora,

 **bwizer.**
your evolution

Hugo Belchior
(assinatura e selo branco ou carimbo)

www.bwizer.com

Anexo II - Certificado de participação nas Jornadas de Enfermagem Perioperatória da
Unidade Local de Saúde de Santa Maria

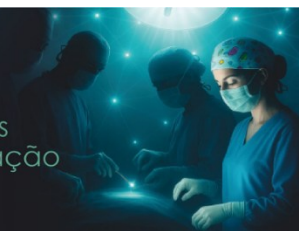
1^{as}

Jornadas de Enfermagem
Perioperatória
da ULS de Santa Maria

21 NOV
2025

Auditório da ESEL Polo
Calouste Gulbenkian

Conectar ideias
inspirando ação



CERTIFICADO

MAFALDA CANANA CANASTRO

Participou nas 1^{as} Jornadas de Enfermagem Perioperatória da ULS de Santa Maria,
que se realizou no Auditório da ESEL Polo Calouste Gulbenkian,
no dia 21 de Novembro de 2025.

Carla Ribeiro

Enfª Diretora Carla Ribeiro



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SANTA MARIA

