

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Informação para a Continuidade dos Cuidados de Enfermagem na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos: Desenvolvimento de Competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

Information for Continuity of Nursing Care in the Post-Anesthesia Care Unit: Development of Competencies in Medical-Surgical Nursing, in the Area of Nursing for People in Perioperative Situation

Autor

Sílvia Neves Araújo

Porto, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Informação para a Continuidade dos Cuidados de Enfermagem na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos: Desenvolvimento de Competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

Information for Continuity of Nursing Care in the Post-Anesthesia Care Unit: Development of Competencies in Medical-Surgical Nursing, in the Area of Nursing for People in Perioperative Situation

Orientador(es)

Maria de Fátima Segadães Moreira
Professor Adjunto, Mestre

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

Autor

Sílvia Neves Araújo

Porto, 2025

RESUMO

Prestar cuidados de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, revela-se um grande desafio, dada a complexidade do ambiente perioperatório, que cria situações de elevado risco, e pela necessidade de mobilizar inúmeros conhecimentos e habilidades, para dar respostas eficazes e eficientes. Assim, é exigido um conjunto de competências especializadas no cuidado à pessoa em situação perioperatória, garantindo a excelência dos cuidados de enfermagem, baseados em evidência científica, e uma segurança coerente com a consciência cirúrgica.

O presente relatório de estágio de natureza profissional, pretende explicar o percurso de desenvolvimento de competências comuns e específicas, conducentes ao Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. Este viabiliza uma metodologia descritivo-crítico-reflexiva, sustentada em evidência científica, explanando os conhecimentos teóricos e práticos, e as competências adquiridas e desenvolvidas, neste percurso. Como parte deste processo, destaca-se o desenvolvimento e a implementação do projeto individual de estágio, focado na informação para a continuidade de cuidados de enfermagem na unidade de cuidados pós-anestésicos.

Os cuidados de enfermagem perioperatórios desenvolvem-se num processo contínuo e padronizado de boas práticas, que configuram cuidados seguros e de qualidade, nos diferentes momentos do perioperatório. A transmissão de informação oportuna, precisa, clara e completa, da sala operatória para a unidade de cuidados pós-anestésicos, é fundamental e contribui para uma vasta base de dados, sobre o cliente. Estas informações sustentam a tomada de decisões, e fundamentam o plano de cuidados estabelecido, a sua execução e avaliação das intervenções a serem desenvolvidas, auxiliando os enfermeiros a compreender as prioridades dos cuidados, a antecipar complicações e a planear, adequadamente, os cuidados a prestar. A transmissão de informação, de forma uniformizada e padronizada, é essencial para a segurança, a qualidade e a continuidade dos cuidados de enfermagem, na unidade de cuidados pós-anestésicos, reduzindo a ocorrência de eventos adversos.

A prática, aliada à reflexão crítica e à fundamentação teórica, apresentada no presente relatório, testemunham a integração de competências comuns e específicas, evidenciadas pela capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, bem como pelo suporte eficaz ao exercício profissional especializado, em relação à formação e investigação, na procura contínua pela atualização e aperfeiçoamento.

Palavras-chave: Enfermagem Perioperatória; Segurança do Cliente; Comunicação eficaz; Continuidade de Cuidados de Enfermagem; Competências de Enfermagem.

ABSTRACT

Providing nursing care to people in perioperative situations is a major challenge, given the complexity of the perioperative environment, which creates high-risk situations, and the need to mobilise a wealth of knowledge and skills in order to provide effective and efficient responses. A series of specialised skills are needed to care for people in perioperative situations, guaranteeing excellence in nursing care based on scientific evidence and safety consistent with surgical awareness.

The present report of a professional internship explains the development of common and specific competences leading to the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, in the area of Nursing for People in Perioperative Situations. This provides a descriptive-critical-reflective methodology, based on scientific evidence, explaining the theory and practical knowledge and skills acquired and developed along this journey. As part of this process, it is possible to emphasise the development and implementation of the individual internship project, focused on information for the continuity of nursing care in the post-anesthesia care unit.

Perioperative nursing care is developed in a continuous and standardised process of good practices that constitute safe, quality care at the different stages of the perioperative period. The transmission of information on time, precise, clear and complete, from the operating room, to the post-anesthesia care unit, is fundamental and contributes to a large database on the client. This information sustains decision-making and provides the basis for the established care plan, its implementation and the evaluation of the interventions to be developed, helping nurses to understand care priorities, anticipate complications and adequately plan the care to be provided. The transmission of information, in a uniform and standardised way, is essential for the safety, quality and continuity of nursing care in the post-anesthesia care unit, reducing the occurrence of adverse events.

The practice, combined with critical reflection and the theoretical basis presented in this report, demonstrate the integration of common and specific competences, evidenced by the ability to design, manage and supervise care, as well as effective support for specialised professional practice, in relation to education and research, in the continuous search for updating and improvement.

Keywords: Perioperative Nursing; Patient Safety; Effective Communication; Continuity of Nursing Care; Nursing Skills.

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operação Portugueses

AGB - Anestesia Geral Balanceada

AORN - Association of PeriOperative Registered Nurses

ASA - American Society of Anesthesiologists

BO - Bloco Operatório

CA - Cirurgia de Ambulatório

CVP - Cateter Venoso Periférico

DGS - Direção-Geral da Saúde

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

ENP - Estágio de Natureza Profissional

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IASP - International Association for the Study of Pain

ILC - Infecção do Local Cirúrgico

IPOL - Instituto Português de Oncologia de Lisboa

LASA - Look-Alike Sound-Alike

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

NICE - National Institute for Health and Care Excellence

NORA - Nonoperating Room Anesthetizing Locations

NVPO - Náuseas e Vômitos Pós-Operatórios

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SNC - Sistema Nervoso Central

SpO2 - Saturação Periférica de Oxigénio

TEP - Tromboembolismo Pulmonar

UC - Unidade Curricular

UCPA - Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

ULS - Unidade Local de Saúde

ÍNDICE

RESUMO	3
ABSTRACT	5
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS	7
ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS	11
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	13
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	19
3. TIMPANOMASTOIDECTOMIA À DIREITA	23
3.1. Enquadramento teórico	23
3.2. Clientes	30
3.3. Medicação	31
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	31
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	36
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	37
3.5. Domínios	39
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	39
3.6. Conceção de Cuidados	45
3.7. Especificação das intervenções	49
3.8. Síntese relativa ao caso	50
4. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	53
5. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	85
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
ANEXOS	111

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Figura 1 - Perioperative Patient Focused Model

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

Nos últimos anos, tem-se observado uma imensa e rápida evolução tecnológica e de avanços científicos, em diversas áreas da saúde. Acompanhar este processo requer, dos profissionais, uma atualização constante do saber e a procura pela melhoria, através da investigação científica, da colheita e tratamento de dados, e do conhecimento. A profissão de enfermagem, também, tem exigido competências técnicas e comportamentais mais desenvolvidas, desencadeando um aumento das responsabilidades, maior dinamização e diferenciação da profissão. Neste sentido, a excelência do exercício profissional de enfermagem exige, dos enfermeiros, uma constante evolução, envolvimento e compromisso com a profissão, impulsionando-os a indagar mais e procurar o melhor conhecimento científico, levando a maior desenvolvimento de competências e melhoria dos cuidados prestados.

Atualmente, os cuidados de enfermagem assumem uma enorme relevância e exigência técnica e científica, sendo a sua diferenciação e especialização, cada vez mais, uma realidade. Congruente com esta evolução, a Ordem dos Enfermeiros (OE) salienta a importância da componente formativa na área da enfermagem, para o desenvolvimento profissional e pessoal, certificando o enfermeiro especialista, como aquele que detém competências científicas, técnicas e humanas, para prestar cuidados de enfermagem especializados e avançados, numa determinada área de especialidade em enfermagem (OE, 2019a). A área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, veio dar congruência aos projetos de saúde da pessoa e família/pessoa significativa a vivenciarem processos de saúde/doença, e que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, nomeadamente, no que diz respeito à promoção da saúde, à prevenção de eventos adversos e ao tratamento da doença, em contexto perioperatório (OE, 2018c).

Por conseguinte, o reconhecimento pela OE desta área específica, através do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (MEMCPSPE), com base nas orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS), abre caminho para o investimento em formação diferenciada, e a aquisição de competências essenciais para a singularidade do conhecimento abrangente desta especialidade (OE, 2018a). Este curso constitui um percurso não só académico como, também, contributivo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no perioperatório, e para a afirmação científica da profissão, através da prática baseada na evidência, da investigação, da liderança e gestão, garantindo os princípios éticos e o cumprimento da deontologia profissional, em contexto perioperatório.

No âmbito do curso de MEMCPSPE da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), surge a realização do Estágio de Natureza Profissional (ENP) e do respetivo relatório final. O ENP decorreu no Bloco Operatório (BO) de uma unidade hospitalar do norte do país, entre 16 de setembro de 2024 e 27 de janeiro de 2025, encontrando-se dividido em dois momentos.

O presente relatório final de estágio emerge como um instrumento essencial na avaliação e evolução dos processos de aprendizagem, e de aquisição e assimilação de competências gerais e específicas do enfermeiro especialista, dando visibilidade às atividades concretizadas e às habilidades adquiridas/desenvolvidas (OE, 2021).

Em paralelo com a prática clínica do ENP, foi implementado o projeto individual de desenvolvimento de competências, delineado no Módulo I, focado na “Informação para a continuidade dos cuidados de enfermagem na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA)”, direcionado para a segurança da pessoa em situação perioperatória. Este projeto está alinhado com os objetivos estratégicos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, do Plano de Ação Global para a Segurança do Doente da OMS 2021-2030, e com o Regulamento nº 429/2018 da OE, que enfatiza a importância da comunicação interprofissional na transição dos cuidados, para aumentar a segurança do cliente nos procedimentos cirúrgicos. Conforme descrito no Regulamento nº429/2018, a maximização da segurança da pessoa em situação perioperatória e equipa multidisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica, é uma competência específica dos enfermeiros especialistas na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (OE, 2018c).

Prestar cuidados de enfermagem, neste contexto, revela-se um grande desafio dada a complexidade do ambiente perioperatório, que cria situações de elevado risco, e pela necessidade de mobilizar inúmeros conhecimentos e habilidades, para dar respostas eficazes e eficientes (Gonçalves et al., 2017). Associado à dependência e vulnerabilidade da pessoa em situação perioperatória, também os fluxos de comunicação intensos, a atividade profissional em equipas interdisciplinares, o circuito perioperatório com numerosas transferências de cuidados, e a exigência de procedimentos complexos, constituem um elevado risco de ocorrência de eventos adversos, danos, incapacidades ou mesmo morte (Figueiredo et al., 2020; OE, 2017).

A *Joint Commission* (2017) evidenciou que as falhas de comunicação entre profissionais, durante a transição de cuidados, continuam a ser os incidentes que mais potenciam a ocorrência de eventos adversos (Figueiredo et al., 2020). Estas, estão relacionadas com a omissão de informação relevante, informação incorreta ou incompleta, falta de precisão e/ou clareza na linguagem, e falta de priorização das atividades (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017). As unidades de alta complexidade, como é o caso da UCPA, são locais mais propícios para o desenvolvimento de erros relacionados com as falhas na comunicação interprofissional, apresentando desafios específicos, e encontrando-se associado à transmissão de informação de baixa qualidade (Dusse et al., 2021). Vários estudos demonstram que, informações

consideradas críticas não são comunicadas na maioria dos momentos de transição de cuidados para a UCPA, colocando em causa a continuidade dos cuidados (Manser et al., 2013).

O processo de transição de cuidados entre enfermeiros é fundamental, e estes têm a responsabilidade de garantir que as informações sobre os clientes sejam transmitidas de forma correta, completa e eficaz (Chiew et al., 2019). Estas informações compõem a base da tomada de decisão, e fundamentam o plano de cuidados estabelecido, a sua execução e avaliação das intervenções a serem desenvolvidas (Araújo et al., 2020). O estabelecimento de prioridades na prestação de cuidados de enfermagem e a organização do plano de cuidados podem ser dificultados por uma comunicação imprecisa, que pode originar omissões e erros na transmissão de informações, podendo expor o cliente a um maior risco de incidentes (O'Neill et al., 2023).

O PNSD 2021-2026 estabelece a comunicação eficaz e eficiente como o terceiro pilar para promoção de cuidados seguros e de qualidade, sendo um foco de atenção dos enfermeiros (DGS, 2022c). Atendendo à lista dos padrões de qualidade, dos cuidados especializados de enfermagem na área à pessoa em situação perioperatória, são reconhecidos elementos relacionados à comunicação e à segurança dos cuidados perioperatórios, tais como: a adoção de estratégias facilitadoras de comunicação, que aumentem a segurança dos procedimentos cirúrgicos; a comunicação eficiente visando a segurança cirúrgica; e a utilização de habilidades de comunicação, que garantam a informação e documentação precisa e oportuna, na equipa interdisciplinar e na continuidade de cuidados perioperatórios (OE, 2017, 2023).

Consequentemente, a ideia de segurança do cliente, também, é sustentada pelo *PeriOperative Patient Focused Model*, adotado pela *Association of Perioperative Registered Nurses (AORN)* em 2020, com o objetivo de promover a segurança do cliente e otimizar as suas respostas fisiológicas e comportamentais, colocando o cliente no centro e como foco dos cuidados de enfermagem perioperatórios (Van Wicklin, 2020). Este modelo é composto por quatro domínios (Figura 1): a segurança do cliente, que visa a proteção do cliente de qualquer dano durante todo o contínuo dos cuidados perioperatórios; as respostas fisiológicas, que preconiza a prestação de cuidados perioperatórios com o intuito de manter, de acordo com o seu padrão habitual, as respostas fisiológicas do cliente; as respostas comportamentais, que envolve o conhecimento do cliente sobre o procedimento e a experiência perioperatória; e o sistema de saúde, único domínio não centrado no cliente, e que diz respeito aos elementos estruturais do sistema onde os enfermeiros do perioperatório prestam cuidados.

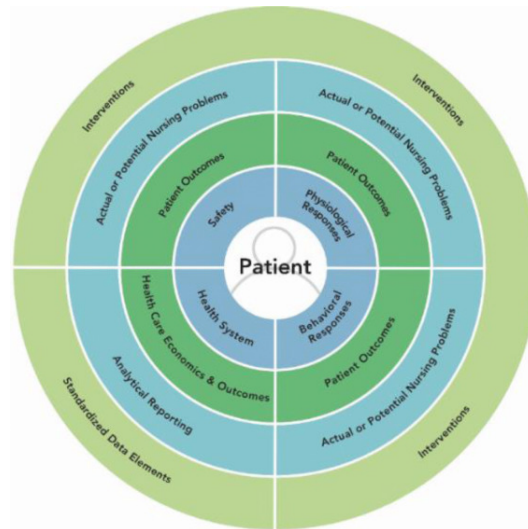


Figura 1 - Perioperative Patient Focused Model. AORN. (2018). *Introduction to the AORN guidelines for perioperative practice. Guidelines for Perioperative Practice*. Denver, CO: AORN

De acordo com o modelo, os enfermeiros devem avaliar o cliente com o objetivo de obter resultados de alta qualidade, permitindo a identificação de diagnósticos de enfermagem e a implementação de intervenções individualizadas, para cada cliente submetido a um procedimento cirúrgico (Van Wicklin, 2020; Rothorck & Smith, 2000). O enfermeiro intercede no contexto do sistema de saúde, de forma a ajudar o cliente a alcançar os resultados esperados, durante a experiência perioperatória (Beyea, 2011). Por outras palavras, o enfermeiro perioperatório, ao aplicar a prática baseada em evidências no sistema de saúde, promove a segurança dos clientes e otimiza as suas respostas fisiológicas e comportamentais, durante o período perioperatório (Van Wicklin, 2020; Danski et al., 2017).

Considerando o exposto, este relatório visa explicar todo o trabalho desenvolvido durante o ENP, os conhecimentos aprofundados e as competências adquiridas, de acordo com os objetivos previamente estabelecidos, assim como, também, da implementação do projeto individual de desenvolvimento de competências. Este, segue uma metodologia descritivo-crítico-reflexiva, estabelecendo uma relação entre os conhecimentos teóricos e a prática clínica, tendo por base os requisitos académicos da ESEP, e as orientações descritas pela OE na Circular Normativa CN-CD/2018/2, referente aos procedimentos e orientações para a obtenção do título profissional de enfermeiro especialista (OE, 2018a).

O presente relatório encontra-se estruturado em três capítulos principais. No primeiro capítulo é realizada a caracterização dos contextos clínicos de ENP, estando explanada a sua constituição, missão, estrutura e organização. O segundo capítulo é referente a um dos casos clínicos experienciados durante o estágio, evidenciando o processo de planeamento, conceção e gestão do plano de cuidados de um cliente, em contexto perioperatório. No terceiro capítulo estão descritas as atividades desenvolvidas, e os contributos que estas tiveram na aquisição e aperfeiçoamento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na área de

enfermagem à pessoa em situação perioperatória. Pretende-se que seja perceptível a aquisição de competências acrescidas, tal como a produção de conhecimento científico e a sua aplicação no contexto clínico, o processo de tomada de decisão autónoma e sustentada, e a postura reflexiva e crítica referente aos cuidados prestados, com vista à melhoria contínua dos cuidados e à prestação de cuidados individualizados, e sustentados em evidência científica mais atual.

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

O presente ENP concretizou-se no BO de um centro hospitalar do Norte, denominado agora, como Unidade Local de Saúde (ULS), tendo-se dividido em dois momentos, perfazendo um total de 340 horas presenciais. O primeiro momento decorreu em contexto de prática clínica do BO central, no período de 16 de setembro a 19 de dezembro de 2024. O segundo momento decorreu em contexto de prática clínica no BO de Especialidades, integrado no BO central da mesma unidade hospitalar, no período de 06 a 27 de janeiro de 2025.

Esta ULS presta cuidados de saúde a cerca de 1,2 milhões de pessoas, dispõe de equipas clínicas multidisciplinares, altamente qualificadas para a prestação de serviços de saúde de excelência, conciliando unidades de assistência médica, investigação e ensino universitário.

O BO tem como missão oferecer, aos clientes, uma estrutura adequada para proporcionar tratamentos adaptados às suas condições clínicas, acolhendo-os com total respeito, de acordo com as normas internacionais e critérios de boas práticas. Atenta às necessidades cirúrgicas dos clientes, promovendo a sua satisfação e a dos seus colaboradores. O serviço desenvolve e aplica critérios de qualidade e eficiência, em toda a atividade perioperatória, otimizando a capacidade instalada, da mesma forma que, também, procura proporcionar o ambiente e as condições essenciais para a formação de profissionais e alunos. A natureza estrutural e funcional deste BO requer, dos seus profissionais, uma forte componente interdisciplinar e acentuada polivalência, fatores que são garantidos com reuniões de serviço multidisciplinares, onde são discutidos e tratados assuntos das várias áreas e especialidades, assim como, formação interna contínua. O serviço tem como objetivo prestar o correto tratamento ao cliente, o seu bem-estar e a prestação de cuidados de saúde com qualidade e eficiência.

O BO inclui cirurgias programadas, urgentes e emergentes, com ou sem internamento, funcionando em articulação com uma admissão centralizada de clientes, tal como, um serviço de altas centralizado. Compromete-se, ainda, a responder às solicitações dos serviços de carácter cirúrgico, coordenando os tempos operacionais específicos de cada especialidade, sob a responsabilidade de um profissional médico designado para o efeito. Neste BO, são realizados procedimentos cirúrgicos e anestésicos no âmbito de várias especialidades, incluindo cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica, estomatologia, neurocirurgia, cirurgia vascular, ginecologia, ortopedia, urologia, oftalmologia, otorrinolaringologia e dermatologia. Inclui, também, tempos operatórios para técnicas anestésicas, no âmbito da dor aguda, e sempre que necessário, recebe equipas externas para realização de colheita de órgãos.

Estruturalmente, o BO está dividido em bloco de cirurgia de ambulatório (CA), e bloco central e

de especialidades, sendo composto por doze salas operatórias polivalentes (com duas salas exclusivamente dedicadas a situações de urgência/emergência), uma sala operatória para procedimentos médico-cirúrgicos de menor complexidade (como colocação de cateter venoso central), uma sala de anestesia locoregional, uma UCPA para cirurgia convencional (com capacidade para doze unidades em funcionamento, e três unidades de contingência), uma UCPA de CA na fase I (com capacidade para dez unidades) e na fase II (com capacidade para doze unidades com cadeirões), dois gabinetes destinados à preparação/alta dos clientes de ambulatório, e outras estruturas de apoio.

O BO divide-se em três áreas distintas de circulação, de acordo com as atividades que são realizadas em cada uma delas, e de forma a promover os fluxos de circulação e controlo de movimentos, do e para o BO, protegendo os clientes, os profissionais e os materiais de possíveis fontes de contaminação cruzada. Além disto, o BO tem acesso direto, em ambiente controlado, ao serviço de esterilização, que funciona numa instalação própria.

De forma a assegurar a atividade do hospital, o horário definido para o BO é adaptado, sempre que necessário, estando em funcionamento de segunda a domingo, das 8 até às 24 horas, para cirurgia programada, e 24 horas por dia para cirurgias de urgência/emergência.

Relativamente aos recursos humanos, a equipa de profissionais do BO é multidisciplinar, composta por um grupo de profissionais residentes, com atividade adstrita ao BO e locais remotos (enfermeiros e assistentes operacionais), e um grupo não residente, que corresponde aos profissionais que pertencem a outros serviços clínicos, mas que exercem, simultaneamente, funções no BO (cirurgiões, anesthesiologistas, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, assistentes técnicos e outros).

A equipa de enfermagem é composta por 178 enfermeiros, dos quais 21 são especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), 5 são especialistas em EMC na área de enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, 2 especialistas em Enfermagem de Saúde Comunitária, 4 especialistas em Enfermagem de Reabilitação, 2 especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, e 1 em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Os enfermeiros encontram-se divididos em duas equipas, a de anestesia com 59 enfermeiros e a cirúrgica, constituída por 81 enfermeiros, que exercem funções como circulante e instrumentista. Esta divisão de tarefas é considerada benéfica na equipa, pois permite a especialização dos enfermeiros e, conseqüentemente, a prestação de cuidados de enfermagem de maior qualidade, em cada uma das áreas. Os restantes 38 enfermeiros integram a equipa de CA.

A distribuição da equipa de enfermagem é da responsabilidade do enfermeiro gestor, e contempla a qualidade e as dotações seguras ao desempenho das funções de enfermagem perioperatória, dependendo da complexidade e risco da intervenção cirúrgica, numa estreita relação com a área cirúrgica e anestésica. Em cada turno, é destacado um elemento para desempenhar funções de responsável de turno (organização e gestão das salas operatórias e

das cirurgias urgentes/emergentes), 3 elementos por cada sala operatória, 3 elementos para a UCPA, e 1 elemento para acompanhar os clientes na transferência da UCPA para o internamento ou na realização de algum exame complementar de diagnóstico, fora do BO. Além da atividade adstrita ao BO, a equipa de enfermagem dá apoio em locais remotos do hospital, onde se realizam exames/procedimentos sob anestesia/sedação, como acontece no serviço de gastroenterologia, pneumologia (broncoscopias), cardiologia (ablações cardíacas, cardioversões, angiografias), tomografia computadorizada/ressonância magnética e imagiologia. No serviço de Imagiologia, existe ainda uma sala híbrida, onde se desenvolvem procedimentos com apoio de anestesia, de neurorradiologia e de cirurgia endovascular. A equipa serve, ainda, de suporte na realização de cesarianas urgentes/emergentes, na sala operatória do bloco de partos. Todas estas salas dispõem de carros de anestesia e de material de circulação uniformizados.

O BO utiliza o *Glintt* como sistema de informação e documentação/registos de enfermagem, que permite o acompanhamento do cliente durante todas as fases do perioperatório, possibilitando o registo, em tempo real, de todas as intervenções de enfermagem, e garantindo a continuidade de cuidados nas unidades de internamento. Neste momento, está em fase de implementação o sistema informático *Patient Care*, uma ferramenta que ajuda os enfermeiros a otimizar o seu desempenho de funções, e permite a melhoria da qualidade dos cuidados.

Existem, também, elementos da equipa de enfermagem que são elo de ligação aos grupos de trabalho, do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), Grupo de Gestão de Risco, e Núcleo de Formação.

No referente a projetos de enfermagem, em desenvolvimento no hospital, é de salientar a conceção do Núcleo de Enfermagem das Especialidades, que segue as orientações da OE, e tem como objetivo o desenvolvimento e a excelência da profissão. Existe um grupo de trabalho constituído por enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, que visa identificar e implementar estratégias que facilitem e reduzam o tempo de recuperação pós-operatório, em clientes submetidos a *sleeves* gástricos, em regime de CA. Encontra-se em desenvolvimento, também, o projeto “Luvas Seguras Salvam Vidas”, com vista ao reforço da consciência e segurança cirúrgica, relacionadas com o uso adequado de luvas esterilizadas dentro da sala operatória, assim como, um projeto-estudo na área da normotermia, com a implementação de novos sensores de avaliação da temperatura.

3. TIMPANOMASTOIDECTOMIA À DIREITA

Cliente de 49 anos, com diagnóstico de otite média tubotimpânica supurativa de repetição. Proposta para realização de timpanomastoidectomia à direita, no dia 28 de outubro, em regime convencional. Como antecedentes pessoais apresenta hipertensão arterial e Síndrome de Loeys-dietz-5. Apresenta história de tromboembolismo pulmonar (TEP) em 2016. De antecedentes cirúrgicos, a utente já foi submetida a apendicectomia, uma cesariana, cirurgia de correção de pé torto, anexectomia bilateral, exérese de fibroadenomas mamários e, mais recentemente, em 2020, uma mastoidectomia e timpanoplastia. Cumpre como medicação habitual Bisoprolol 5mg, Losartan 50mg e Rivaroxabano 10mg (que suspendeu 5 dias antes da cirurgia). Nega/desconhece alergias.

3.1. Enquadramento teórico

O desenvolvimento da enfermagem como profissão autónoma, alicerça-se em fundamentos teóricos e práticas baseadas na evidência científica, que não só potenciam o seu carácter enquanto disciplina, mas também fomentam a conceção de cuidados e a melhoria da qualidade dos mesmos (Ribeiro et al., 2018). Neste sentido, é prioritário desenvolver e aprimorar a ligação entre a teoria, a prática e a investigação, de modo a contribuir para uma conceção de cuidados baseados em conhecimentos intrínsecos à ciência de enfermagem, e orientadores de boas práticas, fundamentados e estruturados (Kitson et al., 2022).

A conceção de cuidados, indissociável da profissão de enfermagem, sustenta a tomada de decisões, baseada em conhecimentos provenientes da evidência científica, e só desta forma, é possível fomentar a formulação e implementação de cuidados, assentes nos padrões de qualidade e procedimentos diferenciados, atendendo às necessidades específicas de cada cliente (OE, 2011). Os cuidados de enfermagem são o resultado do processo de enfermagem e do juízo clínico implícito à tomada de decisão na avaliação, realização de diagnósticos, determinação de resultados, planeamento e intervenções (Kuiper et al., 2017).

A prática profissional do enfermeiro exige, assim, uma apreciação holística e sistemática das necessidades do cliente e um planeamento dos cuidados, com base no pensamento crítico e sustentado, e na decisão autónoma do próprio, de modo a identificar diagnósticos de enfermagem, prescrever e executar intervenções adequadas (OE, 2019a). O *PeriOperative Patient Focused Model*, destaca a prestação de cuidados focados no cliente, em todas as etapas

do processo cirúrgico, promovendo a padronização da linguagem e dos cuidados de enfermagem, a aplicação de normas e a avaliação de resultados, proporcionando a melhoria contínua (Kleinbeck, 2000; AORN, 2007; Beyea, 2011). Desta forma, a ação do enfermeiro é centrada na pessoa em situação perioperatória, prestando cuidados eficazes e consistentes com a prática baseada em evidências, inseridas num sistema de saúde promotor de segurança, no sentido de assistir o cliente a atingir os resultados desejados, durante a sua experiência perioperatória (Van Wicklin, 2020).

A conceção de cuidados, em contexto perioperatório, torna-se uma etapa crucial para o desenvolvimento de competências, na produção e aplicação de conhecimento científico avançado, e na tomada de decisões autónomas e reflexivas, baseando-se na melhor e mais atual evidência científica disponível. Neste âmbito, o enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória, destaca-se pela sua capacidade de antecipar riscos associados ao contexto cirúrgico e anestésico, pautando-se por uma atuação responsável e prudente (OE, 2017). Este, tem como função, garantir e prestar cuidados de enfermagem específicos e de qualidade no período perioperatório, na área da anestesia, circulação, instrumentação e na UCPA (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operação Portugueses [AESOP], 2012).

De acordo com as competências específicas, o enfermeiro deve promover cuidados ao cliente, de forma a minimizar os riscos e possíveis complicações relacionadas com a anestesia e o procedimento cirúrgico (OE, 2018a). Neste sentido, é importante uma transmissão de informação eficaz, completa e precisa, durante a transição de cuidados pois, só assim, é possível a determinação de prioridades na prestação de cuidados e a organização da conceção de cuidados de enfermagem individualizados, garantindo a continuidade e a qualidade dos mesmos, e a segurança do cliente (OE, 2023; O'Neill et al., 2023). É imperativo que sejam implementadas estratégias eficazes, de modo a minimizar os riscos e garantir a segurança do cliente, pelo que, os enfermeiros devem aperfeiçoar a eficácia da prestação de cuidados, através de uma abordagem colaborativa entre a equipa multidisciplinar, na qual a comunicação e a prática devem ser combinadas com os conhecimentos técnicos e científicos, contribuindo para melhores *outcomes* cirúrgicos (Jesus et al., 2023).

A plataforma *e4Nursing* é uma plataforma digital, concebida para apoiar a planificação dos cuidados de enfermagem, disponível em português e inglês. A sua estrutura assenta nas principais etapas do processo de tomada de decisão clínica, e organiza os conteúdos de acordo com a Ontologia de Enfermagem, reconhecida pela OE. Esta foi desenvolvida através de uma parceria entre a ESEP e a *VirtualCare*, e baseia-se na metodologia de aprendizagem orientada para a resolução de problemas. A plataforma facilita, assim, uma interação dinâmica entre professores e alunos, centrando o ensino na planificação dos cuidados de enfermagem. Esta abordagem compreende o desenvolvimento das competências de tomada de decisão clínica, bem como a capacidade de estruturar e organizar os cuidados de enfermagem (ESEP, 2024).

Na apresentação do caso clínico, foram selecionados determinados momentos do contexto perioperatório a que o cliente esteve submetido. Cada um destes, surge representado na plataforma *e4Nursing* em sessões, nas quais são identificados e explorados domínios com relevância para a prática clínica, através dos dados resultantes da vigilância e monitorização necessários para a tomada de decisão. Estes viabilizam a identificação dos focos de atenção ou de diagnósticos de enfermagem, e as intervenções de enfermagem adequadas promotoras da melhor condição clínica do cliente em situação perioperatória.

Neste seguimento, foi desenvolvido e documentado um caso clínico, na plataforma *e4Nursing*, de uma cliente submetida a timpanomastoidectomia à direita, em situação eletiva e em regime convencional, no dia 28/10/2024. Este planeamento está organizado em quatro sessões: o acolhimento da cliente no BO (às 09h10), o intraoperatório (às 09h20), e a UCPA fase I, que compreende duas sessões (uma às 11h15 e outra às 13h30).

Otite média tubotimpânica supurativa

A otite é uma das patologias mais comuns associadas ao ouvido, definindo-se como uma condição inflamatória ou infecciosa que afeta, principalmente, o ouvido médio. Esta geralmente resulta da disfunção da trompa de Eustáquio, que impede a drenagem adequada de fluídos acumulados no ouvido médio. Este problema é mais frequente em crianças, devido à anatomia das trompas auditivas, que são mais curtas e posicionadas de forma mais horizontal, dificultando o escoamento correto (Harmes et al., 2013).

A otite média é uma das patologias mais comuns da idade pediátrica, e constitui a principal doença crónica em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, sendo a sua incidência cerca de 2 a 8 vezes maior. Estudos revelam que, em todo o mundo, a prevalência da otite média aguda é de 2,3% a 20%, e a da otite média crónica supurativa de 4% a 33% (Marques, 2018). Um estudo realizado no Centro Hospitalar do Porto revelou que, em Portugal, a prevalência da otite média aguda é de 18,6% (Nascimento, 2016). A OMS concluiu que a otite média é a causa da perda auditiva em 42 milhões de pessoas acima dos 3 anos (Marques, 2018).

Anatomofisiopatologia

O ouvido humano é um órgão complexo, essencial para a audição e para o equilíbrio, sendo este constituído por três partes principais (o ouvido externo, o médio e o interno), cada uma com estruturas especializadas e funções específicas. O ouvido externo inclui o pavilhão auricular, parte externa e visível, que é responsável por captar e direcionar as ondas sonoras para o canal

auditivo externo, que por sua vez, conduz essas ondas até a membrana timpânica. Esta última, é uma membrana fina e vibrante, que separa o ouvido externo do médio, transformando as ondas sonoras em vibrações (Pinheiro, 2024).

No ouvido médio, encontramos a membrana timpânica, os ossículos e a trompa de Eustáquio. Os ossículos são formados por três pequenos ossos (martelo, bigorna e estribo), que amplificam as vibrações sonoras e transmitem-nas ao ouvido interno. A trompa de Eustáquio conecta o ouvido médio à parte posterior do nariz, e desempenha um papel crucial na equalização da pressão entre o ouvido médio e o ambiente externo, permitindo o funcionamento eficiente do sistema auditivo (Harmes et al., 2013). O ouvido interno, por sua vez, é formado pela cóclea, pelos canais semicirculares e pelo nervo auditivo. A cóclea, com a sua estrutura em forma de espiral, contém células ciliadas sensoriais que convertem as vibrações em impulsos nervosos, que são transmitidos ao cérebro pelo nervo auditivo. Os canais semicirculares são responsáveis pelo equilíbrio, detetando movimentos da cabeça e auxiliando na orientação espacial (Pinheiro, 2024).

A otite média tubotimpânica supurativa, também conhecida como otite média crónica supurativa, é uma inflamação persistente do ouvido médio, geralmente associada a perfurações na membrana timpânica e à presença de secreção purulenta (otorreia) (Azevedo et al., 2013; Jan, 2024). Pode ser causada por otites médias agudas mal curadas, obstrução da trompa de Eustáquio ou por trauma. Esta pode levar a complicações como perda auditiva permanente, mastoidite, labirintite e, em casos graves, complicações/infeções intracranianas (Maranhão et al., 2013).

Fatores de Risco

A otite média crónica supurativa pode ser o resultado de diferentes fatores, entre eles infeções respiratórias, como gripes e constipações que inflamam a trompa de Eustáquio; episódios de otite média aguda supurativa prévia recorrentes ou mal resolvidas, que podem levar a danos na membrana timpânica e inflamação crónica do ouvido médio; disfunção da trompa de Eustáquio que impede a drenagem adequada de fluídos do ouvido médio, predispondo à infeção; traumatismo, que podem causar perfurações na membrana timpânica e inflamação crónica; fatores iatrogénicos, como a colocação de tubos de ventilação que pode, em alguns casos, levar à otite média crónica; e anomalias craniofaciais, como as presentes nos Síndromes de *Down*, do miado de gato ou fissura labial/palatina (Silva, 2020; Jan, 2024).

Sintomatologia e Diagnóstico

Os principais sinais e sintomas da otite média tubotimpânica supurativa incluem otorreia

purulenta, constante e com cheiro fétido, perda auditiva leve a moderada, otalgia em situação aguda ou na presença de complicações, e desenvolvimento de pólipos auriculares (Mourão et al., 2024; Pinheiro, 2024). Esta sintomatologia apresenta-se com uma intensidade persistente, muitas vezes associada à perfuração da membrana timpânica, podendo desencadear complicações como mastoidite, labirintite ou até infeções intracranianas graves, como meningite (Harmes et al., 2013; Maranhão et al., 2013; Azevedo et al., 2013; Jan de 2024).

O diagnóstico da otite baseia-se na história clínica do cliente, no exame físico e observação direta do tímpano através da otoscopia (que permite visualizar a membrana timpânica e a presença de líquido ou inflamação), e ainda, na cultura da secreção otológica para identificação de microrganismos responsáveis pela infeção. Em casos mais complexos, exames complementares como a tomografia computadorizada, ressonância magnética, timpanometria e refletometria acústica, podem ser utilizados para avaliar a gravidade da otite e a presença de complicações (Jan, 2024).

Tratamento - Timpanomastoidectomia

O tratamento da otite depende do tipo e da gravidade da infeção. A otite média aguda pode ser tratada com analgésicos e, em alguns casos, com antibióticos. As formas crónicas, como é o caso da otite média tubotimpânica supurativa, muitas vezes só são resolvidas com intervenção cirúrgica (Harmes et al., 2013; Jan de 2024; Silva, 2020).

A timpanomastoidectomia é uma das abordagens cirúrgicas mais utilizadas no tratamento deste tipo de otites, uma vez que combina a mastoidectomia, que remove células infetadas do osso mastoide, com intervenções no ouvido médio, envolvendo a remoção de tecidos doentes e a reconstrução da membrana timpânica e dos ossículos (Azevedo et al., 2013; Silva, 2020). A técnica cirúrgica pode ser classificada como fechada (*canal wall up*) ou como aberta (*canal wall down*). A timpanomastoidectomia aberta envolve a remoção da parede posterior do canal auditivo externo, criando uma cavidade única entre o ouvido médio e a mastoide. Essa técnica garante uma melhor exposição para erradicação da doença e controlo pós-operatório da doença residual. No entanto, a cavidade resultante exige limpeza otológica regular e pode apresentar drenagem contínua. Já a timpanomastoidectomia fechada preserva a parede posterior do canal auditivo externo, mantendo a anatomia natural do ouvido. Essa técnica proporciona um melhor resultado auditivo, permitindo a reconstrução da cadeia ossicular e a adaptação de aparelhos auditivos. Além disso, o paciente pode molhar as orelhas sem proteção, após a cirurgia. Contudo, a timpanomastoidectomia fechada apresenta maior risco de recidiva, especialmente em casos de colesteatoma (Azevedo et al., 2013; Uluyol et al., 2018).

O procedimento cirúrgico inicia-se com uma incisão atrás da orelha, permitindo o acesso ao osso mastoide e à área afetada do ouvido médio, para que depois sejam removidas as

estruturas infetadas, e realizada limpeza e irrigação do local. Se necessário, o cirurgião cria vias de ventilação no ouvido para evitar a obstrução por líquido, e a reconstrução da membrana timpânica, sendo realizado, posteriormente, o encerramento cirúrgico (Azevedo et al., 2013; Silva, 2020).

O posicionamento correto do cliente, para a realização da timpanomastoidectomia, é essencial para proporcionar uma boa exposição do campo operatório, garantir a segurança durante o procedimento e evitar complicações associadas ao posicionamento inadequado. O cliente é colocado em posição *antitrendelenburg* ou *trendelenburg* reverso, com a cabeça suavemente inclinada para o lado oposto ao ouvido a ser operado. Tratando-se de uma cirurgia minuciosa, e com recurso ao uso de microscópio, é fundamental um campo operatório limpo e sem sangue. Esta posição torna-se a mais indicada, uma vez que diminui o retorno venoso, melhorando a visualização do campo operatório (Machado, 2013). Essa orientação deve permitir que o cirurgião tenha um acesso direto e confortável à região do osso mastoide e ao ouvido médio (Watkinson & Clarke, 2018).

Apesar de eficaz, a timpanomastoidectomia pode estar associada a complicações como: perda auditiva adicional devido a danos nos ossículos; infeção interna ou lesão do nervo auditivo; paralisia facial por danos no nervo facial, que pode ocorrer durante a cirurgia ou decorrente da infeção; mastoidite; labirintite (infeção do ouvido interno); fístula labiríntica (comunicação anormal entre o ouvido interno e o ouvido médio); ou infeções intracranianas (meningite, abscesso cerebral ou trombose do seio sigmoide) (Maranhão et al., 2013). Assim, a escolha da técnica cirúrgica deve ser pensada com cuidado, considerando a extensão da doença e o estado geral do cliente (Maranhão et al., 2013; Silva, 2020).

Procedimento Anestésico

A seleção da técnica anestésica é baseada no procedimento cirúrgico, na sua duração, no posicionamento exigido e no estado clínico e psicológico do cliente. A sua planificação é realizada de forma individualizada, priorizando a segurança e a satisfação do cliente, e tendo em conta os dados obtidos na consulta pré-operatória de anestesia (Guimarães et al., 2021). O objetivo da anestesia consiste em bloquear a sensibilidade táctil e dolorosa, de forma total ou parcial, com ou sem o compromisso da consciência, através da utilização de fármacos (Duarte & Martins, 2014). Conforme o objetivo pretendido, podem ser realizados vários tipos de anestesia, desde a anestesia geral (inalatória, intravenosa ou balanceada), a loco-regional (bloqueio subaracnoideu, epidural) ou combinada (geral e loco-regional) (Malagutti & Bonfim, 2013). Na escolha da técnica anestésica e dos fármacos a utilizar, é essencial considerar as alterações fisiológicas, farmacocinéticas e farmacodinâmicas, com o objetivo principal de minimizar a ocorrência de eventos intraoperatórios e complicações no período pós-operatório (*American Society of Anesthesiologists [ASA]*, 2018).

Neste tipo de cirurgias, a anestesia elegida é a Anestesia Geral Balanceada (AGB) com uso de relaxantes musculares (Machado, 2013), que combina fármacos intravenosos e inalatórios em doses mais baixas do que quando administradas isoladamente. Esta abordagem reduz a probabilidade de efeitos colaterais e maximiza os efeitos terapêuticos de cada fármaco (ASA, 2018; Brown et al., 2018). A AGB compreende as fases de indução, manutenção e emergência anestésica/reversão. A fase de indução abrange a administração de analgésicos opioides e de agentes hipnóticos, que causam o estado de inconsciência, podendo administrar-se, ainda, relaxantes musculares, de modo a facilitar a entubação endotraqueal (Guimarães et al., 2021). A indução anestésica é considerada uma fase crítica, uma vez que, podem ocorrer alterações hemodinâmicas, apneia e hipotonia da via aérea, em resposta aos fármacos administrados, assim como, broncoespasmo, laringoespasmo, atelectasias, edema pulmonar e aspiração de conteúdo gástrico (Harris & Chung, 2013). A manutenção anestésica tem como finalidade manter a tríade anestésica (hipnose, analgesia e relaxamento muscular), conseguido na fase de indução, através da administração contínua de fármacos. A fase de emergência anestésica/reversão inicia-se após o término do procedimento cirúrgico, com a suspensão dos fármacos administrados, na qual o cliente começa a recuperar a consciência (Butterworth et al., 2013; Malagutti & Bonfim, 2013).

A AGB é considerada um procedimento seguro, contudo existem diversos fatores que podem aumentar o risco de complicações pós-anestésicas, pelo que, é fundamental uma monitorização do cliente nos períodos intra e pós-operatório. As complicações mais frequentes, associadas à AGB, estão relacionadas com os sistemas respiratório e cardiovascular. Durante a fase de indução, os principais desafios são específicos para abordagem da via aérea, oxigenação e ventilação. Nesta fase, é comum ocorrerem broncoespasmo, laringoespasmo, atelectasias, edema pulmonar e aspiração de conteúdo gástrico (Harris & Chung, 2013). As complicações mais comuns que afetam o sistema cardiovascular incluem hipovolemia, hipotensão/hipertensão, arritmias cardíacas, tromboembolismo cardíaco, hipotermia, redução da contratilidade do miocárdio, enfarte agudo do miocárdio e paragem cardiorrespiratória (Butterworth et al., 2013). Podem ocorrer, embora menos frequentemente, complicações neurológicas como fenómenos de *awareness* (associada a anestesia insuficiente), *delirium* pós-operatório (confusão/desorientação durante a emergência anestésica) e bloqueio neuromuscular residual. Como efeitos colaterais comuns a uma AGB, podem surgir náuseas e vômitos pós-operatórios (NVPO), alterações na motilidade intestinal, odinofagia ou lesões na orofaringe (resultado da intubação), reações medicamentosas e disfunção renal (Harris & Chung, 2013).

Atendendo ao antecedente clínico - Síndrome de Loeys-Dietz-5 - é importante ter em atenção algumas particularidades do mesmo no processo anestésico. A Síndrome de Loeys-Dietz é uma doença genética autossómica dominante rara do tecido conjuntivo, caracterizada por um vasto envolvimento sistémico (Gouda et al., 2022). Esta é causada por mutações que alteram a via de sinalização do fator de crescimento transformador β e é classificada em cinco tipos, com base

nas mutações genéticas específicas e nas manifestações clínicas, sendo a de tipo 1 mais grave (na qual se verificam anomalias craniofaciais proeminentes) e a de tipo 5 menos grave. O diagnóstico é confirmado por testes genéticos que identificam mutações nesses genes (MacCarrick et al., 2014).

As manifestações e complicações desta síndrome são diversas e podem variar, significativamente, entre os indivíduos. No entanto, as mais comuns são as que estão relacionadas com os sistemas cardiovascular (aneurismas e disseção da aorta, tortuosidade arterial, insuficiência aórtica por dilatação da mesma), musculoesquelético (membros e dedos longos e finos, deformidade do peito, escoliose, hiperflexibilidade articular, osteoartrite, pé plano, instabilidade da coluna cervical) e craniofacial (hipertelorismo, úvula anormal, fenda palatina, palato alto e arqueado, hipoplasia malar, retrognatia) (MacCarrick et al., 2014; Gouda et al., 2022; Olabarrieta-Zarain et al., 2023).

Atendendo ao exposto, o processo anestésico neste tipo de pacientes requer alguns cuidados especiais, conforme o tipo de síndrome e as manifestações que apresentam, uma vez que estes fatores podem aumentar os riscos de complicações durante o procedimento anestésico e no pós-operatório (Postaci & Aytaç, 2018). No presente caso, a síndrome é de tipo 5, sendo visíveis alterações físicas, como membros e dedos longos e finos, pé torto, hipertelorismo e hiperflexibilidade articular. Segundo Gouda et al. (2022), neste tipo de síndrome, a prevalência de aneurismas da aorta varia entre 14 a 32%, e verificou-se a dissecação da aorta em 23% dos indivíduos.

Assim, as principais preocupações na anestesia são a manipulação da via aérea, aquando da presença de anomalias craniofaciais, e a monitorização e controlo hemodinâmico rigorosos, pela fragilidade dos vasos sanguíneos e pela propensão a aneurismas e dissecações, que estes doentes apresentam (Olabarrieta-Zarain et al., 2023). Neste caso, o controlo da tensão arterial é crucial, uma vez que, a hipertensão pode aumentar o risco de rutura de aneurisma, enquanto a hipotensão pode comprometer a perfusão de órgãos vitais. No período pós-operatório, é essencial manter uma monitorização dos sinais vitais, débito urinário e estado neurológico, assim como, controlo da dor e ansiedade, de forma a prevenir o *stress* cardiovascular e o desenvolvimento de outras complicações (Postaci & Aytaç, 2018).

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 49 anos | Feminino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-10-28 09:15:00	Cefazolina 2000mg EV	2024-10-28 09:45:00
2024-10-28 09:15:00	Solução Polieletrólítica Sem Glucose 1000ml EV	
2024-10-28 09:45:00	Sevoflurano 2% em O2, via inalatória	2024-10-28 11:15:00
2024-10-28 09:45:00	Remifentanil 50 µg/ml, em perfusão contínua a 33 µg/min.	2024-10-28 11:15:00
2024-10-28 09:45:00	Propofol 20mg/ml, em perfusão contínua a 33ml/h	2024-10-28 11:15:00
2024-10-28 09:45:00	Lidocaína 1mg/ml, em perfusão contínua a 8,8ml/h	2024-10-28 11:15:00
2024-10-28 09:45:00	Rocuronio 60mg EV	2024-10-28 11:15:00
2024-10-28 09:45:00	Dexametasona 8mg EV	2024-10-28 11:15:00
2024-10-28 09:45:00	Paracetamol 1000mg EV	
2024-10-28 09:45:00	Ondansetrom 4mg EV	
2024-10-28 09:45:00	Cetorolac 30mg EV	
2024-10-28 09:45:00	Tramadol 100mg EV	
2024-10-28 09:45:00	Sugamadex 200mg EV	2024-10-28 11:15:00

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

O enfermeiro atua, em articulação com a restante equipa, pelo melhor interesse e benefício do cliente, procedendo à preparação de material necessário, monitorização do cliente, administração da terapêutica prescrita, supervisionando os seus efeitos e atuando em conformidade, auxilia na intubação, e atua adequadamente em situações de emergência, com vista a manutenção e recuperação das funções vitais do cliente e a segurança do mesmo (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro [REPE] artigo 9.º, n.º 4, alínea e), 2015b). Assim, o enfermeiro tem a responsabilidade de prestar cuidados seguros, tendo em consideração a prevenção, identificação precoce e o tratamento de complicações/emergências que possam surgir, pelo que, é imperativo a observação e vigilância contínua, possuir conhecimentos para despistar sinais de complicações e estar apto para agir em conformidade em situações de urgência/emergência (AESOP, 2006).

É, também, da sua responsabilidade garantir a segurança na preparação e administração da terapêutica, pelo que deve conhecer as propriedades farmacocinéticas dos fármacos usados, os

resultados esperados, efeitos secundários e contraindicações (AESOP, 2006; OE, 2018b). Por conseguinte, as boas práticas de preparação e administração dos fármacos devem ser tidas em consideração, atendendo à via de administração, doses, prescrições, material necessário, conservação dos fármacos, assim como, estar alerta para os medicamentos de alto risco e os *Look Alike, Sound Alike* (LASA). O uso seguro dos medicamentos permite, desta forma, a prevenção de erros terapêuticos e de reações adversas, contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados e para a segurança do cliente (Deglin & Vallerand, 2009).

Consoante o tipo de anestesia e a medicação administrada, destacam-se determinados aspetos que podem gerar necessidades específicas dos cuidados de enfermagem. Assim, apresenta-se uma breve descrição dos fármacos utilizados.

• **Solução Polieletrólítica Sem Glucose 1000ml EV**

A solução polieletrólítica é um composto de eletrólitos, incluindo cloreto de sódio, cloreto de potássio, cloreto de magnésio, cloreto de cálcio e acetato de sódio, indicado para corrigir alterações nos fluidos e eletrólitos do organismo. A sua principal função é promover a hidratação e manter a homeostasia em casos de desidratação, hipovolemia e acidose metabólica ligeira. A sua composição/proporção de iões é idêntica ao plasma humano, pelo que não são descritos efeitos secundários ao seu uso. Devido à sua elevada compatibilidade com os fármacos, a solução polieletrólítica é, frequentemente, utilizada como coadjuvante na administração intravenosa de medicamentos, além de facilitar a permeabilidade e otimização dos acessos venosos periféricos (Infarmed, 2022). A dosagem e o ritmo de administração/perfusão são ajustados com base na condição clínica do cliente, considerando fatores como peso, idade e comorbilidades, tanto durante o procedimento cirúrgico como no pós-operatório (Deglin & Vallerand, 2009). Durante o procedimento cirúrgico, a fluidoterapia tem como objetivo principal, garantir uma pressão de perfusão do fluxo sanguíneo e a oxigenação tecidual adequada, prevenindo estados de hipovolemia ou sobrecarga hídrica (Instituto Português de Oncologia de Lisboa [IPOL], 2017). Contudo, o uso desta solução exige atenção em clientes com condições como hipocloremia, hiponatremia, hipercalcemia, insuficiência renal grave, alcalose metabólica, hipertensão arterial grave, insuficiência cardíaca descompensada, edemas generalizados, oligúria ou hipertensão intracraniana (IPOL, 2017).

• **Cefazolina 2000mg EV**

A cefazolina é um antibiótico do grupo das cefalosporinas de primeira geração, e é, usualmente, utilizado para tratar infeções bacterianas causadas por microrganismos sensíveis, especialmente *cocos gram* positivos. Também é muito utilizado na profilaxia antibiótica cirúrgica (Bassetti et al., 2015). De acordo com a DGS (2022), a cefazolina é o antimicrobiano de primeira

escolha para a prevenção de infeções pós-operatórias, e deve ser administrado 30 a 60 minutos antes da incisão cirúrgica. O objetivo é atingir níveis séricos do antibiótico nos tecidos, de forma a eliminar as bactérias que podem eventualmente contaminar a ferida cirúrgica, durante o procedimento. A duração da profilaxia é adaptada à situação de cada cliente, mas normalmente é limitada ao período intraoperatório e a algumas horas após o procedimento (Bassetti et al., 2015). A sua utilização pode provocar efeitos adversos, como convulsões, náuseas, vômitos, prurido, erupção cutânea, urticária, cefaleia, reações alérgicas, diarreia, discrasias sanguíneas, e no local de administração, flebite, dor e anafilaxia (Infarmed, 2023). Assim, é crucial o despiste de alergias do cliente antes da sua administração, tal como, vigiar as reações cutâneas que possam surgir e qualquer reação adversa sistémica (Bassetti et al., 2015).

- **Sevoflurano 2% em O₂, via inalatória**

O sevoflurano é um anestésico inalatório halogenado de baixa solubilidade, que é amplamente utilizado em associação com fármacos intravenosos na indução e manutenção da AGB (Machado, 2013). Este atravessa facilmente a barreira hematoencefálica, permitindo uma indução e recuperação rápidas, por meio da depressão do sistema nervoso central (SNC), bem como, uma depressão gradual e dose-dependente dos sistemas cardiovascular e respiratório (Duarte & Martins, 2014). Os efeitos secundários mais usuais aquando da sua administração são agitação e confusão na recuperação anestésica, náuseas e vômitos, bradicardia e hipotensão arterial (Machado, 2013).

- **Remifentanil 50 µg/ml, em perfusão contínua a 33 µg/min.**

O Remifentanil é um analgésico opioide, de início muito rápido (1-2 minutos), utilizado na analgesia perioperatória. É usado como coadjuvante na indução anestésica, pelo seu efeito de sinergismo hipnótico, e na manutenção da anestesia através da antinociceção. Este liga-se aos recetores opiáceos do SNC, alterando a resposta e perceção à dor, permitindo, desta forma, a analgesia cirúrgica. Atendendo ao objetivo de hipotensão neste tipo de cirurgias, a opção pela administração de remifentanil, associada ao propofol em perfusão e/ou a um halogenado, é a mais adequada e utilizada (Machado, 2013). As principais reações adversas associadas à sua administração, a considerar no pós-operatório, manifestam-se nos sistemas SNC, respiratório e gastrointestinal. Podem incluir confusão, sonolência, apneia, laringoespasma, depressão respiratória, náuseas e vômitos. As contraindicações estão relacionadas com casos de hipersensibilidade ao medicamento e administração de opióides, nas 4 horas anteriores (Butterworth et al., 2013).

- **Propofol 20mg/ml, em perfusão contínua a 33ml/h**

O propofol é um hipnótico, amnésico e sedativo, aplicado na indução e manutenção da anestesia geral. Trata-se do fármaco mais utilizado na prática anestésica, pela sua relativa estabilidade hemodinâmica (Duarte & Martins, 2014). Ativa os recetores GABA inibindo o SNC e, conseqüentemente, a atividade cerebral. Apresenta um início de ação rápida e uma duração curta (5-10 minutos), com efeitos dose-dependentes, podendo induzir uma sedação profunda. Por isso, a dose deve ser cuidadosamente ajustada e monitorizada para cada cliente (Monte, 2013). O propofol é contraindicado em indivíduos com alergia ao ovo. Os efeitos colaterais mais frequentes incluem hipotensão, resultante da depressão do miocárdio, e depressão respiratória. Os efeitos secundários menos comuns incluem hiperlipidemia, hepatomegalia, acidose metabólica e arritmias (Machado, 2013; Monte, 2013).

- **Lidocaína 1mg/ml, em perfusão contínua a 8,8ml/h**

A lidocaína é um anestésico local do tipo aminoamida, com uma ação de curta duração e um perfil de segurança favorável e, portanto, é o anestésico local de eleição para administração intravenosa contínua. Inicialmente, era utilizado como antiarrítmico intravenoso, mas atualmente destaca-se pelo seu papel no tratamento multimodal da dor, especialmente em contextos perioperatórios (Kranke et al., 2015). A sua atuação ocorre pelo bloqueio dos canais de sódio e potássio, reduzindo a transmissão neuronal, além de possuir efeitos anti-inflamatórios que minimizam os danos celulares causados pelas citocinas. Esses mecanismos promovem analgesia tanto periférica quanto central, com redução significativa da dor pós-operatória e do consumo de opioides. Mesmo após a diminuição dos níveis plasmáticos, a lidocaína mantém a capacidade analgésica, o que apoia a teoria de bloqueio da condução nervosa prolongada (Couceiro et al., 2014). A dose segura de administração da lidocaína situa-se entre 2 e 5 mg/kg, no entanto, deve-se manter uma monitorização contínua durante a sua perfusão, que deve ser limitada ao período intra e pós-operatório imediato. Deve-se evitar o uso concomitante com a anestesia regional, e fatores como função hepática, renal e estado ácido-base do cliente podem influenciar a segurança e eficácia do medicamento (Lemoine et al., 2021). A administração intravenosa de lidocaína requer cuidados rigorosos, uma vez que concentrações plasmáticas elevadas (acima de 5 µg/mL) podem levar a manifestações tóxicas, especialmente, nos sistemas nervoso central e cardiovascular, como tonturas, parestesias, zumbidos, distúrbios visuais, confusão, náuseas e vômitos, arritmias, alterações de pressão arterial, tremores, perda de consciência e, em casos extremos, paragem cardiovascular (Couceiro et al., 2014; Soto et al., 2018).

- **Rocurónio 60mg EV**

O rocurónio/brometo de rocurónio é um relaxante muscular, bloqueador não despolarizante de

ação intermédia (a duração do seu efeito é de 20-35 minutos). Este é usado com o intuito de facilitar a intubação durante a indução anestésica, promovendo melhores condições para a execução do procedimento cirúrgico, através do relaxamento profundo do sistema musculoesquelético (Sousa & Marques, 2014). Este fármaco é excretado por via biliar e não sofre metabolização, pelo que, fica desprovido de efeitos secundários. No entanto, estão descritos vários casos de reações alérgicas e alguns casos de anafilaxia fatal ao rocurónio (Machado, 2013).

- **Dexametasona 8mg EV**

A dexametasona, um corticosteroide com efeitos antieméticos, anti-inflamatórios e analgésicos comprovados é, frequentemente, utilizada na indução anestésica, principalmente pela sua ação antiemética. Este fármaco contribui para o conforto do cliente e um melhor controlo da dor pós-operatória. De acordo com Le & Gan (2010), a administração da dexametasona reduz em 59% o risco de náuseas e vômitos no período pós-operatório. No entanto, esta também apresenta alguns efeitos secundários, como a hiperglicemia (o que a torna contraindicada para clientes diabéticos) e hipertensão (IPOL, 2017).

- **Paracetamol 1000mg EV**

O paracetamol é um fármaco analgésico não opioide, indicado para tratamento da dor leve a moderada, possuindo também propriedades antipiréticas (Machado, 2013). O seu mecanismo de ação passa pela síntese de prostaglandinas, promovendo a analgesia periférica. Este, também pode ser utilizado no controlo da dor severa, quando combinado com analgésicos opioides, tal como acontece no tratamento da dor pós-operatória (IPOL, 2017). Os seus efeitos colaterais são raros, estando descrito o aumento dos níveis das transaminases hepáticas, hepatotoxicidade e trombocitopenia, pelo que o seu uso está contraindicado em clientes com insuficiência hepática e insuficiência renal (Caramona et al., 2016).

- **Ondansetrom 4mg EV**

O ondansetrom, um fármaco antiemético, é geralmente administrado no final da cirurgia, devido à sua eficácia na redução de NVPO (Fonseca et al., 2020). Como reações adversas podem ocorrer cefaleias, sensação de rubor e calor, obstipação, assim como, alterações cardiovasculares como arritmias e bradicardia. Embora raro, pode surgir a síndrome de *Stevens-Johnson* (Vallerand et al., 2020).

- **Cetorolac 30mg EV**

O cetorolac é um fármaco anti-inflamatório não esteroide, que possui uma forte ação analgésica, muito semelhante à dos analgésicos opioides. Por este motivo, está indicado no tratamento da dor pós-operatória moderada a severa, com a vantagem de não deprimir o sistema respiratório e SNC. Destacam-se como efeitos adversos a sonolência, tonturas, cefaleias, dispneia, hemorragia gastrointestinal, úlcera péptica, náuseas, sudação e prurido (Vallerand et al., 2020).

- **Tramadol 100mg EV**

O tramadol é um analgésico opioide fraco de ação central, utilizado para o alívio da dor moderada a intensa. Este apresenta um duplo mecanismo de ação, alterando a percepção e a resposta à dor, ao ligar-se aos recetores opiáceos no SNC (Machado, 2013). O tramadol é, por esta razão, muito utilizado na estratégia de analgesia multimodal para o tratamento da dor aguda pós-operatória (Nešković et al., 2021). O uso combinado de analgésicos, permite que se administrem doses totais menores, reduzindo assim os seus efeitos colaterais (Vallerand et al., 2020). Como reações adversas/efeitos colaterais estão descritas: sudorese, tontura, vertigens, náusea, vômito, boca seca, fadiga, astenia, sonolência, confusão, rubor, cefaleia, taquicardia, palpitações, miose, hipotensão, convulsões, alucinações, prurido e depressão respiratória (Deglin & Vallerand, 2009; Nešković et al., 2021).

- **Sugamadex 200mg EV**

O sugamadex é uma ciclodextrina, antagonista dos bloqueadores não despolarizantes, e é utilizado na reversão rápida do bloqueio neuromuscular, induzido pelo rocurónio na anestesia geral. Este fármaco forma um complexo junto com o rocurónio, reduzindo a quantidade do agente bloqueador neuromuscular disponível para se ligar aos recetores nicotínicos. Este, contribui também para uma menor incidência de náuseas e vômitos nas primeiras 24 horas pós-operatórias, em comparação com a neostigmina (Swerdlow & Osborne-Smith, 2022). Não estão descritos efeitos secundários de relevo no uso do sugamadex, no entanto, podem ocorrer reações de hipersensibilidade, hipotensão e bradicardia, e não está recomendado em clientes com insuficiência renal ou hepática grave (Machado, 2013).

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

28-10-2024 09:15

28-10-2024 09:15 - Procedimento invasivo

28-10-2024 09:15 - Tipo de procedimento invasivo: Timpanomastoidectomia à direita.

28-10-2024 09:15 - Verificado: antecedentes clínicos, alergias, toma de medicação pré-operatória, próteses, identificação do doente, jejum.

Sondas, Drenos e Cateteres

28-10-2024 09:15

28-10-2024 09:15 - Cateter venoso periférico

28-10-2024 09:15 - Localização do cateter venoso periférico

28-10-2024 09:15 - Mão Esquerda(o)

28-10-2024 09:15 - Características do dispositivo: 18 G.

28-10-2024 09:15 - Determinar evolução da administração pelo cateter

28-10-2024 09:15 - *Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico [SOS]*

28-10-2024 09:45 - Substância administrada pelo cateter venoso periférico: fármaco.

28-10-2024 11:15 - Substância administrada pelo cateter venoso periférico: soro.

28-10-2024 09:15 - Assegurar funcionamento do cateter

28-10-2024 09:15 - *Otimizar cateter venoso periférico [SOS]*

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

Procedimento Invasivo - Acolhimento do cliente no Bloco Operatório

A pessoa em situação perioperatória está sujeita a um estado de maior vulnerabilidade física e emocional (OE, 2018c), sendo imperativo que a equipa perioperatória estabeleça um ponto de contacto com a mesma, de modo a permitir a comunicação e transmissão de informação pertinente para o envolvimento do cliente/família/pessoa significativa, e a tomada de decisão partilhada (*National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2020*). O enfermeiro deve acolher a pessoa em situação perioperatória e, em complementaridade à informação transmitida e registada na consulta pré-operatória, é imperativo que se recolha, junto do cliente, informações pertinentes para garantir a transferência e continuidade dos cuidados, (identificação, antecedentes pessoais, medicação habitual, alergias conhecidas, confirmação de jejum, remoção de adornos e próteses), confirmando a lista de verificação de segurança cirúrgica (DGS, 2009; AESOP, 2015a). Estas informações compõem a base da tomada de

decisão, e fundamentam o plano de cuidados estabelecido, a sua execução e avaliação das intervenções a serem desenvolvidas (Araújo et al., 2020). Neste âmbito, é importante uma transmissão de informação eficaz, completa e precisa, durante o processo de transição de cuidados, pois, só assim, é possível o estabelecimento de prioridades e a organização da conceção de cuidados de enfermagem, garantindo a continuidade e a qualidade dos mesmos, e a segurança do cliente (OE, 2023; O'Neill et al., 2023).

- **Jejum**

O jejum pré-operatório refere-se ao intervalo de tempo em que o cliente deve abster-se de ingerir alimentos sólidos e/ou líquidos, a fim de reduzir o risco de aspiração do conteúdo gástrico durante a intubação anestésica, o procedimento cirúrgico e o período pós-operatório imediato (DGS, 2009). A prevenção destes acontecimentos integra a preparação e avaliação pré-operatória do cliente (ASA, 2017).

De acordo com a ASA (2017), recomenda-se que o jejum tenha uma duração mínima de 8 horas para refeições completas (que incluam proteínas e gorduras), 6 horas para refeições leves (incluindo leite) e 2 horas para líquidos claros (sem polpa).

- **Banho pré-operatório**

Conforme a Norma Clínica da DGS - “Feixes de Intervenções” para a Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico (ILC) (2022), integrada no PPCIRA, recomenda-se que o cliente, submetido a cirurgia, realize um banho pré-operatório com clorexidina (entre 2% e 4%), na véspera e no próprio dia da cirurgia. O ideal é que este último ocorra pelo menos nas duas horas que antecedem o procedimento cirúrgico. Este cuidado tem como objetivo diminuir a quantidade de microrganismos na pele, contribuindo para a redução do risco de ILC causada por esses agentes (NICE, 2013).

- **Adornos e Próteses**

O enfermeiro, no pré-operatório, deve implementar medidas preventivas, com vista à diminuição dos riscos e à promoção de uma cirurgia segura. Assim, é fundamental que confirme que o cliente removeu todos os adornos, pelo risco de queimadura, lesões e/ou acidentes desnecessários, associados à utilização do bisturi elétrico/eletrocirurgia. Estas situações ocorrem quando a corrente elétrica não segue a direção da placa de eletrodo neutro (placa dispersiva monopolar) e se propaga, transversalmente, ao corpo do cliente, pelo contato com materiais e adornos metálicos, que criam uma via alternativa para a passagem da corrente

elétrica (Afonso et al., 2010). Relativamente às próteses dentárias, estas devem ser retiradas antes do procedimento cirúrgico, pelo risco de possível obstrução da via aérea, assim como, de dano da prótese em si, e do possível compromisso da esterilidade do campo operatório (Conlon et al., 2007).

Cateter Venoso Periférico

No período perioperatório, a inserção de um cateter venoso periférico (CVP) é indicada e indispensável, pois permite a administração de fluídos, fármacos e hemoderivados (Heydinger et al., 2022). A responsabilidade pela inserção, manutenção e remoção do CVP, bem como pela vigilância de possíveis sinais de infeção (como calor, dor e rubor no local de inserção, obstrução do cateter, hematomas, extravasamento de fluídos e infiltração), recai sobre o enfermeiro. Este profissional, também, tem o dever de prevenir a infeção da corrente sanguínea associada ao CVP e, neste sentido, é importante que se mantenha atualizado e adote boas práticas, baseadas em evidência científica atual (Alexandre & Carreiro, 2019; Oren & Cuvadar, 2020). As *Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections* reforçam a necessidade dos cuidados ao CVP para prevenção de infeções, e a sua remoção quando já não é necessário (O'Grady et al., 2011). Na sequência do pensamento apresentado no intraoperatório, Duarte e Martins (2014) reforçam que o enfermeiro deve registar o tipo de CVP colocado, a sua localização, bem como, as características da solução em curso e fármacos administrados.

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
28-10-2024 09:15	Sistema cardiovascular	
28-10-2024 09:15	Atitudes terapêuticas	
28-10-2024 09:15	Sondas, Drenos e Cateteres	
28-10-2024 09:45	Pele e mucosas	
28-10-2024 09:45	Metabolismo	
28-10-2024 09:45	Termorregulação	
28-10-2024 09:45	Anestesia Geral	28-10-2024 11:15
28-10-2024 11:15	Consciência	28-10-2024 13:30
28-10-2024 11:15	Sensações somáticas	
28-10-2024 11:15	Sistema respiratório	
28-10-2024 13:30	Digestão	

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

Anestesia Geral

Como referido anteriormente, a anestesia geral provoca a perda reversível da sensibilidade, do movimento, dos reflexos involuntários e da consciência, por ação dos fármacos administrados, que bloqueiam o sistema nervoso autónomo e promovem o relaxamento muscular (Duarte & Martins, 2014; Lemos et al., 2017). Neste sentido, é essencial manter uma proteção ocular através da aplicação de gel lubrificante ocular e encerramento das pálpebras com película transparente/colocação de um penso (Carmona & Quintão, 2021). Esta medida previne a ocorrência de lesões na córnea, que podem surgir pela supressão do reflexo protetor da córnea, diminuição da produção basal de lágrimas e a ausência de perceção da dor, induzida pela anestesia (Prakash, 2021).

Atendendo, não só à síndrome de Loeys-Dietz e à tortuosidade arterial que desta advém, mas também, à história clínica anterior de TEP que a cliente apresenta, é importante instituir medidas de profilaxia de tromboembolismo. Considerando o carácter do procedimento cirúrgico, e uma vez que a utente cumpre com Rivaroxabano no domicílio (que suspendeu 5 dias antes da cirurgia), optou-se pelo uso de um dispositivo de compressão pneumática intermitente. Esta é uma abordagem não farmacológica, amplamente utilizada para reduzir o risco de tromboembolismo, quando este é de nível baixo ou moderado, durante e após a cirurgia até início da deambulação, minimizando os riscos e complicações decorrentes da anestesia e da cirurgia (Flamia et al., 2021). Este dispositivo aplica compressões intermitentes nos membros inferiores, imitando a contração muscular e estimulando o retorno venoso para o coração, prevenindo a estase venosa e evitando o risco de formação de coágulos (Amaral et al., 2014).

Sistema Cardiovascular

O sistema cardiovascular está sujeito à interação dos fármacos anestésicos e opioides utilizados, podendo exibir variações na pressão arterial e na frequência cardíaca (Xie & Liu, 2022). A vigilância hemodinâmica no intraoperatório e pós-operatório, em clientes com Síndrome de Loeys-Dietz, é crucial devido à natureza complexa da doença e ao risco de complicações associadas (Olabarrieta-Zarain et al., 2023).

No pós-operatório imediato, as complicações cardiovasculares mais frequentes são a hipotensão, as arritmias (bradicardia, fibrilhação auricular e taquicardia) e a hemorragia (Rothrock, 2021). O enfermeiro na UCPA, deve manter a vigilância da evolução do sistema cardiovascular, sendo um foco da sua atenção (Silva, 2016). O cliente deve estar monitorizado, através da avaliação contínua da pressão arterial e da frequência cardíaca, para a deteção

precoce dos sinais de instabilidade hemodinâmica e implementação de intervenções atempadas e adequadas, prevenindo complicações (Sampaio et al., 2016).

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

Pele e mucosas

Integridade da pele

Durante o procedimento cirúrgico, o cliente é exposto ao risco de lesões da pele e mucosas, pelo que é crucial que o enfermeiro identifique este risco antecipadamente, e tome medidas para o prevenir, comunicando com o cirurgião e o anestesista, de modo a garantir a segurança do cliente durante o intraoperatório (Duarte & Martins, 2014). Para proceder ao posicionamento do cliente para a cirurgia, deve-se considerar as condições, restrições e patologias do mesmo, as preferências do cirurgião, a técnica cirúrgica utilizada e o melhor acesso para monitorização, ventilação e administração de fármacos (Lopes et al., 2016).

A atuação do enfermeiro é fundamental na implementação de intervenções baseadas em evidências para assegurar o conforto, bem-estar e segurança do cliente. No intraoperatório, são foco de intervenção do enfermeiro, manter o alinhamento corporal, aliviar as zonas de pressão, evitar o compromisso de estruturas neuromusculares, assim como, prevenir alterações respiratórias, cardiovasculares e tegumentares (Almeida & Pacheco, 2014). Qualquer posicionamento cirúrgico está associado a forças e pressões anormais no sistema tegumentar, que podem levar a lesões nos tecidos, devido à diminuição da perfusão/isquemia, se não forem tomadas medidas preventivas adequadas. Na impossibilidade de reduzir o tempo de pressão, o enfermeiro deve tentar redistribuir a pressão exercida sobre uma superfície corporal maior, e proteger as proeminências ósseas, reduzindo assim o risco de lesões por pressão no BO. É importante notar que as lesões podem não ser visíveis imediatamente após a cirurgia, e que podem surgir até três a cinco dias depois. Portanto, a vigilância da integridade da pele deve ser um foco de atenção do enfermeiro no pós-operatório (Guimarães, 2022). Atendendo a este local cirúrgico, deve ter-se em especial atenção o posicionamento da cabeça da cliente e do tubo endotraqueal, tal como a proteção da integridade da pele da face, diminuindo as zonas de pressão do tubo e do campo cirúrgico.

Ferida cirúrgica

A ferida cirúrgica é uma consequência inevitável do procedimento cirúrgico, resultante da interrupção intencional da pele em ambiente controlado, e espera-se que a sua cicatrização ocorra por primeira intenção (Potter & Perry, 2006). A documentação da sua existência, características e localização, a vigilância do penso, o tratamento à ferida com técnica asséptica, vigilância de complicações e prevenção da ILC, são foco de atenção do enfermeiro no pós-operatório (Duarte & Martins, 2014).

A DGS (2022b) recomenda a vigilância da ferida cirúrgica e do penso, e o uso de técnica asséptica (técnica *no touch*) nos cuidados ao penso e tratamento à ferida cirúrgica, como medidas de prevenção da ILC. No entanto, a ferida cirúrgica pode tornar-se complexa quando apresenta complicações como seroma, hematoma, infeção ou deiscência, aumentando o tempo de cicatrização (Borges et al., 2016) e resultando em dias adicionais de internamento e aumento do risco de morbilidade e mortalidade (DGS, 2022b).

É essencial, implementar e divulgar medidas preventivas no sentido de reduzir o risco de ILC, através de normas de boas práticas. De igual modo, é importante verificar se as mesmas são cumpridas, realizando a vigilância epidemiológica da ILC, através do Programa de Vigilância Europeu, inserida no PPCIRA, representando o 5º pilar das “Práticas Seguras em Ambientes Seguros”, do PNSD 2021-2026 (DGS, 2022b).

Metabolismo - Glicemia

As ILC, são das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) mais frequentes em Portugal, e estima-se que, cerca de metade destas, podem ser evitadas através da adoção de estratégias baseadas em evidência científica. Os fatores de risco modificáveis para o aparecimento das ILC são a administração do antimicrobiano (se e quando indicado), a regulação da tricotomia, oxigenação dos tecidos, a monitorização da glicemia e da temperatura, e consequente manutenção da normoglicemia e da normotermia (DGS, 2022b). Neste seguimento, a avaliação da glicemia assume um papel crucial nos cuidados ao cliente cirúrgico, uma vez que, a alteração destes valores (hipoglicemia/hiperglicemia), pode afetar negativamente os resultados cirúrgicos, constituindo-se um fator de risco relevante para o desenvolvimento de ILC (Paredes et al., 2017). O “Feixe de Intervenções” para a prevenção da ILC, divulgado pela DGS (2022), corrobora, também, a necessidade de vigilância da glicemia, assumindo que, a manutenção da normoglicemia num valor ≤ 180 mg/dl, no pré-operatório, intraoperatório e nas 24 horas seguintes à cirurgia, é fundamental para garantir a homeostasia e prevenir a ILC (DGS, 2022b).

Esta monitorização, permite assegurar as necessidades basais de energia do cliente e prevenir a ocorrência de hipoglicemia, cetose e catabolismo proteico, resultante do jejum prolongado e do *stress* cirúrgico, pelo que, se pode e deve corrigir através da administração de glicose (Paredes,

et al., 2017).

Termorregulação

Na mesma linha de pensamento, a manutenção da normotermia (temperatura entre 36°C e 38°C) é crucial no período perioperatório para garantir a homeostasia e prevenir a ILC (DGS, 2022b). Uma complicação comum, mas evitável, é a hipotermia inadvertida, frequentemente provocada pelos efeitos secundários dos fármacos anestésicos e pela exposição da área cirúrgica ao ambiente frio do bloco operatório. Diante das repercussões hemodinâmicas que podem ser desencadeadas, associadas a *outcomes* mais negativos, cabe aos profissionais de saúde monitorar a temperatura corporal do cliente, implementando medidas passivas e/ou ativas (aquecedor de ar forçado, lençóis quentes, mantas de aquecimento, aquecimento de fluídos) para a manutenção da normotermia, e evitar a perda excessiva de calor, desde o período pré-operatório (AESOP, 2017). Estas medidas devem ser iniciadas uma a duas horas antes do início da anestesia, de forma a manter uma temperatura igual ou superior a 36°C, em todo o período perioperatório. A monitorização da hipotermia leve, moderada e grave deve ser realizada, respetivamente, a cada 15 minutos, a cada cinco minutos ou continuamente (DGS, 2022b).

Consciência

A alteração do estado de consciência, provocada pelos fármacos durante o procedimento anestésico, exige monitorização constante e vigilância da sua profundidade, tornando-se uma prioridade para o enfermeiro (Guimarães et al., 2021). A recuperação completa do cliente, após a anestesia, pode demorar algumas horas, sendo essencial a vigilância da consciência e orientação do cliente no período pós-operatório imediato, através da estimulação verbal e tátil (Duarte & Martins, 2014). Em consonância, Sampaio et al. (2016) refere que a alteração do estado de consciência é o principal problema do SNC observado na UCPA, durante a qual o cliente pode apresentar períodos de sonolência excessiva e/ou agitação, *delirium* ou psicose pós-operatória, induzidos pela ação dos fármacos administrados. Neste contexto, é crucial implementar intervenções de Enfermagem, como elevar as grades da cama para prevenir quedas, e adotar medidas para evitar lesões por pressão (Sampaio et al., 2016).

Pela ação residual dos fármacos, pode-se verificar a depressão dos reflexos de tosse e de deglutição, sendo de igual importância, a vigilância do cliente, e posicioná-lo de forma a prevenir a aspiração de vômito para a via aérea (Linton & Matteson, 2020).

Sensações Somáticas - Dor

A *International Association for the Study of Pain* (IASP) (2020, p. 1976), define a dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ou semelhante àquela associada a dano tecidual real ou potencial”, sendo uma experiência individual, e assumindo-se como um fenómeno diferente da nociceção. Assim, a dor aguda pós-operatória define-se como uma complicação direta do ato cirúrgico, originária das diversas experiências sensoriais, emocionais e mentais desagradáveis, relacionada a respostas endócrino-metabólicas, fisiológicas e comportamentais (IASP, 2011). Apesar dos avanços tecnológicos e farmacológicos, a Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório (2013) destaca que, a dor é o sintoma pós-operatório mais citado por parte dos clientes. Em 2003, a DGS passa a considerar a dor como o 5º sinal vital, de modo que os profissionais de saúde a possam monitorizar, e atuar de forma eficaz no alívio da mesma. As *Guidelines* sobre a gestão da dor pós-operatória da *American Pain Society*, apontam para uma avaliação estruturada da dor aguda pós-operatória, considerando o início e padrão da dor, localização, intensidade, tratamentos anteriormente realizados para o alívio da dor (eficazes/ineficazes), interferências e obstáculos à avaliação (limitações cognitivas, mitos, barreiras linguísticas e culturais) (Chou et al., 2016).

Neste sentido, é imperativo que os enfermeiros monitorizem a dor e implementem intervenções, de forma eficaz, no alívio da mesma (DGS, 2003). As medidas farmacológicas para a gestão da dor são a primeira linha de atuação, mas também podem ser complementadas com estratégias não farmacológicas, nomeadamente, alterações de posicionamento, uso de almofadas, exercícios de respiração e relaxamento, crioterapia, técnicas de distração ou musicoterapia (Linton & Matteson, 2020). A má gestão da dor pós-operatória traduz-se em resultados negativos (*stress*, dor crónica e mobilidade limitada), aumentando, conseqüentemente, o período de recuperação e a readmissão nos serviços de cirurgia (O'Donnell, 2018).

Sistema Respiratório

Tal como acontece com o sistema cardiovascular, também o sistema respiratório está sujeito ao efeito residual dos anestésicos e/ou opioides utilizados, podendo ocorrer complicações, tais como depressão respiratória, atelectasias ou broncoespasmos (Sampaio et al., 2016). A vigilância da evolução da ventilação após AGB, é considerada de extrema importância, na qual o cliente deve manter valores e saturação periférica de oxigénio (SpO₂) igual ou superior a 95% (DGS, 2022b). Deste modo, torna-se foco de atenção do enfermeiro da UCPA, a vigilância da evolução do sistema respiratório, despistando sinais e sintomas de alterações/complicações que possam ocorrer, assim como, prevenir e saber atuar em situações de urgência/emergência (AESOP, 2006).

O tubo endotraqueal, usado na anestesia, age como um corpo estranho no epitélio, alterando a flora da cavidade oral, induzindo uma resposta inflamatória e o aumento da produção de muco. Aliado a este efeito, e à depressão respiratória causada pelos fármacos, a limpeza das vias

aéreas e o reflexo de tosse, também, podem ficar comprometidos (Dalri et al., 2006). Neste sentido, é necessário que o enfermeiro esteja atento aos sinais de dificuldade de limpeza das vias aéreas. As complicações respiratórias, que advém da AGB, podem afetar a recuperação do cliente, revelando, assim, a necessidade de monitorização destes eventos por parte do enfermeiro, tal como, a avaliação da permeabilidade das vias aéreas, frequência respiratória, SpO2 e uso de capnografia, em caso de via aérea avançada (Sampaio et al., 2016; Xie & Liu, 2022).

Digestão

As NVPO são consideradas uma das complicações mais usuais, em clientes submetidos a anestesia geral, com uma incidência entre os 30 e 70%. São múltiplos os fatores de risco associados à ocorrência de NVPO, podendo estar relacionados com o cliente, com a técnica anestésica e/ou com a cirurgia. Existem, contudo, fatores de risco independentes para a ocorrência de NVPO, como o sexo feminino, não ser fumador, história anterior de náuseas e vômitos ou cinetose, e o uso de opióides no intra e pós-operatório. Fatores como tipo de cirurgia (cirurgias laparoscópicas, ginecológicas, plásticas, abdominal major e de estrabismo) e o tempo de cirurgia prolongado (superior a 30 minutos), representam um maior risco para o desenvolvimento de NVPO (Vieira et al., 2012).

As NVPO constituem um aspeto de grande impacto na qualidade de vida dos clientes, representando riscos e complicações inerentes, podendo contribuir para o atraso da alta (Vieira et al., 2012). Atendendo à sua etiologia multifatorial, as NVPO são um foco de atenção do enfermeiro no pós-operatório, exigindo uma abordagem de intervenções diferenciadas para o seu controlo, como a gestão do regime medicamentoso e fluidoterapia, e a implementação de medidas não farmacológicas, como limitação de movimentos, diminuição de estímulos luminosos e sonoros, e evitar cheiros intensos (Stoicea et al., 2015).

3.6. Conceção de Cuidados

Consciência

28-10-2024 11:15

28-10-2024 11:15 - Com indícios de compromisso da consciência.

28-10-2024 11:15 - Consciência comprometida [RESOLVIDO] 28-10-2024 13:30

28-10-2024 11:15 - Abertura dos olhos: ao estímulo verbal.

28-10-2024 11:15 - Resposta verbal: confusa.

28-10-2024 11:15 - Resposta motora: obedece a ordens simples.

28-10-2024 11:15 - Determinar evolução da consciência [FIM] 28-10-2024 13:30

28-10-2024 11:15 - Avaliar evolução da consciência [1x Turno; SOS] [FIM]

28-10-2024 13:30

28-10-2024 13:30 - Abertura dos olhos: espontânea [MELHOROU].

28-10-2024 13:30 - Resposta verbal: orientada [MELHOROU].

28-10-2024 13:30 - Resposta motora: obedece a ordens simples [MANTEVE].

28-10-2024 11:15 - Prevenir queda [FIM] 28-10-2024 13:30

28-10-2024 11:15 - Elevar grades da cama [Agora; SOS] [FIM] 28-10-2024 13:30

28-10-2024 11:15 - Prevenir aspiração [FIM] 28-10-2024 13:30

28-10-2024 11:15 - Posicionar para prevenir a aspiração [Agora; SOS] [FIM]

28-10-2024 13:30

Sensações somáticas

28-10-2024 11:15

28-10-2024 11:15 - Manifesta dor.

28-10-2024 11:15 - Dor

28-10-2024 11:15 - Localização da dor

28-10-2024 11:15 - Ouvido Direita(o)

28-10-2024 11:15 - Intensidade da dor - 2.

28-10-2024 11:15 - Determinar evolução da dor

28-10-2024 11:15 - Avaliar evolução da dor [1x Turno; SOS]

28-10-2024 13:30 - Localização da dor

28-10-2024 13:30 - Ouvido Direita(o)

28-10-2024 13:30 - Intensidade da dor - 1.

28-10-2024 11:15 - Diminuir dor

28-10-2024 11:15 - Gerir analgesia [1x Turno; SOS]

28-10-2024 11:15 - Executar técnica não farmacológica de alívio da dor [SOS]

28-10-2024 11:15 - Posicionar para aliviar a dor [Agora; SOS]

Sistema respiratório

28-10-2024 11:15

28-10-2024 11:15 - Saturação do oxigénio no sangue

28-10-2024 11:15 - Periférico(a): 97 %.

28-10-2024 11:15 - Coloração da mucosa: rosada.

28-10-2024 11:15 - Reflexo da tosse: presente.

28-10-2024 11:15 - Expele as secreções das vias aéreas.

28-10-2024 11:15 - Determinar evolução da ventilação

28-10-2024 11:15 - Avaliar evolução da ventilação [1x Turno; SOS]

28-10-2024 13:30 - Saturação do oxigénio no sangue

28-10-2024 13:30 - Periférico(a): 99 %.

28-10-2024 13:30 - Coloração da mucosa: rosada.

28-10-2024 11:15 - Determinar evolução da limpeza da via aérea [FIM] 28-10-2024 13:30

28-10-2024 11:15 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea [1x Turno; SOS] [FIM]

28-10-2024 13:30

28-10-2024 13:30 - Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].

28-10-2024 13:30 - Expele as secreções das vias aéreas [MANTEVE].

Sistema cardiovascular

28-10-2024 09:15

28-10-2024 09:15 - Localização do Pulso

28-10-2024 09:15 - Antebraço Esquerda(o)

28-10-2024 09:15 - Frequência do pulso: 84 pulsações por minuto.

28-10-2024 09:15 - Pulso rítmico.

28-10-2024 09:15 - Local de avaliação da pressão sanguínea

28-10-2024 09:15 - Membro superior Direita(o)

28-10-2024 09:15 - Pressão sanguínea sistólica: 137 mmHg.

28-10-2024 09:15 - Pressão sanguínea diastólica: 78 mmHg.

28-10-2024 09:15 - Determinar evolução do ritmo cardíaco

28-10-2024 09:15 - Avaliar evolução de sinais de arritmia [1x Turno; SOS]

28-10-2024 09:45 - Localização do Pulso

28-10-2024 09:45 - Antebraço Esquerda(o)

28-10-2024 09:45 - Pulso rítmico.

28-10-2024 09:45 - Frequência do pulso: 63 pulsações por minuto.

28-10-2024 11:15 - Localização do Pulso

28-10-2024 11:15 - Antebraço Esquerda(o)

28-10-2024 11:15 - Pulso rítmico.

28-10-2024 11:15 - Frequência do pulso: 46 pulsações por minuto.

28-10-2024 13:30 - Localização do Pulso

28-10-2024 13:30 - Antebraço Esquerda(o)

28-10-2024 13:30 - Pulso rítmico.

28-10-2024 13:30 - Frequência do pulso: 69 pulsações por minuto.

28-10-2024 09:15 - Determinar evolução da pressão sanguínea

28-10-2024 09:15 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [1x Turno; SOS]

28-10-2024 09:45 - Local de avaliação da pressão sanguínea

28-10-2024 09:45 - Membro superior Direita(o)

28-10-2024 09:45 - Pressão sanguínea sistólica: 108 mmHg.

28-10-2024 09:45 - Pressão sanguínea diastólica: 59 mmHg.

28-10-2024 11:15 - Local de avaliação da pressão sanguínea

28-10-2024 11:15 - Membro superior Direita(o)

28-10-2024 11:15 - Pressão sanguínea sistólica: 87 mmHg.

28-10-2024 11:15 - Pressão sanguínea diastólica: 44 mmHg.

28-10-2024 13:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

28-10-2024 13:30 - Membro superior Direita(o)

28-10-2024 13:30 - Pressão sanguínea sistólica: 110 mmHg.

28-10-2024 13:30 - Pressão sanguínea diastólica: 63 mmHg.

28-10-2024 11:15

28-10-2024 11:15 - Perda sanguínea

28-10-2024 11:15 - Ouvido Direita(o): Sem perda sanguínea aparente.

28-10-2024 11:15 - Determinar evolução de sinais de hemorragia

28-10-2024 11:15 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia [1x Turno; SOS]

28-10-2024 13:30 - Perda sanguínea

28-10-2024 13:30 - Ouvido Direita(o): Sem perda sanguínea aparente

[MANTEVE].

Digestão

28-10-2024 13:30

28-10-2024 13:30 - Sem sensação de enjojo.

28-10-2024 13:30 - Sem vômitos.

28-10-2024 13:30 - Determinar evolução da náusea

28-10-2024 13:30 - Avaliar evolução da náusea [1x Turno; SOS]

28-10-2024 13:30 - Determinar vômitos

28-10-2024 13:30 - Avaliar evolução do vomitar [1x Turno; SOS]

Pele e mucosas

28-10-2024 09:45

28-10-2024 09:45 - Determinar evolução da integridade dos tecidos

28-10-2024 09:45 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [1x Turno; SOS]

28-10-2024 11:15 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

28-10-2024 13:30 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

28-10-2024 09:45 - Posicionar para a cirurgia [Agora]

28-10-2024 09:45 - Otimizar posicionamento cirúrgico [Agora]

28-10-2024 09:45 - Aplicar dispositivos de alívio de pressão [Agora]

28-10-2024 09:45 - Aplicar placa dispersiva monopolar [Agora]

28-10-2024 11:15

28-10-2024 11:15 - Ferida cirúrgica

28-10-2024 11:15 - Localização da ferida cirúrgica

28-10-2024 11:15 - Ouvido Direita(o)

28-10-2024 11:15 - Comprimento da lesão tegumentar: 7.00 cm.

28-10-2024 11:15 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: descontínua.

28-10-2024 11:15 - Material de sutura da lesão tegumentar: fio não absorvível.

28-10-2024 11:15 - Determinar evolução da ferida cirúrgica

28-10-2024 11:15 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica [2/2 dias; SOS]

28-10-2024 11:15 - Promover cicatrização da ferida cirúrgica

28-10-2024 11:15 - Executar tratamento da ferida cirúrgica [2/2 dias; SOS]

28-10-2024 11:15 - Aplicar penso de ferida [Agora; SOS]

Metabolismo

28-10-2024 09:45

28-10-2024 09:45 - Glicemia capilar: 106 mg/dl.

28-10-2024 09:45 - Glicemia

28-10-2024 09:45 - Determinar evolução da glicemia

28-10-2024 09:45 - Avaliar evolução da glicemia [1x Turno; SOS]

28-10-2024 11:15 - Glicemia capilar: 98 mg/dl.

28-10-2024 13:30 - Glicemia capilar: 92 mg/dl.

Termorregulação

28-10-2024 09:45

28-10-2024 09:45 - Temperatura corporal periférica

28-10-2024 09:45 - Ouvido: 36.30 °C.

28-10-2024 09:45 - Determinar evolução da temperatura corporal

28-10-2024 09:45 - Avaliar evolução da temperatura corporal [1x Turno; SOS]

28-10-2024 11:15 - Temperatura corporal periférica

28-10-2024 11:15 - Ouvido: 36.10 °C.

28-10-2024 13:30 - Temperatura corporal periférica

28-10-2024 13:30 - Ouvido: 36.40 °C.

28-10-2024 09:45 - Manter normotermia [Agora, SOS]

Anestesia Geral

28-10-2024 09:45

28-10-2024 09:45 - Anestesia Geral [RESOLVIDO] 28-10-2024 11:15

28-10-2024 09:45 - Manter penso ocular [Agora] [FIM] 28-10-2024 11:15

28-10-2024 09:45 - Aplicar dispositivo de compressão pneumática intermitente [Agora] [FIM] 28-10-2024 11:15

3.7. Especificação das intervenções

Manter normotermia

- Aplicar manta térmica/aquecedor

Posicionar para a cirurgia

- Posicionar cliente em decúbito dorsal

Otimizar posicionamento cirúrgico

- Manter o alinhamento corporal
- Colocar os membros superiores no apoio de braços acolchoado, e fixar com fita
- Colocar rolo de posicionamento na região poplíteia
- Suporte de braços deve estar ao nível da mesa cirúrgica, em abdução inferior a 90º
- Colocar mesa cirurgica em posição antitrendelenburg
- Colocar a cabeça suavemente inclinada para o lado esquerdo

Aplicar dispositivos de alívio de pressão

- Mesa cirúrgica com colchão de gel/viscoelástico
- Colocar soga de gel na região occipital e dos calcâneos
- Apoio de braços acolchoados

Aplicar placa dispersiva monopolar

- Verificar que a pele está limpa e seca no local de colocação da placa
- Verificar ausência de pêlos, e se necessário realizar tricotomia
- Aplicar placa dispersiva monopolar o mais próximo da zona cirúrgica

Manter penso ocular

- Aplicar lubrificante ocular
- Encerrar as pálpebras bilateralmente
- Aplicar penso de proteção ocular bilateralmente
- Remover penso ocular

Aplicar dispositivo de compressão pneumática intermitente

- Colocar bandas de pressão em ambos os membros inferiores
- Conectar as bandas ao compressor pneumático
- Ligar compressor pneumático

Posicionar para prevenir a aspiração

- Elevar cabeceira a 30º

3.8. Síntese relativa ao caso

A enfermagem é uma disciplina e uma ciência fundamentada em evidência científica, sendo pilares essenciais para a prática de cuidar a investigação, a pesquisa, a atualização, o aprofundar e especializar os conhecimentos. Assim, o cuidado é prestado com maior rigor e eficácia, contribuindo para melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Posteriormente à realização de um estudo de caso, torna-se crucial refletir sobre o conceito de integridade referencial no planeamento de cuidados. Este deve refletir uma lógica conceptual e uma abordagem sistemática na tomada de decisões, em vez de se basear em ideias empíricas individuais. Isso significa que, todos os elementos do processo de cuidados devem estar interligados, promovendo a uniformidade e a coerência no processo de enfermagem. A utilização de uma abordagem integrativa, e fundamentada nas melhores evidências disponíveis, assegura que os dados, os diagnósticos, os objetivos e as intervenções demonstrem o raciocínio clínico, de forma abrangente e precisa, fortalecendo o conhecimento disciplinar em enfermagem.

A análise e a interpretação da literatura científica contribuem, não só para adquirir conhecimentos técnico-científicos, mas também para desenvolver capacidades de análise crítica e reflexiva, destacando ainda a importância da comunicação eficaz na capacitação do cliente, durante o processo de recuperação cirúrgica. Por conseguinte, sendo a enfermagem uma disciplina baseada em evidências científicas, é indispensável atualizar continuamente o conhecimento. Isso permite prestar cuidados perioperatórios com maior precisão e eficácia, promovendo mudanças ou melhorias de comportamento, quando necessário. Dessa forma, reforça-se a visibilidade e a autonomia da profissão, assegurando a criação de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, que demonstram de forma concreta o impacto dos

enfermeiros na vida dos clientes.

O enfermeiro perioperatório desempenha um papel essencial em todas as fases do processo cirúrgico, desde a preparação pré-operatória até à recuperação pós-operatória. O processo de enfermagem inicia-se no pré-operatório, através da realização da anamnese completa e identificação das necessidades individualizadas do cliente, elaborando um plano de cuidados personalizado, desde a preparação cirúrgica até à preparação para a alta. Durante o intraoperatório, o ambiente é especialmente complexo e o cliente encontra-se numa situação de alta vulnerabilidade, o que exige do enfermeiro uma gestão criteriosa da segurança, prevenção de riscos e eventos adversos, incluindo a verificação rigorosa da lista de segurança cirúrgica, como também, uma monitorização, vigilância e prevenção de complicações. No pós-operatório, o enfermeiro acompanha a evolução do cliente, dando continuidade à preparação para a alta e capacitando-o para assumir um papel ativo na sua recuperação. A conceção de cuidados, centrada no cliente e nas suas necessidades, é a premissa para a prestação de cuidados de enfermagem especializados e de excelência. A elaboração de um plano de cuidados individualizado e detalhado, que atenda às necessidades do cliente, contribui para a sua satisfação e para a qualidade dos cuidados prestados.

Destaca-se, ainda, a importância de uma comunicação eficaz e da transmissão completa de informação, durante a transição de cuidados em todas as etapas do perioperatório, de forma que, a continuidade de cuidados de qualidade e em segurança seja assegurada.

4. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O desenvolvimento de competências de um enfermeiro é baseado nas suas experiências profissionais, na reflexão sobre estas e, também, do conhecimento prático que se adquire ao longo do tempo e do contato com situações reais (Benner, 2001). As competências de enfermagem são essenciais para garantir a eficácia e a integridade da profissão, exercendo um papel fundamental na prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade (Cantante et al., 2020). Estas, são definidas como o conjunto de atributos individuais, como o conhecimento, habilidades e atitudes pessoais e profissionais, necessários para o desempenho da sua função (OMS, 2020).

O domínio e a aquisição de competências são determinados pela capacidade de mobilizar e ajustar o saber teórico, o saber técnico e o saber ser, com a prática e competências comportamentais, aplicados de forma oportuna a determinada situação e cliente (Boterf, 2015; OE, 2017). As competências para a excelência da prática dos cuidados, emergem quando se adquire perícia profissional, alcançada através da aprendizagem experiencial. Assim, o enfermeiro especialista distingue-se pela sua capacidade de análise e pela forma eficaz como lida com situações complexas, sendo reconhecido pela sua qualificação e especialização, tanto pelos seus pares como por outros profissionais (Benner, 2001; Nunes, 2010). Segundo Benner (2001), a aprendizagem no âmbito da enfermagem ocorre por etapas e engloba, ainda, a consciencialização da identidade profissional, das responsabilidades, das preocupações, dos compromissos e da ética profissional.

O ENP é uma oportunidade única, que proporciona a experiência e a vivência de situações que fomentam o espírito crítico e a tomada de decisões, conceções estas fundamentais para o desempenho de funções do enfermeiro especialista. Este, representa uma componente essencial para o desenvolvimento de competências, que surgem também da interação e partilha de conhecimentos e experiências com os enfermeiros tutores, equipa de enfermagem e docentes orientadores, bem como, pela realização das atividades delineadas no projeto individual de estágio.

No seguimento da procura pela excelência na prática da enfermagem, a OE regulamentou o perfil de competências comuns do enfermeiro especialista na área da EMC, acrescentando as competências específicas para os contextos concretos desta área de especialização, como a área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória (OE, 2018a). Os descritivos das competências do enfermeiro especialista foram o fio condutor durante o período do ENP, com a finalidade de desenvolver e adquirir competências essenciais para atingir os objetivos

anteriormente propostos.

Atendendo ao exposto, neste capítulo encontra-se explanada uma análise crítico-reflexiva da prática profissional e das atividades realizadas durante o ENP, e a sua relação no desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

Competências Comuns

Relativamente às competências comuns, estas são transversais a todos os enfermeiros especialistas na área de EMC, e são expressas através da capacidade acrescida da conceção, gestão e supervisão de cuidados, e pelo suporte efetivo do exercício profissional especializado no campo de ação da formação, da assessoria e da investigação (OE, 2019a). O Regulamento nº140/2019 da OE, destaca estas competências em quatro domínios de atuação: o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; o domínio da melhoria contínua da qualidade; o domínio da gestão dos cuidados; e o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019a).

• Responsabilidade profissional, ética e legal

A responsabilidade do exercício profissional de enfermagem está, intrinsecamente, relacionada ao compromisso do enfermeiro com a comunidade, que se encontra patente na ética e deontologia profissional, e no domínio jurídico, estabelecidos no Código Deontológico do Enfermeiro e no REPE, citando os princípios gerais que norteiam a prática de enfermagem. Desses princípios, derivam os deveres e os valores que caracterizam a prática, e que devem ser considerados em cada intervenção, assegurando a qualidade dos cuidados prestados. Além do código deontológico e do REPE, a profissão de enfermagem governa a sua prática de acordo, também, com a Declaração Universal dos Direitos do Homem, o Código Civil e o Código Penal, sendo o conjunto destes documentos, e dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, a ressalva dos aspetos que permitem, a cada enfermeiro, basear a sua intervenção com autonomia, enquanto profissional de saúde (Decreto-Lei, nº 161/1996).

Em contexto de ENP é, igualmente, fundamental conhecer as normas da instituição, as diretrizes de trabalho, as práticas e recomendações instituídas, de modo a obedecer à responsabilidade profissional. Neste sentido, foi desenvolvido, no início do estágio, uma análise da caracterização dos contextos, tendo em conta a missão e os valores da instituição, assim como as normas, diretrizes, protocolos e práticas institucionais, mencionadas no manual de boas práticas e no regulamento interno do BO, de modo a assegurar uma prática sustentada e em concordância com os pares.

Como descrito no Regulamento nº 140/2019, é esperado que o enfermeiro especialista desenvolva uma prática especializada, atuando conforme as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, certificando cuidados concernentes com os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Inerente à prática de cuidados de enfermagem surge o processo e a tomada de decisões, que deve ser fundamentado e consciente. O enfermeiro exibe total responsabilidade por todas as ações e decisões que toma, e pelas funções que exerce/delega, pelo que deve estar o mais informado possível e saber pôr em prática os seus conhecimentos, em todos os âmbitos da enfermagem (Farčić et al., 2020; Regulamento n.º 613/2022).

Considerando que, a pessoa submetida a procedimentos cirúrgicos ou anestésicos está sujeita à alteração do estado de consciência e, conseqüentemente, a uma elevada vulnerabilidade, exposição a riscos, desproteção e impossibilidade de defesa, a sua segurança passa a ser garantida pelos profissionais de saúde (Luís, 2022). Desta forma, o enfermeiro em contexto de perioperatório, tem o papel de salvaguardar e proteger a dignidade, a igualdade, a confidencialidade, a privacidade, a segurança e o respeito pelas crenças e valores do cliente, assim como, afirmar os princípios da justiça, da autonomia, da beneficência e da não maleficência (OE, 2015a).

Os contributos da Unidade Curricular (UC) de Epistemologia e Ética em Enfermagem foram essenciais no desenvolvimento de uma conduta profissional com sentido de responsabilidade, fomentando a capacidade de análise crítico-reflexiva sobre a prática diária durante o ENP, onde foram desenvolvidos cuidados individualizados, respeitantes dos direitos humanos, dos padrões éticos, deontológicos e jurídicos. Foi realizada uma abordagem ao cliente, incluindo o respeito pela sua privacidade e intimidade, desde a fase pré-operatória (na admissão ao BO), intraoperatória (durante a exposição cirúrgica), até à pós-operatória (na UCPA). Para tal, foram realizados cuidados na presença somente dos profissionais essenciais para a sua execução, com cortinas corridas/porta fechada, e minimizando a exposição física/corporal. No BO, especialmente na UCPA, verificou-se que respeitar a privacidade e a intimidade do cliente é um desafio diário, amplamente posto à prova, marcada pela necessidade de vigilância apertada do cliente e múltiplas tarefas que os enfermeiros detêm, o que muitas das vezes exige que a unidade do cliente esteja mais exposta. Inerente à confidencialidade, também as informações dos clientes foram tratadas com sigilo profissional, sem partilha de dados com pessoas externas ao processo de cuidados do cliente, de modo a respeitar e proteger os direitos do mesmo.

Antes de qualquer intervenção de enfermagem, foi sempre obtido o consentimento informado, livre e esclarecido, como forma de envolver o cliente e família/pessoa significativa no processo de saúde/doença, estabelecendo uma relação terapêutica com estes. Esta relação é de elevada importância, uma vez que contribui para um ambiente de confiança, e permite que o cliente esteja elucidado acerca das intervenções que serão realizadas, participando ativamente no seu processo perioperatório, consentindo ou não a sua concretização (OE, 2017).

Numa perspetiva de maior humanização dos cuidados, o BO onde se realizou o ENP, está vocacionado para o estabelecimento de uma relação terapêutica mais personalizada no cuidado à criança e respetiva família, e na assistência à grávida submetida a cesariana eletiva. Relativamente às crianças, é permitido o seu acompanhamento, até ao momento da entrada na sala operatória, por um dos pais/familiar. Em determinados casos de exceção, foi autorizado o acompanhamento da criança, até ao momento da indução, já na sala operatória. De modo a permitir a diminuição do medo e da ansiedade sentida pela criança, esta podia levar consigo um brinquedo/objeto significativo para a sala operatória, e ser transportada (caso quisesse), num carro elétrico. Várias foram as estratégias eficazes, no sentido de estabelecer uma relação de confiança com a criança, por parte dos enfermeiros, desde jogos, a visualização de desenhos animados, a simulações dos procedimentos a realizar na indução nos brinquedos das crianças, entre outros. O mesmo método acontecia, sempre que necessário, no caso de pessoas portadoras de necessidades especiais.

Comparativamente, na assistência à grávida submetida a cesariana eletiva, é permitida a presença do pai do bebé/pessoa significativa, na sala operatória, desde que estejam garantidas todas as condições de segurança. Desta forma, é cumprido o direito da mulher grávida a estar acompanhada, durante os cuidados de saúde, desde que seja a sua vontade (Despacho n.º 5344-A/2016). Sempre que possível, era promovido o contato pele a pele, entre a tríade mãe-pai-bebé, na sala operatória, e era oferecida a possibilidade do registo fotográfico do momento, promovendo a vinculação precoce, e diminuição da ansiedade e do desconforto da mãe.

A comunicação, verbal e não verbal, é um categórico ético e o ponto-chave para o estabelecer de uma relação terapêutica, sendo indispensável adequar a linguagem ao cliente e assegurar uma comunicação eficaz, clara, completa e perceptível, permitindo a este espaço para reflexão, conforme as diretrizes da DGS (2017). Neste âmbito, a UC de Comunicação e Relação Terapêutica foi fundamental, dado ter contribuído para a aquisição de estratégias e ferramentas de comunicação adequadas a cada situação. Desta forma, foi possível o estabelecimento de planos de cuidados individualizados, ajustados à personalidade, grau de instrução, expectativas, necessidades, e condições clínicas e psíquicas do cliente, proporcionando autonomia e cuidados mais humanizados (Barroso et al., 2021).

Verificaram-se várias situações referentes à comunicação e ao consentimento informado, denotando-se pouca valorização destes princípios em contexto clínico. Alguns dos clientes mostravam-se esclarecidos e cientes do seu processo perioperatório, principalmente os mais novos e na cirurgia eletiva. No entanto, o mesmo não se verificava noutras situações, sendo necessário várias intervenções junto da equipa, para que o cliente obtivesse informações fundamentais ao exercício da sua autonomia e participação ativa no processo. Procurou-se auxiliar o cliente no processo de tomada de decisão, no âmbito dos cuidados prestados, promovendo a sua autodeterminação, além de facultar informação factual e concreta às suas questões, especialmente relacionadas com o conhecimento perioperatório, e formulando

decisões éticas com a ajuda de recursos disponíveis.

As situações de urgência/emergência colocam à prova os fundamentos dos princípios éticos, tendo-se verificado o recurso ao consentimento presumido para a realização de procedimentos e intervenções, com referência marcada ao princípio da beneficência e da não-maleficência, maximizando o benefício e minimizando o prejuízo (DGS, 1998; OE, 2015a; Comissão Nacional da Unesco, 2006). Destacam-se as situações de colheita de órgãos, que seguem diretrizes próprias, e nas quais foi praticável todo o processo de confirmação no Registo Nacional de Não Dadores, a confidencialidade e proteção de dados, o respeito pelo corpo e a dignidade da pessoa.

Nesta linha de pensamento, encontram-se os objetivos do programa “Cirurgia Segura, Salva-Vidas” da OMS (2009), que visa a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados perioperatórios, com a premissa da aplicação da lista de verificação de segurança cirúrgica e do índice de APGAR Cirúrgico (DGS, 2013b). A lista de verificação de segurança cirúrgica deve ser apurada em equipa multidisciplinar, em três tempos distintos do intraoperatório (antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes do cliente sair da sala operatória).

Durante o ENP, constatou-se que ainda existe alguma desvalorização na aplicação correta e completa desta estratégia, por parte de alguns profissionais, principalmente nos tempos adequados. O que se averigua é o seu preenchimento, de forma individual, durante ou no fim do procedimento cirúrgico, comprometendo a segurança, a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados. Neste sentido, tornou-se importante a sensibilização das equipas para o seu cumprimento, pois o sucesso do programa depende da cultura de segurança do cliente e do compromisso dos profissionais envolvidos, sendo este um processo basilar das boas práticas de segurança e da minimização de eventos adversos (Mota, 2014; Lemos et al., 2017; Rocha et al., 2021; Maya, 2022).

Outro aspeto central na segurança do cliente, em contexto perioperatório, é o conceito de consciência cirúrgica, fenómeno abstrato que explana o dever moral de salvaguardar a assepsia cirúrgica e a segurança do cliente, uma consciência que se desenvolve a partir de uma base de conhecimento (Duff et al., 2021).

O desenvolvimento do ENP possibilitou o reconhecimento e reflexão sobre situações que geraram dilemas éticos, tanto reais quanto potenciais, os quais podem impactar a qualidade dos cuidados prestados ao cliente. Deste modo, houve uma preocupação constante em analisar o trabalho realizado, visando desenvolver habilidades e estratégias para resolver problemas éticos. Essa análise baseia-se em evidências científicas, princípios legais e na humanização dos cuidados, com o objetivo final de valorizar tanto o cliente quanto a profissão, em conformidade com as legislações, convenções e recomendações internacionais.

- **Melhoria contínua da qualidade**

Os desafios constantes que surgem da evolução e inovação, nomeadamente na área perioperatória, obrigam à constante atualização de conhecimentos, por parte dos profissionais de saúde, com vista a proporcionarem cuidados mais seguros, eficazes e de elevada qualidade. Importa referir que, o conceito de qualidade é muito subjetivo e dinâmico, encontrando-se exposto às alterações sociais, à evolução científico-tecnológica e às modificações das perspetivas dos participantes (Rocha, 2020). Segundo a OMS (2020), a qualidade em saúde é definida como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que atenta aos recursos disponíveis, e consegue a adesão e a satisfação do cliente, presumindo a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do mesmo (DGS, 2022c). Por outro lado, a melhoria da eficiência e da efetividade na prestação de cuidados de saúde, constituem-se pilares essenciais na qualidade em saúde, bem como, na segurança dos cuidados (Despacho n.º 5613/2015 do Ministério da Saúde, 2015b).

Neste sentido, o enfermeiro especialista em EMC, possui um papel basilar no progresso das práticas baseadas na evidência científica mais atualizada, com foco na melhoria contínua da sua *praxis* clínica (Pereira & Moriya, 2022). Por conseguinte, tem o dever de prestar cuidados de enfermagem norteados pelos mais elevados padrões de qualidade, pelo pensamento crítico-reflexivo e pelo desenvolvimento de projetos de melhoria contínua da qualidade. A OE preconiza que, o enfermeiro especialista, deve ser dinamizador na progressão e apoio de iniciativas estratégicas institucionais, na área da governação clínica, garantindo um ambiente seguro na prestação de cuidados, e o desenvolvimento de estratégias de melhoria contínua da prática clínica, através da gestão e colaboração em projetos de melhoria contínua da qualidade (Regulamento nº140/2019). A governação clínica é definida como um conjunto de estratégias e processos destinados a assegurar a qualidade e a segurança nos cuidados de saúde. Isto implica a adoção de políticas e diretrizes específicas para temas particulares, como a segurança do cliente, com o objetivo de aperfeiçoar os padrões do cuidado e diminuir os riscos associados ao contexto perioperatório. Este processo, requer uma monitorização contínua, avaliação, formação, e participação ativa e envolvimento dos profissionais, na implementação dos processos de gestão e tomadas de decisão, e de práticas baseadas em evidências (Guerra et al., 2021).

Considerando o contexto perioperatório, como um contexto complexo, responsável por sete milhões de complicações e um milhão de mortes anuais, segundo dados da OMS (2009), emerge o conceito de segurança cirúrgica como uma prioridade de saúde pública. A segurança do cliente consiste na redução do risco de dano desnecessário, para um mínimo aceitável, direcionado para o conhecimento atual, recursos disponíveis, contexto da prestação de cuidados, em oposição ao risco de não tratamento (DGS, 2017). Pode, também, ser definida como, a defesa contra lesões desnecessárias resultantes da prestação de cuidados de saúde, ou da omissão desses cuidados (Gadea-Company et al., 2023). Atendendo ao exposto, é essencial

incrementar uma cultura de segurança nas organizações, que apoie e promova a segurança do cliente, através de práticas e ambientes seguros, estratégia crucial para garantir padrões de qualidade (Agency for Healthcare Research and Quality, 2024; Ribeiro et al., 2022).

A OMS tem assumido a liderança do movimento de segurança do cliente, definindo áreas estratégicas, nas quais se destaca a redução de riscos associados à cirurgia, que integra o segundo desafio global para a segurança do doente, representado pelo projeto “Cirurgia Segura, Salva-Vidas” (OMS, 2009). Ao encontro deste projeto, e do Plano de Ação Global para a Segurança do Doente 2021-2030, surge o PNSD 2021-2026, com o objetivo de consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados do SNS, sem descuidar os princípios que sustentam a área da segurança do cliente, como a cultura de segurança, a comunicação, a identificação inequívoca dos clientes, a cirurgia segura, a prevenção de lesões por pressão, a segurança da medicação, a prevenção de quedas, as IACS, e a notificação de incidentes de segurança (OMS, 2021; Despacho nº 9390/2021, 2021).

Em contexto de ENP, teve-se sempre em consideração os enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional do enfermeiro especialista, indagando uma prática de cuidados com segurança, prevenindo complicações/eventos adversos, e maximizando o bem-estar e a satisfação dos clientes. Foram realizadas inúmeras atividades neste âmbito, desde a colaboração em projetos de melhoria contínua da qualidade, a prática fundamentada em evidências científicas, a participação em formações e em auditorias internas do serviço, assim como, a implementação do projeto individual de desenvolvimento de competências.

No início do turno da manhã, procedia-se à correta verificação da sala operatória, dos materiais e equipamentos cirúrgicos e de anestesia, preenchendo as *checklist* de verificação. A utilização de *checklist* transmite confiabilidade e uma consistência interna sólida, na organização e preparação das salas operatórias, proporcionando o bom funcionamento das salas, a prevenção de incidentes e a promoção da segurança cirúrgica (Saxena, 2020; Costa et al., 2021). Esta *checklist* de verificação, permitia que os equipamentos estivessem a funcionar sem falhas, no entanto, não se demonstra totalmente eficaz quando se tratava de material que não era típico/recorrente para aquela cirurgia/anestesia. Verificava-se que, em grande parte das cirurgias, era necessário que o enfermeiro saísse da sala para trazer algum material específico, que não tinha sido solicitado/falado em equipa, antes da cirurgia, resultando no prolongar do tempo cirúrgico e na diminuição da eficácia e eficiência da sala. Embora existissem *checklist* de verificação de sala operatória, não existia um modelo de gestão estruturado, como por exemplo, a metodologia *Kaisen*, na qual se realiza, juntamente com toda a equipa (cirurgiões, anestesista e enfermeiros), detalhadamente o plano e técnica cirúrgica, a disponibilidade de todos os materiais e dispositivos médicos indispensáveis, e a necessidade de procedimentos preventivos, tais como medidas de profilaxia antibiótica e/ou de tromboembolismo. Esta é uma metodologia que visa a verificação meticulosa dos aspetos fundamentais para a realização segura e eficiente do procedimento cirúrgico (Castanheira, 2023). Está comprovado que, nos ambientes de

trabalho em que existe uma metodologia estruturada de gestão, hierarquias bem esclarecidas, dotações seguras apropriadas, recursos materiais disponíveis, reconhecimento e valorização dos profissionais, há um aumento da qualidade dos cuidados (Santos et al., 2023).

Um outro parâmetro de qualidade e de segurança do cliente, que merece a atenção de todos os profissionais, é a prevenção de lesões por pressão, decorrentes do posicionamento cirúrgico. Ao longo do ENP verificou-se que os profissionais estavam sensibilizados para o correto posicionamento do cliente, e para o alívio e proteção das zonas de pressão, havendo entretanto a ajuda de todos os elementos da equipa. Esta prática, transpõe para menos complicações pós-operatórias, uma recuperação do cliente mais eficaz, uma redução de custos e uma maior satisfação do cliente/pessoa significativa.

Tal como referido anteriormente, foi possível a colaboração em projetos de melhoria contínua da qualidade, nos contextos de estágio, no âmbito da parametrização do equipamento anestésico na sala operatória, e da normalização dos carros de anestesia e gavetas acessórias do ventilador. A parametrização do equipamento anestésico, na sala operatória, permite garantir a disponibilidade imediata dos itens necessários e melhorar a eficiência operacional, contribuindo para uma gestão mais competente do material disponível, e a redução de entropias. Na mesma linha de pensamento, a normalização/padronização dos carros de anestesia, visa a organização e reposição dos fármacos e dos materiais, no mesmo lugar em todos os carros de anestesia, e em todas as salas operatórias e locais *Nonoperating Room Anesthetizing Locations* (NORA). Esta padronização, complementada com a correta identificação e sinalização do material (por exemplo medicamentos LASA e de alto risco), garante a disponibilidade imediata dos itens necessários, e reduz os erros na administração de fármacos, o acondicionamento incorreto dos dispositivos, e o gasto desnecessário de material e de tempo. Estes fatores contribuem para a melhoria da eficiência das equipas, aumentando a segurança dos clientes e a satisfação das equipas de saúde, assim como, a integração mais facilitadora de novos elementos na equipa (AESOP, 2013).

No ENP, foi possível acompanhar o processo de auditorias internas, relativamente à norma da higiene das mãos, de acordo com o modelo proposto pela OMS (Norma nº 007/2019). Este procedimento era conduzido por uma enfermeira do BO e elo de ligação ao PPCIRA, juntamente com uma técnica auxiliar de saúde. Esta atividade, permitiu ter uma perceção prática de como funciona todo o processo de auditoria, ferramenta indispensável à melhoria da qualidade dos cuidados prestados e à segurança do cliente, promovendo abordagens inovadoras que resultem numa assistência exemplar e uma otimização eficaz de custos (Figueiredo et al., 2020, Barroso et al., 2021). Neste contexto, a UC de Segurança e Gestão de Risco Perioperatório, demonstrou-se ter sido uma mais-valia para a aquisição de conhecimentos no âmbito da qualidade de cuidados, possibilitando a compreensão de estratégias de promoção da qualidade, de estratégias de gestão do risco e de um ambiente seguro, através do domínio dos referenciais associados às normas e orientações para a prática segura, em contexto perioperatório. Esta UC,

também, foi importante para apreender conceitos chave e todo o processo de gestão dos programas de auditoria, essencial para o desenvolvimento do projeto de melhoria contínua.

O processo de melhoria da qualidade é visível, igualmente, através da formação em contexto profissional, que possibilita a divulgação de experiências estimadas como sendo de sucesso, e a promoção da integração dos conhecimentos na área de prestação de cuidados, numa equipa. Neste âmbito, foi realizada uma formação acerca da comunicação eficaz e da informação a transmitir na transição de cuidados para a UCPA (Anexo 1), juntamente com a apresentação à equipa do projeto de melhoria contínua - “Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Enfermagem: da Sala Operatória para a UCPA” (Anexo 2). Este projeto de melhoria contínua da qualidade, surgiu do projeto individual de desenvolvimento de competências, no âmbito do ENP, com o objetivo de promover a segurança do cliente e garantir a continuidade dos cuidados de enfermagem de qualidade, na UCPA. A sua implementação passou pela elaboração de uma ferramenta para a transmissão da informação da sala operatória para a UCPA (Anexo 3), baseada na metodologia ISBAR (*Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendations*), e nos dados obtidos na *scoping review* realizada previamente (Anexo 4). Esta ferramenta foi disponibilizada, numa fase inicial, aos enfermeiros de quatro salas operatórias, de modo a perceber e avaliar a sua operacionalidade e eficácia, com base em opiniões e sugestões da equipa. Posteriormente, procedeu-se à sua atualização e melhoria, acrescentando informações que estavam em falta, e aperfeiçoando a disposição da informação, por forma a ser mais fácil a sua utilização e aplicabilidade - Lista de transferência do doente da sala operatória para a UCPA (Anexo 5). Verificou-se que a maioria dos enfermeiros a quem foi entregue a ferramenta, a utilizaram e afirmaram ser uma mais-valia no processo de transmissão de informação. Alguns enfermeiros mostraram resistência à sua utilização, no entanto, havia outros que tinham a iniciativa de usar a ferramenta na UCPA, mesmo quando o colega não a utilizava para transmitir a informação. Este acompanhamento foi realizado de perto, com a equipa de enfermagem, havendo espaço para esclarecimento de dúvidas e troca de impressões, de modo a envolver a equipa e a melhorar o processo de transmissão de informação, tornando-o mais simples, completo, claro e seguro. O projeto de melhoria terá continuidade no BO, sob a responsabilidade da enfermeira tutora.

Conforme referido anteriormente, a comunicação eficaz é um dos pilares do PNSD, imprescindível para a continuidade, a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados (Sousa et al., 2020). A análise dos artigos incluídos na *scoping review*, comprova as vantagens da utilização de ferramentas de padronização de informação, das quais se destacam a melhoria da qualidade, a continuidade dos cuidados e a segurança do cliente (Pun et al., 2020; Gadea-Company et al., 2023). Estes dados, são corroborados pela *Joint Commission* (2017), na publicação “Alerta: Eventos Sentinela - Comunicação na Transição Inadequada”, como ações de melhoria da qualidade da comunicação, onde é sugerida a transmissão de informações de forma padronizada, através do uso de ferramentas ou mnemónicas, com tópicos de informações

prioritárias.

Durante todo o ENP, a prática profissional foi centrada no desenvolvimento desta competência, procurando garantir um ambiente seguro, atuando proactivamente na gestão do risco clínico e prevenção de eventos adversos, e na promoção de cuidados de qualidade.

- **Gestão de cuidados**

A gestão de cuidados envolve processos integrados que visam facilitar, sustentar e coordenar os cuidados ao cliente, nos serviços de saúde, envolvendo a segurança das instalações, a gestão dos recursos materiais e humanos, a organização perante situações inesperadas ou emergências clínicas, o acondicionamento seguro de materiais e resíduos perigosos, e a identificação dos riscos ocupacionais (Urden et al., 2008; Loureiro, 2022). Em enfermagem, esta gestão de cuidados implica o emprego do conhecimento do cuidar, a planificação, a organização e o domínio dos cuidados, tendo em conta a segurança e a continuidade dos mesmos, as políticas e estratégias institucionais.

No âmbito do desenvolvimento das suas competências, o enfermeiro especialista em EMC, realiza a gestão dos cuidados de enfermagem, potenciando a resposta da sua equipa, de acordo com as situações e os contextos, através do ajuste dos recursos às necessidades dos cuidados, e à identificação do estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade e segurança dos mesmos (Regulamento nº 140/2019). Ou seja, o enfermeiro centra-se na gestão de recursos humanos, equipamentos, instalações e materiais, tal como na gestão e planeamento dos cuidados, tendo como objetivo a melhoria contínua da qualidade (Correia et al., 2020). Assim, o enfermeiro deve garantir o bom funcionamento do serviço e das práticas de enfermagem, considerando as dotações seguras e os conhecimentos que fortalecem a segurança do cliente, de forma a certificar a efetividade dos cuidados prestados.

A organização de um BO envolve uma complexidade especial, dada a exigência do uso intensivo de recursos (humanos, materiais, tecnológicos, económicos e de tempo), tornando-o no epicentro de um processo assistencial multidisciplinar, com a participação de vários departamentos e diferentes grupos profissionais, estando dependente de condicionantes, direta ou indiretamente, associadas aos serviços clínicos e de apoio logístico (Bilbao & Fragata, 2006; Kindscher, 2015). Considerando a diversidade de procedimentos realizados, a sua prioridade, a dependência de outras estruturas/departamentos com capacidade limitada (UCPA), e o grande número de especialidades que concorrem pelo reduzido número de salas operatórias, a gestão adequada dos recursos torna-se fundamental para a programação dos tempos cirúrgicos, e na determinação dos parâmetros de eficiência do BO (Lee et al., 2019). Isto exige que, os enfermeiros gestores, fomentem uma cultura organizacional, alinhada com os padrões de qualidade, garantindo uma resposta eficaz aos avanços e à integração dos regulamentos de

políticas de saúde (Taylor, 2014).

Atualmente, o processo de gestão de cuidados encontra-se intimamente relacionado ao conceito de liderança, que se define pela habilidade de influenciar os outros, envolvendo confiança mútua entre os profissionais que trabalham em equipa, com o intuito de atingir objetivos comuns (Frederico, 2022). A liderança em enfermagem, tem-se demonstrado extremamente determinante para o sucesso das organizações de saúde, uma vez que, o enfermeiro gestor, ao assumir o papel de líder e apresentando uma conduta íntegra e orientada por princípios, estimula o mesmo padrão de comportamentos na sua equipa, promovendo o seu desenvolvimento como um todo (Sfantou et al., 2017; Heinen, 2019).

No contexto de ENP, foi possível verificar que o enfermeiro gestor tentava estabelecer uma relação interpessoal com a equipa, acolhendo sugestões e opiniões, com vista ao envolvimento da equipa na tomada de decisões do serviço. O estabelecimento desta relação nem sempre foi possível, sendo dificultada, não só pelo fato da equipa que compõe o BO ser muito numerosa (180 enfermeiros) mas, também, pela reestruturação que a equipa está a atravessar no momento. No entanto, verificou-se que em reuniões ou momentos de formação em serviço, a presença assídua do enfermeiro gestor era determinante para o estabelecimento dessa relação interpessoal, mostrando-se sempre disponível para ouvir, esclarecer e motivar a equipa.

Liderar, também, se relaciona com a capacidade de promover um ambiente positivo, motivacional e seguro, incentivando a prática baseada em evidência, e a cultura de segurança. Foi notável o incentivo, por parte do enfermeiro gestor, à participação da equipa em congressos, implementação de projetos de melhoria, execução e divulgação de trabalhos, e até mesmo à especialização e pós-graduação dos enfermeiros.

O grau de qualificação e o perfil de competências dos enfermeiros, são fatores essenciais para assegurar a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde (OE, 2019b). A aquisição de competências, o seu reconhecimento, e o exercício profissional, reveste-se de um valor acrescentado, pois permite não só a segurança e a qualidade dos cuidados prestados, mas também, serve como estratégia motivacional, promovendo o crescimento, a valorização, a responsabilização e autodeterminação dos elementos da equipa. Este fator, vai ser determinante na gestão de recursos humanos, nos processos de reorganização e atribuição de responsabilidades, de acordo com as competências de cada enfermeiro, fomentando a qualidade dos cuidados prestados. Compete, ao enfermeiro especialista, reconhecer que, além da gestão de recursos humanos, é essencial gerir competências profissionais. Esse entendimento reforça a necessidade de assegurar períodos de integração adequados aos novos elementos, garantindo tempo, qualidade e relevância na aquisição das competências essenciais pela equipa.

Para se atingir níveis de segurança e de qualidade de cuidados de saúde, é fundamental o uso de metodologias e critérios específicos, que permitam uma adequação dos recursos humanos às

reais necessidades dos cuidados de saúde dos clientes e das organizações, de forma a existir uma dotação de enfermeiros adequada e segura, atendendo aos níveis de qualificação e ao perfil de competências dos mesmos (OE, 2019b). Quando se trata de dotações seguras nos cuidados de enfermagem, é necessário garantir que, em todas as fases do processo cirúrgico, haja um número adequado de enfermeiros disponíveis, de forma a assegurar a prestação de cuidados de qualidade. Isto, inclui ter enfermeiros suficientes para realizar a admissão dos clientes, prepará-los para a cirurgia, auxiliar na sala operatória e acompanhar a sua recuperação na UCPA (AORN, 2021).

O Regulamento nº 743/2019 - Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem -, considera a existência de três enfermeiros por cada sala operatória (o circulante, o instrumentista e o de anestesia) e, no mínimo, dois enfermeiros na UCPA da cirurgia convencional, preferencialmente um enfermeiro para cada dois clientes. Esta norma, defende que os enfermeiros que adotam estes postos de trabalho devem ser, preferencialmente, enfermeiros especialistas em EMC, particularmente, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. Aquando da existência de clientes em idade pediátrica, deve haver, idealmente, um enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, de apoio à sala de operações e à UCPA.

Em contexto de ENP, observou-se o cumprimento das recomendações da OE relativamente às dotações seguras, considerando as competências de cada elemento da equipa. Procurava-se alocar pelo menos um enfermeiro especialista em EMC, em cada sala operatória e na UCPA, assim como, um enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, nas salas em que havia clientes desta faixa etária.

Considerando a elevada responsabilidade e os desafios do papel do enfermeiro gestor, este era auxiliado e representado por dois enfermeiros, no decorrer do turno, um responsável pela área cirúrgica e outro pela área anestésica, que assumiam as funções de gestão de recursos humanos e materiais, e a dinâmica da equipa. Foi possível acompanhar a enfermeira tutora, quando esta se encontrava com funções de responsável de turno, e lhe eram delegadas funções no âmbito da gestão, que incluíam a coordenação da logística das salas operatórias, e a articulação entre as várias áreas perioperatórias e o exterior do BO (exames complementares de diagnóstico, locais NORA, cesarianas urgentes/emergentes, serviços de internamento). As suas funções abrangiam, também, a promoção da resolução de conflitos e de uma comunicação eficaz dentro da equipa de enfermagem, a substituição de elementos, a preparação do material indispensável para as cirurgias programadas do dia seguinte, o registo das avarias ocorridas durante o turno, a verificação de stocks, e pedidos de material e fármacos.

Houve, igualmente, a oportunidade de acompanhar a enfermeira tutora, na elaboração dos planos de férias e dos planos diários de trabalho. A elaboração do plano diário de trabalho era realizada no dia anterior, atendendo à programação do plano cirúrgico, alocando os enfermeiros

de acordo com as áreas de intervenção (anestesia ou área cirúrgica), as responsabilidades, as competências e a experiência/formação em contexto perioperatório, assim como, a afinidade com determinadas especialidades cirúrgicas. Denotou-se que esta gestão requer reconhecimento dos elementos da equipa e das suas competências, tal como, das áreas que cada um tem vindo a aprimorar. Desta forma, os enfermeiros encontravam-se mais satisfeitos na sua prática profissional, garantindo respostas à realização de tarefas com diferentes graus de especialização, bem como às situações problema mais comuns, contribuindo para a qualidade e segurança do cliente.

A gestão de recursos humanos é de elevada complexidade, sendo dificultada pelo absentismo mostrado, e pelos longos períodos necessários para integração de novos elementos. Foi necessário, por várias vezes, substituir enfermeiros nas salas operatórias, com colegas que estavam alocados, por exemplo, à sala de locorregional, com o objetivo de não fechar salas/planos cirúrgicos. Outra função passava pela organização das situações de urgência/emergência, em que o enfermeiro responsável tinha de planear os cuidados, de modo que, os recursos humanos estivessem preparados e soubessem para onde se mobilizar previamente, evitando demoras e inseguranças. Estas decisões, são importantes para uma boa gestão do BO, a fim de dar respostas às necessidades do serviço, minimizando os atrasos dos tempos operatórios, não comprometendo a produtividade cirúrgica e a qualidade dos cuidados.

Ao assumir o papel de líder na coordenação do BO, o enfermeiro deve saber gerir os recursos materiais, assegurando a sua disponibilidade, o seu funcionamento e reprocessamento, com o serviço de esterilização, para que volte a estar disponível assim que necessário, bem como supervisionar a limpeza e desinfeção dos espaços entre cirurgias. A gestão de recursos materiais enfrenta diversos desafios, especialmente devido à grande diversidade e ao elevado valor comercial dos consumíveis, à oscilação imprevisível dos consumos, de acordo com os procedimentos agendados, à verificação dos prazos de validade e ao ciclo de vida útil dos equipamentos, que são substituídos por versões tecnologicamente mais avançadas ou mais adequadas às novas técnicas cirúrgicas e anestésicas (Lopes, 2012).

Através do acompanhamento da enfermeira tutora como responsável de turno, foi perceptível a importância da vigilância ativa do controle de stocks de materiais, medicação e de estupefacientes, e pedidos dos mesmos, antecipando as necessidades semanais, visando evitar falhas e o incumprimento do plano cirúrgico. Esta gestão era mediada e articulada, eficazmente, com o serviço de aprovisionamento e/ou farmácia hospitalar, de modo a precaver a acumulação indevida dos materiais e/ou fármacos, evitando o seu desperdício ou dano.

Este percurso possibilitou uma maior consciencialização dos custos dos materiais e dos fármacos, e uma maior sensibilização para a sua gestão, traduzindo-se na mudança de atitude no desempenho profissional, indagando a utilização dos recursos de forma mais eficiente. A articulação dos conhecimentos adquiridos na UC de Princípios de Gestão em Enfermagem

Avançada com a prática em ENP, proporcionou o desenvolvimento desta competência, demonstrando a importância da adoção de métodos de gestão adequados às necessidades do serviço e das equipas. Ficou patente que a promoção de um trabalho positivo e enriquecedor, que valorize os papéis e funções de cada elemento, resulta no envolvimento e no desempenho mais qualificado.

- **Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

A aquisição de competências, no domínio das aprendizagens profissionais, está estreitamente ligada ao compromisso individual da atualização do conhecimento, que acompanha os avanços científicos e tecnológicos, e da procura contínua pelo desenvolvimento profissional com autoconhecimento e maturidade pessoal (Matos, 2019). Para que o enfermeiro desempenhe uma prática humanizada e participativa, deve estar habilitado a promover a construção do autoconhecimento e aperfeiçoar as suas habilidades, desde a formação académica até à educação pessoal contínua (Haboba, 2022). O conceito de aprendizagem ultrapassa a simples aquisição do conhecimento transpondo, igualmente, a capacidade de identificar e refletir acerca de potenciais problemas/problemas reais, que surgem no dia-a-dia. Neste sentido, enquanto estudante, é importante assumir a responsabilidade e o controle do próprio estudo, aperfeiçoando os conhecimentos teóricos e práticos, mas também explorar e desenvolver competências, como a capacidade de resolução de problemas, o pensamento crítico e a autonomia na procura do saber.

Conforme o descrito no Regulamento nº140/2019, o enfermeiro especialista em EMC, deve fundamentar o processo de tomada de decisão em conhecimentos pertinentes, atuais e autênticos, promovendo os processos de aprendizagem e a pesquisa da melhor evidência científica. A investigação possui um papel relevante na notoriedade da enfermagem, cooperando no desenvolvimento pessoal e profissional, e na promoção de partilha de conhecimentos. Esta contribui para a prestação de cuidados seguros, para tomadas de decisão adequadas e conscientes, sendo o pilar principal na consolidação do saber, na prática especializada (Dias & Fernandes, 2022). Sendo multidimensional, a investigação permite, ainda, a produção e conceção de evidências confiáveis nos domínios da prática, da educação e da gestão (Brink et al., 2018). A prática clínica sustentada na evidência, pode ser comprovada pela produção de estudos de investigação. Neste sentido, foi realizada uma *scoping review*, cuja publicação em revista se encontra em curso, sobre a “Informação para a Continuidade dos Cuidados de Enfermagem na UCPA” (DOI:10.17605/OSF.IO/9P4CD), com o objetivo de mapear a evidência científica relativa à informação a ser transmitida para assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem na UCPA. A realização desta revisão, visou aperfeiçoar a capacidade de pesquisa e de consulta científica, e a aptidão de redigir um artigo, com base nos princípios metodológicos mais indicados ao tipo de estudo. De referir que, a UC de Investigação em

Enfermagem foi basilar para este processo.

O domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais combina a vertente do autoconhecimento e assertividade, e a vertente da prática especializada sustentada na evidência científica. O autoconhecimento e a assertividade proporcionam uma melhor percepção de si mesmo e do próprio valor, enquanto ser profissional e pessoal, essencial para que o enfermeiro consiga e saiba posicionar-se, em diversas situações na sua prática, e a institua de forma eficiente e ética. A reflexão crítica favorece o conhecimento, possibilitando uma tomada de decisão mais assertiva, alicerçada nas melhores evidências científicas disponíveis, além de contribuir para o autoconhecimento (Holley, 2022).

Além de todo o conhecimento teórico e prático, a assertividade, a inteligência emocional e a gestão positiva de conflitos, desenvolvidas através da formação académica, do fortalecimento do autoconhecimento e da construção de relações profissionais e terapêuticas eficazes, são essenciais para o crescimento individual e coletivo. Torna-se importante, o enfermeiro especialista identificar e antecipar situações de conflito, adotando uma postura proativa e empregando métodos oportunos para gerir estes momentos, como a comunicação eficaz, a escuta ativa, o diálogo em equipa e a gestão de prioridades, de modo a não comprometer a qualidade dos cuidados. Estes momentos oferecem uma oportunidade de apreciação e reconhecimento como profissionais competentes, no seio da equipa, capazes de responder de forma eficaz aos desafios e situações de imprevisibilidade. Todas estas conceções são basilares para atingir uma prática de excelência, liderança, trabalho em equipa, gestão de conflitos e aplicação de competências (Matos et al., 2021).

Relativamente ao exposto, procurou-se aprimorar o desenvolvimento profissional através da pesquisa em bases de dados e da consulta de manuais, protocolos, normas e instruções de trabalho, disponíveis na instituição onde decorreu o ENP. Estes momentos de aprendizagem foram suplementados com momentos de discussão construtiva e partilha de ideias, com a enfermeira tutora e a restante equipa, possibilitando a integração e consolidação de conceitos e a mobilização e aplicação de conhecimentos, que foram anteriormente abordados nas UC's. Este processo ativo, contribuiu para a sustentação da prática clínica em evidência científica atual mas, também, para a consolidação do autoconhecimento.

No decorrer do estágio, foi possível compreender que a padronização de procedimentos e a aplicação de protocolos/feixes de intervenção, são estratégias importantes, uma vez que, creditam a qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória. Esta estratégia é enaltecida com o trabalho em equipa, possibilitando a promoção do autoconhecimento, aquisição e desenvolvimento de saberes, habilidades e competências, resultando em melhorias nos processos de cuidados. O ENP, também, foi em si um percurso formativo excepcional, pelas oportunidades e experiências vivenciadas, que permitiam a reflexão crítica, a partilha de ideias e a interação com enfermeiros que detêm uma vasta experiência

perioperatória.

No BO central, especialmente na sala de urgência/emergência, existiram várias situações de imprevisibilidade, nas quais o autoconhecimento e a consciencialização dos limites pessoais contribuíram para a evolução profissional e de estratégias de gestão de emoções, sentimentos e pressão. Estes momentos exigiam uma atuação rápida e eficiente da equipa, quer da área cirúrgica quer da anestésica, nos quais o fator tempo era decisivo na eficácia e eficiência da intervenção. Notou-se que a equipa apresentou competência no desempenho das suas funções específicas e na coordenação das situações, e que a colaboração de todos os elementos foi crucial para o sucesso das intervenções.

Similarmente, a conceção de cuidados possibilita a aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos, a tomada de decisões apoiadas em evidência científica, e a implementação de intervenções, de forma organizada, individualizada e priorizada. Esta, através da colheita e seleção de dados relevantes, da determinação de objetivos, da identificação de diagnósticos, e do planeamento de intervenções direcionadas à pessoa e família/pessoa significativa, apoia a individualização dos cuidados. Os casos clínicos, realizados ao longo do estágio, demonstram um compromisso com a excelência dos cuidados de saúde, destacando a pertinência de decisões fundamentadas em conhecimento científico. A associação entre a experiência prática e as diretrizes baseadas em evidências, visa aprimorar a qualidade dos cuidados. Além disso, a elaboração dos casos clínicos permitiu uma análise minuciosa da prática, enfatizando as particularidades da atuação autónoma da enfermagem, especialmente em procedimentos invasivos.

A reflexão do enfermeiro sobre a sua prática clínica, consente a identificação de áreas prioritárias e deficitárias de formação, contribuindo para a valorização da profissão e para o incentivo à qualidade dos cuidados (Regulamento nº 140/2019). Assim, impõe-se o planeamento e elaboração de formação contínua em serviço, adaptada às necessidades dos contextos e das equipas, tal como a implementação, divulgação e monitorização das normas e procedimentos institucionais (Ferreira, 2015). A formação em serviço é uma mais-valia para o aprofundamento e desenvolvimento de competências, que ocorrem da resolução de problemas intrínsecos aos contextos/situações de trabalho, para a produção de novos saberes em enfermagem, vocacionados à prestação de cuidados eficazes, eficientes e adequados à evolução atual (Menoita, 2011). O enfermeiro deve assumir a responsabilidade de facilitar a aquisição de conhecimentos no ambiente de trabalho, atuar como um formador adequado, identificar necessidades formativas do serviço/equipa, gerir processos formativos, promover a aprendizagem, aprimorar a execução das formações, e incentivar o desenvolvimento de habilidades. Foi possível, ainda, presenciar o trabalho desenvolvido pelos elementos do Núcleo de Formação do serviço, e toda a gestão inerente a este processo.

Considerando o exposto, a participação em ações de formação é um momento enriquecedor e

precioso para adquirir novos saberes, aprimorar habilidades, expandir horizontes, e atualizar conhecimentos e práticas. Durante o estágio, foi possível assistir a formações em serviço, que eram realizadas todas as sextas-feiras, proporcionando um acréscimo de conhecimentos na área de enfermagem perioperatória, a troca e a discussão produtiva de ideias, entre a equipa, com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Entre essas formações destacam-se as seguintes: “Stop Infecção”, “Desfibrilador e Desfibrilação” e “Mitos e Verdades da UCPA”. Houve, ainda, a possibilidade de participar na elaboração das formações sobre a “Abordagem Inicial à Anestesia Pediátrica” e “Anestesia em Locais Remotos – Segurança do Enfermeiro/Doente”.

No âmbito da aquisição e sedimentação de conhecimentos e de aprendizagens, foram elaborados dois e-pósteres e uma comunicação livre, para apresentação em dois congressos, como autora principal. A comunicação livre foi sobre “O Impacto do *Briefing* e *Debriefing* na Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Contexto Perioperatório: *Scoping Review*” (Anexo 6), onde se mostrou que esta prática apresenta evidentes benefícios, contribuindo para uma cultura de segurança robusta, uma prática de enfermagem mais eficaz e para a melhoria contínua dos cuidados, através da aprendizagem reflexiva. Um dos e-pósteres foi sobre “*Lean Six Sigma* na Melhoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Perioperatórios: Revisão Integrativa” (Anexo 7), que permitiu concluir que esta metodologia consente a otimização de processos, a redução de desperdícios e a padronização de fluxos de trabalho, resultando em ganhos evidentes, como a melhoria da segurança do cliente, a redução da prevalência de lesões por pressão e o aumento da disponibilidade dos enfermeiros para cuidados diretos e centrados no cliente, aumentando a qualidade dos cuidados de enfermagem em contexto perioperatório. O outro e-póster abordou a mesma temática que a *scoping review*, “Informação para a continuidade dos cuidados de enfermagem na UCPA”, no entanto, foram apresentados apenas os resultados preliminares da mesma (Anexo 8). Enquanto coautora, foi elaborado e apresentado um póster para o Encontro de *Benchmarking* da Mesa do Colégio da Especialidade de EMC 2024, intitulado “O Impacto da Utilização da Metodologia *Lean Six Sigma* no Turnover Cirúrgico: Uma Revisão da Literatura” (Anexo 9). Como complemento ao desenvolvimento de aprendizagens profissionais, e paralelamente ao ENP e ao curso de MEMCPSPE, sucedeu-se a concretização de um curso de formação profissional de enfermagem de anesthesiologia, acreditado pela OE.

Competências Específicas

As competências específicas do enfermeiro especialista são aquelas que decorrem das respostas humanas aos processos de vida, aos problemas de saúde e ao campo de atuação específico de cada especialidade, evidenciadas por um alto nível de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (OE, 2019a).

Os cuidados de saúde perioperatórios ocorrem num dos contextos mais complexos da área da saúde, e onde situações de alto risco podem ocorrer, pelo que é importante que as equipas, que nele desempenham funções, sejam altamente qualificadas e treinadas, de forma a responder às necessidades do cliente (Ministério da Saúde, 2015a).

O enfermeiro especialista, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, tem como função garantir e prestar cuidados de enfermagem específicos e de qualidade, nas três fases do perioperatório (pré, intra e pós-operatório), nomeadamente no âmbito da gestão e liderança, educação, investigação, e na prestação direta de cuidados, abrangendo cinco áreas de atuação: a consulta perioperatória, a anestesia, a circulação, a instrumentação e os cuidados na UCPA. Os cuidados perioperatórios não se restringem apenas ao BO, estes estendem-se também às unidades de CA, unidades de endoscopia, cateterismo cardíaco, imagiologia, radiologia de intervenção, e serviços de esterilização (AESOP, 2015b; *European Operating Room Nurses Association*, 2023).

Conforme descrito no Regulamento nº 429/2018, as competências específicas do enfermeiro especialista, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, visam o cuidado à pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa, e maximizar a segurança da pessoa e da equipa multidisciplinar, tendo em consideração a consciência cirúrgica (OE, 2019a).

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

A pessoa em situação perioperatória depara-se num contexto com importantes especificidades, que transformam o cuidar especializado num desafio diário na procura pela individualidade, essencial ao cuidado de excelência imposto ao enfermeiro especialista em EMC, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. Como abordado anteriormente, a pessoa em situação perioperatória enfrenta um estado de fragilidade perante a sua condição de saúde alterado, os riscos a que está sujeita e a incógnita do futuro (Rauta, 2019). Os padrões de qualidade dos cuidados especializados, neste contexto, estão sustentados em cinco pilares: o reconhecimento e capacitação da outra pessoa, a vulnerabilidade, a responsabilidade de cuidar, a gestão do risco e a consciência cirúrgica (OE, 2017).

No desenvolvimento da competência específica do cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa, são consideradas as seguintes unidades de competência: capacitar a pessoa e família/pessoa significativa, para a gestão da experiência cirúrgica; promover cuidados à pessoa em situação perioperatória; e desenvolver a sua intervenção numa perspetiva interprofissional. Considerando a especificidade das necessidades do cliente perioperatório, o enfermeiro especialista deve mobilizar saberes e aptidões para

cuidar da pessoa e família/pessoa significativa, visando o seu entendimento do processo experienciado e a experienciar, promovendo a capacidade do autocuidado e reintegração familiar e social (Regulamento nº 429/2018).

A prestação dos cuidados deve ser o mais individualizada possível, considerando as necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais, assim como as expectativas e particularidades de cada cliente, de modo a desenvolver estratégias de defesa e garantir uma experiência perioperatória mais satisfatória possível (AORN, 2019; OE, 2017). A ação do enfermeiro especialista, em contexto perioperatório, deve, igualmente, assegurar os princípios da excelência dos cuidados de saúde, tendo em atenção a recuperação e a capacitação do cliente, para lidar com a sua situação perioperatória e com as mudanças que desta possam surgir (Giordani et al., 2015).

Os cuidados de enfermagem perioperatórios integram, portanto, o planeamento, a prestação e a avaliação dos cuidados na polivalência das áreas de atuação, como a consulta perioperatória, a anestesia, a circulação e a instrumentação, e os cuidados pós-anestésicos, comportando as fases pré, intra e pós-operatória (Regulamento n.º 429/2018). Assim, o enfermeiro especialista apresenta um conjunto de saberes teóricos e práticos, no contexto perioperatório, reconhecendo as necessidades individuais do cliente, planeando e executando os cuidados de forma exímia, com destreza e segurança, avaliando, posteriormente, os resultados obtidos da sua prática (AESOP, 2012). Com esta abordagem, torna-se patente a preocupação em preservar a dignidade da pessoa humana, assegurando que o cliente tem um papel ativo no processo de tomada de decisões (Sundqvist et al., 2018).

O período pré-operatório inicia-se com a decisão do tratamento cirúrgico e termina aquando da transferência do cliente para a mesa cirúrgica, comportando a consulta e o telefonema pré-operatórios, e o acolhimento e preparação do cliente para a cirurgia. Os cuidados pré-operatórios visam informar o cliente, promover o seu entendimento e prepará-lo para o processo, através de intervenções de apoio, ensino, informação e treino.

No contexto de estágio, a consulta pré-operatória de enfermagem era realizada em conjunto com a consulta pré-operatória de anestesia, não sendo possível o emprego, ao pormenor, da prática de enfermagem, na mesma. Entendem-se as vantagens da consulta pré-operatória conjunta, como a abordagem multidisciplinar mais abrangente do cliente, a identificação mais eficaz dos riscos e possíveis complicações, a melhor comunicação entre profissionais, que permite um planeamento mais individualizado e completo. No entanto, encontram-se algumas desvantagens, que colocam a prática de enfermagem perioperatória numa posição limitadora. Verifica-se que o enfermeiro fica condicionado pelos tempos e pela condução da consulta por parte do anestesista, colocando em causa a sua intervenção autónoma e os dados que deve colher para assegurar a continuidade e a individualidade dos cuidados de enfermagem. Além do mais, pode tornar-se num momento confuso para o cliente, que à partida já está ansioso, quer

pela quantidade de informação que é transmitida, quer pela dificuldade em entender quem é o responsável por cada informação.

A consulta pré-operatória de enfermagem é crucial para avaliar as necessidades do cliente e família/pessoa significativa, oferecendo informações claras e explicações detalhadas sobre o procedimento cirúrgico e os cuidados necessários a ter, antes e depois da cirurgia, o que irá promover uma redução de inseguranças e uma boa expectativa quanto à experiência cirúrgica, bem como a perceção do cliente no controlo da situação (AESOP, 2012; Morais et al., 2019). Este processo, visa minorar a insegurança e fomentar as expectativas positivas, capacitando o cliente a tomar decisões informadas sobre a sua saúde. A interação entre enfermeiros e clientes permite identificar necessidades individuais, iniciando a organização do plano de cuidados de enfermagem (Breda & Cerejo, 2021). Estudos indicam que, a consulta pré-operatória diminui a ansiedade, e contribui para uma melhor gestão da dor e prevenção de complicações pós-operatórias, permitindo otimizar o processo de recuperação pós-operatória e diminuir o número de dias de internamento hospitalar, além de melhorar a satisfação dos clientes, através de informações claras e atenção cirúrgica humanizada (Giordani et al., 2015; Malagutti & Bonfim, 2013; Ertürk & Ünlü, 2018; Breda & Cerejo, 2021; Silva et al., 2022).

No dia da cirurgia, o primeiro contacto com o cliente é o momento do acolhimento/admissão, no qual deve ser estabelecida uma relação terapêutica de confiança e humanizada, através do saber ouvir, da atenção e de uma comunicação eficaz (Brezolin et al., 2020). Este é um momento de elevada ansiedade para o cliente, pelo que explicar os procedimentos e os objetivos, esclarecer dúvidas e mitos, auxiliam na tranquilização e na colaboração do cliente (Silva, 2016). Neste momento, é importante o enfermeiro apresentar-se ao cliente, recebê-lo e acolhê-lo à entrada do BO, e preencher a *checklist* de verificação pré-operatória, conforme norma da OMS (Ferrito, 2014).

Em contexto prático de estágio, comprovou-se que os clientes que estavam mais informados e esclarecidos, eram aqueles que se encontravam, também, mais tranquilos. Este momento, permitiu compreender que muitos clientes apresentavam escassez de informações e algumas dúvidas acerca dos procedimentos, exigindo uma atenção redobrada por parte dos enfermeiros do BO, no esclarecimento dessas questões. Nesse momento, era necessário que o enfermeiro abordasse o máximo de informações, de forma clara e simples, para o melhor atendimento do cliente, solicitando sempre o consentimento para a execução das intervenções, explicando o objetivo das mesmas, permitindo, desta forma, a tranquilização do cliente e o seu envolvimento no processo, para um melhor resultado.

Anteriormente, neste contexto hospitalar, existia a função de enfermeiro de acolhimento, um enfermeiro cuja intervenção se centrava, apenas, no acolhimento e admissão dos clientes no BO. Esta função foi irradiada dada a escassez de recursos humanos e as necessidades constantes de substituir outros enfermeiros em postos imprescindíveis. Esta informação levou à

reflexão e discussão de conceitos com a enfermeira tutora, surgindo a ideia de melhorar fisicamente a sala de acolhimento do BO. Esta apresenta uma estrutura fria e impessoal, com paredes brancas e vazias, na qual os clientes aguardam sozinhos pela cirurgia. Dado o período de estágio ser limitador na dimensão necessária a este tipo de intervenção, ficou a sugestão de melhoria desta sala, de modo a torná-la mais acolhedora, com a possibilidade de colocação de música tranquilizante (reduzindo a ansiedade), e uma temperatura mais agradável (reduzindo os episódios de hipotermia).

No intraoperatório, a atuação do enfermeiro varia conforme a sua função de anestesista, circulante ou instrumentista, envolvendo sempre a coordenação e gestão de um conjunto de atividades, desde a preparação da sala e dos materiais necessários, a transferência e posicionamento do cliente, a manutenção da normotermia, a promoção de uma técnica asséptica correta e a promoção de um ambiente físico e psicológico seguro (Ferrito, 2014; Graham, 2009). No fundo, a intervenção do enfermeiro centra-se na segurança do cliente e dos profissionais, na simplificação do procedimento, na prevenção de complicações, e na satisfação das necessidades fisiológicas em resposta à intervenção cirúrgica e anestésica (Silva, 2016). Neste período, o trabalho e a complementaridade em equipa são muito importantes, tal como, uma comunicação eficaz, com o objetivo de maximizar a segurança e minimizar o risco. O posicionamento cirúrgico é uma responsabilidade compartilhada por todos, sendo essencial a mobilização de conhecimentos e a implementação de estratégias de prevenção de quedas, deslizamentos e de lesões por pressão, através da utilização de dispositivos de proteção e de alívio de pressão (Barroso et al., 2021; Flauzino et al., 2021; Maya, 2022).

Relativamente ao enfermeiro de anestesia, este trabalha em conjunto com o anestesista, tendo a autonomia da monitorização contínua dos parâmetros vitais do cliente, promovendo a normotermia, a normoglicemia, e estando atento a possíveis sinais/sintomas de complicações ou intercorrências, prevenindo e agindo em conformidade e com conhecimento. O enfermeiro instrumentista é aquele que auxilia os cirurgiões na área estéril; este deve proceder à correta preparação cirúrgica das mãos, e é responsável pela preparação da mesa cirúrgica, pela contagem de itens cirúrgicos quantificáveis, e verificação da integridade e estado do material cirúrgico. O enfermeiro circulante colabora na preparação da sala e dos itens cirúrgicos, na preparação estéril dos restantes membros da equipa, auxiliando o instrumentista na desinfeção do local cirúrgico, na verificação do material e contagem de itens (Salgueiro, 2014).

O pós-operatório decorre desde a admissão do cliente na UCPA até à alta clínica e acompanhamento no pós-alta, através dos telefonemas pós-operatórios (Ferrito, 2014). Em contexto de BO central, em cirurgias convencionais, o pós-operatório foca-se nos cuidados imediatos na UCPA, que visam a manutenção dos sistemas fisiológicos do cliente, monitorização contínua e avaliação crítica do seu estado, antecipação e prevenção de complicações, e a atuação célere e competente. A prestação de cuidados, neste período, centra-se no bem-estar, conforto e segurança do cliente, o que exige competências específicas, aliadas à capacidade de

diagnosticar e gerir, eficazmente, as mudanças de estado de saúde do cliente (Ward & Morris, 2009).

Para que a continuidade e a qualidade dos cuidados sejam asseguradas, em todo o processo perioperatório, é imperativa uma comunicação eficaz e completa. Esta, surge como ponto de partida para o desenvolvimento do projeto de competências específicas do enfermeiro especialista, em contexto perioperatório, promovendo a segurança dos cuidados e prevenindo a ocorrência de eventos adversos (DGS, 2017; AORN, 2018; Müller et al., 2018; Barroso et al., 2021; Wang et al., 2021; Servas et al., 2022; Miranda et al., 2023). Como referido previamente, neste relatório, os processos de transmissão de informação podem ser complexos, especialmente em condições em que os profissionais se encontram sob maior pressão, em que há fatores externos como ruídos, distrações e/ou interrupções, diversas funções a executar em simultâneo, ou a sobreposição de vozes, podendo colocar em causa a capacidade de resposta em tempo útil do enfermeiro recetor, comprometendo a realização das suas intervenções (Dusse et al., 2021). Assim, as informações devem ser transmitidas de forma clara, concisa, completa, e inequívoca, através de um processo estruturado e padronizado, recorrendo ao uso de instrumentos/ferramentas (Robins & Feng, 2015; Tan & Tan, 2015; Kitney et al., 2018; Wang et al., 2021).

Nos artigos analisados na *scoping review*, foi explícita a referência a informações consideradas críticas e essenciais a serem transmitidas para a continuidade de cuidados de enfermagem na UCPA, tais como: a identificação completa do cliente, o procedimento cirúrgico, o tipo de anestesia, antecedentes pessoais e cirúrgicos, níveis de dependência, alergias, terapêutica instituída no intraoperatório, intercorrências intraoperatórias, perda de sangue estimada, presença de dispositivos médicos, e plano de cuidados pós-operatório. Foi consensual que a transmissão de informações oportunas, na transição de cuidados para a UCPA, efetivamente, reduziu os eventos adversos e melhorou a gestão de complicações e emergências pós-operatórias, reduziu, significativamente, a taxa de esclarecimentos e dúvidas, e melhorou a qualidade da transferência dos clientes (Robins & Feng, 2015; Tan & Tan, 2015; Kitney et al., 2018; Wang et al., 2021; Zemedkun et al., 2022).

A prática clínica durante o ENP, permitiu a implementação e a aplicação do instrumento de transmissão de informação, com base nos resultados da *scoping review*, como abordado anteriormente. Este foi utilizado nos momentos de transferência da sala operatória para a UCPA, no entanto, o seu uso rapidamente se propagou para as transferências de cuidados para outros serviços, como internamentos ou unidades de cuidados intensivos/intermédios. O instrumento foi considerado uma mais-valia, pela maioria dos elementos da equipa (enfermeiros e anestesistas), para transmitir informações consideradas críticas e essenciais, visando assegurar a continuidade dos cuidados, de forma completa e estruturada. A transmissão completa de informações é essencial para que, a equipa de enfermagem na UCPA, esteja ciente do histórico do cliente e dos procedimentos cirúrgico e anestésico realizados. Estas informações, não só

ajudam a elaborar um plano de cuidados personalizado e especializado para cada cliente, como também, permite a identificação precoce de possíveis alterações/complicações, e possibilita atuar de forma mais célere, contribuindo para a melhoria da qualidade de cuidados prestados (Robins & Feng, 2015; Tan & Tan, 2015; Kitney et al., 2018; Wang et al., 2021; Zemedkun et al., 2022).

Um fator importante e inerente à prestação de cuidados de qualidade, individualizados e centrados no cliente, é a articulação de todas as fases do processo perioperatório. Conforme sugerido no *Perioperative Patient Focused Model*, os enfermeiros especialistas, em contexto perioperatório, devem prestar cuidados direcionados à pessoa em situação perioperatória, agindo de acordo com a sua singularidade e individualidade, caso contrário, irão prestar cuidados direcionados ao procedimento cirúrgico/anestésico e não cuidar da pessoa como ser individual (AORN, 2020; Hesbeen, 2001).

Durante a experiência de estágio, houve a oportunidade de integrar cirurgias de inúmeras especialidades cirúrgicas, quer eletivas quer em situações de urgência/emergência, com diversas técnicas anestésicas, em clientes de várias faixas etárias e com várias patologias de base, que mereciam uma especial atenção. Esta diversidade de experiências exigiu uma procura constante de conhecimentos, e capacidades de adaptação às particularidades de cada momento. Sucederam-se algumas situações emergentes, nas quais se verificou uma gestão eficaz do *stress* e de conflitos, onde decorreu uma abordagem ABCDE do cliente, de forma rigorosa, e onde o trabalho em equipa foi exemplar, envolvendo a adaptação e a tomada de decisões rápida e fundamentada, visando o melhor resultado para o cliente. No final destas situações, existiam momentos de *debriefing*, com o intuito de melhorar práticas através de uma reflexão crítico-reflexiva do que foi feito e do que poderia ter sido melhorado.

Na UCPA, verificou-se ser imperativo o domínio do conhecimento sobre os procedimentos cirúrgicos e as técnicas anestésicas, a observação e monitorização atentas, a organização, a deteção precoce de complicações, e a capacidade de resposta e tomadas de decisão céleres e fundamentadas.

Uma vez que, a realização do ENP foi direcionada para a área anestésica, e considerando que o cuidado anestésico à pessoa vai além do BO, foi viável a experiência de prestar cuidados em locais NORA. Estes são locais remotos ao BO, onde são executadas técnicas minimamente invasivas, em procedimentos de diagnóstico e/ou terapêuticos, com necessidade de suporte anestésico como, por exemplo, broncoscopias, ablações cardíacas, cardioversões, angiografias, colonoscopias, entre outras. Esta foi uma experiência enriquecedora, que alargou o campo de conhecimentos e habilidades no âmbito do papel do enfermeiro especialista. Este locais, isolados do BO e de ajuda diferenciada, apresentam desafios que podem impactar, significativamente, a segurança do cliente e dos profissionais de saúde, resultando em maiores taxas de eventos adversos ou de complicações, por apresentarem níveis de segurança

consideravelmente mais baixos e níveis mais altos de ansiedade, *stress* e maior fluxo de trabalho e um ritmo acelerado (Webster, 2023). Veio-se a verificar que, o fortalecimento de práticas seguras, a capacitação específica e a preparação dos profissionais, assim como a implementação de protocolos adaptados, são essenciais para minimizar esses riscos. Os enfermeiros devem estar cientes dos riscos inerentes, nestes locais, quer para o cliente quer para os próprios profissionais de saúde, e zelar pela segurança de todos, tal como, também, devem ser experientes e preparados para agir em situações adversas. Neste contexto, é importante um planeamento minucioso do procedimento, uma avaliação pré-anestésica detalhada, monitorização rigorosa e acesso rápido a recursos de suporte avançado de vida, como carros de emergência completos e desfibrilhadores.

Inerente ao papel do enfermeiro especialista, e ainda na área anestésica, houve a oportunidade de participar na unidade de dor aguda pós-operatória, dentro e fora do BO. A operacionalização desta unidade é realizada por uma equipa especializada em dor aguda, constituída por um anestesista e um enfermeiro, que dá assistência a todos os clientes referenciados para a unidade da dor aguda. Nesta visita, realiza-se a avaliação, o acompanhamento e a documentação dos aspetos sensíveis aos cuidados perioperatórios, como gestão da dor, deteção de possíveis complicações pós-operatórias, otimização de dispositivos associados à analgesia (analgesia controlada pelo cliente - PCA), efeitos secundários, e gestão e preparação dos dispositivos de infusão contínua de medicação. Este trabalho experiente, centrado no cliente e individualizado, contribui para uma gestão eficaz da dor pós-operatória, resultando na recuperação da autonomia mais rápida e efetiva, diminuindo o tempo de internamento.

O estágio proporcionou o desenvolvimento de competências no âmbito do cuidar da pessoa em situação perioperatória, onde a prática clínica baseada na conceção estruturada e sistemática de cuidados, favoreceu a aprendizagem e a consolidação de conhecimentos. Com o estágio e a reflexão contínua a ele inerente, tornou-se patente a necessidade de um olhar mais crítico sobre a prática clínica, refletida na explanação de casos clínicos, baseados em situações reais e específicas dos cuidados de enfermagem perioperatórios, vivenciadas durante esse período. Procurou-se identificar as necessidades individuais do cliente, os focos de atenção e os diagnósticos, formulando objetivos, prescrevendo e realizando intervenções delineadas para cada cliente. Após a implementação do plano de cuidados, deu-se uma reflexão e avaliação do mesmo e da eficácia das intervenções, possibilitando ajustar o plano se necessário, e como forma de melhoria dos cuidados prestados e evolução enquanto profissional (Costa et al., 2018). A elaboração e a representação dos cuidados de enfermagem perioperatórios em casos clínicos reais, utilizando a ontologia de enfermagem, refletem o alcance dos objetivos deste estágio de desenvolvimento profissional (Kuiper et al., 2017). Isso demonstra a integração e a aplicação dos conhecimentos e habilidades adquiridas durante o mestrado, nas experiências e situações de cuidados em contexto clínico de estágio.

A ontologia de enfermagem é importante no desenvolvimento de sistemas de informação de

enfermagem, apoiando a descrição dos cuidados e o processo de tomada de decisões (Bastos, et al., 2021). A ontologia consiste na definição dos principais conceitos da disciplina de enfermagem, juntamente com as suas inter-relações, fundamentadas nas melhores evidências. Esta possibilita que todos os sistemas que a utilizem, possam processar informações de forma compatível sob uma perspetiva semântica (OE, 2020). As terminologias padronizadas em enfermagem, que formam uma linguagem comum, são essenciais para garantir a consistência entre as informações registadas pelos enfermeiros durante a prática clínica e os dados contidos nos planos de cuidados. Essas terminologias são fundamentais para evidenciar o impacto dos cuidados de enfermagem nos resultados dos clientes, nos diversos contextos de atuação (Cesare et al., 2023).

Importa destacar o papel do registo da conceção de cuidados, e da inclusão de outras informações relevantes nos sistemas de informação. Estes são essenciais para garantir a qualidade, a segurança, a organização, a eficiência e a humanização dos cuidados de enfermagem, além do seu caráter legal e ético. Por conseguinte, é necessário empregar modelos de dados que sejam clinicamente relevantes e estritamente relacionados, integrando o conhecimento da profissão, de modo a representar conceitos ou informações adequadas (Hovenga et al., 2005). A implementação correta dessas terminologias é crucial, uma vez que estas aumentam a capacidade dos enfermeiros de identificar e registar diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados individualizados para cada cliente, além de possibilitar a avaliação da eficácia das intervenções e facilitar a continuidade dos cuidados (De Groot et al., 2020). O registo dos cuidados é crucial durante todo o processo perioperatório, pois permite a transmissão de informações e assegura a continuidade dos cuidados. Durante o estágio, os registos relacionados ao processo do cliente eram sempre realizados de forma estruturada e completa, nas aplicações *SClinic* e *PatientCare*.

As UC's frequentadas durante o curso de mestrado, especialmente as de Conceção de Cuidados, de Assistência de Enfermagem no BO, Modalidades e Abordagens Cirúrgicas, Preparação e Recuperação Cirúrgica, e Emergências Médicas, Cirúrgicas e Situações de Exceção, deram um contributo primordial no desenvolvimento de competências no âmbito do cuidar da pessoa em situação perioperatória, em contexto de estágio. Cada UC, ao abordar conteúdos específicos, não só promoveu o conhecimento teórico mas, também, habilidades práticas que são cruciais na prática clínica.

- **Maximizar a segurança da pessoa em situação perioperatória e equipa multidisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica**

Considerando o elevado risco associado aos procedimentos realizados em contexto perioperatório, à complexidade do ambiente e dos recursos envolvidos, e à vulnerabilidade do cliente, a segurança dos cuidados é fulcral para prevenir a ocorrência de eventos adversos.

Estudos demonstram que o cliente cirúrgico está mais suscetível à ocorrência de eventos adversos, comparativamente ao cliente não cirúrgico, e que os eventos adversos associados ao ambiente perioperatório representam a maioria dos eventos hospitalares (Mota, 2021).

O enfermeiro especialista está inserido numa equipa pluridisciplinar, dinâmica e coordenada, que exige ótimas habilidades clínicas e de comunicação, em que a sua prioridade e responsabilidade é a completa segurança do cliente, prestando cuidados seguros e centrados no mesmo (AORN, 2017; Benze et al., 2021). Este emprega os seus conhecimentos e aptidões para garantir a segurança do cliente e dos cuidados prestados, assim como, também, dos profissionais envolvidos no processo, atuando sempre em conformidade com os princípios éticos e legais da profissão (Regulamento nº 429/2018, 2018).

A gestão de riscos envolve a identificação, avaliação, controlo e monitorização de possíveis riscos, para o cliente e para os profissionais de saúde, com o objetivo de minimizar as consequências negativas e maximizar os benefícios de uma determinada situação (*Federation of European Risk Management Associations*, 2003). O estudo da gestão do risco e o controlo da segurança, fortalecem a necessidade de implementar capacidades e cuidados que minimizem a ocorrência de incidentes, eventos adversos e complicações. Por conseguinte, o enfermeiro especialista identifica estratégias de melhoria da qualidade e elabora recomendações e normas, assegurando a sua implementação nos serviços (AESOP, 2013).

Nesta perspetiva, a presente unidade de competências visa a demonstração de uma consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes, competências de liderança no processo de prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados perioperatórios, e competências de promoção da gestão e do controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório (Regulamento nº 429/2018, 2018). Releva-se, como fundamento a seguir, o conceito de consciência cirúrgica, descrito como conceção ética que explana o dever moral de assegurar a assepsia cirúrgica e a segurança do cliente. Segundo Quintana (2022), o enfermeiro que possui consciência cirúrgica e habilidades de a colocar em prática, aumenta a probabilidade do resultado ser satisfatório para o cliente.

Tal como abordado antes, o PNSD 2021-2026 fomenta a segurança da pessoa em situação perioperatória, sendo uma instância do papel do enfermeiro especialista a aplicação das premissas preconizadas no plano, servindo de pilares norteadores no desenvolvimento de competências. Também, o *Perioperative Patient Focused Model* descreve a segurança do cliente como um dos seus domínios, defendendo que o enfermeiro deve prestar cuidados que protegem os clientes de lesões físicas não associadas aos efeitos terapêuticos desejados do procedimento cirúrgico (Rothrock & Smith, 2000; Van Wicklin, 2020). Desta forma, a segurança do cliente é um foco de atenção e uma área de atuação do enfermeiro especialista, no contexto perioperatório, que é alcançada através da mobilização de conhecimentos, competências científicas e relacionais, certificando a colaboração organizacional (Silva, 2016).

No programa “Cirurgia Segura, Salva Vidas”, a segurança cirúrgica é o segundo desafio global para a segurança do cliente e, neste, está incluída como estratégia a implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica, como abordado já neste relatório. Esta lista permite a confirmação das etapas da cirurgia por parte de todos os elementos da equipa. Houve a possibilidade de colaborar na sua realização e no correto registo da mesma, embora existisse alguma resistência por parte de alguns elementos (especialmente cirurgiões), na sua correta execução (em voz alta e nos *timings* recomendados). A implementação desta estratégia tem a finalidade de reduzir a morbilidade e a mortalidade em contexto de BO, melhorando o trabalho e a comunicação em equipa, e funcionando como elemento simplificador na correta identificação do cliente, do procedimento e do local cirúrgico, na aplicação de práticas anestésicas universais, e na prevenção da ILC (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015; Armstrong et al., 2022).

Inerente à responsabilidade do enfermeiro especialista neste âmbito, emerge a verificação da sala operatória, de todos os materiais e equipamentos necessários aos procedimentos, e se estes estão operacionais, através da realização de testes (sistemas de aspiração, ventilador, luzes, condições ambientais, ...), antes da admissão do cliente na sala operatória. No ENP notou-se estar enraizada na rotina esta verificação, e o preenchimento da *checklist* de verificação da sala operatória, quer pelo enfermeiro anestesista quer pelo circulante. Estas verificações, padronizadas e apoiadas em ferramentas estruturadas, permitem garantir que não existem lacunas e que as condições de segurança da sala e dos equipamentos estão asseguradas (Sanclémente-Dalmau et al., 2022). Assim, é salvaguardada a presença dos dispositivos e materiais, de forma íntegra e operacional, assegurando, também, que estes são utilizados conforme as instruções do fabricante, garantindo a segurança e as boas práticas na utilização dos dispositivos médicos (AESOP, 2013). Além disso, deve participar da elaboração e implementação do processo de reprocessamento dos dispositivos médicos reutilizáveis, bem como emitir apreciações técnicas para a aquisição dos mesmos. Pertence, também, ao enfermeiro, o papel de assegurar a correta identificação e acondicionamento das peças para anatomia patológica e dos fluídos orgânicos, assim como a correta verificação aquando da administração de componentes sanguíneos, realizando sempre a dupla verificação (com outro enfermeiro ou médico), antes de qualquer administração.

O ambiente e as circunstâncias em que os cuidados de saúde são prestados, influenciam a segurança e a efetividade dos mesmos, contribuindo para a qualidade contínua dos cuidados. Por conseguinte, importa refletir que os profissionais que integram as equipas, também estão sujeitos a inúmeros fatores de risco de caráter físico, biológico, químico, tóxico, ambiental e/ou psicossocial. Neste sentido, devem ser promovidos ambientes de trabalho seguros, com condições de limpeza da sala operatória e respetivos equipamentos, e sistemas de ventilação (temperatura e humidade) (AESOP, 2012). Os recursos existentes, as dotações seguras e a adequação dos profissionais e das equipas de saúde, a formação dos profissionais, a estrutura organizacional, a existência de ferramentas e de instrumentos, os percursos de cuidados, o

desenho e confiabilidade dos processos, são algumas das condicionantes da segurança dos ambientes (Despacho nº9390/2021). As condições de uma boa prática congruentes com as dotações seguras, recomendadas pela OE, garantem condições de segurança para o início e a continuidade dos cuidados. O incumprimento destas condições, pode desencadear situações de *stress*, pelo que, o desenvolvimento de competências não técnicas, como aptidões sociais e emocionais, apresentam elevada relevância na gestão e proteção de situações de *stress* e de *burnout*. A comunicação eficaz, o trabalho em equipa, a gestão de conflitos e a capacidade de adaptação/flexibilidade, promove a criação de conjunturas para a prevenção de erros e garantia da segurança do cliente e dos próprios profissionais.

Garantir a segurança exige um esforço conjunto e constante de todos os intervenientes, adotando uma abordagem integrada, contínua e focada na promoção de uma cultura de segurança. Esta abordagem deve basear-se num modelo não punitivo, centrado na aprendizagem e na melhoria contínua (Despacho nº 9390/2021). Na prevenção e gestão de incidentes de segurança, é crucial o desenvolvimento de sistemas de notificação de incidentes, com o intuito de apresentar uma cultura centrada na melhoria contínua e na proteção do profissional e do cliente. A DGS, reconhecendo a importância desta notificação, criou o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (NOTIFICA), para que os profissionais de saúde possam comunicar eventos adversos ou quase eventos. Em contexto de estágio, foi possível observar o processo de notificação destes eventos, no entanto, foi perceptível uma grande resistência por parte de muitos profissionais, em notificar estas situações. Após uma análise reflexiva sobre o assunto, com a enfermeira tutora, concluiu-se que seria importante reforçar a informação acerca do sistema de notificação e do seu objetivo, esclarecendo a ideia de punição que ainda está patente no seio da equipa.

Um evento sentinela previsível e grave, que acarreta complicações para o cliente cirúrgico e coloca em causa a sua segurança, é a retenção inadvertida de itens quantificáveis (*Joint Commission*, 2013). Nesta perspetiva, o enfermeiro especialista deve proceder à contagem de itens quantificáveis durante os procedimentos, como compressas, tampões, instrumentos e corto-perfurantes, e colaborar na criação de protocolos de contagem de itens cirúrgicos (AESOP, 2013). No ENP, foi perceptível que os enfermeiros estão sensibilizados para a realização desta contagem, sendo algumas vezes executada em vários momentos durante o procedimento cirúrgico, se assim for necessário. Foi possível colaborar na contagem de itens cirúrgicos, e perceber que são utilizadas algumas estratégias, de forma a facilitar o processo e a não haver erros na mesma (divisão das compressas por tamanhos e lotes de 5, apontar no quadro da sala o número de compressas que foram para a mesa, entre outras).

Tal como explanado no presente relatório, o correto posicionamento cirúrgico, também, contribui para a segurança do cliente, e deve ser realizado em equipa multiprofissional, atendendo às particularidades do procedimento cirúrgico, as preferências do cirurgião, e as condições, restrições e patologias do cliente (Maya, 2022). Houve sempre a cooperação no

correto posicionamento cirúrgico, com o apoio de dispositivos disponíveis, de modo a garantir o conforto e a segurança do cliente. O posicionamento era realizado, sempre que possível, com o cliente acordado, de forma a manter o alinhamento corporal, aliviar as zonas de pressão, e evitar o compromisso de estruturas neuromusculares. Teve-se em conta, o melhor acesso para a monitorização, ventilação e administração de fármacos, com vista à prevenção de alterações respiratórias, cardiovasculares e tegumentares.

Inserido na gestão do risco, encontram-se estratégias e medidas de segurança relacionadas com a administração de fármacos e procedimentos anestésicos. O enfermeiro de anestesia tem a função de assegurar e garantir a responsabilidade e a segurança em todas as etapas de gestão de fármacos, que vai desde a prescrição, o acondicionamento, a preparação e a administração, e a monitorização dos seus efeitos (Cambotas et al., 2006). Além dos conhecimentos e habilidades de identificar complicações inerentes ao procedimento anestésico, o enfermeiro de anestesia deve apresentar conhecimentos e aptidões relativamente à identificação e organização aprimorada dos fármacos, segundo a metodologia LASA e de alto risco. Durante a preparação de medicação, foi tido sempre em atenção a correta preparação dos fármacos, a leitura completa dos rótulos para confirmação do mesmo e da dose, assim como a correta e completa identificação após a preparação (nome do fármaco, dose, data e hora de preparação). Esta organização e consistência são essenciais para evitar trocas de fármacos, e prevenir a ocorrência de eventos adversos.

Transversal à segurança do cliente, encontra-se a comunicação eficaz, com a transmissão completa e clara de informações essenciais para a continuidade de cuidados. No entanto, este processo deve ser complementado com registos de enfermagem integrais e atentos, para que haja uma leitura dos cuidados que já foram executados, e do plano estabelecido para cada cliente, assegurando assim a continuidade e consistência dos mesmos. Ao longo do ENP, os registos foram realizados sempre de forma mais completa possível, mas verificou-se que, na UCPA, nem todos os enfermeiros eram firmes da sua execução, registando apenas as escalas e as alterações/intercorrências que surgiam. No intraoperatório, não existe um sistema onde os cuidados de enfermagem possam ser registados, o que coloca em causa o papel do enfermeiro na sala operatória. Este foi um foco de reflexão e discussão com a enfermeira tutora e com alguns elementos da equipa, na necessidade e importância de haver registos no intraoperatório, de modo a dar continuidade ao plano de cuidados do cliente. Um aspeto que pode conduzir a mal-entendidos e erros, é o fato da terapêutica ser prescrita verbalmente pelo anestesista, e o enfermeiro não ter como confirmar e validar a medicação. Verificou-se que o programa *PatientCare* permite essa confirmação e validação por parte do enfermeiro no intraoperatório, assim como, todos os registos de enfermagem, com a identificação de diagnóstico e intervenções. Atendendo que, este sistema está ainda em fase de implementação, acredita-se que esta poderá ser uma realidade a médio/curto prazo, assegurando a segurança dos cuidados de enfermagem e o desenvolvimento/evolução da profissão.

Intrínseco à segurança da pessoa em situação perioperatória, o enfermeiro especialista lidera processos de prevenção e o controlo de infeção associados aos cuidados perioperatórios, dos quais faz parte o cumprimento das precauções básicas e baseadas nas vias de transmissão, como também, o cumprimento de normas institucionais e feixes de intervenção, relativamente à prevenção da ILC, da infeção relacionada com o cateter venoso central, da infeção urinária associada ao cateter vesical, e da infeção associada à intubação.

Neste contexto, o enfermeiro especialista deve manter, ao longo de todo o percurso cirúrgico, uma peculiar atenção das precauções básicas de controlo de infeção, precauções baseadas nas vias de transmissão e a implementação de auditorias, transportando evidência científica e metas, como a redução da incidência da IACS, a promoção do uso correto e responsável de antimicrobianos, e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência adquirida, orientando para a vigilância epidemiológica dos procedimentos cirúrgicos mais frequentes e de maior risco (DGS, 2013c).

É recomendado um conjunto de barreiras à contaminação do campo operatório e/ou da ferida cirúrgica, como comportamentos corretos de desinfeção cirúrgica das mãos, de vestir a bata estéril, de calçar luvas, de colocar os campos cirúrgicos e de movimento da equipa dentro da sala operatória (AESOP, 2012). No ENP, foi evidente a partilha da responsabilidade, por todos os elementos da sala, pela monitorização das várias diretrizes para a manutenção da assepsia cirúrgica, tendo sido sempre cumpridas as normas da assepsia e do controlo da contaminação na sua plenitude, de acordo com as evidências científicas mais atuais. O número de elementos dentro da sala operatória, também era um fator de atenção dos enfermeiros, uma vez que, a diminuição do fluxo na sala reduz o número de partículas potencialmente formadoras de colónias e contaminação.

As IACS são o evento adverso mais comum nos cuidados de saúde, sendo a ILC a terceira mais frequente em Portugal, afetando cerca de 1/3 dos clientes cirúrgicos (DGS, 2013c; Fundação Calouste Gulbenkian, 2018). A ILC é caracterizada pela infeção de uma área/parte do corpo, que decorre de um ato cirúrgico, podendo surgir até 30 dias pós-operatórios (Bashaw & Keister, 2019). No caso de procedimentos que envolvam a colocação de material estranho, como próteses ou implantes, a infeção pode ocorrer após 90 dias (OMS, 2018a). Além do impacto negativo que estas infeções acarretam na vida dos clientes, contribuem, ainda, para o aumento dos dias de internamento, da resistência aos antimicrobianos, e de intervenções cirúrgicas adicionais (OMS, 2018c).

No contexto perioperatório, a prevenção da ILC é definida como um dos pilares de segurança nos cuidados ao cliente, cujo sucesso depende essencialmente da redução ao máximo da quantidade de microrganismos com acesso à ferida cirúrgica, e da otimização das condições físicas do cliente, permitindo que o sistema imunitário possa eliminar os microrganismos que originam a ILC (DGS, 2013c; OMS, 2018a).

Para contrariar esta tendência, as instituições de saúde, quer nacionais quer internacionais, emitem normas, *guidelines*, e implementam programas, com o objetivo de diminuir as taxas de ILC. Neste seguimento, surge a Norma 020/2015 da DGS, atualizada em 2022, com feixes de intervenção para a prevenção da ILC, extensíveis a todas as cirurgias, e baseadas em evidência científica. Estas intervenções, quando implementadas em conjunto, promovem um impacto positivo maior e resultados melhores, do que a simples soma do efeito de cada intervenção independente (DGS, 2022b).

As diretrizes atuais recomendam o uso de soluções de clorhexidina de base alcoólica (exceto quando contraindicado) para a desinfeção cirúrgica da pele, antes de qualquer procedimento cirúrgico, uma vez que estas soluções atuam mais rapidamente e prolongam o efeito residual da atividade antimicrobiana (Beausoleil et al., 2022; DGS, 2022b; DGS, 2022d). Recomenda-se a realização de dois banhos pré-operatórios com clorhexidina a 2%, um no dia anterior à cirurgia e outro 2 horas antes do procedimento cirúrgico. Sempre que possível deve evitar-se a realização da tricotomia, mas quando necessária, esta deve ser efetuada imediatamente antes da cirurgia e com uma máquina de corte (DGS, 2022b). A técnica asséptica deve ser mantida, não só, durante todo o procedimento cirúrgico, mas também, na realização do tratamento à ferida cirúrgica, garantindo que o penso é mantido durante pelo menos 48 horas após a cirurgia (DGS, 2022b).

Preconiza-se a administração de antibioterapia profilática (sempre que indicada), nos 60 minutos antes da incisão cirúrgica, de modo a garantir as concentrações antimicrobianas adequadas, no plasma e tecidos, até à conclusão do procedimento. Em cirurgias prolongadas ou com perdas hemáticas superiores a 1,5L recomenda-se uma nova dose de antibioterapia (DGS, 2022b).

As restantes intervenções debruçam-se em assegurar a homeostasia do cliente durante o intra e o pós-operatório, recorrendo à manutenção da normotermia (temperatura $\geq 36^{\circ}\text{C}$), da normoglicemia (glicemia capilar ≤ 180 mg/dl) e da oxigenação ($\text{SpO}_2 \geq 95\%$) e perfusão adequada, durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes (DGS, 2022b). Durante o período de estágio, foi exequível uma cooperação no cumprimento das *guidelines* de prevenção de ILC, verificando-se que esta temática está interiorizada na prática diária dos enfermeiros, e que estes estão sensibilizados e dedicados na sua implementação. Conseguiu-se, em muitos momentos, proporcionar um ambiente mais confortável para o cliente, através do aquecimento prévio da mesa operatória, a utilização de lençóis quentes e mangas de aquecimento, sempre que o procedimento/técnica cirúrgica o permitisse. A normotermia era assim garantida no intraoperatório, sendo sempre continuada durante a permanência na UCPA, se assim se justificasse.

Ao longo de todo o ENP, foram tidas em conta as recomendações para a prevenção da transmissão cruzada da infeção, realizando sempre a higienização e desinfeção das mãos nos

momentos adequados, o uso correto dos equipamentos de proteção individual, e a gestão da implementação de medidas de contenção, prevenção de transmissão e descontaminação, aquando clientes com infeção comprovada.

A UC de Planos de Prevenção e de Controlo das IACS, permitiu adquirir uma base teórica sustentada com conhecimentos essenciais sobre as IACS, sendo um enorme contributo para a prática de cuidados seguros. Estes saberes proporcionaram momentos de reflexão das práticas e discussões, com a enfermeira tutora e com a equipa multidisciplinar, na implementação de medidas de melhoria contínua.

5. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação perioperatória abarcam várias especificidades, o que exige um conjunto de saberes, conhecimentos e competências especializados, por parte dos enfermeiros, de modo a proporcionar uma prestação de cuidados de qualidade e de excelência. A especialização da EMC, surge para dar resposta a esta necessidade, envolvendo a mobilização e articulação das competências comuns e específicas, neste caso particular, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

O cuidar do cliente em contexto perioperatório, impõe a assistência de alta qualidade, que respeite os direitos e valores do cliente, enaltecendo sempre a gestão eficaz dos riscos, na procura constante pela implementação de uma cultura de segurança, pelo aumento da qualidade dos cuidados prestados e otimização de recursos. O resultado ideal é determinado através da tomada de decisões partilhada, entre a equipa de cuidados especializada e um cliente convenientemente informado. Assim, procura-se garantir que os cuidados de enfermagem aconteçam num processo estruturado de boas práticas, representando cuidados seguros e de qualidade, ao cliente e família/pessoa significativa, durante todo o contexto perioperatório.

Por conseguinte, o ENP integrou uma oportunidade única para a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas e avançadas de enfermagem. Este, permitiu consolidar e fortalecer, em contexto real e prático, as competências obtidas ao longo das UC's, assim como, aprimorar práticas adquiridas durante o percurso profissional, em contexto perioperatório, envolvendo o exercício de análise crítico-reflexiva. A realização deste estágio, proporcionou a aquisição de conhecimentos, bem como o desenvolvimento de habilidades científicas, técnicas e humanas, refletindo-se na mobilização e integração do saber. Possibilitou, também, uma nova perspetiva e um cuidado especializado à pessoa em situação perioperatória e família/pessoa significativa, garantindo a segurança do cliente e da equipa multiprofissional, coerente com a consciência cirúrgica e a ética profissional. Este percurso, encontra-se descrito ao longo do presente relatório, baseado em evidência científica e na reflexão crítica da prática profissional, do crescimento pessoal e das experiências vivenciadas, visando a melhoria contínua e a excelência dos cuidados.

A definição do perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em EMC, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, aliada ao reconhecimento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados, foi essencial para a análise crítica e a sistematização dos conhecimentos adquiridos. Este processo, sustentou uma descrição detalhada das experiências

vividas em contexto prático, bem como a sua reflexão, contextualização e aprendizagem ao longo do ENP. Os objetivos de uma prática avançada foram alcançados, evidenciando a aquisição de competências diferenciadas em juízo crítico, planeamento e tomada de decisões em situações complexas, no âmbito da enfermagem perioperatória.

A conceção de cuidados representa uma das áreas mais complexas da prática do enfermeiro, exigindo uma reflexão contínua que proporciona benefícios, tanto para o cliente quanto para os enfermeiros. A conceção de cuidados, de forma padronizada e sistemática, com base na ontologia de enfermagem, constitui uma ferramenta metodológica fundamental para o exercício da prática profissional especializada, permitindo estruturar o pensamento crítico e tomar decisões autónomas, baseadas na melhor evidência disponível, além de garantir o registo e a documentação da prática. Este processo, reflete o raciocínio, a intencionalidade da ação e o planeamento dos cuidados.

A aplicação da plataforma *e4Nursing*, conduziu a uma dimensão inovadora e dinâmica, integrando a tecnologia na formação de enfermagem. No entanto, verifica-se que esta área merece um maior investimento no contexto dos cuidados à pessoa em situação perioperatória, de modo a evidenciar o impacto real da intervenção do enfermeiro, especialmente dentro do BO. O desenvolvimento de casos clínicos nesta plataforma, não apenas complementou a formação prática, mas também destacou a pertinência da tecnologia no ensino de enfermagem, preparando os profissionais para enfrentar os desafios do ambiente perioperatório, de forma inovadora e eficaz.

Uma vez que, a prática do enfermeiro é baseada em evidências científicas, é na prática que surgem as lacunas do conhecimento e a necessidade de procurar e atualizar conhecimentos, contribuindo para a formação, bem como, para a tomada de decisões autónoma, reflexiva e baseada em evidências atuais disponíveis. A implementação do projeto individual de desenvolvimento de competências, inserido nos objetivos do estágio, permitiu incorporar interesses e motivações individuais, revelando-se um fator positivo e motivador neste percurso.

O projeto - Informação para a continuidade dos cuidados de enfermagem na UCPA - possibilitou aprofundar a relevância da uniformização e padronização da informação a transmitir durante a transição de cuidados, da sala operatória para a UCPA, e desenvolver competências de comunicação. Além disso, viabilizou o desenvolvimento de competências específicas de EMC em contexto perioperatório, como a adoção de estratégias facilitadoras de transmissão de informação completa e pertinente (lista de transferência do cliente para a UCPA), e a utilização de habilidades de comunicação, que garantiam a informação e documentação precisa e oportuna na continuidade de cuidados, assegurando uma maior segurança e melhor experiência para o cliente. Através da pesquisa e da realização da *scoping review*, evidenciou-se que a transmissão de informação eficaz, completa e clara, é fundamental para a segurança e continuidade dos cuidados prestados na UCPA. Conclui-se, uma vez mais, que a investigação e a

prática baseada na evidência, desempenham um papel essencial no reconhecimento e na capacitação dos enfermeiros especialistas, promovendo a evolução e o avanço contínuo dos saberes em enfermagem.

Durante o ENP, ocorreram alguns desafios, especialmente relacionados com a gestão de tempo e execução das atividades propostas, e com a adaptação a mudanças de comportamento da equipa, no decorrer da implementação do projeto. No entanto, foram desafios ultrapassados com dedicação e compromisso, sem descurar as responsabilidades profissionais e pessoais, o que exigiu uma constante conciliação do percurso académico, familiar e profissional.

A prática, aliada à reflexão crítica e à fundamentação teórica, apresentada no presente relatório, comprova a integração de competências comuns e específicas, evidenciadas pela capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, bem como pelo suporte eficaz ao exercício profissional especializado, em relação à formação e investigação, na procura contínua pela atualização e aperfeiçoamento. Tendo em conta que, as competências são desenvolvidas através da prática repetida em contexto real, o ENP proporcionou as oportunidades ideais para aprimorar habilidades e cumprir com os objetivos estabelecidos para o mesmo.

Neste sentido, as competências que constam nos Regulamentos nº 140/2019 e nº 429/2018, foram adquiridas e desenvolvidas durante este percurso, respetivamente à responsabilidade profissional, ética e legal, à melhoria contínua da qualidade, à gestão dos cuidados e ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais, no âmbito do cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa, e da maximização da sua segurança e a da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica. Apesar dos desafios encontrados, os objetivos foram alcançados e superados com sucesso, resultando num sentimento de superação e realização profissional e pessoal.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, C. T., Silva, A. L., Fabrini, D. S., Afonso, C. T., Côrtes, M. G. W., & Sant'Anna, L. L. (2010). Risco do uso do eletrocautério em pacientes portadores de adornos metálicos. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, 23, 183-186. <https://doi.org/10.1590/s0102-67202010000300010>
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2024). What Is Patient Safety Culture?. *Agency for Healthcare Research and Quality*. <https://www.ahrq.gov/sops/about/patient-safety-culture.html>
- Alexandre, R., & Carreiro, E. (2019). O papel do enfermeiro no controlo da infeção. In A. Duarte & O. Martins, *Controlo da Infeção Hospitalar*, 7, 115-118. Lidel
- Almeida, A. L., & Madeira, F. (2016). Complicações Respiratórias no Pós-Operatórios. *Manual Cuidados Pós-Anestésicos*. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.
- Almeida, F., & Pacheco, C. (2014). Posicionamentos em cirurgia. In A. Duarte & O. Martins, *Enfermagem em bloco operatório*, 0, 93-101. Lidel.
- Amaral, C., & Tavares, J. (2013). Profilaxia do tromboembolismo venoso no doente cirúrgico: o papel da anestesiologia numa responsabilidade multidisciplinar. *Revista SPA*, 22(1), 12-23. <https://revistas.rcaap.pt/anestesiologia/article/view/3544/2801>
- Amaral, C., Reis, J., Guimarães, L., Sá, A., Moreto, A., Araújo, F., Guimarães, M., Felicíssimo, P., Teixeira, J., Fonseca, C., & Miranda, L. (2014). Recomendações Perioperatórias para Profilaxia do Tromboembolismo Venoso no Doente Adulto. Consenso Nacional Multidisciplinar 2014. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 23. <https://www.spanestesiologia.pt/ficheiros/Tromboembolismo.pdf>
- American Society of Anesthesiologists. (2017). Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration: Application to Healthy Patients Undergoing Elective Procedures: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration. *Anesthesiology*, 126, 376-393. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000001452>
- American Society of Anesthesiologists. (2018). Position on Monitored Anesthesia Care. *Last Amended on*, 17. <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/continuum-of-depth-of-sedation-definition-of-general-anesthesia-and-levels-of-sedationanalgesia>

Araújo, E. B., Silva, F. A., Sobreiro, M. S., Santos, E. L., & Fernandes, G. L. (2019). Conhecimento e práticas de Enfermeiros sobre Segurança do Paciente. *Temas em Saúde, 19*, 95-115. <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2019/09/19407.pdf>

Araújo, R., Almeida, L., Paula, V., Nepomuceno, M., & Marins, A. (2020). Aplicabilidade do Método ISBAR em uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto. *Revista Cogitare Enfermagem, 25*. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.70858>

Armstrong, B. A., Dutescu, I. A., Nemoy, L., Bhavsar, E., Carter, D. N., Ng, K. D., Boet, S., Trbovich, P., & Palter, V. (2022). Effect of the surgical safety checklist on provider and patient outcomes: a systematic review. *BMJ Quality & Safety, 31*(6), 463-478. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2021-014361>

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

Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses. (2012). *Enfermagem Perioperatória: da filosofia a prática dos cuidados*. Lusodidacta.

Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses. (2013). *Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório*. Lusodidacta.

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2015a). Proposta de revisão da norma “dotações seguras dos cuidados de enfermagem, 2014”. *Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses*. https://aesop-enfermeiros.org/wpcontent/uploads/2023/02/Proposta_de_revisao_da_norma_Dotacoes_seguras_dos_Cuidados_de_Enfermagem_2014.pdf

Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses. (2015b). Tomada de posição da AESOP sobre Cursos de Especialidade em Enfermagem Perioperatória. *Revista da Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses, 14*(39),4-9. <https://aesop-enfermeiros.org/tomadas-de-posicao/>

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2017). Práticas Recomendadas para Bloco Operatório - Prevenção e Controlo da Hipotermia Perioperatória Inadvertida. *Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses*. <https://www.ulsguarda.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2018/02/Draft-Brochura-AESOPP-R-Hipotermia-Pantone-569.pdf>

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

Association of PeriOperative Registered Nurses. (2007). Standards, Recommended Practices, and Guidelines. *Association Of periOperative Registered Nurses*.

Association of PeriOperative Registered Nurses. (2017). Guideline at a Glance: Positioning. *AORN Journal*, 106(5), 460-465. [https://doi.org/10.1016/S0001-2092\(17\)30919-5](https://doi.org/10.1016/S0001-2092(17)30919-5)

Association of PeriOperative Registered Nurses. (2018). Guideline for team communication. Guidelines for perioperative practice. *Association of PeriOperative Registered Nurses*. <https://aornguidelines.org/guidelines/content?sectionid=173735251&view=book>.

Association of PeriOperative Registered Nurses. (2019). Position Statement on Perioperative Registered Nurse Circulator Dedicated to Every Patient Undergoing an Operative or Other Invasive Procedure. *AORN Journal*, 110, 82-85. <https://doi.org/10.1002/aorn.12741>

Association of PeriOperative Registered Nurses. (2020). Standardizing positioning equipment and practices to prevent patient injury. *AORN Journal*, 111(4), 19-21. <https://doi.org/10.1002/aorn.13029>

Azevedo, A. F., Soares, A. B., Garchet, H. Q., & Sousa, N. J. (2013). Tympanomastoidectomy: Comparison between canal wall-down and canal wall-up techniques in surgery for chronic otitis media. *International archives of otorhinolaryngology*, 17, 242-245. <https://doi.org/10.7162/S1809-97772013000300002>

Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S. (2021). *Guia Prático para a Segurança do Doente*. Lidel.

Bashaw, M. A., & Keister, K. J. (2019). Perioperative Strategies for Surgical Site Infection Prevention. *AORN Journal*, 109(1), 68-78. <https://doi.org/10.1002/aorn.12451>

Bassetti, M., Righi, E., Astilean, A., Corcione, S., Petrolo, A., Farina, E. C., & De Rosa, F. G. (2015). Antimicrobial prophylaxis in minor and major surgery. *Minerva anestesologica*, 81, 76-91. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24561611/>

Bastos, F., Morais, E., Campos, J., Oliveira, F., Machado, N., & Pereira, F. (2021). Representação do conhecimento em enfermagem do trabalho na ontologia de enfermagem. *Revista ROL de Enfermería*, 44(11-12), 57-61. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8176323>

Beausoleil, C., Comstock, S. L., Werner, D., Li, L., Eby, J. M., & Zook, E. C. (2022). Antimicrobial persistence of two alcoholic preoperative skin preparation solutions. *Journal of Hospital Infection*, 129, 8-16. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2022.08.008>.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Quarteto. <https://pt.scribd.com/document/374182193/De-Iniciado-a-Perito>

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

Best, J. T., Musgrave, B., Pratt, K., Hill, R., Evans, C., & Corbitt, D. (2018). The Impact of Scripted

Pain Education on Patient Satisfaction in Outpatient Abdominal Surgery Patients. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 33(4), 453-460. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2016.02.014>

Beyea, S. (2011). Perioperative Nursing data Set: The Perioperative Nursing Vocabulary. *Association of PeriOperative Registered Nurses*.

Bilbao, M., & Fragata, I. (2006). *Gestão do Bloco Operatório*. In Fragata, J. Risco Clínico: complexidade e performance. Almedina.

Borges, E., Pires, J., Abreu, M., Lima, V., Silva, P., & Soares, S. (2016). Factors associated with the healing of complex surgical wounds in the breast and abdomen: retrospective cohort study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24. <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/0104-1169-rlae-24-02811.pdf>.

Boterf, G. (2015). A competência profissional dos enfermeiros - Um estudo em hospitais portugueses. *Infad Revista de Psicologia*, 2. 143-158. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n2.v1.331>

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

Brezolin, C. A., Mendonça, H. S. L., Lima, M. V. R., Nunes, M. B. S., Menaguali, R. R., & Carvalho, L. (2020). A importância da humanização do cuidado em centro cirúrgico. *Saúde em Redes*, 6 (2), 289-295. <https://doi.org/10.18310/2446-48132020v6n2>

Brown, E. N., Pavone, K. J., & Naranjo, M. (2018). Multimodal general anesthesia: Theory and practice. *Anesthesia and Analgesia*, 127, 1246 - 1258. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000003668>

Butterworth, J., Mackey, D., & Wasnick, J. (2013). *Morgan & Mikhail's Clinical anesthesiology*. McGraw-Hill Paavolainen, L., & Wallstedt, J. (2016). Post-operative complications of general anesthesia A recorded video presentation. *JAMK University of Applied Sciences*. <http://moniviestin.jamk.fi/ohjelmat/luennot/post->

Cambotas, C., Chambel, C., Tavares, F., Martins, H., Lajas, I., Veloso, M., Pinheiro, M. J. D., Henriques, M., Bilbao, M., & Cruz, O. (2006). *As Funções do Enfermeiro Perioperatório*. In *Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Lusodidacta.

Cantante, A. R., Fernandes, H. M., Teixeira, M. J., Frota, M. A., Rolim, K. C., & Albuquerque, F. S. (2020). Sistemas de Saúde e Competências do Enfermeiro em Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 261-272. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27682019>.

Caramona, M., Gonçalves, J., Pinheiro, R., Rodrigues, A., Silva, M., Costa, F., Osswald, W., Polónio, J., Sepodes, B., & Teixeira, A. (2016). *Prontuário Terapêutico*. *Infarmed*.

<https://app10.infarmed.pt/prontuario/framepesactivos.php?palavra=paracetamol&x=0&y=0&rb1=0>

Carmona, M., & Quintão, V. (2021). Proteção ocular perioperatória abrangente. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 71, 595-598. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2021.09.004>

Castanheira, A.I.S. (2023). *Implementação da metodologia Kaizen no Hospital de Dia de Oncologia do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro*. (Tese de mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro). Repositório da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. <https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/11728/3/tesecastanheira.pdf>.

Cesare, M., D'agostino, F., Maurici, M., Zega, M., Zeffiro, V., & Cocchieri, A. (2023). Standardized Nursing Diagnoses in a Surgical Hospital Setting: A Retrospective Study Based on Electronic Health Data. *SAGE Open Nursing*, 9. <https://doi.org/10.1177/23779608231158157>

Chiew, L., Bakar, S., Ramakrishnan, S., Cheng, P., Karunagaran, Y., & Bunyaman, Z. (2019). Nurse's Perception and Compliance on Identification, Situation, Background, Assessment and Recommendation (Isbar) Tools Forhandoff Communication in Tertiary Hospital, Dammam. *Jornal Malaio de Pesquisa Médica*, 3, 26-32. <https://doi.org/10.31674/mjmr.2019.v03i04.004>

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

Circular Normativa nº CN-CD/2018/2 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Obtenção do título profissional de Enfermeiro Especialista - Procedimentos e Orientações. *Ordem dos Enfermeiros*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17192/circular-normativa-cd-02_18102018_obten%C3%A7%C3%A3o-tit-prof-enfermeiro-especialista_procedimentos_orient.pdf

Conlon, N. P., Sullivan, R. P., Herbison, P. G., Zacharias, M., & Buggy, D. J. (2007). The effect of leaving dentures in place on bag-mask ventilation at induction of general anesthesia. *Anesthesia and analgesia*, 105, 370-373. <https://doi.org/10.1213/01.ane.0000267257.45752.31>

Correia, T. S., Martins, M. M., & Forte, E. C. (2020). Nursing management: Strategies for client and professional safety. *Millenium*, 2(11), 73-80. DOI: 10.29352/mill0211.08.00264

Costa, A. M., Santos, Castro, M. L. M., Coelho, W. V., Amorim, E. H., & Cruz, R. A. (2018). Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória como Tecnologia no Processo de Cuidar. *Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research*, 23(2), 165-169.

https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180704_092337.pdf

Costa, C.C., Dibai, D.B., Silva, E.M., Firmo, W. A., Rêgo, A.S., Rabêlo, P.C., Araújo, F.M., Felipe, I.A. (2021). Construção e validação de checklist para sala operatória como dispositivo de segurança do paciente. *Cogitare Enfermagem*, 26. <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.71752>

Couceiro, T., Lima, L., Couceiro, L., & Valença, M. (2014). Intravenous lidocaine to treat postoperative pain. *Revista Dor*, 15, 55-60. <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20140013>

Dalri, C. C., Rossi, L. A., & Dalri, M. C. B. (2006). Diagnósticos de enfermagem de pacientes em período pós-operatório imediato de colecistectomia laparoscópica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14, 389-396. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000300013>

Danski, M. R., Oliveira, G. R., Pedrolo, E., Lind, J., & Johann, D. A. (2017). Importância da prática baseada em evidências nos processos de trabalho do enfermeiro. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 16(2). <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v16i2.36304>

De Groot, K., De Veer, A. J. E., Paans, W., & Francke, A. L. (2020). Use of electronic health records and standardized terminologies: A nationwide survey of nursing staff experiences. *International Journal of Nursing Studies*, 104, 103523 <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103523>

Decreto-Lei n.º 161/1996 do Ministério da Saúde. (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República n.º 205, Série I-A. *Ministério da Saúde*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>

Deglin, J., & Vallerand, A. (2009). *Guia Farmacológico para Enfermeiros*. Lusodidacta.

Deng, X., Liang, S., Li, H., Gouda, D., Zhu, T., & Xiao, K. (2019). A cross-sectional study to assess the difference in perception of day surgery information between patients and medical staff in China. *Patient Preference and Adherence*, 13, 381-387. <https://doi.org/10.2147/PPA.S196674>

Despacho n.º 5344-A/2016 do Diário da República. (2016). Diário da República: 2ª série, nº 76. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5344-a-2016-74200387>

Despacho nº 1400-A/2015 do Ministério da Saúde. (2015). Diário da República: 2ª série, nº 28. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>

Despacho nº 5613/2015 do Diário da República. (2015). Diário da República: 2ª série, nº 102. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>

Despacho nº 9390/2021 do Diário da República. (2021). Diário da República: 2ª série, nº 187. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Direção-Geral da Saúde. (2003). A Dor como 5º sinal vital: Registo sistemático da Intensidade da Dor. *Direção-Geral da Saúde*.

https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2009). Orientações da OMS para a Cirurgia Segura: Cirurgia Segura Salva-Vidas. *Direção-Geral da Saúde*.

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_por.pdf;sequence=8

Direção-Geral da Saúde (2013a). Norma 031/2013. Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto. *Direção-Geral da Saúde*.

<https://normas.dgs.min-saude.pt/2013/12/31/profilaxia-antibiotica-cirurgica-na-crianca-e-no-adulto/>

Direção-Geral da Saúde. (2013b). Norma 02/2013: Cirurgia Segura, Salva-Vidas. *Direção-Geral da Saúde*. <https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Norma-Cirurgia-Segura-Salva-Vidas-.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2013c). Norma no 024/2013: Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. *Direção-Geral da Saúde*.

https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Norma-DGS-024_2013-Prevencao-da-Infeccao-do-Local-Cirurgico.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2017). Norma 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Direção-Geral da Saúde*.

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2018). Norma 005/2018: Avaliação da cultura de segurança do doente nos hospitais. *Direção-Geral da Saúde*.

<https://normas.dgs.min-saude.pt/2018/02/20/avaliacao-da-cultura-de-seguranca-do-doente-nos-hospitais/>

Direção-Geral da Saúde. (2019). Norma nº 007/2019: Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. *Direção-Geral da Saúde*.

<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>.

Direção-Geral da Saúde. (2022a). Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. *Direção-Geral da Saúde*.

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2022b). Norma nº 020/2015: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico. *Direção-Geral da Saúde*.

<https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infeccao-de-local-cirurgico/>

Direção-Geral da Saúde. (2022c). Plano Nacional de Saúde. *Direção-Geral de Saúde*.

<https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/plano-nacional-de-saude-2021-2030-em-c-consulta-publica-ate-7-de-maio1.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2022d). Norma nº 019/2015: “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. *Direção-Geral de Saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-uri-naria-associada-a-cateter-vesical/>.

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

Duff, J.; Bowen, L. & Gumuskaya, O. (2021). What does surgical conscience mean to perioperative nurses: An interpretive description. *Collegian*, 29(2), 147-153. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2021.07.00>.

Dusse, F., Pütz, J., Böhmer, A., Schieren, M., Joppich, R., & Wappler, F. (2021). Completeness of the operating room to intensive care unit handover: a matter of time?. *BMC anesthesiology*, 21(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s12871-021-01247-3>

Ertürk, E. B., & Ünlü, H. (2018). Effects of pre-operative individualized education on anxiety and pain severity in patients following open-heart surgery. *International journal of health sciences*, 12(4), 26-34. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6040857/>

Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2024). Conheça o Projeto e4nursing. *Escola Superior de Enfermagem do Porto*. <https://i-d.esenf.pt/artigo-182/>

European Operating Room Nurses Association. (2023). EORNA Best Practice for perioperative care. *European Operating Room Nurses Association*. <https://eorna.eu/wp-content/uploads/2024/08/EORNA-Best-Practice-for-perioperative-care-2023-updated.pdf>

Farčić, N., Barać, I., Plužarić, J., Ilakovac, V., Pačarić, S., Gvozdanović, Z., & Lovrić, R. (2020). Personality traits of core self-evaluation as predictors on clinical decision-making in nursing profession. *PloS One*, 15(5), e0233435. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233435>

Federation of European Risk Management Associations. (2003). Norma de Gestão de Riscos. *Federation of European Risk Management Associations*. <http://www.ferma.eu/app/uploads/2011/11/a-risk-management-standard-portuguese-version.pdf>

Ferreira, C. I. (2015). *Gestão em enfermagem e a formação em serviço: tecnologias de informação e padrões de qualidade* (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório científico de acesso aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/9756>

Ferrito, C. (2014). *Conceitos básicos de enfermagem perioperatória*. In A. Duarte, O. Martins. *Enfermagem em bloco operatório*. Lidel.

Figueiredo, A., Potra, T., & Lucas, P. (2020). Transição de Cuidados de Enfermagem: ISBAR na

Promoção da Segurança dos Doentes - revisão scoping. *Revista Internacional de Comunicación* 49, 32-48. <https://doi.org/10.12795/Ambitos.2020.i49.03>

Flamia, B. I., Souza, F. M., Silva, J. C., Lima, L. F., Tomaz, M. V. S., Neto, M. S. P., Paula, M. M. R., Amoras, S. R. S., Nunes, T. O., & Campos, R. G. A. (2021). Profilaxia de tromboembolismo venoso em pacientes cirúrgicos. *Revista Eletrónica Acervo Saúde*, 13, 1-7. <https://doi.org/10.25248/REAS.e6878.202123>.

Flauzino, V. H. P., Vitorino, P. G. S., Hernandez, L. O., Oliveira, D. M., & Cesário, J. M. S. (2021). Cuidados de enfermagem no posicionamento anestésico-cirúrgico. *Research, Society and Development*, 10(6), 1-10. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15358>.

Fonseca, N. M., Pedrosa, L. R., Melo, N., & Oliveira, R. de Á. (2020). Effect of palonosetron, ondansetron and dexamethasone in the prevention of postoperative nausea and vomiting in video cholecystectomy with total venous anesthesia with propofol-remifentanil - randomized clinical trial. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 70, 464- 470. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2020.08.001>

Frederico, M. (2022). *Liderança, delegação e gestão do tempo*. Lidel.

Fundação Calouste Gulbenkian. (2018). STOP infeção hospitalar! Um desafio Gulbenkian. *Fundação Calouste Gulbenkian*. https://cdn.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2021/05/02Est_Stop_Infecao_Hospitalar.pdf

Gadea-Company, P., Casal Angulo, C., & Hurtado Navarro, C. (2023). Impact of the implementation of Identification - Situation - Background - Assessment -Recommendation (ISBAR) tool to improve quality and safety measure in a lithotripsy and endourological unit. *PLoS ONE* 18. e0286565. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0286565>

Giordani, A., Sonobe, H., Ezaias, G., Valério, M., & Barra, M. (2015). Perfil de pacientes cirúrgicos atendidos em um hospital público. *Revista de Enfermagem UFPE*, 9(1), 54-61. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10306>.

Gonçalves, M., Cerejo, M., & Martins, J. (2017). A influência da informação fornecida pelos enfermeiros sobre a ansiedade pré-operatória. *Revista de Enfermagem Referência*, 14, 17-26. <https://doi.org/10.12707/RIV17023>.

Gouda, P., Kay, R., Habib, M., Aziz, A., Aziza, E., & Galês, R. (2022). Clinical features and complications of Loey's-Dietz syndrome: A systematic review. *Jornal Internacional de Cardiologia*, 362. 158-167. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2022.05.065>

Graham, D. (2009). *Perspectivas dos cuidados intra-operatórios*. In K. Manley, *Enfermagem Cirúrgica- Prática Avançada*. Lusociência.

Guerra, M., Jesus, É., & Araújo, B. (2021). Liderança e participação do enfermeiro na governação

hospitalar: impacto na qualidade e segurança dos cuidados prestados – protocolo de scoping review. *Gestão e Desenvolvimento*, 29, 423-438. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2021.10211>

Guimarães, A. (2022). *Adaptação Cultural e Validação da Escala de Avaliação de Risco Para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico*. (Tese de mestrado não publicada). Instituto politécnico de Viana do Castelo. Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2787>

Guimarães, S., Mauro, J., & Wazenkeski, E. (2021). *Diretrizes de Práticas em Enfermagem Cirúrgica e Processamento de Produtos para a Saúde- SOBECC Nacional*. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização.

Haboba, L.A. (2022). A construção da comunicação terapêutica, a partir da prática do autoconhecimento para o profissional da enfermagem. *REMECS - Revista Multidisciplinar De Estudos Científicos Em Saúde*, 21. <https://www.revistaremeccs.recien.com.br/index.php/remecs/article/view/802>

Harmes, K., Blackwood, A., Burrows, H., Cooke, J., Harrison, V., & Passamani, P. (2013). Otitis Media: Diagnosis and Treatment. *American family physician*, 88(7), 435-440. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24134083/>

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

Heinen, M., Van Oostveen, C., Peters, J., Vermeulen, H., & Huis, A. (2019). An integrative review of leadership competencies and attributes in advanced nursing practice. *Journal of advanced nursing*, 75(11), 2378-2392. <https://doi.org/10.1111/jan.14092>

Herman, A., Jaruzel, C., Lawton, S., Tobin, C., Reves, J., Catchpole, K., & Alfred, M. (2021). Morbidity, mortality, and systems safety in non-operating room anaesthesia: a narrative review. *British Journal of Anaesthesia*, 127 (5), 729-744. DOI: 10.1016/j.bja.2021.07.007

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem, pensamento e ação na perspectiva do cuidar*. Lusociência.

Heydinger, G., Shafy, S. Z., O'Connor, C., Nafiu, O., Tobias, J. D., & Beltran, R. J. (2022). Characterization of the Difficult Peripheral IV in the Perioperative Setting: A Prospective, Observational Study of Intravenous Access for Pediatric Patients Undergoing Anesthesia. *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics*, 13, 155-163. <https://doi.org/10.2147/phmt.s358250>

Holley, R.P. (2022). Introspection: A Valuable Management Skill. *Journal of Library Administration*, 62(3), 396-403. <https://doi.org/10.1080/01930826.2022.2043694>

Hovenga, E., Garde, S., & Heard, S. (2005). Nursing constraint models for electronic health records: a vision for domain knowledge governance. *International journal of medical informatics*, 74(11-12), 886–898. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2005.07.013>

Infarmed. (2022). Resumo das Características do Medicamento: Solução Polieletrolítica Basi, Solução para perfusão. *Infarmed*. <https://cdn.shopk.it/usercontent/plataforma-de-pedidos/media/files/886900e-090321-polieletrolitico-s.pdf>

Infarmed. (2023). Infomed: Base de Dados de Medicamentos de Uso Humano. *Infarmed*. https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml;jsessionid=7m3iORecaczXEC_KusolmDx8KUMdkWPA9bgc7us9.fo1

Instituto Português de Oncologia de Lisboa. (2017). Procedimentos e Protocolos utilizados em Anestesia Clínica e Analgesia do Pós-Operatório. *Instituto Português de Oncologia de Lisboa*. <https://www.oncoanestesia.org/wp-content/uploads/2018/02/Procedimentos-2017.pdf>

International Association for the Study of Pain. (2011). Ano mundial contra a dor aguda: Dor aguda e Cirurgia. *International Association for the Study of Pain*. <https://revistas.rcaap.pt>

International Association for the Study of Pain. (2020). IASP Announces Revised Definition of Pain. *International Association for the Study of Pain*. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/?ItemNumber=10475&navItemNumber=643>

International Association for the Study of Pain. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain* 161, 1976-1982. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001939

Jan, T. (2024). Otite média (supurativa crônica). *Manual MSD*. <https://www.msmanuals.com/pt/profissional/dist%C3%BARbios-do-ouvido-nariz-e-garganta/dist%C3%BARbios-da-orelha-m%C3%A9dia-e-da-membrana-timp%C3%A2nica/otite-m%C3%A9dia-supurativa-cr%C3%B4nica>

Jesus, R., Santos M., Viveiros, A., Gomes, L., Gouveia, G., Fernandes, L., & Gomes, N. (2023). A Pessoa Submetida a Cirurgia Urgente/Emergente no Contexto de uma Unidade de Cuidados Intensivos: A Prevenção de Eventos Adversos. *Jornal de Investigação Médica*, 4, 39–48. <https://doi.org/10.29073/jim.v4i1.754>

Johnson, J., Bray, J., Risher, W., & Kaye, A. (2016). Loeys-dietz syndrome: perioperative anesthesia considerations. *Middle East journal of anaesthesiology*, 23(5), 569–576. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27487644/>

Joint Commission. (2013). The Joint Commission sentinel event alert: Preventing unintended retained foreign objects. Sentinel Event Alert. *Joint Commission on Accreditation of Healthcare*

Organizations, 51, 1-5.
https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sea_51_urfos_10_17_13_final.pdf

Joint Commission. (2017). Inadequate hand-off communication. *Sentinel event alert*, 58, 1-6.
<https://www.jointcommission.org/resources/sentinel-event/sentinel-event-alert-newsletters/sentinel-event-alert-58-inadequate-hand-off-communication/>

Kindscher, J. (2015). *Operating room management*. In R. Miller, N. Cohen, & L. Eriksson. *Miller's Anesthesia*. Elsevier Saunders.

Kitney, P., Bramley, D., Tam, R., & Simons, K. (2018). Perioperative handover using ISBAR at two sites: A quality improvement project. *Revista de Enfermagem Perioperatória*, 31(4).
<https://doi.org/10.26544/rep.v31i4.112>

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

Kleinbeck, S. V. (2000). Dimensions of perioperative nursing for a national specialty nomenclature. *Journal of advanced nursing*, 31, 529-535.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01305.x>

Kranke, P., Jokinen, J., Pace, N., Schnabel, A., Hollmann, M., Hahnenkamp, K., Eberhart, L., Poepping, D., & Weibel, S. (2015). Infusão intravenosa contínua perioperatória de lidocaína para dor e recuperação pós-operatória. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD009642.pub2>

Kuiper, R., Pesut, D. J., Turrise, S., & O'Donnell, S. (2017). *The Essentials of Clinical Reasoning For Nurses: Using the Outcome Present State Test Model for Reflective Practice*. Sigma Theta Tau Internacional - Dustin Sullivan

Le, T., & Gan, T. (2010). Update on the management of postoperative nausea and vomiting and postdischarge nausea and vomiting in ambulatory surgery. *Anesthesiology clinics*, 28, 225-49.

Lee, D. J., Ding, J., & Guzzo, T. J. (2019). Improving Operating Room Efficiency. *Current urology reports*, 20(6), 28. <https://doi.org/10.1007/s11934-019-0895-3>

Lei n.º 12/93 do Diário da República. (2020). Colheita e Transplante de Órgãos e Tecidos de Origem Humana. *Diário da República*.
<https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/1993-66365533>

Lemoine, A., Witdouch, A., Beloeil, H., Bonnet, F., & Prospect Working Group of The European Society Of Regional Anaesthesia And Pain Therapy (ESRA). (2021). PROSPECT guidelines update for evidence-based pain management after prostatectomy for cancer. *Anaesthesia, critical care*

& *pain medicine*, 40(4), 100922. <https://doi.org/10.1016/j.accpm.2021.100922>

Lemos, C.S., Poveda, V.B., & Peniche, A.C. G. (2017). Construction and validation of a nursing care protocol in anesthesia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, 1-13. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2143.2952>.

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

Lopes, A. (2012). *Gestão do Bloco Operatório*. (Dissertação de Mestrado não publicada Universidade do Minho). Escola de Economia e Gestão. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/19778>

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

Luís, A. R. (2022). *Enfermagem perioperatória-contributos para a maximização da segurança cirúrgica*. (Relatório de estágio para obtenção do grau de mestre). Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny. <http://hdl.handle.net/10400.26/43825>

MacCarrick, G., Black, J., Bowdin, S., El-Hamamsy, I., Frischmeyer, P., Guerrerio, A., Sponseller, P., Loeys, B., & Dietz, H. (2014). Loeys-Dietz syndrome: a primer for diagnosis and management. *Genetics in medicine : official journal of the American College of Medical Genetics*, 16, 576-587. <https://doi.org/10.1038/gim.2014.11>

Machado, H. (2013). *Manual de Anestesiologia*. Lidel.

Malagutti, W. & Bonfim, I. (2013). *Enfermagem em Centro Cirurgico*. Martinari.

Manser, T., Foster, S., Flin, R., & Patey, R. (2013). Team communication during patient handover from the operating room: more than facts and figures. *Human factors*, 55(1), 138-156. <https://doi.org/10.1177/0018720812451594>

Maranhão, A. S., Andrade, J. S., Godofredo, V. R., Matos, R. C., & Penido, N. O. (2013). Intratemporal complications of otitis media. *Brazilian journal of otorhinolaryngology*, 79, 141-149. <https://doi.org/10.5935/1808-8694.20130026>

Marques, L. (2018). *Epidemiologia e fatores de risco da otite média em Cabo Verde*. (Tese de Doutoramento). Universidade de Lisboa. Repositório científico de acesso aberto. <http://hdl.handle.net/10451/42119>

Martins, F. (2013). *Unidade de Cuidados Pós Anestésicos*. In Manual de Anestesiologia. 1ª ed. Lisboa: Lidel - Edições técnicas, Lda

Matos, F., Sales, L., Baquero, L., & Bilbao, M. (2021). *Cirurgia segura*. In F. Barroso, L. Sales, S. Ramos, Guia prático para a segurança do doente. Lidel

- Matos, I.M.A. (2019). *Segurança dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica: da urgência ao perioperatório*. (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/29346>
- Maya, Á. M. S. (2022). Cuidados de Enfermagem no Perioperatório no Contexto Cirúrgico. *Investigação Educação Enfermagem*, 40(2). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v40n2e02>.
- Menoita, E. (2011). *Formação em Serviço: um contributo para o desenvolvimento de competências*. Formasau.
- Ministério da Saúde. (2015a). Avaliação da Situação Nacional dos Blocos Operatórios – Relatório Final. *Ministério da Saúde*. <https://repositorio.hff.min-saude.pt/entities/publication/aad89699-b7f4-4bab-88d8-c1f6d1b0c816>
- Ministério da Saúde. (2015b). Despacho n.º 5613/2015 do Ministério da Saúde. Diário da República n.º 102/2015, Série II, 13550 - 13553. *Ministério da Saúde*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>
- Miranda M.S., Nascimento F.A.A., Lima V.N.O., Albuquerque F.J., Silva A.L.G., Sales A.A., Costa, L.M.O., & Barbos, N.S. (2023). Communication and safe and effective nursing care in surgical center and intensive care: integrative review. *Revista Ciência em Saúde*, 13(3), 42-51. <https://doi.org/10.21876/rcshci.v13i2.1393>
- Monte, R. (2013). Sedação-analgésia para procedimentos minimamente invasivos. *Cuidados Intermedios em Perspetiva*, 3, 5-9. <https://www.acim.pt/wp-content/uploads/2017/06/CIP-3-1-Revista-Completa.pdf>
- Morais, C., Amorim, M., Viana, C.C., Cerqueira, M., & Calvino, M. (2019). Saúde em cadeia: (Co)construção de percursos de literacia em saúde e qualidade de vida. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7, 88-96. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0252>
- Mota, A. S. C., Castilho, A. F., & Martins, M. M. (2021). Avaliação da segurança do doente no bloco operatório: perceção dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 6, 1-9. <https://doi.org/10.12707/RV20134>
- Mota, A.S.C. (2014). *Cultura de Segurança do Doente e Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica: Perceção dos Profissionais do Bloco Operatório*. [Dissertação de mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio.esenfc.pt:5843>
- Mourão, M., Quadros, G., Rodrigues, B., Patrão, F., Alves, A., & Raposo, S. (2024). Mastoidectomia via técnica retrógrada - análise retrospectiva de resultados. *Revista Portuguesa De Otorrinolaringologia-Cirurgia De Cabeça E Pescoço*, 62(1), 37-44. <https://doi.org/10.34631/sporl.2040>

Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W. E., & Stocker, S. (2018). Impacto da ferramenta de comunicação e transferência de pacientes SBAR na segurança do paciente: uma revisão sistemática. *BMJ Open*, 8(8), 1-10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>.

Nallani, R., Fox, C. C., Sykes, K. J., Surprise, J. K., Fox, C. E., Reschke, A. D., Simpson, M. H., Polivka, B. J., & Villwock, J. A. (2021). Pain Management and Education for Ambulatory Surgery: A Qualitative Study of Perioperative Nurses. *Journal of Surgical Research*, 260, 419-427. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2020.11.001>

Nascimento, R. (2016). *Otite Média Aguda e suas Complicações - A propósito de um caso clínico*. (Tese de Doutoramento). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Repositório científico de acesso aberto. <https://repositorio.ulisboa.pt/bitstream/10451/29417/1/RitaMNascimento.pdf>

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

National Institute for Health and Care Excellence. (2020). Perioperative Care in Adults – NICE Guideline. *National Institute for Health and Care Excellence*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng180/resources/perioperative-care-in-adults-pdf-66142014963397>

Nešković, N., Marczy, S., Mandić, D., Mraovic, B., Škiljić, S., Kristek, G., Vinković, H., & Kvolik, S. (2021). Analgesic effect of tramadol is not altered by postoperative systemic inflammation after major abdominal surgery. *Acta clínica Croatica*, 60, 268- 275. <https://doi.org/10.20471/acc.2021.60.02.13>

Nunes, L. (2010). Do perito e do conhecimento em enfermagem: uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem. *Percursos*, 17. <http://hdl.handle.net/10400.26/9215>

O'Donnell, K. F. (2018). Preoperative Pain Management Education: An Evidence-Based Practice Project. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 33(6), 956-963. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2017.11.001>

O'Neill, K., Powell, M., Lovell, T., Brown, D., Walsham, J., Calleja, P., Nielsen, S., & Mitchell, M. (2023). Improving the handover of complex trauma patients by implementing a standardised process. *Australian Critical Care*, 36, 799-805. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.10.020>

O'Grady, N. P., Alexander, M., Burns, L. A., Dellinger, E. P., Garland, J., Heard, S. O., Lipsett, P. A., Masur, H., Mermel, L. A., Pearson, M. L., Raad, I. I., Randolph, A. G., Rupp, M. E., & Saint, S. (2011). Summary of recommendations: Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheterrelated Infections. *Clinical Infectious Diseases*, 52, 1087-1099.

<https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/intravascular-catheter-related-infection/index.html>

Olabarrieta-Zarain, U., Martínez-Santos, L., Alberdi-Enríquez, A., Guereca-Gala, A., Bravo-Sevilla, B. & Martínez-Ruiz, A. (2023). Manejo anestésico em menina com síndrome de Loeys-Dietz submetida à substituição completa do arco aórtico. *Cirurgia e Cirurgiões*, 91, 576-580. <https://doi.org/10.24875/ciru.21000786>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Ordem dos Enfermeiros*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Deontologia Profissional de Enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Ordem dos Enfermeiros*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

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

Ordem dos Enfermeiros. (2018a). Circular normativa nº CN-CD/2018/2: Obtenção do título profissional de Enfermeiro Especialista - Procedimentos e Orientações. *Ordem dos Enfermeiros*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17192/circular-normativa-cd-02_18102018_obten%C3%A7%C3%A3o-tit-prof-enfermeiro-especialista_procedimentos_orient.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018b). Preparação de medicação - Parecer nº 119/2018. *Ordem dos Enfermeiros*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10775/parecer-n%C2%BA-119-ce-09022018-prepara%C3%A7%C3%A3o-de-medica%C3%A7%C3%A3o.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2018c). Regulamento nº 429/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 135. *Ordem dos Enfermeiros*. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série, nº26. *Ordem dos*

Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento nº 743/2019: Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*. https://dre.pt/web/guest/home//dre/124981040/details/maximized?serie=II&parte_filter=33&dreId=124972060

Ordem dos Enfermeiros. (2020). Ordem avança para a melhoria dos Sistemas de Informação em Enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/ordem-avanca-para-a-melhoria-dos-sistemas-de-informacao-em-enfermagem/>

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

Ordem dos Enfermeiros. (2023). Parecer do Conselho de Enfermagem, nº 275/2023. Responsabilidade do Enfermeiro na transição de cuidados do intraoperatório, para a unidade de cuidados anestésicos. *Ordem dos Enfermeiros*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28634/parecer-ce-n%C2%BA-275-2023_responsabilidade-do-enfermeiros-na-transi%C3%A7%C3%A3o-de-cuidados-do-intraoperat%C3%B3rio-para-a-uc-posanestesicos_anonimizado.pdf

Oren, B., & Cuvadar, A. (2020). The Effectiveness of Training for Peripheral Venous Catheter Application in Intensive Care Units of a University Hospital. *International Journal of Caring Sciences*, 13, 163–170. https://www.researchgate.net/publication/343188872_The_Effectiveness_of_Training_for_Peripheral_Venous_Catheter_Application_in_Intensive_Care_Units_of_a_University_Hospital

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

Organização Mundial da Saúde. (2009b). Diretrizes da OMS sobre higiene das mãos na assistência à saúde. *Organização Mundial da Saúde*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241597906>

Organização Mundial de Saúde. (2018a). Global guidelines for the prevention of surgical site infection. *Organização Mundial da Saúde*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277399/9789241550475eng.pdf?sequence=1&i>

sAllowed=y

Organização Mundial de Saúde. (2018b). Preventing surgical site infections: implementation approaches for evidence-based recommendations. *Organização Mundial da Saúde*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/273154/9789241514385-eng.pdf>

Organização Mundial de Saúde. (2020). Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde. *Organização Mundial de Saúde*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>

Organização Mundial de Saúde. (2021). Plano de ação global para a segurança do paciente 2021-2030: para eliminar os danos evitáveis nos cuidados de saúde. *Organização Mundial de Saúde*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>.

Paredes, S., Marques, O., & Alves, M. (2017). Controlo Glicémico em Doentes Não Diabéticos no Período Perioperatório: Protocolo de Atuação. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 12, 168-173. <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2018/02/RPD-Vol-12-n%C2%BA-4-Dezembro-2017-Protocolos-p%C3%A1g-168-173.pdf.pdf>

Pereira, M.C., & Moriya, G. (2022). A Importância da constante atualização científica em enfermagem perioperatória para a qualidade e segurança da assistência: o papel das associações e sociedades de especialistas. *Revista SOBECC*, 27. e2227793. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202227793>

Pinheiro, P. (2024). Otite média aguda: o que é, sintomas e tratamento. *MD.Saúde*. <https://www.mdsaude.com/otorrinolaringologia/otite-media/>

Postaci, A., & Aytaç, I. (2018). Anaesthesia Recommendations for Patients with Loeys-Dietz Syndrome. *Progressing Aspects in Pediatrics and Neonatology*, 1. 57-61. DOI: 10.32474/PAPN.2018.01.000116

Potter, P. & Perry, A. (2006). *Fundamentos de enfermagem: conceitos e procedimentos*. Lusociência.

Prakash, S. (2021). Perioperative eye protection under general anesthesia. *Journal of anaesthesiology, clinical pharmacology*, 29, 138-139. <https://doi.org/10.4103/0970-9185.105834>

Quintana, D. (2022). Surgical Conscience: A Concept Analysis for Perioperative Nurses. *AORN Journal*, 116(6), 533-546. <https://doi.org/10.1002/aorn.13827>

Rauta, S., Salanterä, S., Siirala, E., & Junntila, K. (2019). *Nursing intensity and nurse staffing in perioperative settings*. (Tese de doutoramento). University of Turku. <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/146720/AnnalesD1414Rauta.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: 2ª série,

nº26, 4744-4750. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>

Regulamento nº 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: 2ª série, nº135, 19359-19370. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>.

Regulamento n.º 613/2022 da Ordem dos Enfermeiros. (2022). Diário da República: 2ª série, nº 131, 179-182. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2022/07/131000000/0017900182.pdf>

Regulamento nº 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: 2ª série, nº 184. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Ribeiro, M.; Pereira, A.; Pinto, C. & Ribeiro, O (2022). Patient Safety Culture: Perception of Emergency Nurses. *Medical Sciences Forum*, 17(1), 8. <https://doi.org/10.3390/msf2022017008>

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

Rocha R.G., Nascimento E.F., Alves S.S., Alves S.S., Marta C.B., Tavares J.M.A.B. (2021) Good practices in the use of the safe surgery checklist by nurses in the transoperative period. *Global Academic Nursing Journal*, 2(1), 1-6. <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200086>.

Rocha, E. (2020). *Indicadores de Qualidade em Unidades de Cuidados Intensivos: Contributos para um Otimização da Prática*. In J. A. Pinho, *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lidel

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

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

Sampaio, A., Almeida, A., Bernardino, A., Campos, A., Raimundo, A., Marques, A., Moura, A., Martins, A. Silva, C., Novera, C., Dourado, C., Carreira, C., Pereira, C., Ferreira, C., Loureiro, C., Madeira, D., Chaló, D., Chieira, D., Catré, D., ... Oliveira, V. (2016). *Manual de Cuidados Pós-Anestésicos*. Centro de Simulação Biomédica. https://www.simcoimbra.org/files/cursos/04_29_16_02_manual_cpa.pdf

Sanclemente-Dalmau, M., Galbany-Estragués, P., Palomar-Aumatell, X., & Rubinat-Arnaldo, E. (2022). Defining competencies for nurse anaesthetists: A Delphi study. *Journal of advanced nursing*, 78(11), 3696-3709. <https://doi.org/10.1111/jan.15348>

Santos, J. L., Menegon, F. H., Freitas, E. O., Costa, D. G. & Gasparino, R. C. (2023). *Os ambientes de prática profissional de enfermagem e a qualidade em saúde*. In O. Ribeiro (Ed.). *Ambientes de Prática de Enfermagem Positivos - Um Roteiro para a Qualidade e Segurança*. Lidel

Saxena, S., Krombach, J. W., Nahrwold, D. A., & Pirracchio, R. (2020). Anaesthesia-specific checklists: A systematic review of impact. *Anaesthesia, critical care & pain medicine*, 39(1),

65-73. <https://doi.org/10.1016/j.accpm.2019.07.011>

Servas, L., Hayes, C., Mayhorn, T., & Milner, K. A. (2022). Navigating the Path to a Sustainable “PACU Pause” and Standardized Perioperative Handoff: A Quality Improvement Project. *Journal of Perinaesthesia Nursing*, 37(1), 44-47. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2021.06.104>.

Sfantou, D., Laliotis, A., Patelarou, A, Sifaki-Pistolla D, Matalliotakis M, Patelarou E. Importância do estilo de liderança para medidas de qualidade de atendimento em ambientes de saúde: uma revisão sistemática. *Saúde*, 5(4):73. DOI: 10.3390/healthcare5040073. PMID: 29036901; PMCID: PMC5746707.

Silva, L.L., Almeida, A.K.A., Bezerra, R.C.S.B., Alves, L.L.V., Evangelista, W.A. & Santos, M. C. S. (2022). A Assistência de Enfermagem no Centro Cirúrgico: Cuidado humanizado e científico. *Revista Nursing*, 25 (289), 7894-9898. https://scholar.google.com.br/scholar?hl=ptPT&as_sdt=0%2C5&q=Silva%2C+L.L.%2C+Almeida%2C+A.K.A.%2C+Bezerra%2C+R.C.S.B.%2C+Alves%2C+L.L.V.%2C+Evangelista%2C+W.A.+%26+Santos%2C+M.C.S.%282022+A+Assist%C3%ancia+de+Enfermagem+no+Centro+Cir%C3%BAgico%3A+Cuidado+humanizado+e+cient%C3%ADfico.+Revista+Nursing%2C+25+%28289%29%2C+7894-9898.+&btnG

Silva, M. (2020). *Timpanomastoidectomia fechada microscópica assistida por endoscopia no tratamento do colesteatoma*. (Tese de Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Repositório Digital. <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/219401>

Silva, R. M. (2016). *Inovação informática de atendimento holístico do idoso no bloco operatório*. (Tese de doutorado, Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar da universidade do Porto). Repositório científico de acesso aberto. <http://hdl.handle.net/10400.13/2548>

Soto, G., Naranjo González, M., & Calero, F. (2018). Intravenous lidocaine infusion. Perfusión de lidocaína intravenosa. *Revista espanola de anestesiologia y reanimacion*, 65, 269-274. <https://doi.org/10.1016/j.redar.2018.01.004>

Sousa, H., & Marques, O. (2014). Anestesia. In A. Duarte & O. Martins, *Enfermagem em bloco operatório*. Lidel.

Sousa, J.B.A., Brandão, M.J.M., Cardoso, A.L.B., Archer, A.R.R. & Belfort, I.K.P. (2020). Comunicação efetiva como ferramenta de qualidade: Desafio na segurança do paciente. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(3), 6467-6479 <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n3-195>

Stoicea, N., Gan, T. J., Joseph, N., Uribe, A., Pandya, J., Dalal, R., & Bergese, S. D. (2015). Alternative Therapies for the Prevention of Postoperative Nausea and Vomiting. *Frontiers in medicine*, 2, 87. <https://doi.org/10.3389/fmed.2015.00087>

Sundqvist, A. S., Nilsson, U., Holmefur, M., & Anderzén-Carlsson, A. (2018). Promoting person centred care in the perioperative setting through patient advocacy: An observational study.

- Journal of clinical nursing*, 27(11-12), 2403-2415. <https://doi.org/10.1111/jocn.14181>
- Swerdlow, B., & Osborne-Smith, L. (2022). Sugammadex: Pharmacometrics, Clinical Utility, and Adverse Effects. *AANA Journal*, 90, 133-140. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35343895/>
- Taylor, D. L. (2014). Perioperative Leadership: Managing Change with insights, Priorities, and Tools. *AORN Journal*, 100(1), 8 - 29. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2013.06.013>
- Uluyol, S., Ugur, O., Arslan, I., Yagiz, O., Gumussoy, M., & Cukurova, I. (2018). Effects of cavity reconstruction on morbidity and quality of life after canal wall down tympanomastoidectomy. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 84, 608-613. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2017.07.007>.
- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. (2008). *Enfermagem de cuidados intensivos: Diagnóstico e intervenção*. Lusodidacta.
- Vallerand, A., Sanoski, C., & Deglin, J. (2020). *Guia de medicamentos de Davis para enfermeiras*. FA Davis. [https://books.google.pt/books?hl=ptPT&lr=&id=sBPmDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Vallerand+%26+Sanoski,+2020\).&ots=8UgpLO3Vnj&sig=wjvkC0uEIIxabi3I0aYQC8PJXbs&redir_esc=y#v=onepage&q=Vallerand%20%26%20Sanoski%2C%202020\).&f=false](https://books.google.pt/books?hl=ptPT&lr=&id=sBPmDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Vallerand+%26+Sanoski,+2020).&ots=8UgpLO3Vnj&sig=wjvkC0uEIIxabi3I0aYQC8PJXbs&redir_esc=y#v=onepage&q=Vallerand%20%26%20Sanoski%2C%202020).&f=false)
- Van Wicklin, S. A. (2020). The Perioperative Patient Focused Model: A literature review. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 18, 100083. <https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2019.100083>
- Vieira, V., Marcos, A., Patuleia, D., Pinto, J., & Lança, F. (2012). Recomendações portuguesas para a profilaxia e tratamento das náuseas e vômitos em cirurgia ambulatória. *Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatória*. https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacoes_nauseas.pdf
- Wang, J., Wang, Y., & Liu, L. (2019). Study on the influence of psychological empowerment on the innovation ability of nurses in operating room. *Chinese Journal of Practical Nursing*, 36, 1970-1975. DOI: 10.3760/CMA.J.ISSN.1672-7088.2019.25.010
- Wang, X., He, Miao., & Feng, Y. (2021). Padrões de Handover na SRPA: Uma Revisão da Literatura. *Revista de Enfermagem Perinaesthesia.*, 36(2), 136-141. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.05.005>.
- Ward, K. & Morris, D. (2009). *Princípios dos Cuidados pós-operatórios*. In K. Manley & L. Bellman, *Enfermagem Cirúrgica: Prática Avançada* (pp.431-449). Lusociência.
- Watkinson, J., & Clarke, R. (Eds.). (2018). Scott-Brown's Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery. Volume 3. *Head and Neck Surgery, Plastic Surgery*, 8. <https://doi.org/10.1201/9780203731000>

Webster, C. (2023). Systems, safety, and anaesthesia outside the operating room. *British Journal of Anaesthesia*, 131 (3), 432-434. DOI: 10.1016/j.bja.2023.04.028.

Weinberg, L., Rachbuch, C., Ting, S., Howard, W., Yeomans, M., & Gordon, I. (2016). A randomised controlled trial of peri-operative lidocaine infusions for open radical prostatectomy. *Anaesthesia*, 71, 405-10. <http://dx.doi.org/10.1111/anae.13368>

Xie, L., & Liu, D. (2022). Effect of Nursing Intervention in Operating Room for Patients with Gastric Cancer during Anesthesia Recovery Period. *Journal of Cancer Therapy* 13, 598-604. doi: <https://doi.org/10.4236/jct.2022.139052>

7. ANEXOS

Anexo I

Anexo II



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória


**COMUNICAÇÃO EFICAZ NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE
ENFERMAGEM: DA SALA OPERATÓRIA PARA A UNIDADE DE
CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS**

Projeto de Melhoria Contínua

da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Perioperatórios

Estágio de Natureza Profissional orientado pela Professora Fátima Segadães, Coorientado pela Professora Doutora Cristina Barroso e tutorado pela Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória [REDACTED].

Sílvia Araújo (ep10578)

	PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIOS	Bloco Operatório Central e de Especialidades da Unidade Local de Saúde de [REDACTED]
---	---	--


COMUNICAÇÃO EFICAZ NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM: DA SALA OPERATÓRIA PARA A UNIDADE DE CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS

1. FUNDAMENTAÇÃO DO PROJETO

Os cuidados de enfermagem perioperatórios desenvolvem-se num processo contínuo e padronizado de boas práticas, que configuram cuidados seguros e de qualidade, nos diferentes momentos do perioperatório (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019). A segurança do cliente é um elemento fulcral da qualidade em saúde, sendo vista como uma área prioritária de intervenção nos cuidados de saúde universais e modernos. Esta, consiste na redução do risco de dano desnecessário, para um mínimo aceitável, direcionado para o conhecimento atual, recursos disponíveis, contexto da prestação de cuidados, em oposição ao risco de não tratamento (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017).

As falhas na comunicação têm vindo a ser identificadas como um dos fatores promotores de incidentes nos cuidados de saúde, estando relacionadas com a omissão de informação relevante, informação incorreta ou incompleta, falta de precisão e/ou clareza na linguagem, e falta de priorização das atividades (DGS, 2017). A *Join Commission* evidenciou que, as falhas de comunicação entre profissionais durante a transição de cuidados, continuam a ser os incidentes que mais potenciam a ocorrência de eventos adversos, em cerca de 70% (Figueiredo et al., 2020). Estes dados, são corroborados pela DGS (2017), a nível nacional, que verificou a inexistência de uma comunicação eficaz entre os profissionais, em mais de 50% dos casos analisados. Também, a *Association of Perioperative Registered Nurses (AORN)* (2018), identifica a comunicação ineficaz entre os enfermeiros, como uma das principais fontes de eventos sentinela, especialmente nas transferências de cuidados (DGS, 2018).

Estas falhas podem acarretar erros, atrasos, duplicações ou omissões de intervenções, conflitos ou insatisfação dos profissionais e dos clientes, pelo que é necessário promover uma comunicação eficaz na transferência de cuidados (Braaf et al., 2013). Vários estudos demonstram


	<p>PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIOS</p>	<p>Bloco Operatório Central e de Especialidades da Unidade Local de Saúde de [REDACTED]</p>
---	--	---

que, informações consideradas críticas, como por exemplo alergias, comorbilidades, intercorrências intraoperatórias, e recomendações pós-operatórias, não foram comunicadas na maioria dos momentos de transição de cuidados para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA), colocando em causa a continuidade dos cuidados (Manser et al., 2013).

A transição de cuidados é descrita como um processo dinâmico, em que ocorre a transferência de responsabilidade de cuidados, entre profissionais e/ou entre diferentes níveis de cuidados (DGS, 2017). Assume-se como um processo de transmissão de informações específicas, acerca do cliente e do seu processo clínico, com o objetivo de garantir a continuidade e a segurança dos cuidados prestados (*Join Commission*, 2017). Estas informações compõem a base da tomada de decisão, e fundamentam o plano de cuidados estabelecido, a sua execução e avaliação das intervenções a serem desenvolvidas (Araújo et al., 2020). As unidades de alta complexidade, como é o caso da UCPA, são locais mais propícios para o desenvolvimento de erros relacionados com as falhas na comunicação interprofissional, apresentando desafios específicos, e encontrando-se associado à transmissão de informação de baixa qualidade (Dusse et al., 2021).

Neste sentido, a existência de uma comunicação eficaz, aquando da transição de cuidados, entendida como o processo de transmissão de informação oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida entre os profissionais de saúde, visa garantir a continuidade dos cuidados, a qualidade e a segurança dos mesmos, reduzindo a ocorrência de eventos adversos (Figueiredo et al., 2020).

O Plano Nacional para a Segurança do Doente (PNSD) 2021-2026, estabelece a comunicação eficaz e eficiente, como o terceiro pilar para a promoção de cuidados seguros e de qualidade, sendo um foco de atenção dos enfermeiros (Sistema Nacional de Saúde [SNS], 2022). A DGS (2017) refere que, uma das estratégias que garante a eficácia da comunicação, é a utilização de ferramentas que promovam a uniformização da informação oportuna a ser transmitida, através de uma metodologia padronizada, simples, flexível, concisa e clara, para comunicar informações dos cuidados. Nesta perspetiva, a DGS (2017) recomenda, através da Norma nº 001/2017, a utilização da metodologia ISBAR (*Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendations*), com a finalidade de uniformizar as boas práticas para uma comunicação eficaz entre os diversos profissionais de saúde, contribuindo para uma tomada de decisões rápida, pensamento crítico, redução do tempo e do erro na comunicação, e integração de novos

	<p>PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIOS</p>	<p>Bloco Operatório Central e de Especialidades da Unidade Local de Saúde de [REDACTED]</p>
---	--	---

profissionais (DGS, 2017; AORN, 2018). Vários estudos comprovam que, a inexistência destas metodologias, proporcionam erros/falhas na transmissão de informação, conseqüente ocorrência de incidentes e descontinuidade do plano de cuidados, por depender da subjetividade de cada elemento, o que conduz à omissão de informações importantes (Nunes et al., 2023).


A *Join Commission* (2017), na publicação “Alerta: Eventos Sentinela - Comunicação na Transição Inadequada”, sugere ações de melhoria da qualidade da comunicação, dentro das quais surge a padronização de informação essencial a ser transmitida durante a transferência de cuidados, através do uso de ferramentas, mnemónicas, ou listas de verificação, com tópicos de informações prioritárias.

Atendendo à lista dos padrões de qualidade, dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Perioperatória, são reconhecidos elementos relacionados à comunicação e à segurança dos cuidados perioperatórios, tais como: a adoção de estratégias facilitadoras de comunicação, que aumentem a segurança dos procedimentos cirúrgicos; a comunicação eficiente visando a segurança cirúrgica; e a utilização de habilidades de comunicação, que garantam a informação e documentação precisa e oportuna, na equipa interdisciplinar e na continuidade de cuidados perioperatórios (OE, 2017, 2023).

Por conseguinte, estudos comprovam que o processo de transição de cuidados entre enfermeiros é fundamental, e que estes têm a responsabilidade de garantir que as informações sobre os clientes sejam transmitidas de forma correta, completa e eficaz (Chiew et al., 2019). O estabelecimento de prioridades na prestação de cuidados de enfermagem, e a organização do plano de trabalho podem ser dificultados por uma comunicação imprecisa, que pode originar omissões e erros na transmissão de informações, podendo expor o cliente a um maior risco de incidentes (O’Neill et al., 2023).

2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO E ANÁLISE DE VIABILIDADE

Na UCPA do Bloco Operatório (BO) da Unidade Local de Saúde (ULS) de [REDACTED], verifica-se uma inconsistência na transmissão da informação durante a transição de cuidados, justificada pela

	PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIOS	Bloco Operatório Central e de Especialidades da Unidade Local de Saúde de [REDACTED]
---	---	--


ausência de uma metodologia ou uniformização da informação, o que pode representar riscos de omissão de informações importantes sobre o cliente, condicionando a continuidade de cuidados de enfermagem.

Foi realizada uma observação informal, aquando da transferência dos clientes da sala operatória para a UCPA, constatando-se:

- A falta de padronização objetiva da informação essencial a ser transmitida durante a transferência de cuidados, pela inexistência de um modelo/metodologia específico que oriente este processo, resulta na não transmissão de informações oportunas e completas, tais como a identificação do cliente, as comorbilidades, antecedentes pessoais, historial clínico, entre outras;
- A ausência de uma ferramenta/lista que permita o registo escrito e a transmissão da informação oral, induz à perda de informações sobre o cliente e a dúvidas acerca dos cuidados/intervenções prestados anteriormente, dificultando assim, uma visão efetiva do plano de cuidados a prestar e perda de tempo à procura da informação;
- A transmissão da informação não é realizada em equipa multidisciplinar, mas sim entre pares (enfermeiro/enfermeiro, médico/médico), existindo duplicação de informação e incoerências na informação que é transmitida, podendo originar confusões, falhas e/ou erros;
- A ausência de uniformização na transmissão, torna as informações suscetíveis a interpretações próprias, não criteriosas, colocando em causa a segurança dos clientes, a continuidade e qualidade dos cuidados prestados;
- A carência de um ambiente calmo, uma vez que se verifica a transmissão da informação em simultâneo com outras tarefas, não permite que a transmissão da informação ocorra de forma focada, sem interrupções e sem perda de informação, resultando assim, a trocas de informações dos clientes, confusão e incertezas.

Neste sentido, identifica-se como potencial necessidade do serviço, a implementação de um protocolo/ferramenta para a transmissão efetiva da informação para a UCPA.

Atendendo ao exposto, e alicerçado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em situação perioperatória (OE, 2017), surge o presente projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de


	PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIOS	Bloco Operatório Central e de Especialidades da Unidade Local de Saúde de ████████
---	---	--

enfermagem perioperatórios, que visa o desenvolvimento de uma ferramenta onde conste a informação de enfermagem a ser transmitida para a UCPA, garantindo assim a continuidade de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade.

Considerando que, a elaboração de um projeto presume rigor científico impondo o recurso a ferramentas que comprovem, justifiquem e validem o problema identificado, foi utilizada a ferramenta de análise estratégica *SWOT* (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*), de forma a analisar panoramas e fundamentar a tomada de decisões (Tabela 1). Através desta ferramenta, é possível perceber os riscos a ter em conta, e quais os problemas a resolver para a execução do projeto, assim como, os seus pontos fortes e oportunidades a potenciar e explorar, de modo a estabelecer prioridades de atuação.

Tabela 1- Análise SWOT

	<i>Fatores Positivos</i>	<i>Fatores Negativos</i>
<i>Fatores Internos</i>	<p><u>S – Forças</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Motivação e interesse para desenvolver competências na área de enfermagem perioperatória, nomeadamente na transmissão de informação para a continuidade de cuidados; ▪ Compromisso e organização para a implementação do projeto; ▪ Implementação de intervenções autónomas de enfermagem; ▪ Interesse em contribuir para a melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem perioperatórios. 	<p><u>W – Fraquezas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Limitação temporal para a implementação do projeto; ▪ Inexperiência na implementação de projetos de melhoria contínua.
<i>Fatores Externos</i>	<p><u>O – Oportunidades</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Recetividade e envolvimento no projeto das Enfermeiras Tutoras e Enfermeiro Gestor; ▪ Projeto insere-se na filosofia de melhoria contínua da qualidade do serviço; ▪ Crescimento profissional e individual; ▪ Existência de orientações nacionais sobre segurança do cliente, que orientam para a 	<p><u>T – Ameaças</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Possível resistência à mudança de comportamentos e dinâmicas, por parte de alguns elementos da equipa de enfermagem; ▪ Equipa muito focada no cumprimento de <i>timings</i> cirúrgicos.

	PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIOS	Bloco Operatório Central e de Especialidades da Unidade Local de Saúde de ████████
---	---	--

transmissão de informação (Norma Nº001/2017 da DGS e PNSD 2021-2026).	
--	--

Da análise dos dados apresentados, conclui-se que o presente projeto depende mais de fatores internos do que externos, e que as forças e as oportunidades se destacam face às fraquezas e ameaças identificadas. Relativamente aos fatores negativos indicados, estes são contornáveis através do correto planeamento do projeto e do envolvimento da equipa de enfermagem no mesmo, conseguido através da apresentação clara e objetiva do projeto, da necessidade de mudança, benefícios concretos e impacto positivo esperado, expondo exemplos e resultados descritos em projetos semelhantes. Deste modo, conclui-se que o projeto reúne condições necessárias à sua implementação, perspetivando-se o sucesso da sua execução.

3. OBJETIVOS E ATIVIDADES


O presente projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, apresenta como objetivo geral:

- Promover a segurança do cliente e garantir a continuidade dos cuidados de enfermagem de qualidade na UCPA.

Com o intuito de alcançar o objetivo geral, foram definidos objetivos específicos e atividades inerentes:


1 – Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem perioperatórios, através da elaboração e implementação de uma proposta/ferramenta, centrada na informação a transmitir para a continuidade dos cuidados de enfermagem na UCPA, minimizando eventos adversos e otimizando a transferência de informação entre equipas.

- 1.1. Consultar as recomendações atuais (nacionais e internacionais), para a prestação de cuidados de qualidade e seguros à pessoa em situação perioperatória, assim como da informação relevante para a continuidade de cuidados de enfermagem na UCPA,

	<p>PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIOS</p>	<p>Bloco Operatório Central e de Especialidades da Unidade Local de Saúde de [REDACTED]</p>
---	--	---

nomeadamente, da DGS, OMS, AESOP, AORN e *European Operating Room Nurses Association*;

- 1.2. Pesquisar a evidência científica da temática, com recurso ao agregador de base de dados *EBSCOhost Web*, nas bases de dados *CINAHL Complete* e *MEDLINE Complete*;
 - 1.3. Consultar o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), bem como, realizar pesquisa livre no *Google Académico* e em livros científicos, sobre a informação para a continuidade de cuidados de enfermagem no contexto perioperatório;
 - 1.4. Recolher, junto da equipa de enfermagem, sugestões para a elaboração da proposta/ferramenta;
 - 1.5. Analisar e sintetizar a informação recolhida, num documento final;
 - 1.6. Disponibilizar um documento relativo à informação a ser transmitida, em contexto perioperatório, para assegurar a continuidade de cuidados seguros e de qualidade;
 - 1.7. Elaborar uma proposta de ferramenta, que contenha a informação a transmitir da sala operatória para a UCPA, de modo a promover e assegurar a continuidade de cuidados de enfermagem;
 - 1.8. Obter validação da ferramenta para a transmissão da informação na UCPA junto do Gabinete da Qualidade do Hospital;
 - 1.9. Aplicar a ferramenta e realizar a transmissão de informação através da mesma, fomentando a tomada de decisão e a continuidade de cuidados de enfermagem;
 - 1.10. Perceber a opinião da equipa de enfermagem relativamente à aplicabilidade e utilidade da ferramenta;
 - 1.11. Realizar a conceção de cuidados de enfermagem de um caso clínico, na plataforma *e4Nursing*, com base na evidência científica mais atual e na ontologia de enfermagem, atendendo à informação a ser transmitida, promovendo a continuidade de cuidados.
2. Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da transmissão eficaz de informação, para garantir a continuidade dos cuidados de enfermagem na UCPA.
- 2.1. Apresentar à equipa de enfermagem, em reunião de serviço, o projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem perioperatórios, no âmbito da transmissão da informação para a continuidade dos cuidados na UCPA, expondo a necessidade de mudança, as vantagens e o impacto esperado;

	<p>PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIOS</p>	<p>Bloco Operatório Central e de Especialidades da Unidade Local de Saúde de [REDACTED]</p>
---	--	---

- 2.2. Apresentar à equipa de enfermagem, em momento formativo, os resultados obtidos da revisão da literatura e a ferramenta desenvolvida para implementação, no âmbito da transmissão da informação para a continuidade dos cuidados na UCPA;
- 2.3. Incentivar a equipa de enfermagem à utilização da ferramenta para a transmissão da informação na transição de cuidados para a UCPA.

4. PLANEAMENTO E EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES

Relativamente à organização temporal do projeto, este será desenvolvido de 23 de setembro de 2024 a 27 de janeiro de 2025, apresentando-se em cronograma (Tabela 2) a estruturação e o planeamento das atividades ao longo do tempo, de forma a facilitar a concretização das mesmas e dos objetivos subjacentes.

A metodologia adotada para a execução do projeto visa os objetivos definidos e as atividades propostas para a execução dos mesmos. Assim, pretende-se o desenvolvimento e implementação de uma ferramenta com as informações a transmitir (resultantes da revisão da literatura e das sugestões recolhidas da equipa de enfermagem), de modo a assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem na UCPA.

Pretende-se apresentar à equipa o projeto de melhoria contínua, expondo a necessidade de mudança e os objetivos do mesmo, recolhendo junto da equipa sugestões para a elaboração da ferramenta para a transmissão da informação, garantindo assim o envolvimento da equipa na implementação do projeto e adequar a ferramenta às necessidades do serviço. Em consonância, serão realizadas ações de formação periódicas sobre estratégias de comunicação eficaz e sobre a ferramenta de transmissão de informação, com possível simulação/treino, de modo a capacitar as equipas e envolvê-las no projeto. Importa referir que a ferramenta será elaborada em forma de *check list*, para melhor aplicação e maior facilidade de apreensão por toda a equipa.

Importa salientar que a programação das atividades pode sofrer alterações em função das recomendações providas das professoras orientadoras, da enfermeira tutora e do enfermeiro gestor do serviço, assim como do decorrer do processo de estágio.



	PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIOS	Bloco Operatório Central e de Especialidades da Unidade Local de Saúde de █████
---	---	---

Tabela 2 – Cronograma

					Set	Out	Nov	Dez	Jan		
Descrição				Data Início	Data Fim	Duração					
Objectivo Especifico 1	Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem perioperatórios, através da elaboração e implementação de uma proposta/ferramenta, centrada na informação a transmitir para a continuidade de cuidados de enfermagem na UCPA.										
Atividade 1.1	Consultar as recomendações atuais (nacionais e internacionais), para a prestação de cuidados de qualidade e seguros à pessoa em situação perioperatória, assim como da informação relevante para a continuidade de cuidados de enfermagem na UCPA, nomeadamente, da DGS, OMS, AESOP, AORN e <i>European Operating Room Nurses Association</i> ;	23/09/2024	04/10/2024	12	█						
Atividade 1.2	Pesquisar a evidência científica da temática, com recurso ao agregador de base de dados <i>EBSCOhost Web</i> , nas bases de dados <i>CINAHL Complete</i> e <i>MEDLINE Complete</i> ;	23/09/2024	14/10/2024	22	█						
Atividade 1.3	Consultar o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), bem como, realizar pesquisa livre no <i>Google Académico</i> e em livros científicos, sobre a informação para a continuidade de cuidados de enfermagem no contexto perioperatório;	23/09/2024	14/10/2024	22	█						
Atividade 1.4	Recolher, junto da equipa de enfermagem, sugestões para a elaboração da proposta/ferramenta;	30/09/2024	06/10/2024	7	█						
Atividade 1.5	Analisar e sintetizar a informação recolhida, num documento final;	14/10/2024	04/11/2024	22		█					
Atividade 1.6	Disponibilizar um documento relativo à informação a ser transmitida, em contexto perioperatório, para assegurar a continuidade de cuidados seguros e de qualidade;	04/11/2024	27/01/2025	85				█	█	█	█
Atividade 1.7	Elaborar uma proposta de ferramenta, que contenha a informação a transmitir da sala operatória para a UCPA, de modo a promover e assegurar a continuidade de cuidados de enfermagem na UCPA;	28/10/2024	04/11/2024	8			█				
Atividade 1.8	Obter validação da ferramenta para a transmissão da informação na UCPA junto do Gabinete da Qualidade do Hospital;	04/11/2024	18/11/2024	15			█				
Atividade 1.9	Aplicar a ferramenta e realizar a transmissão de informação através da mesma, fomentando a tomada de decisão e a continuidade de cuidados de enfermagem;	18/11/2024	27/01/2025	71				█	█	█	█
Atividade 1.10	Perceber a opinião da equipa de enfermagem relativamente à aplicabilidade e utilidade da ferramenta;	13/01/2025	20/01/2025	8							█
Atividade 1.11	Realizar a conceção de cuidados de enfermagem de um caso clínico, na plataforma <i>e4Nursing</i> , com base na evidência científica mais atual e na ontologia de enfermagem, atendendo à informação a ser transmitida, promovendo a continuidade de cuidados.	16/12/2024	27/01/2025	43					█	█	█
Objectivo Especifico 2	Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da transmissão eficaz de informação, para a continuidade dos cuidados de enfermagem na UCPA.										
Atividade 2.1	Apresentar à equipa de enfermagem, em reunião de serviço, o projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem perioperatórios, no âmbito da transmissão da informação para a continuidade dos cuidados na UCPA;	Outubro (a definir)				█					
Atividade 2.2	Apresentar à equipa de enfermagem, em reunião de serviço, os resultados obtidos da revisão da literatura e a ferramenta desenvolvida para implementação, no âmbito da transmissão da informação para a continuidade dos cuidados na UCPA;	Novembro (a definir)					█				
Atividade 2.3	Incentivar a equipa de enfermagem à utilização da ferramenta para a transmissão da informação na transição de cuidados para a UCPA.	18/11/2024	27/01/2025	71				█	█	█	█

	<p>PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIOS</p>	<p>Bloco Operatório Central e de Especialidades da Unidade Local de Saúde de [REDACTED]</p>
---	--	---

5. RECURSOS E REQUISITOS


Para que a implementação de um projeto ocorra com sucesso, é necessário realizar uma análise integrada das necessidades e dos recursos que são necessários para a execução das atividades propostas. Neste sentido, o presente projeto subentende a mobilização de recursos humanos, materiais, físicos e temporais.

Os recursos humanos necessários à implementação do projeto são a autora do projeto, e elementos intervenientes que participam no desenvolvimento do mesmo, as professoras orientadoras, as tutoras e gestores do contexto de estágio, assim como, a equipa de enfermagem. Relativamente aos recursos materiais, estes incluem o uso de computador com acesso à internet, impressora, material de escritório e videoprojector. Os recursos físicos englobam as instalações do contexto de estágio, assim como os gabinetes de formação do hospital. Quanto aos recursos temporais, verifica-se que a organização e o planeamento de um projeto integram em si o fator tempo, essencial para a sequência das atividades a desenvolver, com término definido para o final do estágio de natureza profissional.

6. AVALIAÇÃO E DIVULGAÇÃO

A eficácia e a eficiência da implementação do projeto são definidas através de estratégias de acompanhamento, análise e avaliação/monitorização da evolução das atividades propostas, evitando a divergência temporal, sendo o cronograma de atividades, o instrumento que orienta essa monitorização.

A avaliação das atividades e do projeto, será realizada através da concretização de reuniões regulares de orientação, intercalares e uma final, com a enfermeira tutora e professoras orientadoras. Estas reuniões servirão para monitorizar, orientar e verificar o cumprimento das atividades e dos objetivos definidos, e realizar uma análise crítico-reflexiva, acerca do desenvolvimento do projeto. Desta forma, irá permitir, também, a adoção de medidas

	<p>PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIOS</p>	<p>Bloco Operatório Central e de Especialidades da Unidade Local de Saúde de [REDACTED]</p>
---	--	---

mitigadoras, relativamente a possíveis desvios ao plano inicial, e a adequação/reformulação das atividades, conforme necessidade.

Relativamente à avaliação dos resultados, esta compreende a avaliação/monitorização dos objetivos alcançados, podendo-se traduzir em indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem. Neste sentido, será realizada a monitorização da taxa de adesão/utilização da ferramenta, através da observação informal das práticas, nos momentos específicos de transferência dos clientes da sala operatória para a UCPA. Pretende-se, ainda, recolher junto da equipa o *feedback*/opinião, de forma informal, da aplicabilidade e utilidade da ferramenta. Monitorizar o número de elementos que assistiram à formação e correlacionar com a adesão à mesma ou não, e avaliar a necessidade de repetição da mesma. Desta forma, será possível, posteriormente, adaptar e melhorar a ferramenta, e até, expandi-la a outros locais/serviços.

De acordo com o planeamento e elaboração do projeto, a divulgação dos resultados irá refletir os indicadores do sucesso da concretização do mesmo.


7. BIBLIOGRAFIA

Araújo, R., Almeida, L., Paula, V., Nepomuceno, M., & Marins, A. (2020). Aplicabilidade do Método ISBAR em uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto. *Cogitare Enfermagem* 25. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.70858>.

Association of Perioperative Registered Nurses. (2018). Guideline for team communication. Guidelines for perioperative practice. *AORN*. <https://aornguidelines.org/guidelines/content?sectionid=173735251&view=book>.

Braaf, S., Manias, E., Finch, S., Riley, R., & Munro, F. (2013). Healthcare service provider perceptions of organisational communication across the perioperative pathway: a questionnaire survey. *J Clin Nurs*, 22(1-2), 180-191. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2012.04228.x>

Chiew, L., Bakar, S., Ramakrishnan, S., Cheng, P., Karunagaran, Y., & Bunyaman, Z. (2019). Nurse's Perception and Compliance on Identification, Situation, Background, Assessment and Recommendation (Isbar) Tools Forhandoff Communication in Tertiary Hospital, Dammam. *Jornal Malaio de Pesquisa Médica*, 3, 26-32. <https://doi.org/10.31674/mjmr.2019.v03i04.004>

	<p>PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIOS</p>	<p>Bloco Operatório Central e de Especialidades da Unidade Local de Saúde de █████</p>
---	--	--

Direção-Geral da Saúde. (2017). Norma 001/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Direção-Geral da Saúde*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2018). Norma 005/2018: Avaliação da cultura de segurança do doente nos hospitais. *Direção-Geral da Saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2018/02/20/avaliacao-da-cultura-de-seguranca-do-doente-nos-hospitais/>.

Dusse, F., Pütz, J., Böhmer, A., Schieren, M., Joppich, R., & Wappler, F. (2021). Completeness of the operating room to intensive care unit handover: a matter of time?. *BMC anaesthesiology*, 21(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s12871-021-01247-3>

Figueiredo, A., Potra, T., & Lucas, P. (2020). Transição de Cuidados de Enfermagem: ISBAR na Promoção da Segurança dos Doentes - revisão scoping. *Revista Internacional de Comunicación* 49, pp. 32-48. <https://doi.org/10.12795/Ambitos.2020.i49.03>

Joint Commission. (2017). Inadequate hand-off communication. *Sentinel event alert*. 58, 1–6. <https://www.jointcommission.org/resources/sentinel-event/sentinel-event-alert-newsletters/sentinel-event-alert-58-inadequate-hand-off-communication/>

Manser, T., Foster, S., Flin, R., & Patey, R. (2013). Team communication during patient handover from the operating room: more than facts and figures. *Human factors*, 55(1), 138–156. <https://doi.org/10.1177/0018720812451594>


Nunes, O., Munhoz, O., Cauduro, G., Freitas, E., Andolhe, R., & Magnago, T. (2023). Construção e validação de checklist para transferência do cuidado na alta da sala de recuperação pós-anestésica. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 22. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v22i0.66042>

O'Neill, K., Powell, M., Lovell, T., Brown, D., Walsham, J., Calleja, P., Nielsen, S., & Mitchell, M. (2023). Improving the handover of complex trauma patients by implementing a standardised process. *Australian Critical Care*, 36, 799–805. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.10.020>

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

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série, nº26. *Ordem dos Enfermeiros*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2023). Parecer do Conselho de Enfermagem, nº 275/2023. Responsabilidade do Enfermeiro na transição de cuidados do intraoperatório, para a unidade de cuidados anestésicos. *Ordem dos Enfermeiros*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28634/parecer-ce-n%C2%BA-275->

	PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIOS	Bloco Operatório Central e de Especialidades da Unidade Local de Saúde de [REDACTED]
---	---	--

2023_responsabilidade-do-enfermeiros-na-transi%C3%A7%C3%A3o-de-cuidados-do-
intraoperat%C3%B3rio-para-a-uc-posanestesicos_anonimizado.pdf

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

Anexo III

Anexo IV

Informações a Transmitir na Transição de Cuidados da Sala Operatória para a UCPA

Categoria	Informação
Identificação do Cliente	<ul style="list-style-type: none"> - Nome completo do cliente - Idade/ Data de Nascimento - Número de Registo
Histórico Clínico	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico pré-operatório - Antecedentes Clínicos e Cirúrgicos - História de Alergias - Classe ASA - Nível de Dependência - Sinais Vitais Basais - Escala de Coma de Glasgow
Detalhes da Cirurgia e Anestesia	<ul style="list-style-type: none"> - Procedimento Cirúrgico - Tipo de Anestesia - Medicação Intraoperatória - Perdas Sanguíneas Estimadas - Gestão de Fluidoterapia e Hemoderivados - Intercorrências Cirúrgicas/Anestésicas - Profilaxia Antibiótica - Dispositivos Médicos [Sonda vesical, drenos, sonda nasogástrica, etc.] - Ferida Cirúrgica e Pensos
Plano de Cuidados Pós-operatórios	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados Imediatos - Recomendações para a Recuperação [Detalhar recomendações de repouso, alimentação, mobilização, etc.] - Alterações Esperadas - Atitudes a Adotar em Caso de Alterações/Complicações

Robins & Feng, 2015; Tan & Tan, 2015; Kitney et al., 2018; Wang, He & Feng, 2021; Zemedkun et al., 2022

Anexo V

Identificação do Doente



Hora admissão: _____

Procedimento Cirúrgico: _____

Diagnóstico: _____

Patologias Associadas: _____

- HTA DLP DPOC Asma Arritmia
 DM FAV I. Renal I. Cardíaca DAP

Alergias _____

Hipocoagulado/Anti-agregado _____
 Suspendeu _____

Hábitos Etílicos Hábitos Tabágicos

ECG: _____

Abertura ocular (4,3,2,1); Resposta verbal (5,4,3,2,1); Resposta motora (6,5,4,3,2,1)

Peso: _____

ASA: 1 2 3 4 5 6

Via Aérea Difícil _____

Profilaxia ATB _____

Outras Informações: _____

Técnica Anestésica

- AGB Bloqueio Sub-aracnoideu
 AG Inalatória Bloqueio Epidural
 AG Intravenosa Bloqueio Periférico
 Anestesia Combinada Sequencial

Outra: _____

Dx: _____ Temp.: _____ °C

Perdas sanguíneas: _____

Fluidoterapia: _____

- Infiltração AL _____
 Reserva eritrócitos
 Análises

Outras Informações: _____

Terapêutica Intraoperatória:

- Propofol Paracetamol
 Fentanil Tramadol
 Remifentanil Morfina
 Sufentanil Cetorolac
 Midazolam Dexametasona
 Quetamina Ondansetron
 Lidocaína Metoclopramida
 Rocurónio Droperidol
 Sugamadex Hidrocortisona

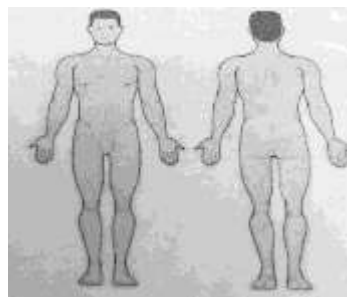
Outra: _____

Sonda Vesical Diurese: _____
 Irrigação contínua _____

Pensos _____

Drenos _____

SNG Drenagem: _____



- A – CVP (___/___)
 B – CVC
 C – Linha arterial
 D - Feridas
 E - Drenos

Epidural _____
 PCA _____

Intercorrências: _____

Recomendações UCPA (propostas/pendentes):

Vaga/Internamento: _____

Anexo VI

O IMPACTO DO BRIEFING E DEBRIEFING NA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO

Silvia Araújo, Hospital António Lopes; Catarina Barroso, Escola Superior de Enfermagem do Porto; Fátima Segóides, Escola Superior de Enfermagem do Porto



1

INTRODUÇÃO

O bloco operatório é considerado um serviço de elevada complexidade, e são vários os fatores que podem contribuir para um maior risco de eventos adversos.

- Problemas Técnicos e Médicos
- Falhas de Comunicação
- Trabalho em Equipa Ineficaz



Briefing

- Realizado antes do procedimento cirúrgico;
- Discussão de informações críticas sobre a intervenção cirúrgica;
- Identificação de possíveis desafios da cirurgia;
- Compreensão dos objetivos e dos papéis de cada elemento da equipa.

Debriefing

- Realizado após o procedimento cirúrgico;
- Reflexão (oportunaidade de) sobre os aspetos positivos e negativos;
- Promoção da aprendizagem contínua;
- Identificação de áreas de melhoria.

Zhou et al. (2020), Leung et al. (2017), Schaap et al. (2020), Gomes et al. (2020)

2

INTRODUÇÃO



Qual o impacto do briefing e debriefing na qualidade dos cuidados de enfermagem perioperatórios?

Objetivo

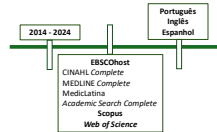
Mapear a evidência científica sobre o impacto do briefing e do debriefing na qualidade dos cuidados de enfermagem em contexto perioperatório, contribuindo para a compreensão das suas vantagens e limitações na prática de cuidados.

3

METODOLOGIA

Scoping Review

- P – População: Enfermeiros
- C – Contexto: Briefing e debriefing nos cuidados
- C – Contexto: Perioperatório



Crítérios de Inclusão:

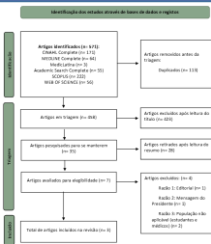
- Artigos que envolvam enfermeiros (população);
- Artigos que analisem especificamente as práticas de briefing e debriefing, independentemente da sua forma (formal ou informal) (conceito);
- Artigos que visem ambientes perioperatórios (contexto);
- Artigos referentes a estudos empíricos, qualitativos, quantitativos ou mistos e revisões sistemáticas (tipo de estudo).

Crítérios de Exclusão:

- Artigos que envolvam estudantes ou técnicos de enfermagem (população);
- Artigos referentes a outras estratégias de comunicação ou formação sem relação com as práticas de briefing e debriefing (conceito);
- Artigos de opinião, editoriais, cartas ao editor, relatórios de casos ou revisões narrativas (tipo de estudo).

4

METODOLOGIA

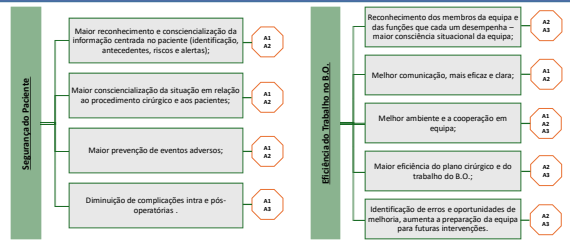


Foram incluídos 3 estudos que abordam a implementação e os resultados do briefing e debriefing em cenários cirúrgicos e perioperatórios, bem como os seus efeitos nos cuidados de Enfermagem e na segurança da pessoa.

Artigo	Título	Autor	Ano	País
A1	Safety checklist briefings: a systematic review of the literature	McDowell, D. & McComb, S.	2014	EUA
A2	Effects of perioperative briefing and debriefing on patient safety: a prospective intervention study	Leong, K., Hanskamp-Sabregts, M., Van Der Wal, B. & Woot, A.	2017	Holanda
A3	Long-term effects of perioperative briefing and debriefing on team climate: A mixed-method evaluation study	Schaap, M., Hanskamp-Sabregts, M., Merks, T., Huisveld-Chevalking, A. & Meijerck, J.	2021	Holanda

5

RESULTADOS



6

CONCLUSÕES

A implementação do *briefing* e do *debriefing*, em contexto perioperatório, apresenta evidentes benefícios e contribui para uma cultura de segurança robusta, uma prática de enfermagem mais segura e eficaz, e promovem a melhoria contínua dos cuidados, através da aprendizagem reflexiva.



Limitação

Uma limitação verificada é a escassez de estudos existentes sobre a temática, o que torna a avaliação do impacto do *briefing* e do *debriefing* menos robusta. Esta lacuna, evidencia a necessidade urgente de mais estudos que explorem o impacto do *briefing* e do *debriefing* na qualidade dos cuidados de enfermagem em contexto perioperatório.

BIBLIOGRAFIA



Scan me!



Obrigada!

Anexo VII



LEAN SIX SIGMA NA MELHORIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIOS: REVISÃO INTEGRATIVA

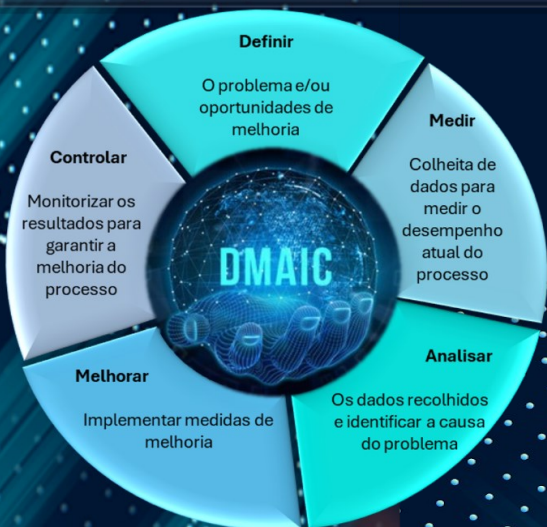
Silvia Araújo, Maria Assunção Mendes; Margarida Marques; Tânia Silva; Fátima Segadães; Cristina Barroso

INTRODUÇÃO

A qualidade dos cuidados em saúde é entendida como a prestação de serviços acessíveis, equitativos e baseados em elevados padrões profissionais, tendo em conta os recursos disponíveis e garantindo a satisfação e adesão dos clientes. Assim, a qualidade torna-se intrinsecamente ligada à eficiência, efetividade e segurança na prestação dos cuidados.

O contexto perioperatório, devido à sua complexidade, exige uma abordagem integrada para a gestão de processos, recursos e equipas. Esta gestão requer metodologias que possibilitem reduzir erros, otimizar recursos e garantir a consistência dos cuidados prestados. A metodologia *Lean Six Sigma* tem-se destacado como uma ferramenta robusta para promover a melhoria contínua da qualidade em saúde. Integrando os princípios *Lean* – que visam a redução de desperdícios e de atividades sem valor agregado – e *Six Sigma* – cujo foco está na minimização da variação e no aumento da precisão dos processos –, a LSS apresenta-se como uma abordagem estruturada e sustentável.

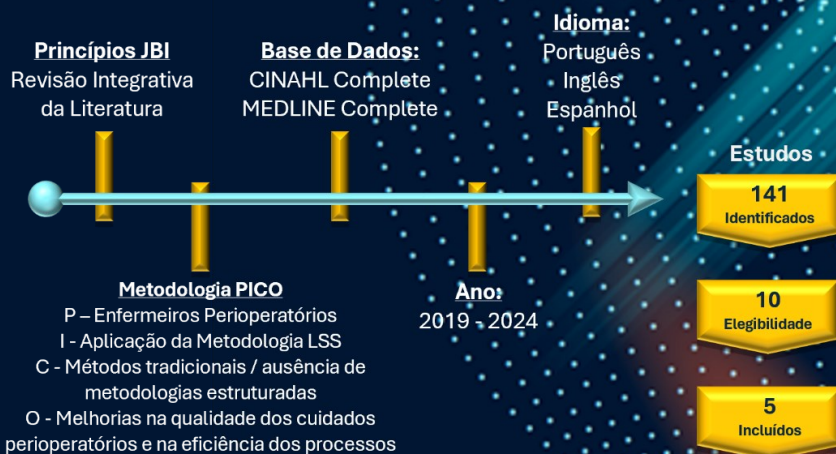
Despacho n.º 5613/2015 do Ministério da Saúde, 2015; Sanchez et al., 2023



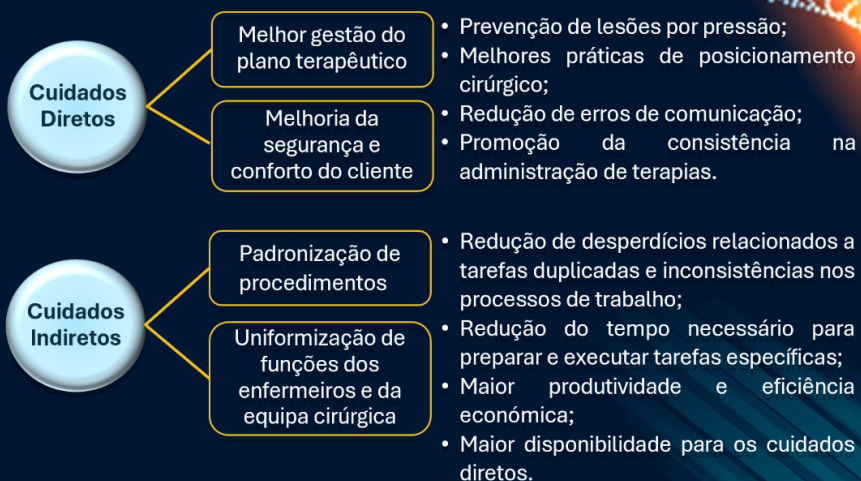
Objetivo:

Avaliar a aplicabilidade da metodologia LSS na melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem perioperatórios e os seus resultados.

METODOLOGIA



RESULTADOS



CONCLUSÃO

Otimização de processos Redução de desperdícios Padronização de fluxos de trabalho

A metodologia LSS representa uma ferramenta valiosa para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem perioperatórios, respondendo a praticamente todos os enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Ao promover a eficiência e a consistência nos processos de trabalho, o LSS não só contribui para melhores resultados clínicos, mas também para a sustentabilidade económica das instituições de saúde.



Anexo VIII



INFORMAÇÃO PARA A CONTINUIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS: RESULTADOS PRELIMINARES DE UMA SCOPING REVIEW

Sílvia Araújo, ██████████ Fátima Segadães, Cristina Barroso

INTRODUÇÃO

A transição de cuidados do cliente em situação perioperatória, vincula o *continuum* de cuidados cirúrgicos e anestésicos, em ambiente pré, intra e pós-operatório, representando-se como eventos de alto risco e suscetíveis a falhas de comunicação que, por sua vez, podem levar a complicações intra e pós-operatórias, comprometendo a qualidade e a segurança dos cuidados prestados.

Vários estudos demonstram que, informações consideradas críticas, não foram comunicadas na maioria dos momentos de transição de cuidados para a UCPA, colocando em causa a continuidade dos mesmos. Estas informações compõem a base da tomada de decisão, e fundamentam o plano de cuidados estabelecido, a sua execução e avaliação das intervenções a serem desenvolvidas.

Questão investigação:

Qual a informação a transmitir para a continuidade dos cuidados de enfermagem da sala operatória para a UCPA?

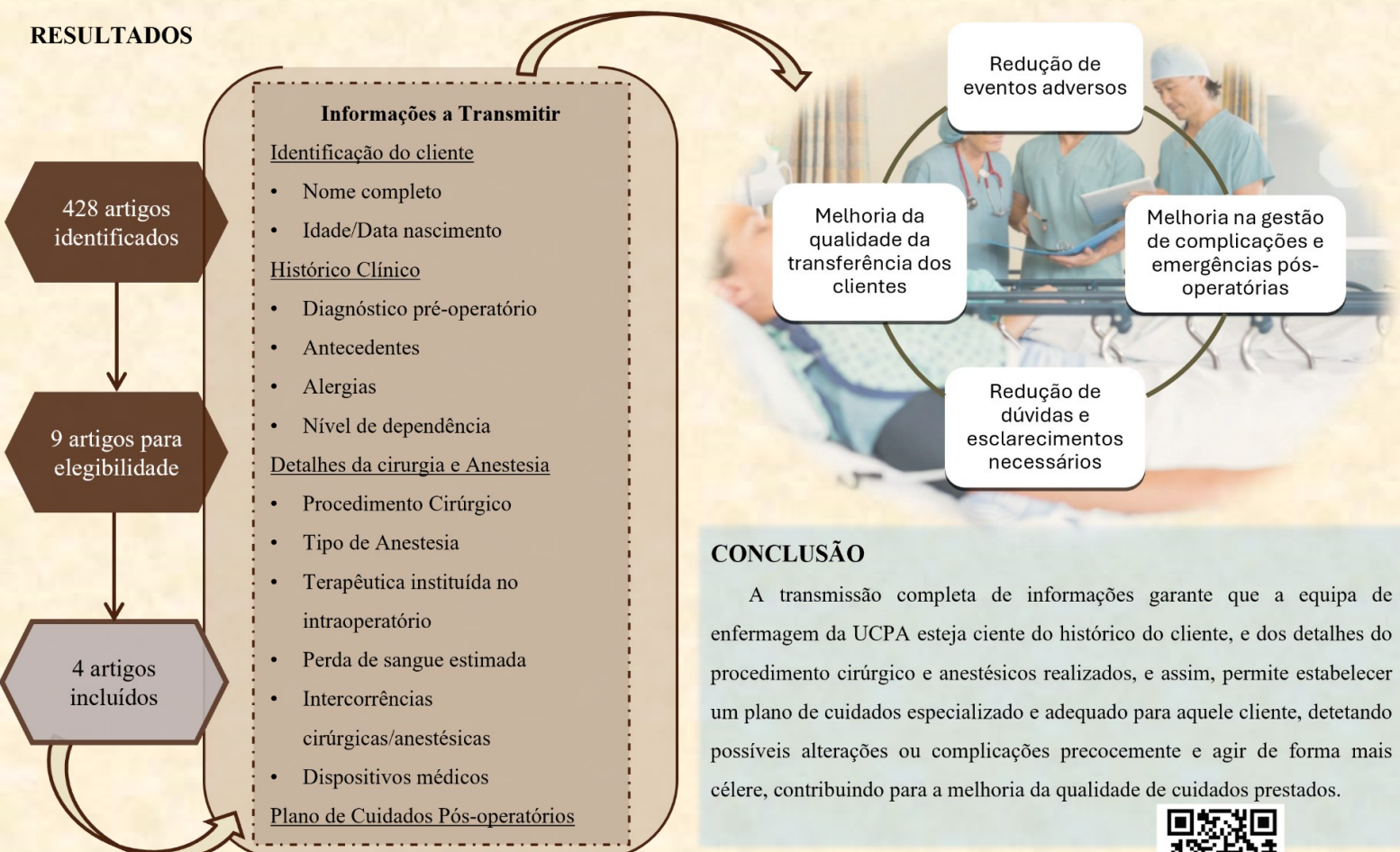
Objetivo:

Mapear a evidência científica relativa à informação a ser transmitida para assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem na UCPA.

METODOLOGIA



RESULTADOS



CONCLUSÃO

A transmissão completa de informações garante que a equipa de enfermagem da UCPA esteja ciente do histórico do cliente, e dos detalhes do procedimento cirúrgico e anestésicos realizados, e assim, permite estabelecer um plano de cuidados especializado e adequado para aquele cliente, detetando possíveis alterações ou complicações precocemente e agir de forma mais célere, contribuindo para a melhoria da qualidade de cuidados prestados.



SCAN ME

Anexo IX

ENCONTRO DE BENCHMARKING DA MCEEMC 2024

Enfermagem Médico-Cirúrgica: Equidade e Poder Económico dos Cuidados de Enfermagem Especializados



O IMPACTO DA UTILIZAÇÃO DA METODOLOGIA LEAN SIX SIGMA NO TURNOVER CIRÚRGICO: UMA REVISÃO DA LITERATURA

AUTORES: Sílva, Tânia¹; Mendes, Assunção²; Marques, Margarida³; Araújo, Silva⁴

ENQUADRAMENTO

O tempo de *turnover* cirúrgico surge como um elemento importante de eficiência na gestão das salas operatórias, sendo considerado um indicador de qualidade, com custos diretos e indiretos associados (Jericó et al., 2011). Compete ao enfermeiro especialista em perioperatório e, particularmente, ao enfermeiro gestor, consciencializar-se das necessidades emergentes de gestão eficiente do bloco operatório e atuar como facilitador do desenvolvimento e implementação de metodologias de gestão organizacional e de melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Wu et al., 2017).

A metodologia *Lean Six Sigma* (LSS) surge como uma destas metodologias, cujo principal objetivo é a otimização do desempenho reduzindo o desperdício. Esta metodologia propõe-se a eliminar atividades que não acrescentem valor, a reduzir a variação dos processos e a eliminar causas de erro gerando uma redução de custos e tempo desperdiçado, traduzindo-se em maior qualidade e satisfação do cliente e organizações (Definir, Medir, Analisar, Implementar, Controlar [DMAIC]) (Figura 1) (Sanchez et al., 2023).



Figura 1 - Abordagem LSS aplicada ao *turnover* cirúrgico (Sanchez et al., 2023)

Questão de Investigação

“Qual o impacto da utilização da metodologia *Lean Six Sigma* no *turnover* cirúrgico?”

Objetivos

Conhecer o impacto da utilização da metodologia *Lean Six Sigma* no *turnover* cirúrgico e respetivas vantagens na gestão dos cuidados de Enfermagem.

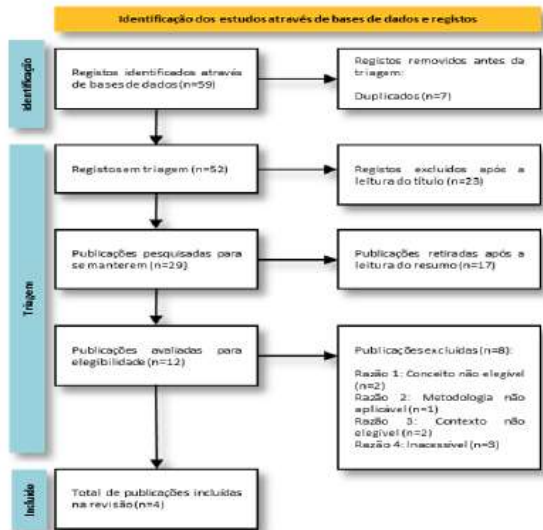
METODOLOGIA

Trata-se de uma *Scoping Review*, segundo a metodologia PCC (Tabela 1), entre os anos 2019 a 2023, utilizando as bases de dados CINAHL Complete e MEDLINE Complete, acessíveis através do agregador EBSCOhost.

P - População	Enfermeiros perioperatórios
C - Conceito	Metodologia <i>Lean Six Sigma</i>
C - Contexto	<i>Turnover</i> Cirúrgico

Tabela 1 – Metodologia PCC

Frase booleana
 (“perioperative nurs*” OR “operating room nursing” OR “operating rooms”) AND (“six sigma” OR “lean six sigma” OR “total quality management”) AND (“turnover”)



Crítérios de Inclusão Artigos que analisam a utilização da metodologia LSS na gestão do *turnover* cirúrgico.

Crítérios de Exclusão Artigos que abordam a metodologia LSS noutros contextos ou que não envolvessem os enfermeiros perioperatórios.

RESULTADOS



A1 - Applying Lean Principles to Improve or Efficiency (Vandale, 2021); A2 - Process Improvement strategy to implement an outpatient surgery center efficiency model in an academic inpatient setting (Kubala et al., 2021); A3 - The Power Law in Operating Room Management (Wong, et al., 2021); A4 - Improving efficiency and reducing costs in robotic surgery: a Lean Six Sigma approach to optimize turnover time (Sanchez et al., 2023)

CONCLUSÃO

Com a utilização da metodologia LSS, ocorre a redução de desperdício de tempo e de recursos, através da implementação de práticas padronizadas, resultando efetivamente na redução do tempo de *turnover* cirúrgico entre 15,6% a 55%. Esta redução aliada à utilização da metodologia LSS é crucial na gestão das salas cirúrgicas, tendo impacto na satisfação das equipas cirúrgicas, potenciando um melhor ambiente de trabalho, satisfação dos clientes e da organização, com melhoria na qualidade de cuidados e benefícios financeiros.

BIBLIOGRAFIA

