

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Intervenção especializada na prevenção de lesões oculares da
pessoa no período perioperatório

Specialized intervention in the prevention of ocular injuries in
patients during the perioperative period

Autor

Ana Rita da Fonseca Pires

Oliveira de Azeméis, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Intervenção especializada na prevenção de lesões oculares da pessoa no período perioperatório

Specialized intervention in the prevention of ocular injuries in patients during the perioperative period

Orientador(es)

Dina Teresa Ferreira da Costa

Autor

Ana Rita da Fonseca Pires

Oliveira de Azeméis, 2025

FRASE OU PENSAMENTO

*"Os dias prósperos não vêm por acaso. São granjeados, como as searas,
com muita fadiga e com muitos intervalos de desalento."*
Camilo Castelo Branco

AGRADECIMENTO

Ao longo desta fase do meu percurso académico, tive a felicidade de conhecer, contar com o apoio e receber o incentivo de muitas pessoas, às quais qualquer expressão de gratidão será sempre insuficiente.

À minha orientadora, Professora Dina Costa, pela forma paciente, rigorosa e inspiradora como me orientou nesta etapa tão importante. Sendo uma pessoa íntegra, afável, disponível e competente, mostrou-me sempre o melhor caminho para alcançar o pretendido. Sem o seu apoio e orientação estou certa que o percurso seria bem mais difícil e sinuoso. Foi um grande privilégio ter partilhado esta etapa consigo!

À minha tutora de estágio, Enfermeira Andreia Leite, pela sua capacidade de transmitir conhecimentos, pela sua disponibilidade, apoio, motivação e orientação.

Porque tudo se torna mais fácil e entusiasmante quando estamos inseridos num grupo especial, resiliente, focado, trabalhador e cúmplice, o meu agradecimento aos meus colegas e amigos do mestrado pela vossa amizade sincera e sentido de companheirismo.

À minha equipa, Bloco Operatório de Oftalmologia, onde cresci profissionalmente, pela solidariedade, apoio e confiança.

A todos os meus amigos pela amizade, incentivo e por me obrigarem a viver para além do mestrado.

Aos meus pais, porque sempre me deram tudo o que puderam e me apoiaram, compreendendo o meu afastamento e por serem um exemplo de amor e bondade para mim; ao meu irmão, Diogo, pela amizade e suporte nas fases boas e menos boas, por ser um orgulho para mim e um exemplo a seguir; aos meus sogros, que me deram força e ânimo para superar esta etapa; às minhas afilhadas, Maria Eduarda e Constança, porque mesmo longe fisicamente se fizeram notar perto, com palavras de conforto e de carinho que afagaram o meu coração.

Ao meu marido, Toni, amor da minha vida, porque foi o meu grande suporte e âncora, porque acreditou em mim mesmo quando eu desacreditei, e sem a sua ajuda, carinho, amor, compreensão e encorajamento não teria superado tão bem esta etapa, colmatando na perfeição a minha ausência e indisponibilidade nesta fase.

À minha filha, Constança, que representa o futuro e foi também por ela que fiz este mestrado, acreditando que desculpou a minha falta de presença quando precisou de mim!

A todos, os meus sinceros agradecimentos!

RESUMO

A concretização do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, requer a elaboração de um relatório de estágio, tendo como base o desenvolvimento de competências no decorrer do Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II. Este documento tem como objetivo analisar o processo de aquisição e desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória, durante o estágio realizado, destacando a evolução profissional e as competências adquiridas ao longo dessa experiência prática, tendo como premissa o raciocínio crítico-reflexivo inerente a uma prática de enfermagem avançada. Este relatório apresenta assim, a trajetória de aprendizagem e desenvolvimento profissional realizado numa Unidade de Cirurgia de Ambulatório.

Procurou-se concretizar o projeto individual de desenvolvimento de competências, integrando-o num contexto mais amplo de promoção das habilidades na prestação de cuidados de enfermagem, no âmbito específico do curso. A escolha do tema "Intervenção especializada na prevenção de lesões oculares da pessoa em situação perioperatória" revelou-se pertinente devido a uma inquietação surgida da experiência profissional. Com o objetivo principal de desenvolver competências especializadas no cuidado à Pessoa em Situação Perioperatória, com foco na vigilância e prevenção de lesões oculares, o projeto visou contribuir para a assistência profissional avançada aos utentes, aprimorando a qualidade e a eficácia dos cuidados prestados, atendendo às necessidades específicas da Pessoa em Situação Perioperatória. Ao destacar a importância da prática baseada em evidência e da abordagem centrada na pessoa, visa-se promover uma prestação de cuidados mais humanizada e eficaz no contexto perioperatório.

Para a elaboração deste relatório, adotou-se uma metodologia descritiva e reflexiva, baseada numa revisão da literatura por meio de pesquisa bibliográfica em diversas fontes, com o objetivo de analisar a prática desenvolvida para a aquisição de competências. Reforça-se a importância crucial de uma enfermagem avançada, alinhada com a consciência cirúrgica e fundamentada na melhor evidência disponível, contribuindo desta forma para a prestação de cuidados de enfermagem especializados, seguros, de qualidade e excelência à Pessoa em Situação Perioperatória e à sua família/pessoa significativa.

Palavras-chave: enfermagem perioperatória; período intraoperatório; lesões oculares; lesões da córnea.

ABSTRACT

The completion of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing with a specialization in Perioperative Nursing at the Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa requires the development of a clinical internship report. This report is based on the acquisition and development of competencies throughout the Perioperative Nursing Internship II. Its objective is to analyze the process of acquiring and developing the competencies of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing for the Perioperative Patient (EEMCPSP) during the internship, highlighting professional growth and the competencies acquired during this practical experience. This analysis is grounded in the critical-reflective reasoning inherent to advanced nursing practice. Accordingly, this report presents the learning and professional development journey undertaken in an Ambulatory Surgery Unit (UCA).

The individual project for skill development was designed within a broader context of enhancing nursing care skills, aligning with the specific scope of the program. The choice of the theme "Specialized Intervention in the Prevention of Ocular Injuries in the Perioperative Patient" was driven by a concern arising from my professional experience. The primary objective was to develop specialized skills in the care of Perioperative Patients, with a particular focus on the surveillance and prevention of ocular injuries. This project aimed to contribute to advanced professional assistance for patients, improving the quality and effectiveness of care provided while addressing the specific needs of PSPs. By emphasizing the importance of evidence-based practice and a patient-centered approach, the project sought to promote a more humanized and effective perioperative care delivery.

For the preparation of this report, a descriptive and reflective methodology was adopted, based on a literature review conducted through bibliographic research from various sources, with the aim of analyzing the practice developed for competency acquisition. The completion of this report reinforced the crucial importance of advanced nursing, aligned with surgical awareness and supported by the best available evidence. This contributes to the delivery of specialized, safe, high-quality, and excellent nursing care to PSP and their families/significant others.

Keywords: perioperative nursing; intraoperative period; eye injuries; corneal abrasion.

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

ACSA - *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia*

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AORN - *Association of periOperative Registered Nurses*

AINES - Anti Inflamatórios Não Esteróides

APCA - Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório

ASA - *American Society of Anesthesiologists*

BO - Bloco Operatório

BOC - Bloco Operatório Central

BIS - *Bispectral Index*

CA - Cirurgia de Ambulatório

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNDCA - Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia Ambulatória

CPOE - Consulta Pré-Operatória de Enfermagem

CVP - Cateter Venoso Periférico

DGS - Direção Geral da Saúde

DQS - Departamento da Qualidade em Saúde

EE - Enfermeiro Especialista

EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEEMCPSP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

EEEP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Perioperatória

EEP - Enfermeiro Especialista do Perioperatório

EEEPSP - Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

ELPO - Escala de Avaliação do Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

EORNA - *European Operating Room Nurses Association*

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

ESSNorteCVP - Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

GABA - Ácido Gama-Aminobutírico

IAAS - *International Association for Ambulatory Surgery*

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN - *International Council of Nurses*

ILC - Infecção do Local Cirúrgico

ISBAR - *Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation*

LASA - *Look Alike Sound Alike*

LVSC - Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

PAI - Processo Assistencial Integrado

PAMSD - Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PBE - Prática Baseada na Evidência

PNSD - Plano Nacional para a Segurança do Doente

PPFM - *Perioperative Patient Focused Model*

PQCE - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

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

PSP - Pessoa em Situação Perioperatória

RMN - Ressonância Magnética Nuclear

SNC - Sistema Nervoso Central

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SO - Sala Operatória

SPA - Sociedade Portuguesa de Anestesiologia

TAC - Tomografia Computorizada

TET- Tubo Endotraqueal

TLIF - Fusão Lombar Transforaminal

TOF - *Train Of Four*

UC - Unidade Curricular

UCA - Unidade de Cirurgia de Ambulatório

UCPA - Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

UPCIRA - Unidade de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistências aos Antimicrobianos

VM - Ventilação Mecânica

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva

VPO - Visita Pré-Operatória

WHO - *World Health Organization*

ÍNDICE

FRASE OU PENSAMENTO	3
AGRADECIMENTO	5
RESUMO	7
ABSTRACT	9
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS	11
ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS	17
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	19
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	23
3. CIRURGIA DE SEPTOPLASTIA	33
3.1. Enquadramento teórico	33
3.2. Clientes	37
3.3. Medicação	37
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	38
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	43
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	45
3.5. Domínios	51
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	51
3.6. Conceção de Cuidados	58
3.7. Especificação das intervenções	61
3.8. Síntese relativa ao caso	62
4. CIRURGIA DE FUSÃO LOMBAR TRANSFORAMINAL	67
4.1. Enquadramento teórico	67
4.2. Clientes	75
4.3. Medicação	75
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	76
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	81
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	83
4.5. Domínios	87
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	88
4.6. Conceção de Cuidados	97
4.7. Especificação das intervenções	100
4.8. Síntese relativa ao caso	101
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	105
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	151
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	155

ANEXOS	175
--------------	-----

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Figura 1: *Perioperative Patient Focused Model*

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

O ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP), aprovado pelo Despacho nº11688/2020, de 25 de novembro, inclui no seu 2º Ano a Unidade Curricular (UC) "Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II". Este estágio tem um total de 880 horas, sendo 440 horas de contato direto.

As atividades desenvolvidas ao longo da UC tiveram como principal objetivo o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências essenciais para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e, consequentemente, o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (EEEMCPSP) pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

O presente relatório foi elaborado no âmbito do 4º Curso do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória e apresenta a aquisição e o desenvolvimento de competências ao longo do estágio. Deste modo, pretende-se: caracterizar o contexto clínico, assim como analisar e refletir sobre o contributo do percurso realizado para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEEMCPSP.

Pretendeu-se concretizar o projeto individual de desenvolvimento de competências, inserindo-o num contexto mais amplo de promoção das competências na prestação de cuidados de enfermagem, no âmbito específico do curso. Com o intuito de desenvolver competências especializadas em enfermagem no cuidado da Pessoa em Situação Perioperatória (PSP), com ênfase na vigilância e prevenção das lesões oculares, o projeto visou contribuir para a ajuda profissional avançada aos utentes, aperfeiçoando a qualidade e a eficácia dos cuidados prestados, atendendo às necessidades específicas da PSP.

De acordo com a evidência, as lesões oculares em utentes internados em unidades de cuidados intensivos representam um problema significativo, com uma prevalência de 59,4% (Oliveira et al., 2016). O risco é maior em utentes sob sedação, anestesia geral ou em coma, onde ocorre um relaxamento muscular generalizado, resultando em contrações involuntárias das pálpebras e na ausência do reflexo de pestanejar (Werli-Alvarenga et al., 2011). O período entre a admissão e o aparecimento das lesões varia entre 2 e 7 dias, sendo a queratopatia de exposição a mais frequente (3,6%-60%), seguida da quemose (9%-80%) e da queratite microbiana (Alansari et al., 2015). A anestesia geral compromete o reflexo corneano, tornando a mucosa ocular uma área de atenção para a prevenção de úlceras na córnea. A intervenção do

enfermeiro é essencial para prevenir complicações evitáveis e reduzir a morbidade ocular grave (Prakash, 2013).

As lesões da superfície ocular são recorrentes em unidades de cuidados, mas podem ser prevenidas se a equipa de enfermagem reconhecer os fatores de risco (Moraes et al., 2022). No contexto perioperatório, essas lesões podem prolongar a hospitalização, aumentar o risco de infeções nosocomiais e atrasar a reintegração do utente na vida quotidiana (Santos et al., 2023).

Na elaboração deste relatório, foi adotada uma metodologia descritiva e reflexiva, tendo sido realizada uma revisão da literatura através de pesquisa bibliográfica de diversas fontes tais como documentos legislativos e jurídicos, artigos científicos, revistas e livros, com o objetivo de analisar a prática desenvolvida e refletir criticamente no sentido da aquisição de competências. Este documento pretende ainda ser um instrumento de avaliação do percurso formativo, cuja conclusão e defesa pública são requisitos para a obtenção do grau de Mestre e do título de Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (EEEPSP).

A PSP, ao passar por um processo cirúrgico, procura manter ou melhorar o seu estado de saúde e qualidade de vida. O ambiente perioperatório, marcado por alta complexidade, exige profissionais com competências diferenciadas para garantir cuidados de saúde seguros e de qualidade. A constante inovação tecnológica, aliada ao avanço das técnicas cirúrgicas e anestésicas, requer enfermeiros capacitados para acompanhar essa evolução, desenvolver habilidades de aprendizagem e atuar perante situações complexas. No entanto, a humanização dos cuidados e a segurança dos utentes continuam a ser prioridades fundamentais (Duarte & Martins, 2014; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2017). A procura por novos saberes e competências é, portanto, fundamental para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, garantindo que estes sejam sustentados na melhor evidência científica disponível.

O crescimento exponencial da Cirurgia de Ambulatório (CA) nos últimos anos, impulsionado pela evolução tecnológica e pelo aumento da procura por cuidados de saúde, tem sido sustentado pela maior efetividade, qualidade dos cuidados e eficiência na organização hospitalar. Além disso, proporciona um impacto positivo para a PSP, que, em menos de 24 horas, é submetida a uma intervenção programada e pode recuperar no seu ambiente familiar (Despacho n.º 1380/2018, 2018). Diante dessa realidade, a atuação num contexto tão dinâmico e complexo, exige do Enfermeiro Especialista (EE) um conjunto de competências que lhe permita prestar cuidados diferenciados, humanizados e de excelência à PSP e à sua família ou pessoa significativa.

Considerando os objetivos estabelecidos para o estágio no âmbito do plano de estudos do Mestrado referido, o local de estágio escolhido foi uma Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA). Esta escolha não só permitiu atingir os objetivos delineados para o estágio, mas também está alinhada com os objetivos pessoais de desenvolvimento de competências especializadas

nesta área. A experiência possibilitou a prestação de cuidados personalizados, seguros e de qualidade à PSP e à sua família/pessoa significativa, abrangendo as cinco áreas de atuação da enfermagem perioperatória, fundamentando-se nos pilares definidos nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica (PQCEEMC).

A prática clínica baseada em quadros teóricos e modelos conceptuais, estabelece e reforça a identidade científica da disciplina de Enfermagem e fornece a estrutura que permite cuidados baseados em evidências (Kolovos, 2020). Deste modo, foi utilizado como referencial teórico nos cuidados, dado se considerar ser o que melhor descreve esta área de enfermagem, permitindo orientar a linha de pensamento crítico tendo como base a PSP e família/pessoa significativa, o *Perioperative Patient Focused Model* (PPFM). Este modelo conceptual permite documentar e mapear a prática dos cuidados de enfermagem perioperatórios individualizados e holísticos à pessoa a vivenciar um processo cirúrgico, contribuindo para a Prática Baseada na Evidência (PBE), garantindo a segurança e qualidade das intervenções de enfermagem (Kolovos, 2020).

Este modelo enfatiza o cuidado centrado na PSP e na sua família, abrangendo todas as fases do período perioperatório. Garante que as intervenções sejam adaptadas às necessidades individuais de cada pessoa, considerando as suas dimensões físicas, emocionais e sociais e promovendo a segurança, o conforto e uma recuperação eficiente (Wicklin, 2020). Com base neste modelo, os enfermeiros especializados direcionam as suas intervenções para a personalização dos cuidados, a integração de práticas baseadas em evidências e a comunicação eficaz (Kolovos, 2020).

Com o objetivo de estruturar este relatório de forma clara e compreensível, encontra-se dividido em três partes complementares. A primeira parte corresponde à componente de estágio, caracterização do contexto clínico, incluindo a descrição do modelo teórico adotado. A segunda parte corresponde ao desenvolvimento de dois casos clínicos, tendo como estrutura a plataforma *e4nursing*, sendo esta uma ferramenta pedagógica do processo de tomada de decisão do enfermeiro. Para a elaboração dos casos clínicos, foram selecionados momentos que correspondem a sessões da pessoa no contexto perioperatório. Nesse processo, as sessões são organizadas com a identificação de diversos domínios relevantes para a prática clínica em cada fase, com base nos dados observados que identificam as necessidades de cuidados de enfermagem. Esses dados tornam-se, posteriormente, focos de atenção ou diagnósticos de enfermagem, aos quais são associadas as intervenções de enfermagem, de acordo com a experiência cirúrgica vivenciada pelo utente. Esta plataforma foi concebida para orientar os estudantes no processo de tomada de decisão clínica e na conceção dos cuidados de enfermagem, sendo estruturada com base na Ontologia de Enfermagem. Essa abordagem facilita a organização e sistematização dos cuidados, promovendo uma prática clínica mais eficaz e fundamentada, alinhada com os princípios da Enfermagem e as necessidades específicas de cada utente. Na terceira parte do relatório é realizada a descrição e a análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas para a aquisição e desenvolvimento de

competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na área específica, enfatizando a importância de uma abordagem holística e da constante atualização de conhecimentos face à inegável evolução tecnológica e científica.

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

O estágio de natureza profissional é fundamental para que os estudantes desenvolvam competências avançadas em planeamento, tomada de decisão e resolução de situações complexas, especialmente no contexto perioperatório. A *European Operating Room Nurses Association* (EORNA, 2023) enfatiza a importância da formação pós-graduada em enfermagem perioperatória para garantir a segurança dos cuidados. A OE (2017) também destaca o valor dessa especialização, dado que capacita os profissionais para atenderem às necessidades específicas de utentes e famílias em situações vulneráveis durante os processos anestésicos e cirúrgicos, além de empoderá-los para lidarem com a complexidade do ambiente perioperatório.

O estágio visou proporcionar uma experiência de formação prática/clínica orientada para objetivos avançados, que permitiu demonstrar a aquisição de competências avançadas de juízo crítico, planeamento e tomada de decisão em situações complexas na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória (ESSNorteCVP, 2023).

O EEEMCPSP desempenha um papel essencial no cuidado integral do utente ao longo de todo o processo perioperatório, abrangendo desde a identificação das suas necessidades até ao planeamento, execução das intervenções e avaliação dos resultados (OE, 2017).

Realizar um estágio em contexto de CA oferece a oportunidade de explorar as várias dimensões desse cuidado, promovendo o desenvolvimento de habilidades de reflexão profissional e tomada de decisão. O ambiente de ambulatório é enriquecedor, dado que exige uma abordagem centrada na pessoa e na sua família, assegurando que todos os aspetos da experiência perioperatória sejam cuidadosamente avaliados. Dessa forma, o estágio contribui de maneira significativa para a formação de competências na prestação de cuidados, fomentando uma prática de enfermagem perioperatória mais eficaz e humanizada.

Para proporcionar uma melhor compreensão das atividades realizadas, é essencial conhecer o contexto em que ocorreram, além de explorar a importância do referencial teórico utilizado na prática profissional. Este referencial teórico desempenha um papel crucial na aquisição, desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências comuns e específicas da Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), especialmente na área de especialização em enfermagem à pessoa em situação perioperatória, influenciando diretamente a qualidade do cuidado prestado e a evolução do profissional.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 65/2018 (2018), o ciclo de estudos para obtenção do grau de mestre numa área de especialidade não se resume apenas ao domínio de conhecimentos, mas também à capacidade de aplicá-los de forma prática. Exige-se a integração de novos

conhecimentos, a habilidade de compreender e resolver problemas, refletir sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais, além de desenvolver soluções, emitir juízos e comunicar eficazmente em situações complexas.

A UC de Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II inclui um período de formação clínica avançada, inserido no domínio especializado do mestrado, que permite o desenvolvimento e o aprimorar de competências em contexto clínico, focando a prestação de cuidados à pessoa ao longo da sua experiência cirúrgica. O estágio decorreu numa UCA, no período de 1 de outubro de 2024 a 27 de fevereiro de 2025, com 440 horas de contacto em contexto de prática clínica, sendo as restantes horas em trabalho autónomo, seminários teóricos e práticos e orientações tutoriais, de acordo com o plano de estudos.

A CA é definida como uma "intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, locorregional ou local que, embora habitualmente efetuada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as atuais *legis artis*, em regime de admissão e alta no período inferior a vinte e quatro horas" (Portaria n.º 163/2013, 2013, p. 2496). Este conceito inclui assim a possibilidade de uma noite de internamento (pernoita), desde que o período entre a admissão para a cirurgia e a alta clínica não ultrapasse as 24 horas.

O desenvolvimento da CA foi impulsionado, sobretudo, pela necessidade de reduzir os custos dos serviços de saúde, aliando qualidade ao custo-benefício. Esse progresso foi possibilitado por avanços tecnológicos, pela evolução das técnicas cirúrgicas (como as minimamente invasivas, que resultam em feridas menores e tempos de recuperação reduzidos) e anestésicas (que diminuem o período de internamento) (Benze et al., 2021; Nunes et al., 2018; Silva et al., 2022a).

O regresso a casa antecipado, desde que respeitadas as condições de segurança, traz benefícios significativos, como a promoção da deambulação precoce e a recuperação pós-operatória num ambiente familiar. Isso facilita um retorno mais rápido às atividades diárias, à vida familiar e profissional, além de estar associado a uma menor taxa de complicações pós-operatórias (Despacho nº 25832/2007, 2007). A reorganização das estruturas hospitalares permitiu dedicar o internamento hospitalar a casos mais complexos, promovendo a redução das despesas em saúde e a reorientação dos custos hospitalares (Despacho nº 1380/2018, 2018).

Contudo, o sucesso do processo cirúrgico em CA depende do tipo de procedimento e da seleção criteriosa dos utentes, pois nem todas as pessoas são elegíveis para este regime. Existem critérios de admissibilidade que podem ser ajustados conforme as características de cada hospital, de acordo com Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia Ambulatória (CNDCA, 2008), sendo as recomendações da *International Association for Ambulatory Surgery* (IAAS) um guia orientador fundamental.

Como referido anteriormente, as pessoas elegíveis para serem submetidas a cirurgia em regime de CA cumprem critérios rigorosos de seleção, apesar destes poderem variar consoante a instituição de saúde. Os critérios de seleção de utentes para cirurgia em regime de ambulatório incluem tanto aspetos sociais quanto clínicos, conforme definidos pela CNDCA (2008). Os critérios clínicos para a cirurgia em regime de ambulatório exigem que a pessoa apresente estabilidade clínica e psíquica, esteja classificada como ASA I ou II em termos anestésicos e que a cirurgia tenha curta duração, não ultrapassando os 120 minutos. Além disso, é necessário que o desconforto, dor, náuseas e vômitos no pós-operatório possam ser controlados eficazmente com medicação oral. Quanto aos critérios sociais, o utente deve aceitar ser submetido à intervenção em regime de ambulatório, garantir transporte em veículo automóvel para o retorno a casa, com a residência localizada a uma distância inferior a 60 minutos do hospital. Também é necessário que o utente tenha condições adequadas de habitação no local de pernoita, fácil acesso a telefone e seja acompanhado por um adulto responsável durante as primeiras 24 horas após a alta (Associação Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses [AESOP], 2012; Matias, 2021; Santos, 2022).

Assim, a cirurgia em regime de ambulatório adota um modelo organizativo de qualidade centrado na pessoa, oferecendo diversos benefícios para todos os envolvidos. Para os utentes e seus familiares, há humanização e maior acessibilidade aos cuidados. Para os profissionais de saúde proporciona satisfação, enquanto para o Serviço Nacional de Saúde (SNS) contribui para a redução de custos e melhora a eficácia e eficiência dos serviços prestados (CNDCA, 2008). Portanto, as particularidades deste modelo vão muito além da simples duração da estadia hospitalar, destacando-se pelos seus impactos positivos em múltiplos níveis.

A CA é assim uma abordagem que oferece benefícios significativos nos âmbitos social e económico, promovendo um modelo centrado no utente. Este modelo requer instalações e recursos humanos específicos, garantindo a inclusão ativa do utente e da sua família em todas as etapas do processo cirúrgico (Despacho nº 25832/2007, 2007). Os cuidados na CA devem por isso ser planeados de forma individualizada, considerando critérios específicos de seleção. Essa abordagem pretende capacitar o utente e a sua família (ou cuidadores significativos) para assumirem um papel ativo no autocuidado.

A ênfase na humanização e personalização dos cuidados é essencial para atender às necessidades de saúde de forma segura e satisfatória. Isso abrange: avaliação personalizada, educação e capacitação do utente, apoio psicológico, integração da família e monitorização contínua. Essas estratégias tornam os cuidados mais efetivos, promovendo uma recuperação mais rápida e direcionada às necessidades individuais.

A CA oferece diversos benefícios para as pessoas e instituições de saúde, incluindo: menor impacto na vida das pessoas, permitindo a recuperação no seu ambiente familiar com mínima interrupção das rotinas e atividades profissionais; redução das complicações, como o risco de

Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), devido à ausência de internamento; aumento da eficiência hospitalar, com maior organização do sistema que melhora o acesso à cirurgia, reduz as listas de espera e diminuição dos custos hospitalares (Despacho nº 1380/2018, 2018).

De acordo com Nunes et al. (2018), a CA é uma das inovações médicas mais significativas das últimas duas décadas, destacando-se pela combinação de qualidade e de custo-benefício, otimizando recursos e melhorando a satisfação. O mesmo autor refere que diversos estudos internacionais demonstraram que a CA é de alta qualidade, segura e económica, com baixas taxas de morbilidade e eventos raros de mortalidade.

A importância da CA vai além dos aspetos económicos e organizacionais, abrangendo um conjunto de variáveis que reforçam a relevância dessa prática. Em particular, destaca-se o foco na pessoa, que deve ser tratada como um fim em si mesma, conforme enfatizado por Cardante (2020). Isso sublinha a centralidade do cuidado na experiência individual, priorizando o bem-estar e as necessidades do utente.

Os enfermeiros perioperatórios desempenham também neste contexto um papel fundamental. O contato com a pessoa e sua família ou pessoa significativa começa precocemente e estende-se por todo o processo, não se limitando às fases de consulta externa (pré-operatória), sala operatória (intraoperatória) ou internamento (pós-operatório), mas abrangendo todo o percurso. Os enfermeiros estão presentes em todas as fases, oferecendo cuidados de qualidade e segurança desde a admissão até à alta, garantindo uma transição segura da pessoa para o seu ambiente familiar. A rápida rotatividade dos utentes exige um esforço adicional dos enfermeiros, que devem adaptar-se constantemente às mudanças diárias (Benze et al., 2021; Pinto et al., 2020; Santos, 2022).

A UCA é uma unidade funcional autónoma que visa contribuir para a excelência dos cuidados de saúde dentro da unidade hospitalar em que se encontra. A sua atividade está centrada na pessoa e focada na prestação de cuidados altamente diferenciados e protocolados no âmbito da CA, incluindo cuidados anestésicos, cirúrgicos e de enfermagem, com o objetivo de proporcionar o máximo conforto e evitar complicações (AESOP, 2012). Esta abordagem alinha-se com a visão de Coutinho (2009), que enfatiza a importância de uma UCA que garanta não só a qualidade e a humanização dos serviços, mas também a participação ativa da família ou pessoa significativa no processo, além da satisfação dos profissionais envolvidos.

Segundo a AESOP (2012), uma UCA deve incluir: receção/admissão, gabinete de consulta, sala de espera para utentes e acompanhantes, vestiário para utentes, sala de preparação pré-operatória, unidade de cuidados pós anestésicos (UCPA) (fase 1 e 2), bloco operatório e estacionamento para utentes/acompanhantes.

A UCA onde se realizou o estágio, oferece cuidados na área de cirurgia de ambulatório sendo o

seu funcionamento caracterizado por um modelo misto, que inclui tanto cirurgia de dia quanto cirurgia com pernoita, de até 24 horas. Esta unidade foi construída de base para o fim a que se destina.

Inicialmente, a UCA dispunha de duas salas operatórias (SO) e áreas de Recobro fase I e II. Contudo, com o aumento da atividade cirúrgica, foi necessário ocupar quatro salas do Bloco Operatório Central (BOC), o que resultou na transformação num modelo de CA misto. Este modelo é considerado pela Direção Geral de Saúde (DGS) como desvantajoso, pois pode dificultar a acessibilidade, dado que o internamento tem prioridade e a equipa multidisciplinar pode não estar tão preparada, com critérios de alta muitas vezes mal definidos (AESOP, 2012). No entanto, conforme observado, essa situação não se verifica nesta unidade, onde a CA é priorizada em relação à cirurgia convencional, respeitando rigorosamente os critérios de inclusão e alta.

Na UCA, está implementada uma gestão documental que orienta a prática clínica, incluindo o manual de procedimentos, protocolos clínicos, normas atualizadas e o Processo Assistencial Integrado (PAI). O objetivo desses documentos é garantir que todos os procedimentos realizados na unidade, tanto clínicos quanto não clínicos, sejam baseados na melhor evidência disponível, visando a melhoria contínua da qualidade e a maior eficiência organizacional.

Ressalva-se que o percurso do utente na UCA segue os passos estabelecidos no PAI. Conforme as recomendações da CNDCA (2008), a constituição de um circuito próprio e bem definido inclui uma área de admissão, sala de preparação, sala de observação, UCPA, sala de recobro e, por fim, a sala de alta. A UCA dispõe de uma UCPA dentro do espaço físico próprio. A gestão das camas de recobro da fase I é distribuída quer na UCPA da UCA (6 camas), quer na UCPA do BOC. As fases II e III do recobro são realizadas na UCPA da UCA (7 cadeirões) e na UCA pernoita (7 cadeirões).

Como unidade de prestação de serviços de saúde, a UCA tem a seguinte carteira de serviços: consulta de anestesiologia em formato não presencial; consulta de enfermagem não presencial; UCPA/recobro; consulta de alta; pernoita; consulta não presencial da véspera da cirurgia; consulta não presencial do dia seguinte à cirurgia; consulta não presencial dos 30 dias após a cirurgia; procedimentos cirúrgicos de várias especialidades. A distribuição da atividade das SO está estabelecida numa planificação semanal, que poderá sofrer alterações conforme necessário.

A UCA possui um quadro próprio de profissionais, incluindo uma equipa de enfermagem, assistentes técnicos e assistentes operacionais. No entanto, com o acréscimo das quatro SO, torna-se necessário recorrer à equipa do BOC para realizar as cirurgias. A maioria dos enfermeiros do BOC, no entanto, não presta cuidados de enfermagem diretamente na UCA, como acolhimento, consultas de enfermagem e recobro. Este modelo pode afetar a prestação de cuidados, uma vez que os enfermeiros do BOC não possuem uma visão tão abrangente da

CA como os profissionais que trabalham exclusivamente na unidade, o que pode impactar a continuidade e a qualidade dos cuidados oferecidos.

A equipa médica da UCA é composta por profissionais das diferentes especialidades cirúrgicas, dependendo dos serviços a que pertencem. As especialidades cirúrgicas mais representadas na CA incluem: Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Cirurgia Maxilo-Facial, Ginecologia, Oftalmologia, Ortopedia, Urologia, Otorrinolaringologia e Neurocirurgia. Essas especialidades abrangem uma ampla gama de intervenções cirúrgicas, permitindo que a UCA ofereça cuidados em diversas áreas médicas.

A distribuição dos enfermeiros nos diversos postos de trabalho é organizada diariamente pelo enfermeiro gestor, com base no plano de trabalho que considera as cirurgias programadas, de acordo com as diretrizes para as dotações seguras estabelecidas no Regulamento n.º 743/2019 (2019). Na área da gestão da unidade, a UCA é composta por um coordenador médico, uma enfermeira gestora e uma enfermeira coordenadora.

No que diz respeito à estrutura física da UCA, é essencial considerar conceitos básicos na organização e no desenho da unidade. Estes devem cumprir tanto as normas e regras de Bloco Operatório (BO) convencional quanto as específicas para serviços de ambulatório. Além disso, por questões de boa prática, é fundamental que a UCA siga princípios de otimização, garantindo uma circulação eficiente tanto da pessoa como dos profissionais e materiais, pois visa melhorar a eficiência e a segurança no atendimento, minimizando riscos e promovendo um ambiente organizado e funcional (Coutinho, 2009; Silva, 2022b).

Conforme definido pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, 2011), o BO está dividido e sinalizado em áreas progressivas de assepsia e isolamento, com recomendações específicas para circulação, limpeza e controlo da qualidade do ar, visando reduzir o risco de infeção. A UCA cumpre as orientações descritas anteriormente e as recomendações da ACSS para os BO, dividindo as suas instalações em: área livre, que não possui restrições de circulação, permitindo o uso de roupa do exterior (sala de espera/admissão de utentes, circulação de profissionais e materiais, gabinetes de consulta); área semi-restrita, que exige o uso de fardamento específico, incluindo touca e calçado exclusivo (sala de acolhimento/preparação, UCPA, armazéns de materiais estéreis e instrumental cirúrgico e toda a área de apoio e adjacente às SO); área restrita onde, na presença de material esterilizado, é obrigatório o uso de máscara cirúrgica para evitar contaminações (SO e salas pré-anestésicas ou de indução) (ACSS, 2011).

Além das áreas, é importante definir claramente os circuitos, reduzindo ao máximo os cruzamentos indesejáveis para minimizar o risco de contaminação ou infeção. São mencionados quatro circuitos distintos: o da PSP, o da família ou pessoa significativa, o de pessoal e o de sujeitos/limpos (Coutinho, 2009; Duarte & Martins, 2014).

A unidade onde se desenvolveu o estágio possui as áreas bem definidas e circuitos organizados, seguindo as recomendações para a prática da CA. Essa estruturação assegura as condições necessárias para o bom funcionamento da unidade, garantindo a segurança e a eficiência dos processos.

A missão e a visão são elementos essenciais da cultura organizacional da UCA, pois ajudam a definir a sua identidade, direção e propósito. A missão visa alcançar os melhores resultados de saúde por meio de diagnósticos e tratamentos rápidos e eficazes, respeitando a individualidade de cada utente. Já a visão procura tornar o serviço uma referência em cuidados de saúde altamente especializados, promovendo excelência, inovação, além de integrar ensino e pesquisa no processo.

A UCA Pernoita está localizada num espaço físico paralelo e contíguo à UCA, no mesmo piso e está integrada no PAI. Neste local, é realizado o acolhimento e a preparação da PSP a ser intervencionada, além de permitir a realização do recobro das fases II e III, a alta do utente, e a pernoita quando houver indicação para isso.

Em virtude da organização vigente, o presente estágio decorreu na UCA, UCA Pernoita e BOC, permitindo obter uma visão geral dos cuidados perioperatórios. Durante o estágio, foi possível conhecer e participar no PAI da unidade, realizar a visita pré-operatória (VPO), colaborar na formação em serviço e nas auditorias, além de acompanhar a EE de apoio à gestão, o que proporcionou uma experiência diversificada e enriquecedora da prática profissional.

A prática clínica, fundamental para o desenvolvimento de competências, é sustentada por uma base teórica sólida. As teorias e modelos conceptuais de enfermagem desempenham um papel crucial na organização do conhecimento e na orientação da prática dos cuidados. Como ciência humana do cuidar, a enfermagem deve construir uma base epistemológica numa visão holística, que abranja a complexidade da pessoa e promova uma mudança de paradigma no contexto perioperatório (Riegel et al., 2018; Watson, 1994).

Historicamente, o contexto cirúrgico enfatizava o uso de equipamentos e competências técnicas. No entanto, a evolução tecnológica e científica, juntamente com avanços na investigação, possibilitou o desenvolvimento de tratamentos e técnicas que melhoram sintomas e promovem a cura, impactando positivamente a saúde física, psíquica e emocional dos utentes. Isso exige que os enfermeiros perioperatórios adquiram competências avançadas. Nesse sentido, a enfermagem precisa transcender uma abordagem mecânica e tecnicista, adotando uma visão holística que reconheça cada pessoa como um ser único, com necessidades físicas, psicoemocionais e espirituais.

Com os avanços na investigação em enfermagem, os cuidados no contexto cirúrgico priorizam a segurança da pessoa durante a vivência perioperatória e evidenciam os resultados das intervenções de enfermagem. Nesse contexto, a *Association of periOperative Registered Nurses*

(AORN) desenvolveu o PPFM, que se propôs a ser lógico e aplicável aos procedimentos perioperatórios, considerando tanto as pessoas quanto as populações. Esse modelo orienta a prática de enfermagem perioperatória, promove a investigação científica e impulsiona a evolução da disciplina neste campo (Rothrock & Smith, 2000; Wicklin, 2020).

O PPFM fornece um referencial teórico que documenta e organiza a prática dos cuidados de enfermagem perioperatórios individualizados e holísticos, voltados para a pessoa em processo cirúrgico. Contribui para a PBE, certificando segurança e qualidade nas intervenções de enfermagem (Kolovos, 2020). O modelo destaca a relação entre os enfermeiros perioperatórios e a PSP, incluindo o utente, a família, cuidadores ou pessoas significativas, dentro de um contexto de cuidados integrados influenciados pelo sistema de saúde e pela prática clínica.

Este modelo reflete o mundo real da prática dos enfermeiros perioperatórios, sendo relevante para profissionais da prática, educadores e investigadores. Abrange todos os domínios e elementos essenciais que envolvem o principal foco da enfermagem perioperatória: a pessoa (Rothrock & Smith, 2000).

No PPFM, a pessoa está no centro do modelo, destacando o seu papel como foco principal dos cuidados de enfermagem perioperatórios, independentemente do ambiente, localização ou população. Para o enfermeiro, nada supera a importância de defender a pessoa (Benze et al., 2021). Essa centralização legitima o papel do enfermeiro como advogado da pessoa e responsável pela supervisão dos cuidados perioperatórios (Mota et al., 2021).

Além de ser centrado na pessoa, o modelo é orientado para resultados, incentivando os enfermeiros perioperatórios a oferecerem cuidados voltados para a obtenção de resultados de alta qualidade. Em alinhamento com o modelo, a implementação de PBE promove a segurança da pessoa e otimiza as respostas fisiológicas e comportamentais no contexto perioperatório (Wicklin, 2020).

Figura 1: *Perioperative Patient Focused Model*



Fonte: Benze, C.; Spruce, L. & Groah, L. (2021). Perioperative Nursing: Scope and Standards of

Practice. AORN Inc.

O PPFM é ilustrado por uma circunferência dividida em quatro domínios fundamentais: Segurança, Respostas Fisiológicas, Respostas Comportamentais e Sistema de Saúde, conforme apresentado na Figura 1. O domínio da Segurança é descrito como “a ausência de sinais e sintomas de lesão física não relacionados com o pretendido, efeitos terapêuticos de um procedimento cirúrgico ou outro procedimento invasivo” (Wicklin, 2020, p. 4); o domínio das Respostas Fisiológicas é definido como “as respostas físicas, bioquímicas e funcionais aos efeitos terapêuticos pretendidos de um procedimento cirúrgico ou outro procedimento invasivo” (Wicklin, 2020, p. 4-5); já o domínio das Respostas Comportamentais refere-se às “respostas psicológicas, sociológicas e espirituais dos pacientes e suas famílias ao procedimento cirúrgico ou outro procedimento invasivo”, sendo que também abrange o conhecimento da pessoa sobre o procedimento e a sua experiência perioperatória (Wicklin, 2020, p. 4-5); por fim, o domínio do Sistema de Saúde é descrito como “os elementos de dados estruturais que existem no ambiente perioperatório ou sistema de saúde” (Wicklin, 2020, p. 4-5). Os três primeiros domínios representam características essenciais do cuidado à pessoa e áreas críticas para qualquer indivíduo submetido a procedimentos cirúrgicos ou invasivos. Já o quarto domínio, Sistema de Saúde, abrange elementos necessários no ambiente para apoiar o enfermeiro nas suas atividades de assistência à pessoa, como funcionários, equipamentos, suprimentos, entre outros (Rothrock & Smith, 2000; Wicklin, 2020).

Este modelo conceptual descreve a experiência cirúrgica dentro do sistema de saúde, refletindo a interação entre os domínios e destacando os cuidados de enfermagem perioperatórios ao longo do contínuo da vivência cirúrgica, que abrange os períodos pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório. A PSP é colocada no centro da representação, de forma a que o processo de enfermagem enfatize o seu cuidado, respeitando a sua unicidade, atendendo às suas necessidades e desejos. Além disso, valoriza a participação da pessoa no processo de vivência cirúrgica, promovendo a sua capacitação para a tomada de decisões, garantida pela interação com o enfermeiro perioperatório em todas as fases desse processo (Wicklin, 2020).

As inter-relações entre os quatro domínios e subdomínios fundamentam a aplicação do processo de enfermagem, com ênfase nos resultados (Wicklin, 2020). Nesse contexto, os enfermeiros perioperatórios realizam uma avaliação da pessoa focada nos resultados desejados, utilizando os recursos disponíveis. Isso auxilia na identificação de diagnósticos de enfermagem e na seleção de intervenções de enfermagem individualizadas (Wicklin, 2020). O processo de avaliação é individualizado e orientado para os resultados desejados, identificando problemas de saúde, reais ou potenciais, da pessoa durante o período perioperatório. É operacionalizado por meio de atividades diagnósticas e da escolha de diagnósticos de enfermagem apropriados às áreas de cuidado: segurança, respostas fisiológicas e respostas comportamentais. O objetivo é garantir um nível de bem-estar equivalente ou superior ao registado no pré-operatório.

Em resumo, os enfermeiros perioperatórios avaliam a PSP com foco em resultados de alta qualidade, identificando diagnósticos e intervenções individualizadas (Wicklin, 2020). Esse modelo, aplicável a diversas áreas da enfermagem perioperatória, baseia-se em evidências para garantir a segurança dos cuidados no sistema de saúde.

3. CIRURGIA DE SEPTOPLASTIA

Cliente de 42 anos, sexo feminino, desempregada, casada e com 2 filhos menores. Apresenta obstrução nasal com respiração predominante bucal e voz anasalada. Tem como diagnóstico médico desvio do septo nasal, tendo sido proposta para realizar septoplastia, em regime de ambulatório na unidade de cirurgia de ambulatório, sob anestesia geral, no dia 21 de outubro de 2024. Realizou consulta pré-operatória de enfermagem não presencial. Como antecedentes patológicos relevantes destaca-se encefalite herpética em 2020 (nesse contexto apresentou alterações da memória, perturbação conversiva e personalidade mista e ainda desencadeou reação alérgica à carbamapexina, manifestada por eritrodermia com edema da face). Sem medicação habitual.

3.1. Enquadramento teórico

Segundo Marques et al. (2024), a enfermagem avançada representa um nível científico da prática de enfermagem fundamentada em evidências, pensamento crítico, inovação e liderança. O foco está nos cuidados centrados na pessoa, na pesquisa e no aperfeiçoamento profissional, assegurando o compromisso contínuo da enfermagem com a saúde da sociedade.

Com base nas competências do EEEMCPSP, este caso clínico tem como objetivo apresentar a conceção dos cuidados de enfermagem a um cliente submetido a septoplastia. Este caso clínico vai explanar o período intraoperatório da doente, em dois momentos, sendo a primeira sessão no momento após intubação endotraqueal (21-10-24 09:00) e a segunda sessão após extubação (21-10-24 12:00).

O uso de um referencial teórico é crucial na prática de enfermagem, pois oferece uma estrutura consistente para orientar a tomada de decisão clínica e assegurar a qualidade e segurança dos cuidados. No caso do PPFM, a abordagem centrada na pessoa e na família destaca a importância de considerar o utente de forma holística, respeitando as suas necessidades individuais e o contexto familiar durante o período perioperatório. Este modelo é particularmente relevante em ambientes cirúrgicos, pois ao colocar o utente e a sua família no centro do processo, o modelo promove uma abordagem mais humanizada e individualizada dos cuidados; enfatiza as especificidades dos cuidados em todas as fases do processo cirúrgico (pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório), abordando fatores físicos, emocionais e sociais que impactam a experiência do utente; guia os enfermeiros a integrarem PBE com o conhecimento

técnico e interpessoal, melhorando os resultados para o utente; facilita a comunicação eficaz entre a equipa multidisciplinar, garantindo que os cuidados sejam coordenados e alinhados às necessidades do utente (Rothrock & Smith, 2000).

Ao adotar o PPFM, os enfermeiros perioperatórios conseguem estruturar as suas práticas de maneira a proporcionar uma experiência mais segura, confortável e eficaz para o utente e os seus familiares, alinhando-se aos princípios éticos e de qualidade do cuidado em saúde. Este modelo é um referencial teórico que, além de orientar os cuidados centrados no utente, destaca a importância dos resultados mensuráveis nos cuidados perioperatórios, assegurando que os cuidados não sejam apenas tecnicamente precisos, mas também sensíveis às necessidades fisiológicas e emocionais do utente e da sua família, resultando num cuidado holístico e de alta qualidade.

Epidemiologia e Fisiopatologia

Segundo Bedaque (2021), o septo nasal é a parede que divide o nariz em duas fossas nasais, composta por uma parte cartilaginosa (anterior) e uma parte óssea (posterior). O desvio do septo ocorre quando este está fora da linha média, bloqueando uma ou ambas as fossas nasais, o que reduz o fluxo de ar e causa dificuldade respiratória.

As causas do desvio incluem traumatismos (na infância ou idade adulta), iatrogenia, malformações congénitas, complicações de infeções nasais graves, ou microtraumatismos ocorridos no período intra-uterino, no parto ou na infância, ainda que em muitos casos a causa exata não é identificada. Os desvios variam em gravidade, podendo ser assintomáticos ou causar problemas funcionais e estéticos significativos, afetando a qualidade de vida. O principal sintoma é a obstrução nasal crónica, que pode interferir na qualidade do sono, causar cansaço, roncopia e xerostomia. Outros sintomas incluem cefaleias, formação de pústulas, epistaxis recorrentes e, em alguns casos, rinite ou rinosinusite crónicas devido à inflamação e bloqueio das vias de drenagem dos seios nasais (Marcos & Pratas, 2024).

O diagnóstico do desvio do septo nasal é realizado com base na história clínica e no exame físico. Em alguns casos, podem ser utilizados exames complementares de diagnóstico, como a videoendoscopia nasal e a tomografia computadorizada (TAC) dos seios perinasais, para uma avaliação mais detalhada (Paço, 2015).

Procedimento cirúrgico

De acordo Oliveira et al. (2024), a septoplastia é uma cirurgia indicada para corrigir desvios do septo nasal, o que pode causar obstrução nasal e, em alguns casos, afetar a estética do nariz. Ao contrário de outros tipos de cirurgia nasal, a septoplastia é realizada “internamente”, sem incisões visíveis na pele, o que a torna uma técnica menos invasiva do ponto de vista estético. A incisão é feita dentro das narinas e, frequentemente, são inseridas placas de silicone para manter a estrutura nasal estável durante o processo de cicatrização, sem a necessidade de

tamponamento nasal, que geralmente é o causador de desconfortos após a cirurgia.

Este procedimento cirúrgico é realizado sob anestesia geral, com incisão na região mais anterior do septo nasal, dentro das narinas. Após a incisão, o cirurgião realiza “túneis” para aceder e corrigir as alterações do septo. São colocadas placas de silicone para estabilizar a área corrigida e ajudar na recuperação. Embora a septoplastia em si não exija tamponamento nasal, em muitos casos, quando realizado, o tamponamento ajuda a manter a estrutura no lugar e a reduzir o risco de complicações (Souza et al., 2020). Ainda que a septoplastia seja considerada uma cirurgia segura, como qualquer procedimento, pode ter algumas complicações:

- Hemorragia nasal: é comum nos primeiros dias após o procedimento, especialmente após a remoção de qualquer tamponamento;
- Hematoma septal: em casos raros, um hematoma pode-se formar, provocando aumento de volume e dor no septo;
- Infecção: risco de infecção nas vias nasais, como ocorre em qualquer cirurgia;
- Lesões nas estruturas anatómicas: caso ocorra alguma lesão durante o procedimento, pode resultar em deformidades no nariz.

Segundo Marcos (2010) no pós-operatório imediato, apesar do tamponamento, pode haver hemorragia nasal e oral que geralmente cessa espontaneamente. No domicílio, sugere-se uma dieta fria (de forma a evitar a hemorragia) e mole (para facilitar a deglutição). Os utentes devem evitar esforços e ambientes quentes e fazer repouso. Esta cirurgia, geralmente não causa dores; contudo, é frequente o utente referir lacrimejo e sensação de peso ou pressão nasal, causadas pelo tamponamento nasal, pelo que poderá aplicar gelo no dorso nasal se, de alguma forma, produzir alívio. Enquanto mantiver o tamponamento nasal deverá ser instruído para dormir com a cabeceira elevada e respirar pela boca, o que poderá provocar algum desconforto. Embora o processo pós-operatório possa ser desconfortável, a septoplastia é uma opção eficaz para melhorar tanto a função respiratória quanto, em alguns casos, a estética do nariz. A recuperação é gradual e a maioria dos utentes apresenta bons resultados a médio e longo prazo.

Procedimento anestésico

A septoplastia é uma cirurgia simples e com baixas taxas de complicações, sendo adequada para ser realizada em ambulatório. Nesse contexto, não são necessários protocolos anestésicos rígidos, mas recomendações flexíveis que assegurem segurança, eficiência e rentabilidade. A anestesia deve proporcionar uma indução rápida e suave, boas condições operatórias, mínima depressão cardiovascular e respiratória, rápida recuperação e boa analgesia pós-operatória, além de reduzir náuseas e vômitos. O objetivo é um rápido recobro anestésico, otimizando o número de cirurgias realizadas. A anestesia, que pode ser geral, locorregional, local ou sedação,

envolve três fases: indução, manutenção e recobro e deve ser escolhida de acordo com a cirurgia, o utente e o contexto (Butterworth et al., 2018; Machado, 2018).

O utente é monitorizado, posicionado em decúbito dorsal, a posição é ajustada para semi-sentado após a indução anestésica e entubação, com a cabeceira a 45º e a antibioterapia profilática é administrada conforme prescrição médica, com monitorização de possíveis efeitos adversos, como taquicardia e hipotensão (Saldanha et al., 2013).

A escolha da técnica anestésica é geralmente feita na consulta pré-operatória. Fatores como o tipo de procedimento e as comorbilidades do utente são determinantes para essa decisão (Pardo & Miller, 2018). A melhor opção deve ser uma combinação entre a técnica mais adequada para o utente e aquela que o anestesiológista tem mais domínio e controlo (Seixas, in Machado, 2013). Para utentes submetidos a cirurgias da especialidade de otorrinolaringologia, a anestesia geral com entubação endotraqueal e ventilação controlada é a técnica mais segura e comumente utilizada (Machado, 2018).

Esta é caracterizada por um estado de inconsciência, imobilização, ausência de aprendizagem e memorização, além da anulação da resposta orgânica à agressão, induzida por anestésicos gerais. Esses fármacos causam uma depressão generalizada e reversível do sistema nervoso central (SNC). A anestesia geral pode ser classificada em quatro tipos: intravenosa, inalatória, balanceada e dissociativa (Machado, 2018).

A anestesia balanceada é um dos métodos mais comuns de anestesia geral e combina vários agentes com o objetivo de induzir hipnose, garantir analgesia e promover relaxamento muscular, minimizando as perturbações fisiológicas. Cada fármaco tem uma função específica: os barbitúricos intravenosos são usados para indução, os analgésicos opióides para analgesia, os bloqueadores neuromusculares para relaxamento muscular e os agentes inalatórios para manutenção. A escolha da anestesia geral é ajustada conforme o estado geral do utente e o tipo de procedimento cirúrgico, visando manter a estabilidade hemodinâmica (Boehnlein & Marek, 2010). A anestesia geral balanceada oferece a vantagem de permitir um controlo preciso da profundidade anestésica, reduzindo o risco de complicações por doses inadequadas. Contudo, apresenta riscos como depressão respiratória, náuseas/vómitos pós-operatórios e reações alérgicas aos anestésicos (Machado, 2018).

A realização de anestesia geral envolve a gestão da via aérea, essencial para garantir ventilação, oxigenação e administração dos gases anestésicos. Para isso, podem ser utilizados dispositivos supraglóticos ou ser realizada entubação endotraqueal. A entubação endotraqueal é indicada no contexto intraoperatório devido à incapacidade de proteção da via aérea causada pelos efeitos dos fármacos anestésicos, sendo o método preferido para garantir ventilação eficaz e manter a via aérea permeável (Huffstutler & Monahan, 2010). Os dispositivos supraglóticos têm a vantagem de permitir a manutenção da via aérea sem a necessidade de

relaxantes musculares, o que reduz os riscos e favorece uma recuperação mais rápida do utente (Luba & Cutter, 2010). Segundo Doyle (2023), a máscara laríngea é o dispositivo supraglótico mais utilizado, devido à sua facilidade de colocação e ao fato de induzir menos estímulos no utente. No entanto, não oferece proteção total contra o risco de aspiração ou laringoespasma. Existem vários subtipos de máscaras laríngeas, classificadas conforme o tipo, sendo uma das categorias a presença ou ausência de selante (*cuff*). As principais complicações associadas a esses dispositivos incluem irritação da mucosa, lesões nos lábios, língua ou dentes, danos nas estruturas anatómicas, risco de aspiração, aumento do refluxo esofágico, edema pulmonar e laringoespasma.

Por outro lado, um tubo endotraqueal (TET) é utilizado na ventilação invasiva para ajudar na respiração, sendo um tubo plástico curvo e achatado que se adapta entre a língua e o palato. O tamanho ideal do tubo é determinado pela distância entre os incisivos e o ângulo da mandíbula (INEM, 2020). A entubação endotraqueal, ao insuflar o *cuff*, protege a via aérea contra aspiração de conteúdo gástrico e permite a administração de gases anestésicos, sem fugas, além de permitir ventilar eficazmente. Durante procedimentos cirúrgicos que exigem posicionamentos que não seja decúbito dorsal puro, como é o caso, é crucial otimizar o TET para evitar ventilação ineficaz ou extubação acidental. O enfermeiro deve monitorizar a fixação do tubo, verificando regularmente o nível de inserção deste e a insuflação do *cuff*. As boas práticas recomendam verificar o correto posicionamento do tubo endotraqueal através da observação da expansão torácica simétrica, auscultação do epigastro (ausência de sons de insuflação) e dos pulmões na região das axilas (sons pulmonares simétricos). Por fim, conecta-se o sensor de capnografia para confirmar a presença de CO₂ no ar exalado (INEM, 2020).

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 42 anos | Feminino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-10-21 09:00:00	dexametasona 4mg ev	

Início	Medicação	Fim
2024-10-21 09:00:00	propofol 150mg ev	
2024-10-21 09:00:00	brometo de rocurónio 50mg ev	
2024-10-21 09:00:00	midazolam 1,5mg ev	
2024-10-21 09:00:00	fentanilo 100mcg ev	
2024-10-21 09:00:00	solução polieletrolítica 1000ml ev	
2024-10-21 09:00:00	desflurano via inalatória	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

De acordo com a Norma 008/2023 de 19 de dezembro (DGS, 2023), o uso seguro de medicamentos exige atenção a aspetos como erros terapêuticos, deteção precoce de reações adversas e considerações sobre posologias especiais, entre outros, sendo que há fatores específicos a serem considerados para cada fármaco administrado. Intervenções como monitorização e avaliação contínua, tanto na preparação quanto na administração do fármaco, devem ser precedidas de boas práticas relacionadas com a preparação e a administração, considerando o local, o material, a prescrição, a dose, as vias de administração e a conservação do medicamento. Além disso, os medicamentos classificados como "*Look Alike Sound Alike*" (LASA), devem ser alvo de particular atenção para evitar erros associados a nomes ou embalagens semelhantes.

A administração de fármacos é uma intervenção de grande responsabilidade e complexidade, com o enfermeiro a desempenhar um papel crucial na eficácia do tratamento e na segurança do utente. Os riscos associados ao uso de medicamentos são multifatoriais e variam conforme a situação clínica, sendo intrínsecos ao cuidado em saúde (Machado, 2018).

Para garantir a segurança e eficácia do procedimento cirúrgico-anestésico, é fundamental possuir um vasto conhecimento da farmacologia, que abrange as indicações relativas aos efeitos colaterais/adversos dos medicamentos utilizados e que permita antecipar reações adversas e interações medicamentosas, essenciais para evitar complicações durante a cirurgia. Na prática de enfermagem, isso traduz-se em cuidados mais seguros e eficazes para o utente, como referido por Machado (2018).

De acordo com Souto e Lopes (2011), durante o procedimento cirúrgico e anestésico, é essencial a administração de fármacos para estabelecer e manter a anestesia, utilizando anestésicos endovenosos, inalatórios e opióides. A preparação e administração de terapêutica representa assim uma intervenção interdependente, iniciada pelo médico, na prescrição do fármaco e realizada pelo enfermeiro, na administração do mesmo.

A fase de indução anestésica é a primeira etapa da anestesia geral, na qual o utente é induzido da consciência ao estado de anestesia profunda. Essa fase é crucial para garantir uma transição

segura e confortável, evitando complicações como hipoxémia, aspiração e respostas adversas. Inicia com administração de oxigénio a 100% por 3 a 5 minutos para aumentar a reserva de oxigénio e prevenir hipóxia durante a indução. Segue-se a administração de fármacos: hipnótico ou sedativo (ex.: Propofol, Etomidato, Tiopental) para induzir inconsciência; analgésico (ex.: Fentanil, Remifentanil) para reduzir a dor e atenuar as respostas hemodinâmicas; bloqueador neuromuscular (ex.: Rocurónio, Succinilcolina) promove relaxamento muscular e permite a entubação endotraqueal (Morgan et al, 2019). É essencial a confirmação da ventilação adequada através da verificação do posicionamento do tubo por auscultação pulmonar e pelo traçado de capnografia. Após a indução anestésica, o utente entra na fase de manutenção, onde a anestesia é mantida com agentes inalatórios (ex.: Sevoflurano, desflurano) ou infusão contínua de anestésicos intravenosos (Miller, 2020).

Segue-se a descrição de características específicas dos fármacos utilizados neste caso clínico.

Dexametasona

A dexametasona é um corticosteroide que atua como antiemético, anti-inflamatório e analgésico. No contexto cirúrgico, é frequentemente administrada durante a indução anestésica com o objetivo de prevenir e tratar os vômitos no período pós-operatório, além de reduzir a dor devido ao seu efeito anti-inflamatório. As doses utilizadas no ambiente cirúrgico geralmente não estão associadas a efeitos secundários ou reações adversas significativas. A sua inclusão em protocolos antieméticos tem mostrado ser eficaz na recuperação e no conforto do utente no pós-operatório (Vallerand et al., 2016).

O enfermeiro deve ter atenção especial na administração da dexametasona, devido aos efeitos adversos potenciais, como aumento da pressão arterial e alterações no metabolismo da glicose (Olsson & Moller, 2016). Após a administração de dexametasona, o enfermeiro deve monitorizar a pressão arterial, a frequência cardíaca, a temperatura e a frequência respiratória, uma vez que a dexametasona pode causar retenção de líquidos, hipertensão e sinais de edema. Este fármaco pode também suprimir a resposta imunológica do utente, tornando-o mais suscetível a infeções, pelo que o enfermeiro deve monitorizar sinais de infeção. A dexametasona pode causar ainda úlceras gástricas ou refluxo gastroesofágico. O enfermeiro deve monitorizar sinais de dor abdominal, náuseas, vômitos ou hemorragia gastrointestinal (Borges & Gagliardi, 2010).

Embora raras, podem ocorrer reações alérgicas graves à dexametasona. O enfermeiro deve monitorizar sinais como urticária, dificuldade respiratória ou edema da face e vias aéreas, e, caso ocorram, administrar anti-histamínicos ou epinefrina, além de interromper a administração do medicamento.

Propofol

O propofol é um anestésico geral intravenoso de curta duração, utilizado para a indução e

manutenção da anestesia geral, bem como para sedação em procedimentos diagnósticos e cirúrgicos, seja isoladamente ou em combinação com anestesia local ou regional. Embora o seu mecanismo de ação não seja completamente compreendido, o propofol provoca depressão do SNC e amnésia, mas não possui propriedades analgésicas (Vallerand et al., 2016).

Entre os efeitos indesejáveis mais comuns estão a hipotensão, bradicardia e depressão respiratória. Outros efeitos incluem dor e sensação de queimadura no local da administração. Esses efeitos podem variar conforme a dose, a pré-medicação e outros fármacos administrados simultaneamente (Morujão, 2013). A administração de propofol requer monitorização cuidadosa da respiração, frequência cardíaca e pressão arterial (Vallerand et al., 2016).

O enfermeiro, em casos de sedação contínua com propofol, deve garantir a sua administração constante através de bombas infusoras, evitando sobredosagem. Na indução anestésica, a administração é rápida e o enfermeiro deve monitorizar a resposta do utente, que pode incluir perda de consciência e diminuição do tônus muscular. É fundamental o acompanhamento contínuo dos sinais vitais, como pressão arterial, frequência cardíaca e saturação de oxigénio, já que o propofol pode causar hipotensão e depressão respiratória (Morgan et al, 2019).

Brometo de rocurónio

Este fármaco é um relaxante muscular e o único do seu grupo que conta com um antagonista específico, o sugamadex. Este antagonista é eficaz em qualquer profundidade de bloqueio neuromuscular, o que confere um elevado perfil de segurança, mesmo em altas doses de rocurónio. Essa característica ajuda a superar as limitações frequentemente encontradas na reversão do bloqueio com anticolinesterásicos, como a neostigmina. O rocurónio atua como um relaxante muscular não despolarizante, promovendo a paralisia do músculo esquelético, o que facilita a intubação endotraqueal e melhora a *compliance* durante a ventilação mecânica (VM) (Infarmed, 2018).

O brometo de rocurónio pode causar paralisia muscular, incluindo os músculos respiratórios. O enfermeiro deve garantir que a ventilação assistida ou a intubação endotraqueal estejam prontas e adequadas e deve monitorizar a frequência respiratória, a saturação de oxigénio e a função respiratória. Recomenda-se utilizar monitores de bloqueio neuromuscular (como o "train of four" [TOF] ou a resposta muscular à estimulação elétrica) para avaliar a profundidade do bloqueio. O objetivo é garantir que o bloqueio neuromuscular seja suficiente para a realização do procedimento, sem comprometer a recuperação pós-operatória. A monitorização contínua do nível de bloqueio ajuda a prevenir uma paralisia prolongada após a cirurgia. O brometo de rocurónio pode causar efeitos cardiovasculares, como hipotensão ou taquicardia, sendo fundamental a deteção precoce de quaisquer alterações. Este fármaco pode causar reações adversas, como rubor, urticária ou hipotensão, além de complicações respiratórias. O enfermeiro deve assim estar atento a sinais de reação alérgica ou dificuldades respiratórias e agir em conformidade (Miller, 2020).

Após a administração de brometo de rocurônio e a realização do procedimento, o enfermeiro deve monitorizar a recuperação da função muscular, particularmente dos músculos respiratórios. A reversão do bloqueio neuromuscular pode ser realizada com o uso de anticolinesterásicos (como a neostigmina) e o sugamadex (reversor do brometo de rocurônio). O utente deve ser cuidadosamente monitorizado até que a recuperação do bloqueio neuromuscular esteja completa e a ventilação espontânea seja restaurada (Morgan et al., 2019).

Midazolam

O stress emocional no pré-operatório é uma resposta comum, refletindo preocupações com a cirurgia, a dor pós-operatória, a separação da família, a dependência e o medo da morte. Essa ansiedade ativa o eixo hipotálamo-hipófise, levando à libertação de cortisol, o que pode impactar negativamente a percepção da dor e aumentar a necessidade de analgésicos e ansiolíticos, como o midazolam (Garcez et al., 2018).

As benzodiazepinas, como o midazolam, são amplamente utilizadas para sedação, amnésia e como auxiliares na indução da anestesia geral, sendo também eficazes como ansiolíticos no pré-operatório. Trata-se de uma benzodiazepina de curta ação que atua no SNC, potenciando o efeito do ácido gama-aminobutírico (GABA), o que resulta em sedação, amnésia e relaxamento muscular. Além disso, possui propriedades anticonvulsivantes, relaxantes musculares e sedativas hipnóticas, cujos efeitos são proporcionais à dose administrada (Guimarães et al., 2014).

No sistema cardiovascular, o midazolam pode provocar vasodilatação sistémica e redução do débito cardíaco, geralmente sem alterações significativas na frequência cardíaca. No sistema respiratório, pode causar uma ligeira diminuição da frequência respiratória e do volume corrente, aumentando o risco de depressão respiratória, o que exige monitorização contínua durante o período perioperatório. Nesse sentido, o enfermeiro desempenha um papel essencial na administração segura do midazolam, devendo monitorizar a frequência respiratória, a saturação de oxigénio, a pressão arterial e a frequência cardíaca, além de avaliar o nível de sedação e a resposta a estímulos verbais ou táteis. Também é crucial estar atento a possíveis efeitos adversos, como confusão, agitação paradoxal, amnésia, náusea e tontura. A adoção dessas medidas garante a segurança do utente e a eficácia terapêutica do midazolam, minimizando riscos e otimizando os seus benefícios (Borges & Gagliardi, 2010).

Fentanil

O fentanil é um analgésico opióide utilizado em anestesia geral para proporcionar analgesia e anestesia. É um anestésico intravenoso de curta duração que atua ligando-se aos recetores opiáceos no SNC, alterando a percepção da dor. A perda de consciência ocorre rapidamente, em menos de um minuto, com doses que variam entre 1 a 2,5 µg/kg (Infarmed, 2018).

Embora eficaz, o fentanil também pode causar depressão do SNC e tem várias reações adversas, incluindo depressão respiratória, bradicardia, hipotensão e náuseas. A administração deve ser feita lentamente para diminuir riscos como bradicardia e rigidez muscular. É crucial monitorizar a pressão arterial, ritmo e frequência cardíaca, além da frequência respiratória, pois o efeito depressor respiratório pode durar mais que o efeito analgésico. O antagonista do fentanil é a naloxona, que pode ser utilizada em caso de reações adversas significativas (Morujão, 2013; Vallerand et al., 2016).

Solução polieletrólítica

A solução polieletrólítica é utilizada para corrigir alterações hidroeletrólíticas, sendo especialmente relevante no contexto cirúrgico. As principais indicações incluem a administração de uma solução isotónica de eletrólitos para a substituição de fluidos e manutenção do equilíbrio eletrólítico do utente. A dosagem e a velocidade de administração dessas soluções variam conforme fatores como a idade, peso, condições clínicas e biológicas do utente, além de quaisquer terapias concomitantes que possam estar em perfusão. Essa personalização no tratamento é fundamental para assegurar a eficácia e a segurança da administração, ajudando a prevenir complicações durante o período perioperatório (Laboratórios Basi, 2011). Os cuidados a ter dizem respeito à manutenção da via endovenosa na permeabilidade, integridade e vigilância da perfusão.

Segundo Borges e Gagliardi (2010), a reação adversa mais comum é a irritação no local da punção venosa, sendo importante observar sinais como rubor, dor ou edema. Além disso, o enfermeiro deve monitorizar frequentemente a pressão arterial, a frequência cardíaca e a respiratória para avaliar a resposta do utente à solução e detetar complicações, como hipervolemia ou hipotensão. Caso o utente desenvolva sinais de sobrecarga de líquidos, como edema pulmonar, a perfusão deve ser interrompida e intervenções como o uso de diuréticos, podem ser necessárias. O enfermeiro desempenha um papel crucial na reposição adequada de fluidos e eletrólitos, prevenindo complicações e promovendo a recuperação segura e eficaz do utente.

Desflurano

De acordo com Morujão (2013), o desflurano é um anestésico inalatório amplamente utilizado em cirurgias em regime de ambatório para a manutenção da anestesia geral, devido à sua baixa solubilidade no sangue e ao rápido metabolismo, o que permite uma recuperação anestésica mais rápida e, conseqüentemente, uma alta mais precoce da UCPA em comparação a outros agentes inalatórios. Contudo, como outros anestésicos inalatórios, o desflurano pode causar depressão cardiovascular, respiratória e do SNC. Os efeitos adversos mais comuns associados ao seu uso incluem tosse e náuseas ou vômitos.

O desflurano é administrado por inalação, geralmente em concentrações de 1% a 5%

combinadas com oxigénio, dependendo da profundidade anestésica necessária. Durante a indução, o enfermeiro deve monitorizar a resposta do utente, observando sinais como a perda de consciência e a estabilização dos sinais vitais (Morgan et al., 2019).

Se necessário, o desflurano pode ser combinado com outros anestésicos intravenosos para otimizar a indução e manutenção da anestesia. Caso surjam sinais de hipoventilação ou dessaturação de oxigénio, o enfermeiro deve intervir imediatamente, fornecendo oxigénio suplementar ou ventilação assistida. Se o utente desenvolver hipotensão, o enfermeiro pode ser orientado a administrar líquidos intravenosos ou vasopressores para estabilizar a pressão arterial (Morujão, 2013).

Além disso, é essencial monitorizar a profundidade da anestesia, garantindo que o utente não esteja subanestesiado (evitando dor ou movimento involuntário) ou sobreanestesiado (prevenindo complicações respiratórias e cardiovasculares), utilizando monitores de profundidade anestésica, como a escala *Bispectral Index* (BIS) (Olsson & Moller, 2016).

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

21-10-2024 09:00

21-10-2024 09:00 - Ventilação invasiva [RESOLVIDO] 21-10-2024 12:00

21-10-2024 09:00 - Tipo de ventilação invasiva: ventilação controlada por volume.

21-10-2024 09:00 - Ventilação invasiva - FiO₂: 69 %.

21-10-2024 09:00 - Ventilação invasiva - volume corrente: 450 ml.

21-10-2024 09:00 - Ventilação invasiva - volume/minuto: 30 L/min.

21-10-2024 09:00 - Ventilação invasiva - frequência respiratória (programada): 14 cr/min.

21-10-2024 09:00 - Ventilação invasiva - frequência respiratória espontânea: 14 cr/min.

21-10-2024 09:00 - Ventilação invasiva - ajuda inspiratória: 40 cmH₂O.

21-10-2024 09:00 - Ventilação invasiva - PEEP: 4 cm H₂O.

21-10-2024 09:00 - Prevenir complicações da ventilação invasiva [FIM]

21-10-2024 12:00

21-10-2024 09:00 - Posicionar para prevenir úlcera de pressão [FIM] 21-10-2024 12:00

21-10-2024 09:00 - Procedimento invasivo

21-10-2024 09:00 - Tipo de procedimento invasivo: Cirurgia de Septoplastia.

21-10-2024 09:00 - Verificado: antecedentes clínicos, alergias, consentimento informado, toma de medicação pré-operatória, próteses, identificação do doente, jejum, preparação pré-operatória.

21-10-2024 12:00 - Perda sanguínea

21-10-2024 12:00 - Nariz: Sem perda sanguínea aparente.

21-10-2024 09:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o procedimento invasivo

21-10-2024 09:00 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia

Sondas, Drenos e Cateteres

21-10-2024 09:00

21-10-2024 09:00 - Tubo endotraqueal [RESOLVIDO] 21-10-2024 12:00

21-10-2024 09:00 - Nível de inserção do tubo endotraqueal

21-10-2024 09:00 - Cavidade oral: 22.00 cm.

21-10-2024 09:00 - Presença de cuff

21-10-2024 09:00 - Traqueia: Com cuff.

21-10-2024 09:00 - Pressão do cuff: 26 cmH2O.

21-10-2024 09:00 - Características do dispositivo: Tubo aramado, nº 7,5.

21-10-2024 09:00 - Assegurar funcionamento do tubo endotraqueal [FIM]

21-10-2024 12:00

21-10-2024 09:00 - Otimizar tubo endotraqueal [FIM] 21-10-2024 12:00

21-10-2024 09:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o tubo endotraqueal [FIM] 21-10-2024 12:00

21-10-2024 09:00 - Avaliar evolução do nível de inserção do tubo endotraqueal [FIM] 21-10-2024 12:00

21-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da pressão do cuff [FIM] 21-10-2024 12:00

21-10-2024 09:00 - Prevenir complicações relacionadas com tubo endotraqueal [FIM] 21-10-2024 12:00

21-10-2024 09:00 - Manter cuff insuflado [FIM] 21-10-2024 12:00

21-10-2024 09:00 - Gerir a pressão do cuff [FIM] 21-10-2024 12:00

21-10-2024 09:00 - Cateter venoso periférico

21-10-2024 12:00 - Localização do cateter venoso periférico

21-10-2024 12:00 - Mão Direita(o)

21-10-2024 12:00 - Características do dispositivo: cateter venoso periférico calibre 18G.

21-10-2024 12:00 - Ausência de dor.

21-10-2024 12:00 - Ausência de calor.

21-10-2024 12:00 - Ausência de rubor.

21-10-2024 12:00 - Ausência de tumefação.

21-10-2024 12:00 - Ausência de exsudado.

21-10-2024 12:00 - Ausência de infiltração.

21-10-2024 09:00 - Localização do cateter venoso periférico

21-10-2024 09:00 - Mão Direita(o)

21-10-2024 09:00 - Características do dispositivo: cateter venoso periférico calibre 18G.

21-10-2024 09:00 - Ausência de dor.

21-10-2024 09:00 - Ausência de calor.

21-10-2024 09:00 - Ausência de rubor.

21-10-2024 09:00 - Ausência de tumefação.

21-10-2024 09:00 - Ausência de exsudado.

21-10-2024 09:00 - Ausência de infiltração.

21-10-2024 09:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter

21-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico

21-10-2024 09:00 - Assegurar funcionamento do cateter

21-10-2024 09:00 - Otimizar cateter venoso periférico

21-10-2024 09:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico

21-10-2024 09:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

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

Atitudes terapêuticas

A cirurgia é um procedimento invasivo que requer uma preparação específica e pode causar alterações no utente. No ambiente do BO, as ações dos enfermeiros são frequentemente orientadas pelo procedimento cirúrgico em si e pelas prescrições médicas, resultando em intervenções interdependentes. Neste sentido, encontram-se justificados os procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica selecionados e a sua relação com o quadro teórico, nas diferentes fases do perioperatório.

De acordo com Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho (2018) publicado em Diário da República, os cuidados de enfermagem perioperatórios são centrados na saúde da pessoa e dos seus familiares ou pessoas significativas, que enfrentam processos de saúde e doença e necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos. Esses cuidados visam promover a saúde, prevenir eventos adversos e contribuir para o tratamento da doença.

Segundo McEwen e Wills (2007), na experiência anestésica e cirúrgica vivenciada pelo utente, o enfermeiro é o profissional de referência, pois apresenta competências específicas que o diferenciam dos restantes profissionais. Assim, estabelece uma relação empática com o utente, fornecendo explicações, esclarecendo dúvidas e anseios, capacitando-o a promover a sua autonomia. Qualquer cirurgia tem uma conotação especial, sendo fonte de ansiedade, relacionada por vezes com crenças e desconhecimentos, sendo por isso fundamental utilizar estratégias de comunicação assertiva, preparando a pessoa para possíveis alterações da autoimagem decorrentes do processo cirúrgico. Assegura a compreensão de toda a informação, adequando o seu discurso aos conhecimentos da pessoa, garantindo o empoderamento do utente para a sua tomada de decisão, permitindo assim facilitar o processo de restabelecimento.

As respostas especializadas de enfermagem em contexto perioperatório traduzem-se num processo sistematizado de cuidados seguros e de qualidade à pessoa, antes, durante e após um procedimento cirúrgico e anestésico, com forte cariz antecipatório do risco clínico e não clínico. A vulnerabilidade expressa nas áreas de anestesia, circulação, instrumentação, cuidados pós operatórios e consultas de enfermagem perioperatórias constitui razão suficiente para o acompanhamento especializado da pessoa, família ou pessoa significativa ao longo do processo cirúrgico (OE, 2017).

De acordo com Duarte e Martins (2014), a gestão adequada dos dados/informação leva a uma tomada de decisão que induz os cuidados especializados como resposta às necessidades da pessoa alvo de cuidados. Esta gestão é transposta em focos e diagnósticos, registados através de sistemas de informação, de forma a contribuírem para a formalização do conhecimento da disciplina de enfermagem. As atitudes terapêuticas, embora derivem de uma prescrição médica, são implementadas pelos enfermeiros, que desempenham um papel crucial na execução dessas intervenções. Esse processo reflete uma dinâmica interdependente entre os profissionais de saúde, onde cada membro da equipa contribui para garantir que o utente receba o melhor cuidado possível. A colaboração entre médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde é fundamental para assegurar a segurança, o bem-estar e a recuperação eficaz, otimizando os resultados pós-operatórios.

O enfermeiro tem assim um papel central na transposição das prescrições médicas para ações concretas e práticas de cuidado. Ao administrar medicações, monitorizar sinais vitais e realizar intervenções, o enfermeiro vai além da simples execução técnica, incorporando uma abordagem holística que considera as necessidades físicas e emocionais do utente durante o processo cirúrgico e a recuperação. Essa abordagem é essencial, pois o cuidado não se limita ao tratamento físico, mas também abrange o apoio emocional, especialmente em momentos de ansiedade e stress associados à cirurgia e à recuperação pós-operatória (Duarte & Martins, 2014).

Segundo Silva (2016), essa colaboração estreita e a integração de conhecimentos e habilidades entre os diferentes profissionais de saúde refletem a importância da equipa multidisciplinar para proporcionar uma experiência de cuidado que seja tanto segura quanto eficaz. Em última análise, a dinâmica interdependente no ambiente perioperatório contribui para a recuperação do utente e para a sua experiência geral, garantindo que todas as suas necessidades sejam atendidas, não apenas no plano clínico, mas também no aspeto emocional e psicológico.

A AESOP (2006) defende que o enfermeiro perioperatório reconhece as necessidades do utente a quem presta cuidados, executando-os com destreza e segurança, avaliando e apreciando os resultados obtidos. No âmbito do seu exercício profissional, desempenhando funções nas diferentes áreas de atuação, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós-anestésicos, responsabiliza-se pela segurança e bem-estar dos utentes em situação perioperatória. Promove

o conforto, a integridade, a privacidade e o cumprimento da sua vontade expressa, até que este os possa assegurar. Valoriza e atua na gestão da dor no utente cirúrgico e executa intervenções de enfermagem em situações complexas, imprevistas ou urgentes, adaptando sempre uma atitude de prevenção e vigilância antecipatória. Privilegia a comunicação, implementando estratégias facilitadoras que otimizem o seu processo adaptativo à experiência perioperatória.

A realização do procedimento invasivo cria novas condições e necessidades de cuidados para a pessoa no período perioperatório. Durante essa transição saúde-doença, são realizados procedimentos focados na segurança do utente, especialmente na fase intraoperatória. As intervenções dos enfermeiros envolvem a coordenação e gestão de atividades, como a preparação do ambiente físico, a transferência e o posicionamento do utente, além da promoção de assepsia e a manutenção de um ambiente seguro, tanto físico quanto psicológico (McEwen & Wills, 2007).

No pré-operatório, quando se realiza um procedimento invasivo, o enfermeiro executa verificações para assegurar a segurança intraoperatória, tais como cumprimento do jejum, ajuste do regime medicamentoso, preparação da pele, remoção de próteses e adornos, monitorização de sinais e sintomas pós-operatórios e ensinamentos sobre o circuito e características do BO (DGS, 2022).

Nesta fase, o objetivo é fornecer informações que atendam às necessidades dos utentes, promovendo a sua segurança e conforto psicológico. Isso desenvolve o empoderamento do utente e dos cuidadores, além de garantir o cumprimento das orientações estabelecidas (Boehnlein & Marek, 2010). Os dados recolhidos na fase pré-operatória são essenciais para identificar, planear e adaptar os cuidados, mobilizando recursos para o intra e pós-operatório, garantindo uma recuperação segura e individualizada. Para contribuir para um ambiente cirúrgico seguro e controlar infeções, recomenda-se ainda que o utente faça um banho pré-operatório com uma solução de clorexidina a 2-4% na noite anterior à cirurgia e novamente no dia da cirurgia, até duas horas antes do procedimento (DGS, 2022).

O período intraoperatório começa quando o utente é recebido na sala do BO e termina ao entrar na UCPA. Durante essa fase, as intervenções do enfermeiro são focadas na segurança do utente, na facilitação do procedimento, na prevenção de complicações e na satisfação das necessidades fisiológicas, em resposta à anestesia e à cirurgia (Silva, 2016).

O procedimento anestésico apresenta riscos, como regurgitação e aspiração gástrica, que podem resultar em complicações graves. Por isso, é fundamental seguir as orientações de jejum: recomenda-se um jejum de 6 horas para alimentos sólidos e 2 horas para líquidos claros, como recomendado pela Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (SPA) (2017).

As crescentes preocupações com a segurança perioperatória resultaram na criação de *checklist* pré-operatória, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como parte do seu

Programa de Cirurgias Seguras. Essas listas visam garantir que todos os aspetos essenciais do cuidado e da preparação para a cirurgia sejam abordados antes da admissão do utente na sala de cirurgia. Isso inclui a validação de itens protocolados, como a segurança do procedimento anestésico, a verificação de equipamentos e materiais, a identificação correta e inequívoca do utente, a revisão dos exames prévios e a avaliação de riscos, como via aérea difícil e perda sanguínea. Alguns itens também ajudam a verificar a conformidade com os procedimentos de preparação e a evolução do conhecimento do utente sobre o procedimento a que será submetido (AESOP, 2013).

A ventilação mecânica invasiva (VMI) é uma técnica de via aérea avançada usada no intraoperatório para assegurar as trocas gasosas durante a anestesia geral. Consiste em ventilação com pressão positiva administrada aos pulmões por meio de um tubo endotraqueal conectado a um ventilador (Fogagnolo et al., 2021). O ventilador pode ser configurado em modos específicos que ajustam o suporte respiratório conforme as necessidades do utente.

Souza (2021) refere que o posicionamento cirúrgico é uma etapa crucial realizada por toda a equipa envolvida no cuidado prestado ao utente durante o período intraoperatório. É importante considerar as particularidades deste, as preferências do cirurgião para uma melhor exposição do local cirúrgico, a técnica a ser utilizada e o acesso para administração de medicação, monitorização e ventilação pelo anestesista. O enfermeiro perioperatório deve ter conhecimento das alterações anatómicas e fisiológicas que podem resultar do posicionamento. Além disso, deve utilizar os equipamentos adequados para facilitar a técnica cirúrgica e planear intervenções cuidadosas para prevenir complicações relacionadas com o posicionamento.

Os utentes submetidos a cirurgias estão sujeitos a lesões relacionadas com a posição durante o procedimento e a quedas, especialmente na indução ou recuperação da anestesia geral. Para minimizar esses riscos, a AORN recomenda que o enfermeiro permaneça junto do utente para evitar eventos adversos (Speth, 2023).

O posicionamento correto é essencial, pois, sob anestesia geral, o utente não se pode mover ou sentir dor devido à pressão de ficar numa posição prolongada. Mesmo utentes sob anestesia local podem não sentir dor ou não conseguir comunicar onde sentem desconforto. Por isso, a equipa perioperatória deve adotar medidas para evitar lesões relacionadas ao posicionamento durante a cirurgia (AORN, 2017).

No posicionamento cirúrgico, é fundamental avaliar diversos critérios e fatores, incluindo o tipo de procedimento e as condições pessoais e antecedentes do utente. A avaliação prévia das suas condições gerais é essencial, permitindo um planeamento individualizado. Dessa forma, as intervenções de enfermagem, em conjunto com outros profissionais, podem prevenir os riscos associados ao posicionamento, como é defendido por Almeida e Pacheco (2014).

Para a cirurgia de septoplastia, como já foi dito anteriormente, o utente deve ser posicionado em decúbito dorsal, semi-sentado, com a cabeceira elevada a 45º. O cirurgião principal posiciona-se à cabeceira, à direita, enquanto os ajudantes ficam à esquerda. É importante notar que, devido à técnica anestésica, o utente não possui sensibilidade, nem força muscular nos membros inferiores, pelo que as áreas de pressão críticas incluem o sacro e os calcâneos. Neste sentido, o enfermeiro deve garantir o posicionamento adequado, assegurando que as zonas de pressão estão protegidas (AESOP, 2013). Esta posição requer proteção na região nadegueira, flexão ligeira dos joelhos apoiados em dispositivo próprio, calcanhares em proteções adequadas de gel, cabeça e tronco alinhados, e braços nos apoios devidos. Os principais riscos a prevenir incluem pressão sobre os nervos femoral e ciático, alterações circulatórias, estase venosa, estiramento e embolia gasosa causada pela pressão venosa negativa na cabeça e pescoço (Almeida & Pacheco, 2014).

O EE, conforme descrito no Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019), deve promover um ambiente seguro no período perioperatório, supervisionando e aplicando procedimentos de mobilização e posicionamento cirúrgico que assegurem conforto e previnam complicações. Além disso, seguindo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE) (OE, 2017), é responsável por avaliar os riscos clínicos perioperatórios e prescrever intervenções especializadas para minimizar esses riscos. As complicações do posicionamento cirúrgico incluem principalmente lesões por pressão, dor musculoesquelética, deslocamento articular, danos em nervos periféricos, comprometimento cardiovascular e pulmonar, além de síndrome compartimental, como é referido por Almeida e Pacheco (2014).

Segundo Monteiro et al. (2016), a realização deste procedimento invasivo requer também a monitorização da glicémia capilar. Embora essa monitorização não seja uma intervenção autónoma, é considerada uma boa prática, contribuindo para a segurança do utente e para o cumprimento de normas que ajudam no controlo de infeções e na minimização de complicações iatrogénicas. Durante a cirurgia e no período pós-operatório, os níveis de glicémia podem variar devido ao stress cirúrgico, mesmo em pessoas não diabéticas, podendo resultar em hipoglicémia ou hiperglicémia transitória. Estas alterações podem precipitar complicações perioperatórias, nomeadamente infeções (Monteiro et al., 2016). A norma clínica do "Feixe de intervenções" para a prevenção da Infeção do Local Cirúrgico (ILC) recomenda como intervenção integrada, a manutenção da normoglicemia (≤ 180 mg/dl) no período intra e pós-operatório, até às 24 horas seguintes à cirurgia (DGS, 2022a).

A manutenção da temperatura corporal é outra medida necessária e importante para a segurança do utente cirúrgico. A hipotermia não intencional no pós-operatório está associada a diversos efeitos adversos, pelo que a avaliação desta é realizada em todas as etapas do plano de cuidados, podendo contribuir para o aumento do desconforto no período pós-operatório, hemorragia cirúrgica, alterações cardíacas e comprometimento na cicatrização de feridas (AESOP, 2013).

Sondas, drenos e cateteres

Tubo endotraqueal

Os tubos orofaríngeos ou endotraqueais são dispositivos plásticos curvos e achatados, com reforço na extremidade oral, projetados para se ajustar entre a língua e o palato duro. O tamanho adequado é determinado pela distância entre os incisivos e o ângulo da mandíbula (INEM, 2020).

O TET é um dispositivo de abordagem avançada da via aérea, inserido na traqueia sob visualização direta, num procedimento denominado entubação endotraqueal. Durante o intraoperatório, é utilizado devido à incapacidade do utente em proteger a via aérea, causada pelos fármacos anestésicos. Este método é considerado o mais eficaz para ventilar, garantindo uma via aérea segura e permeável. O procedimento começa com a pré-oxigenação durante três minutos com 100% de oxigénio. Em seguida, após a visualização das cordas vocais por laringoscopia, o tubo é inserido até que o *cuff* ultrapasse as cordas vocais, procedendo-se então à insuflação do *cuff* (Mexedo, 2013). Todo este procedimento é realizado em equipa, envolvendo o médico anestesiológista e o enfermeiro da área de anestesia, que desenvolve competências específicas nessa área, conforme descrito no Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019).

Segundo Marques (2024), a entubação endotraqueal, durante a ventilação invasiva, protege as vias aéreas pela insuflação do *cuff*, prevenindo a aspiração de conteúdo gástrico. Também permite a administração eficaz de gases anestésicos e ventilação sem fugas, mesmo com altas pressões nas vias aéreas. Devido ao posicionamento cirúrgico e à mobilização do utente, a correta otimização do tubo é essencial para evitar complicações como ventilação ineficaz ou extubação acidental. Durante o procedimento, o enfermeiro deve assegurar que o tubo está bem fixado, verificando regularmente o nível de inserção e a insuflação adequada do *cuff* (INEM, 2020).

Cateter Venoso Periférico (CVP)

A presença de sondas, drenos e cateteres durante um procedimento cirúrgico é fundamental tanto para a segurança intraoperatória quanto para a gestão eficaz do pós-operatório. Esses dispositivos desempenham papéis cruciais na monitorização contínua do utente, no controlo de funções fisiológicas e na remoção de substâncias ou líquidos acumulados, sendo essenciais para prevenir complicações e otimizar os resultados clínicos. A monitorização e a respetiva vigilância exigem intervenções especializadas por parte do EE, que deve dominar, compreender e estar treinado na sua operacionalização. Por isso, é fundamental incluir esses cuidados no plano de cuidados, garantindo uma abordagem adequada e segura para o utente (Crozeta & Roehrs, 2012).

A inserção do cateter venoso periférico é uma intervenção realizada pelos enfermeiros devido à necessidade de administrar terapêutica endovenosa. Por se tratar de um procedimento invasivo,

a sua inserção, fixação e manuseio podem aumentar o risco de infeções associadas aos cuidados de saúde, afetando negativamente a saúde do utente. O enfermeiro é assim responsável por executar, avaliar e acompanhar o processo de cateterização venosa periférica, bem como pela manutenção do acesso, garantindo o cumprimento dos objetivos previamente definidos (Arreguy-Sena & Carvalho, 2009).

Malagutti e Roehrs (2012) destacam que a decisão do enfermeiro sobre o uso do CVP deve ser baseada na avaliação do utente. Além disso, a precisão na técnica de punção, a escolha do tipo de penso para fixação e o seguimento do protocolo para substituição do cateter são medidas fundamentais que devem ser incentivadas para minimizar falhas nesse procedimento.

A cateterização venosa periférica é um procedimento de enfermagem que viabiliza o acesso à rede venosa para a administração de fluidos, medicamentos e hemoderivados durante o período perioperatório. Por se tratar de um procedimento complexo, requer cuidados na escolha do calibre, na manutenção e na prevenção de complicações. O enfermeiro é responsável pela execução e monitorização do cateter, garantindo a sua permeabilidade e adotando medidas para evitar complicações como flebite, infiltração e obstrução (Arreguy-Sena & Carvalho, 2009; Crozeta & Roehrs, 2012).

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
21-10-2024 09:00	Sistema respiratório	
21-10-2024 09:00	Sistema cardiovascular	
21-10-2024 09:00	Termorregulação	
21-10-2024 09:00	Atitudes terapêuticas	
21-10-2024 09:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
21-10-2024 09:00	Consciência	
21-10-2024 09:00	Metabolismo	
21-10-2024 09:00	Reflexo corneano	
21-10-2024 09:00	Sensações somáticas	
21-10-2024 12:00	Pele e mucosas	
21-10-2024 12:00	Comunicação verbal	

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

Os domínios selecionados foram identificados para atender às necessidades particulares do utente, tendo como principal propósito a planificação e avaliação dos cuidados utilizando o processo de tomada de decisão como alicerce. Neste capítulo do caso clínico, a intenção é

fornecer uma fundamentação teórica, baseada em evidência científica, que justifique a identificação dos domínios, com o objetivo de definir a sua interligação com o processo cirúrgico. No que se reporta aos domínios “Atitudes Terapêuticas” e “Sondas, Drenos e Cateteres”, por se constituírem como medidas decorrentes de prescrições médicas e por serem parte integrante do capítulo anterior, onde já foram justificados os respetivos papéis neste plano de cuidados, não serão abordados no presente capítulo.

Sistema respiratório

Para garantir a manutenção dos processos corporais associados ao sistema respiratório, é crucial considerar este domínio, especialmente no que se refere à identificação precoce de complicações e à otimização da função respiratória.

As complicações respiratórias pós-operatórias precoces estão frequentemente relacionadas à obstrução da via aérea superior, diminuição do tônus muscular faríngeo, laringoespasma e hematomas ou edema. A hipoventilação é uma complicação imediata comum, associada ao uso de opióides e anestésicos, tanto inalatórios como endovenosos, além do bloqueio neuromuscular residual (Martins, in Machado, 2013). Embora se espere que o utente retome o seu padrão ventilatório normal no pós-operatório imediato, pode ser necessário fornecer suporte respiratório adicional nas fases iniciais.

A avaliação e monitorização da função respiratória devem incluir a verificação da permeabilidade da via aérea, da frequência respiratória e da saturação de oxigénio, a fim de acompanhar a evolução da função respiratória e intervir quando e se necessário. Essa vigilância é essencial para prevenir complicações e promover uma recuperação segura e eficaz.

Sistema Cardiovascular

O sistema cardiovascular é uma área de atenção em quase todas as intervenções invasivas, já que o comprometimento da perfusão tecidual pode resultar de diversos fenómenos que ocorrem durante e após o procedimento cirúrgico.

O domínio do sistema cardiovascular foi identificado devido à seleção de anestesia geral como técnica anestésica. Embora este não tenha diagnóstico específico relacionado, a monitorização contínua é essencial, de acordo com as diretrizes para monitorização durante a anestesia e recuperação, permitindo a intervenção em caso de complicações como hipotensão ou hipertensão (Machado, 2013). Além disso, a vigilância das perdas hemáticas, mesmo que relacionadas com o procedimento invasivo, é um aspeto fundamental na prática de enfermagem no pós-operatório.

Segundo Machado (2013), a realização de uma cirurgia, junto com a anestesia, provoca alterações fisiológicas que podem levar a complicações cardiovasculares. Essas complicações podem ser induzidas pelos fármacos utilizados, pelo posicionamento cirúrgico e pela ventilação

invasiva.

A vigilância e monitorização de sinais vitais, como pressão arterial, pulso, características do traçado cardíaco, coloração e temperatura da pele e mucosas, são intervenções cruciais do enfermeiro nesta área específica. Essas ações permitem a identificação precoce de sinais e sintomas de complicações cirúrgicas ou anestésicas (AESOP, 2012).

Termorregulação

A termorregulação é um processo do sistema regulador que controla a produção e a dissipação de calor por meio de mecanismos fisiológicos acionados pelo hipotálamo (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE], 2019).

O domínio da termorregulação é crucial no cuidado perioperatório, pois estima-se que entre 26% e 90% dos utentes submetidos a cirurgias eletivas desenvolvem hipotermia durante o procedimento anestésico, pelo que o enfermeiro perioperatório desempenha um papel essencial na manutenção da normotermia em todas as fases do processo (Penaforte et al., 2019). A AESOP (2013) recomenda, para prevenir e controlar a hipotermia perioperatória não intencional, a implementação de um protocolo de monitorização abrangente nos períodos pré, intra e pós-operatório, documentação dos cuidados de enfermagem, uso de dispositivos de aquecimento corporal e fluidos, avaliação precisa da temperatura corporal e capacitação contínua dos enfermeiros para a manutenção da normotermia.

Durante a anestesia geral ou loco-regional, esse processo fica comprometido devido a mecanismos centrais (inibição) e farmacológicos. A amplitude dos limites para a resposta autonómica aumenta, chegando a cerca de 2%. Essa alteração afeta mais a resposta ao arrefecimento do que ao aquecimento, sendo que as respostas como sudorese e vasodilatação permanecem mais preservadas (Santos, in Machado, 2013).

A avaliação da temperatura corporal antes da cirurgia é crucial para identificar riscos potenciais. A presença de febre pode indicar um evento infeccioso, levando ao cancelamento do procedimento, enquanto uma temperatura corporal baixa pode exigir intervenções ativas do enfermeiro para aquecer o utente (Machado, 2013).

Durante a indução anestésica, ocorre a inibição do mecanismo de vasoconstrição que ajuda a manter a temperatura corporal, resultando em vasodilatação e maior fluxo sanguíneo nas extremidades, o que pode levar à perda de calor e, conseqüentemente, à hipotermia. Essa situação é exacerbada pela exposição cirúrgica e pelas baixas temperaturas do bloco operatório. A hipotermia perioperatória é uma complicação comum, associada a diversas comorbidades (Azenha et al., 2017).

A manutenção da normotermia perioperatória é uma das recomendações da OMS e parte das diretrizes da DGS para prevenir ILC (DGS, 2015). A SPA (2017) recomenda a avaliação da

temperatura como padrão na monitorização durante procedimentos anestésicos, visando manter a temperatura central entre 36 e 38°C. Espera-se que essa temperatura seja mantida acima de 36°C desde uma hora antes da cirurgia até 24 horas após o procedimento (Azenha et al., 2017). Para cirurgias de curta duração, as medidas preventivas incluem vigilância da temperatura e pré-aquecimento. Após a cirurgia, é esperado que os mecanismos de termorregulação comecem a normalizar.

Consciência

A anestesia geral, através dos fármacos e técnicas utilizadas, induz um estado de inconsciência reversível, bloqueio de sensações, imobilidade e analgesia (Sousa & Marques, 2014). Isso ressalta a necessidade de identificar focos de atenção e implementar intervenções adequadas para prevenir complicações (Sousa & Marques, 2014). A vigilância intraoperatória é, portanto, fundamental para garantir a segurança e o bem-estar, pelo que é necessário e primordial que o enfermeiro determine a evolução da consciência do utente, prevenindo quedas acidentais, úlceras por pressão e aspiração. Deste modo, elevar grades da cama/mesa operatória e posicionar para prevenir úlceras por pressão são intervenções de enfermagem essenciais e adequadas para a prevenção de eventos adversos.

A preservação da integridade da pele é um aspeto essencial na atuação do enfermeiro perioperatório, que desempenha um papel ativo e autónomo na prevenção de lesões associadas ao posicionamento cirúrgico e ao estado de anestesia geral induzido. Esta prática gera ganhos significativos em saúde, que podem ser traduzidos em indicadores de qualidade, como menor incidência de complicações pós-operatórias e melhoria no bem-estar do utente. A compreensão das alterações anatómicas e fisiológicas induzidas pelo posicionamento cirúrgico é essencial para a implementação de medidas preventivas eficazes. O planeamento cuidadoso e antecipado do uso de equipamentos e dispositivos de suporte garante uma distribuição uniforme do peso corporal durante a cirurgia, reduzindo a pressão sobre proeminências ósseas e outras áreas vulneráveis. Isso minimiza o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão e outras complicações associadas, conforme destacado por Menezes et al. (2013). A intervenção proativa do enfermeiro, baseada no conhecimento técnico e científico, é decisiva para reduzir as complicações relacionadas com o posicionamento, promovendo a segurança e a qualidade dos cuidados perioperatórios.

Metabolismo

As orientações da DGS (2022) destacam a importância da manutenção da normoglicémia durante o perioperatório como uma medida essencial para prevenir a ILC. A avaliação da glicémia capilar é crucial, não apenas para monitorizar os níveis de glicose no sangue, mas também para promover a cicatrização da ferida cirúrgica e prevenir complicações pós-operatórias que impactam a eficácia do processo cirúrgico (DGS, 2022a).

Segundo Duarte e Martins (2014), no intraoperatório, a monitorização da glicémia capilar é vital, uma vez que a literatura aponta que a hiperglicémia está associada a um aumento do risco de ILC e à diminuição da cicatrização. A agressão cirúrgica pode elevar os níveis de glicose no sangue, afetando tanto utentes com diabetes *mellitus* quanto aqueles sem esse diagnóstico prévio. Assim, a hiperglicémia torna-se um indicador muito importante dos resultados perioperatórios. Valores elevados de glicose no sangue afetam a imunidade e, consequentemente, a capacidade de cicatrização dos tecidos após a cirurgia. Portanto, a vigilância constante da glicémia é fundamental para garantir a segurança e a recuperação efetiva do utente.

O enfermeiro perioperatório deve garantir que a glicémia se mantenha ≤ 180 mg/dl durante a cirurgia como medida preventiva contra a ILC, conforme orientações da DGS (2015). A homeostasia do utente deve ser mantida durante o período perioperatório, incluindo a monitorização da glicémia capilar para todos os utentes submetidos a cirurgia. Além disso, um valor de glicémia capilar igual ou superior a 350 mg/dl antes da cirurgia pode levar ao cancelamento do procedimento devido aos riscos associados a esse desajuste endócrino (DGS, 2015).

Reflexo corneano

Segundo Santos et al. (2023) as lesões oculares em utentes internados em unidades de cuidados intensivos assumem-se como um problema significativo. Oliveira et al. (2016) destacam a prevalência dessas lesões, que afetam cerca de 59,4% dos utentes. Outros autores como Werli-Alvarenga et al. (2011) apontam que o risco de lesão da córnea é particularmente elevado em utentes sob sedação ou em coma, sendo o seu aparecimento manifestado em média no 8º dia de internamento. Essas informações reforçam a importância da monitorização e prevenção destas lesões.

Segundo Alansari et al. (2015), o período entre a admissão e o surgimento das lesões pode variar de 2 a 7 dias. A queratopatia de exposição é a mais prevalente, com taxas entre 3,6% e 60%, seguida da quemose, que varia de 9% a 80%, e, por fim, da queratite microbiana (Alansari et al., 2015).

A anestesia geral compromete também o reflexo corneano, tornando a membrana mucosa ocular uma área de atenção crítica para o enfermeiro na prevenção de úlceras na córnea. Os cuidados oftálmicos devem ser adaptados ao tipo de posicionamento requerido e à especialidade cirúrgica. Lesões oculares em utentes sob anestesia geral são complicações evitáveis, sendo a intervenção do enfermeiro fundamental para reduzir a morbilidade ocular grave associada (Prakash, 2013), manifestada pela vigilância e cuidados apropriados.

A evidência também aponta que as lesões na superfície ocular são recorrentes nestas unidades de cuidados; no entanto, essa situação pode ser revertida se a equipa de enfermagem estiver

capacitada para identificar os fatores de risco que contribuem para essas lesões (Moraes et al., 2022).

O comprometimento ocular, comum na PSP, pode prolongar o tempo de internamento, resultando em consequências mais graves, como o aumento da vulnerabilidade a infecções associadas aos cuidados de saúde, atraso na alta hospitalar e na reintegração da pessoa à sua vida familiar, profissional e social (Santos et al., 2023).

Reynolds e Thompson (2023) destacam a importância das intervenções de enfermagem na prevenção de lesões oculares durante o período perioperatório. Estas lesões, como abrasões da córnea, são complicações reconhecidas em utentes submetidos a anestesia geral, com incidência variando entre 0,17% e 0,44%. Estes autores descrevem que as intervenções de enfermagem desempenham um papel crucial na prevenção de lesões oculares no contexto perioperatório e recomendam a adoção de protocolos baseados em evidências para melhorar a segurança do utente.

Simmons e Bradford (2023) enfatizam a importância de uma abordagem proativa por parte da equipa de enfermagem perioperatória na implementação de medidas preventivas (aplicação de fitas adesivas para manter as pálpebras fechadas e o uso de pomadas lubrificantes) e na gestão eficaz de lesões oculares associadas à anestesia.

A equipa de enfermagem desempenha um papel vital na monitorização pós-operatória, garantindo a identificação rápida de sintomas como dor ocular, rubor ou visão turva e na implementação de intervenções adequadas (Johnson & Mitchell, 2024).

Sensações somáticas

A dor é um dos sintomas mais comuns no pós-operatório, resultante da lesão dos tecidos durante a cirurgia. A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP, 2020) define dor como sendo uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante a danos reais ou potenciais nos tecidos.

A DGS, no âmbito das suas competências técnico-normativas, estabeleceu a dor como o 5º sinal vital através da Circular Normativa n.º 9/2003. Nesse contexto, o registo da intensidade da dor, utilizando uma das escalas validadas internacionalmente, é considerado uma norma de boa prática nos serviços de saúde. As escalas recomendadas incluem a Escala Visual Analógica (convertida para escala numérica para registo), a Escala Numérica, a Escala Qualitativa e a Escala de Faces (Pinho, 2020).

A dor aguda no pós-operatório é a sensação dolorosa que surge após uma cirurgia, originada pela agressão cirúrgica ou por complicações associadas. A avaliação e gestão adequadas da dor são essenciais, pois um controlo eficaz contribui para uma recuperação mais rápida, com benefícios como mobilização precoce, redução de náuseas, vômitos e agitação, além de

favorecer a cicatrização. Por outro lado, um controlo inadequado pode levar a complicações, prolongar o tempo de recuperação e aumentar o risco de dor crónica. A abordagem analgésica deve ser multimodal, utilizando diferentes classes de fármacos ou métodos que atuem em várias vias nociceptivas, garantindo maior eficácia e minimizando efeitos adversos (Martins, 2013).

A dor não controlada é a principal causa de readmissão em cirurgias de ambulatório (Sarmiento et al., 2013), tornando a sua gestão uma área crítica. No processo de capacitação do utente para gerir a dor cirúrgica, são fornecidas orientações terapêuticas que incluem a monitorização da dor e a gestão do regime medicamentoso, além da incorporação de técnicas não farmacológicas, como intervenções físicas, cognitivo-comportamentais e psicossociais.

Pele e mucosas

A realização de uma septoplastia resulta na criação de uma ferida cirúrgica, que é definida como qualquer interrupção na continuidade da pele, afetando a sua integridade. As feridas podem ser superficiais ou profundas, fechadas ou abertas, simples ou complexas, podendo ser classificadas como agudas ou crónicas. A ferida cirúrgica envolve uma rutura intencional da integridade epitelial da pele e das estruturas subjacentes (Menoita, 2015).

A caracterização e o tratamento adequado da ferida fazem parte integral dos cuidados de enfermagem. Os cuidados com a ferida começam com o tratamento e aplicação do penso após a conclusão do procedimento cirúrgico. De acordo com as diretrizes para prevenção de ILC estabelecidas pela norma DGS 020/2015 (atualizada em 2022) (DGS, 2022), o enfermeiro instrumentista deve garantir a técnica asséptica durante todo o processo de cuidado da ferida.

A preservação da integridade da pele é uma preocupação relevante na prática dos enfermeiros, que desempenham um papel ativo na prevenção de lesões decorrentes do posicionamento, especialmente sob anestesia geral. Embora as condições para o procedimento invasivo exijam atenção a esse aspeto, a intervenção do enfermeiro é decisiva na prevenção dessas lesões, resultando em benefícios para a saúde que se traduzem em indicadores de qualidade. Embora a ocorrência de úlceras por pressão no intraoperatório seja rara, os eventos que precipitam essas lesões no pós-operatório frequentemente têm início durante a cirurgia (Lopes et al., 2016), daí que este aspeto não deva ser negligenciado.

No pós-operatório é fundamental capacitar o utente para a gestão dos sintomas relacionados com a ferida cirúrgica, focando na vigilância de sinais de infeção, controlo da dor, identificação de sinais de alarme e cuidados com o penso (Almeida & Pacheco, 2014). A capacidade do utente em realizar a auto-monitorização dos sintomas é crucial para antecipar complicações, especialmente em cirurgias em regime de ambulatório.

Comunicação verbal

A comunicação verbal é fundamental nos cuidados de enfermagem, especialmente no contexto cirúrgico, pois facilita a interação entre a equipa, o utente e a sua família/pessoa significativa, contribuindo para um ambiente humanizado e organizado. Além disso, esclarece sobre os cuidados pós-operatórios, reduzindo a ansiedade e promovendo uma recuperação mais tranquila (Moreau & Maia, 2024).

No perioperatório, a comunicação eficaz permite uma prestação de cuidados de qualidade, assegurando conforto, empatia e segurança ao utente. A equipa de enfermagem desempenha um papel essencial nesse processo, adotando medidas que impactam diretamente a recuperação (Camargo et al., 2018).

No pós-operatório imediato, a comunicação auxilia na identificação das necessidades do utente e na transmissão de informações sobre o processo de saúde-doença. A clareza e eficácia na comunicação permitem um plano de cuidados individualizado, reduzindo riscos e favorecendo uma recuperação tranquila (Camargo et al., 2018).

De acordo com Vieira (2021), o EE deve basear a sua prática nas diversas dimensões do cuidado, sendo a comunicação, verbal e não verbal, um fator essencial na interação com o utente e a equipa, garantindo uma assistência mais eficaz e humanizada.

Além disso, o enfermeiro deve atuar como transmissor e recetor da comunicação, utilizando um raciocínio clínico e crítico para compreender as necessidades do utente. No perioperatório, essa atenção é ainda mais necessária devido ao efeito de anestésicos, que pode dificultar a expressão do utente e exigir um plano de cuidados mais seguro, direcionado e eficaz (Camargo et al., 2018).

3.6. Conceção de Cuidados

Consciência

21-10-2024 09:00

21-10-2024 09:00 - Com indícios de compromisso da consciência.

21-10-2024 09:00 - Consciência comprometida [RESOLVIDO] 21-10-2024 12:00

21-10-2024 09:00 - Abertura dos olhos: nenhuma.

21-10-2024 09:00 - Resposta verbal: nenhuma.

21-10-2024 09:00 - Resposta motora: nenhuma.

21-10-2024 09:00 - Determinar evolução da consciência

21-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da consciência

21-10-2024 09:00 - Prevenir queda

21-10-2024 09:00 - Elevar grades da cama

21-10-2024 09:00 - Prevenir úlcera de pressão

21-10-2024 09:00 - Posicionar para prevenir úlcera de pressão

21-10-2024 12:00

21-10-2024 12:00 - Consciente.

Sensações somáticas

21-10-2024 09:00

21-10-2024 09:00 - Sem manifestação de dor.

21-10-2024 09:00 - Determinar evolução da dor

21-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da dor

21-10-2024 12:00

21-10-2024 12:00 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

21-10-2024 12:00 - Determinar sinais de dor

21-10-2024 12:00 - Avaliar evolução de sinais de dor

Reflexo corneano

21-10-2024 09:00

21-10-2024 09:00 - Integridade do reflexo corneano

21-10-2024 09:00 - Bilateral: ausente.

21-10-2024 09:00 - Reflexo corneano comprometido [RESOLVIDO] 21-10-2024 12:00

21-10-2024 09:00 - Prevenir úlcera da córnea [FIM] 21-10-2024 12:00

21-10-2024 09:00 - Aplicar lubrificante ocular [FIM] 21-10-2024 12:00

21-10-2024 09:00 - Manter penso ocular [FIM] 21-10-2024 12:00

21-10-2024 12:00

21-10-2024 12:00 - Integridade do reflexo corneano

21-10-2024 12:00 - Bilateral: sem compromisso [MELHOROU].

Comunicação verbal

21-10-2024 12:00

21-10-2024 12:00 - Tem dificuldade em expressar as palavras .

21-10-2024 12:00 - Sem compromisso na compreensão da mensagem.

21-10-2024 12:00 - Comunicação verbal expressiva comprometida

21-10-2024 12:00 - Determinar evolução da comunicação

21-10-2024 12:00 - Avaliar evolução da comunicação verbal

Sistema respiratório

21-10-2024 09:00

21-10-2024 09:00 - Frequência respiratória: 10 ciclos/min.

21-10-2024 09:00 - Ritmo respiratório regular.

21-10-2024 09:00 - Movimento respiratório simétrico.

21-10-2024 09:00 - Profundidade da ventilação: inspirações superficiais.

21-10-2024 09:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

21-10-2024 09:00 - Saturação do oxigénio no sangue

21-10-2024 09:00 - Periférico(a): 99 %.

21-10-2024 09:00 - Coloração da mucosa: rosada.

21-10-2024 09:00 - Ventilação comprometida [RESOLVIDO] 21-10-2024 12:00

21-10-2024 09:00 - Determinar evolução da ventilação

21-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da ventilação

21-10-2024 09:00 - Melhorar ventilação [FIM] 21-10-2024 12:00

21-10-2024 09:00 - Posicionar para otimizar a ventilação [FIM] 21-10-2024 12:00

21-10-2024 12:00

21-10-2024 12:00 - Frequência respiratória: 12 ciclos/min.

21-10-2024 12:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

21-10-2024 12:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

21-10-2024 12:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MELHOROU].

21-10-2024 12:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

21-10-2024 12:00 - Sem adejo nasal.

21-10-2024 12:00 - Saturação do oxigénio no sangue

21-10-2024 12:00 - Periférico(a): 99 %.

21-10-2024 12:00 - Coloração da mucosa: rosada.

21-10-2024 12:00 - Reflexo da tosse: presente.

21-10-2024 12:00 - Expele as secreções das vias aéreas.

21-10-2024 12:00 - Sons respiratórios: normais.

21-10-2024 12:00 - Secreções em pequena quantidade.

21-10-2024 12:00 - Secreções normais.

21-10-2024 12:00 - Secreções esbranquiçadas.

21-10-2024 12:00 - Determinar evolução da limpeza da via aérea

21-10-2024 12:00 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea

Sistema cardiovascular

21-10-2024 09:00

21-10-2024 09:00 - Localização do Pulso

21-10-2024 09:00 - Braço Esquerda(o)

21-10-2024 09:00 - Frequência do pulso: 78 pulsações por minuto.

21-10-2024 09:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

21-10-2024 09:00 - Pulso rítmico.

21-10-2024 09:00 - Pulso simétrico.

21-10-2024 09:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

21-10-2024 09:00 - Membro superior Direita(o)

21-10-2024 09:00 - Pressão sanguínea sistólica: 126 mmHg.

21-10-2024 09:00 - Pressão sanguínea diastólica: 80 mmHg.

21-10-2024 09:00 - Determinar evolução do ritmo cardíaco

21-10-2024 09:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia

21-10-2024 09:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

21-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

21-10-2024 12:00

21-10-2024 12:00 - Localização do Pulso

21-10-2024 12:00 - Antebraço Esquerda(o)

21-10-2024 12:00 - Frequência do pulso: 64 pulsações por minuto.

21-10-2024 12:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

21-10-2024 12:00 - Pulso rítmico.

21-10-2024 12:00 - Pulso simétrico.

21-10-2024 12:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

21-10-2024 12:00 - Membro superior Direita(o)

21-10-2024 12:00 - Pressão sanguínea sistólica: 153 mmHg.

21-10-2024 12:00 - Pressão sanguínea diastólica: 82 mmHg.

Pele e mucosas

21-10-2024 12:00

21-10-2024 12:00 - Alterações da integridade dos tecidos.

21-10-2024 12:00 - Ferida cirúrgica

21-10-2024 12:00 - Localização da ferida cirúrgica

21-10-2024 12:00 - Nariz

21-10-2024 12:00 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: contínua.

21-10-2024 12:00 - Material de sutura da lesão tegumentar: fio absorvível.

21-10-2024 12:00 - Determinar evolução da ferida cirúrgica

21-10-2024 12:00 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica

Metabolismo

21-10-2024 09:00

21-10-2024 09:00 - Glicemia capilar: 118 mg/dl.

21-10-2024 09:00 - Glicemia

21-10-2024 09:00 - Determinar evolução da glicemia

21-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da glicemia

21-10-2024 12:00

21-10-2024 12:00 - Glicemia capilar: 136 mg/dl.

Termorregulação

21-10-2024 09:00

21-10-2024 09:00 - Temperatura corporal periférica

21-10-2024 09:00 - Ouvido: 36.60 °C.

21-10-2024 09:00 - Determinar evolução da temperatura corporal

21-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal

21-10-2024 09:00 - Promover termorregulação

21-10-2024 09:00 - Aplicar manta de aquecimento

21-10-2024 12:00

21-10-2024 12:00 - Temperatura corporal periférica

21-10-2024 12:00 - Ouvido: 36.70 °C.

3.7. Especificação das intervenções

Avaliar evolução da glicemia

- Manter a normoglicemia

Avaliar evolução da ventilação

- Avaliar Saturação de Oxigénio
- Avaliar Frequência Respiratória
- Avaliar limpeza das vias aéreas
- Posicionar o utente

Avaliar evolução da temperatura corporal

- Manter a normotermia

Posicionar para prevenir úlcera de pressão

- Apoio de cabeça
- Apoio gel para flexão dos joelhos
- Apoio de braços
- Apoios de gel para calcâneos

Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico

- Avaliar sinais inflamatórios

Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

- Otimizar cateter

Avaliar evolução de sinais de arritmia

- Monitorizar Frequência Cardíaca

Gerir a pressão do cuff

- Avaliar pressão do cuff

Avaliar evolução de sinais de dor

- Aplicar escala numérica de dor

3.8. Síntese relativa ao caso

O propósito deste estudo de caso é adotar uma abordagem baseada em evidências científicas recentes, combinando conhecimento teórico e experiência prática para fornecer cuidados personalizados ao utente. O processo de enfermagem segue uma estrutura que inclui a colheita de dados, a identificação de diagnósticos de enfermagem, o planeamento, a implementação e a avaliação das intervenções. Essa abordagem sistemática e padronizada é uma ferramenta metodológica essencial, permitindo ao enfermeiro utilizar o pensamento crítico nas tomadas de decisão e documentar as suas ações de forma clara. A documentação gerada ao longo deste processo facilita a identificação de indicadores importantes para a monitorização, guiando a prática e visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Além disso, considerando o procedimento cirúrgico e a transição do utente para o papel de doente, é possível que surjam sentimentos de ansiedade e medo, os quais devem ser reconhecidos e

abordados na prática de enfermagem.

No contexto do EEP, é fundamental a construção contínua de conhecimento, através da reflexão e investigação de casos clínicos específicos, focando-se nas necessidades particulares dos utentes durante o período perioperatório. O enfermeiro não se foca apenas em conceitos de áreas científicas correlacionadas, mas também se concentra nas particularidades do cuidado ao utente nesse momento crítico, garantindo uma abordagem holística e centrada na pessoa.

Com o objetivo de integrar conhecimentos teóricos e habilidades práticas numa linguagem clínica padronizada, procurou-se identificar os domínios que representam os focos de observação e intervenção da enfermagem perioperatória. Inclui-se um registro detalhado de diagnósticos e intervenções de enfermagem ao longo da descrição dos cuidados ao utente, visando aprimorar a prática clínica e o processo de tomada de decisão.

O enfermeiro de perioperatório tem como missão, garantir e disponibilizar ao doente cirúrgico, cuidados de enfermagem específicos, de qualidade, no bloco operatório ou fora dele, onde se realizem procedimentos invasivos e anestésicos. É essencial que o enfermeiro perioperatório, saiba "saber ser" na gestão e liderança, educação, investigação, advocacia e prestação direta de cuidados no âmbito da anestesia, circulação, instrumentação, assentando a filosofia da enfermagem perioperatória em princípios científicos, assim como no desenvolvimento de competências. Deve ainda possuir competência clínica específica para poder trabalhar de forma independente e cooperar com a equipa multiprofissional, garantindo a segurança e humanização dos cuidados no bloco operatório, sustentando as suas intervenções no processo de enfermagem, ao mesmo tempo que participa na organização e gestão desta mesma unidade (AESOP, 2006, p.8).

A prática de enfermagem perioperatória foca-se no cuidado à PSP, abrangendo todas as atividades do enfermeiro nas fases pré, intra e pós-operatória, com o objetivo de atender às necessidades do utente.

Nas últimas décadas, houve uma mudança significativa no paradigma da cirurgia em Portugal, com destaque para o aumento da cirurgia de ambulatório. Em 2021, foram realizadas cerca de 420.000 cirurgias programadas neste regime, representando um aumento de 30% em relação a 2020 (Ministério da Saúde, 2021). A CA é definida como um procedimento cirúrgico programado realizado em menos de 24 horas, em instalações apropriadas, de acordo com a prática clínica atual. Entre as vantagens dessa abordagem estão a redução de custos, maior satisfação do utente, benefícios psicológicos e menor risco de infeção. No entanto, utentes submetidos a cirurgias neste regime requerem um maior nível de preparação e compreensão do processo, pois são co-responsáveis pela sua recuperação. A diminuição do tempo de hospitalização resulta em menos contato direto com os profissionais de saúde e num período mais curto para a educação sobre os cuidados pós-operatórios (Miller et al., 2020).

Na síntese deste estudo de caso, é crucial refletir sobre o conceito de integridade referencial na conceção dos cuidados de enfermagem. O raciocínio clínico dos enfermeiros não pode ser empírico, servindo como uma tradução lógica e sistematizada na tomada de decisões. Isso implica que todos os elementos do processo de pensamento em enfermagem (desde a colheita de dados pré-operatórios até à identificação de diagnósticos, definição de objetivos e prescrição de intervenções) devam estar interligados. Essa relação é fundamental para garantir a uniformidade e a integridade do processo de cuidados, assegurando uma abordagem holística e eficaz na prestação de cuidados à PSP.

No contexto da cirurgia de septoplastia sob anestesia geral, os domínios relacionados ao procedimento invasivo, termorregulação, sistemas cardiovascular e respiratório, consciência e pele e mucosas, são de grande relevância. A interligação desses domínios com o referencial teórico fundamenta tanto a técnica cirúrgica quanto os processos adaptativos do utente durante a experiência no intra-operatório, estabelecendo o contexto para a conceção de cuidados.

Essa abordagem integrativa, sustentada pela melhor evidência disponível, assegura que dados, diagnósticos, objetivos e intervenções reflitam com rigor o processo de raciocínio clínico e de tomada de decisão. Isso formaliza o conhecimento disciplinar em Enfermagem, promovendo a visibilidade e a autonomia da profissão. Além disso, contribui para a criação de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, demonstrando o impacto dos enfermeiros na vida dos utentes.

A literacia em saúde é crucial, pois empodera os utentes a desenvolverem ações em relação à sua saúde, resultando em melhores *outcomes*. No planeamento dos cuidados, é essencial considerar a vulnerabilidade do utente durante o período intraoperatório, assegurando que as intervenções priorizem a sua segurança. Durante este período, a monitorização da temperatura (normotermia) e glicémia (normoglicemia) é assim essencial. Para manter valores normais, intervenções como a aplicação de mantas de aquecimento e a avaliação contínua desses parâmetros são importantes. Isso contribui para otimizar os aspetos fisiológicos e promover o conforto do utente.

Em relação à ferida cirúrgica, o tratamento desta é crucial para garantir a cicatrização e prevenir infeções. O enfermeiro deve realizar esse procedimento mantendo sempre a assepsia.

No aspeto cardiovascular, a hemorragia é uma preocupação significativa, pois o risco de perdas sanguíneas aumenta após a cirurgia. A deteção precoce é vital para a correção, o que pode incluir reposição hídrica ou sanguínea e, em casos graves, o regresso à sala cirúrgica para revisão da hemostase.

Durante a extubação do utente e no âmbito do sistema respiratório, intervenções do tipo "avaliar evolução da ventilação", "posicionar para otimizar a ventilação" tornam-se necessárias e relevantes para identificar alguma alteração do padrão respiratório induzido pela anestesia

geral. Este momento assume particular importância, na medida em que ocorre a reversão dos fármacos anestésicos, esperando-se que o utente responda por si. Neste sentido, o enfermeiro perioperatório dirige a sua atenção para a vigilância e proteção da via aérea.

Além disso, as náuseas e vômitos, comuns após a indução anestésica, podem impactar significativamente o estado do utente e atrasar a alta. Cabe ao enfermeiro implementar intervenções para minimizar essas complicações, gerindo a terapêutica.

No período intraoperatório, os enfermeiros desempenham um papel ativo na prevenção de lesões causadas pelo posicionamento, especialmente durante a anestesia geral. Almeja-se que, atuando como modelo de referência, promovam uma cultura de consciência cirúrgica em benefício da pessoa, além de intervir na gestão de riscos e no controlo da segurança perioperatória. Utilizando estratégias e medidas de segurança para evitar danos durante os procedimentos, os enfermeiros ajudam a estabelecer condutas adequadas relacionadas com a mobilização e o posicionamento cirúrgico, garantindo o conforto e prevenindo complicações, como as oculares.

Tendo em conta o mencionado anteriormente, torna-se primordial o papel do enfermeiro no reconhecimento, gestão e prevenção de complicações/lesões oculares, pois, segundo a evidência, os utentes submetidos a anestesia geral têm um risco aumentado de desenvolver úlceras de córnea intraoperatória devido à diminuição de produção de lágrimas, pelo que é fundamental a educação e formação dos profissionais de saúde. Com isto, pretende-se a sensibilização dos enfermeiros em contexto perioperatório tendo em vista a prevenção, identificação precoce e implementação de estratégias de intervenção adequadas neste domínio de atuação.

4. CIRURGIA DE FUSÃO LOMBAR TRANSFORAMINAL

Cliente de 62 anos, sexo masculino, casado, com dois filhos já emancipados. Neste momento encontra-se reformado. Apresenta como antecedentes pessoais hipertensão arterial e diabetes "mellitus" não insulino tratado. Sem antecedentes cirúrgicos. Desconhece alergias medicamentosas ou outras. Medicado com: Prednisolona 7.5 mg, Azatioprina 50 mg, Metformina 1000mg, Coversyl. Recorre por perda de força distal e diminuição de massa muscular, sendo diagnosticado com neuropatia periférica desmielinizante, com listese das vertebrae L4-L5 e hérnia volumosa. Proposto para realizar fusão lombar transforaminal (TLIF), em regime de ambatório, sob anestesia geral. Realizou consulta pré operatória de enfermagem não presencial.

4.1. Enquadramento teórico

De acordo com Marques et al. (2024), enfermagem avançada é um conceito que representa um nível científico da prática de enfermagem, baseado em evidências, pensamento crítico, inovação e liderança. Foca-se nos cuidados centrados na pessoa, na investigação e no desenvolvimento profissional, garantindo que a enfermagem continue comprometida com a saúde da sociedade e do ecossistema onde o ser humano desenvolve a sua existência.

Tendo como premissa as competências do EEEMCPSP, neste caso clínico pretende-se apresentar a conceção de cuidados de enfermagem a um cliente submetido a TLIF.

Este caso vai explanar, na primeira sessão, um momento no período intraoperatório do utente (22-10-24 16:00), e na segunda sessão o período pós-operatório imediato, na UCPA (22-10-24 20:00). As intervenções foram desenvolvidas numa perspetiva conceptual alicerçada pelo PPFM desenvolvido pela AORN. O referencial teórico PPFM é amplamente reconhecido como uma estrutura essencial para orientar a prática de enfermagem no período perioperatório. Destaca-se por permitir que os cuidados sejam definidos, implementados e documentados de forma sistemática, promovendo uma prática de cuidados individualizada e holística à pessoa submetida ao procedimento cirúrgico (Benze et al., 2021).

O modelo enfatiza a centralidade da pessoa nos cuidados, integrando todos os domínios e elementos relevantes para a prática perioperatória. Essa abordagem não só beneficia os utentes, ao priorizar os resultados baseados nas suas necessidades, mas também é significativa

para os enfermeiros da prática, educadores e investigadores. De acordo com Rothrock e Smith (2000), o PPFM reflete a prática real dos enfermeiros perioperatórios, demonstrando a sua relevância prática e académica, além de ser um recurso robusto para a formação e o avanço da enfermagem nesse campo especializado.

No PPFM, a pessoa é posicionada no centro do modelo para destacar o principal objetivo da prática de enfermagem perioperatória: a prestação de cuidados focados nas necessidades individuais do utente. Essa centralidade é universal e independente do ambiente de prática, localização geográfica ou características da população, refletindo a essência do cuidado holístico e humanizado. Esse direcionamento legitima o papel fundamental do enfermeiro como advogado da pessoa, assegurando que os cuidados perioperatórios sejam supervisionados e conduzidos com base nas melhores práticas, priorizando a segurança e o bem-estar do utente. De acordo com Benze et al. (2021), nada é mais importante para o enfermeiro do que a defesa da pessoa durante o período perioperatório. Mota et al. (2021) complementa, reforçando que essa centralidade no indivíduo valida o papel do enfermeiro como gestor e supervisor qualificado no cuidado perioperatório, promovendo uma assistência ética e personalizada.

Este modelo teórico, além de ser centrado na pessoa, está também focado nos resultados, incentivando os enfermeiros perioperatórios a direcionarem os cuidados para a obtenção de resultados de alta qualidade. Esse foco nos resultados está intrinsecamente ligado à promoção da segurança e ao bem-estar do utente durante o período perioperatório. De acordo com Wicklin (2020), o modelo é consistente com as práticas baseadas nas evidências, orientando os enfermeiros na implementação de estratégias que promovam respostas fisiológicas e comportamentais ideais. Essas práticas asseguram que os cuidados sejam não apenas eficazes, mas também seguros e individualizados, maximizando os resultados esperados e reforçando a qualidade dos cuidados perioperatórios. Assim, o PPFM alia a centralidade na pessoa à procura contínua da excelência dos cuidados prestados.

Epidemiologia e Fisiopatologia

A coluna vertebral é uma estrutura óssea que desempenha funções de suporte dinâmico e estático, além de proteger a medula espinhal (Veigas, 2019). É formada por sete vértebras cervicais, doze torácicas, cinco lombares e cinco vértebras sacrais. Entre as vértebras, estão os discos intervertebrais, que formam articulações permitindo movimento e absorção de choques. Cada disco é formado por uma camada externa rígida, o anel fibroso, que envolve um centro gelatinoso, o núcleo pulposo. Quando ocorre uma fenda no anel fibroso, o material do núcleo pode deslocar-se para o canal vertebral, ocasionando uma hérnia discal, como descrito por Veigas (2019), situação apresentada pelo cliente neste caso clínico.

Segundo Lima et al. (2021), a espondilolistese é caracterizada pelo deslocamento anterior de uma vértebra sobre outra, sendo mais prevalente na região lombar devido aos maiores impactos que essa área suporta. As lombalgias, frequentemente associadas a essa condição,

são consideradas um problema de saúde pública e podem afetar cerca de 80% da população adulta ao longo da vida. O termo tem origem no grego, onde "spondylos" significa vértebra e "listhesis" significa desvio ou movimento. Genericamente, refere-se a um movimento anormal ou deslocamento da posição normal das vértebras, o que altera a curvatura normal da coluna (Lima et al., 2021).

De acordo com Veigas (2019), a espondilolistese pode afetar mais que uma área da coluna, podendo ocorrer em locais adjacentes ou não. A alteração na estrutura normal da coluna, com o desvio de uma vértebra em relação à outra, pode reduzir o diâmetro do canal vertebral, comprimindo as estruturas nervosas que ele protege, como a medula espinhal e as raízes nervosas. Isso pode resultar em dor lombar, cervical, e membros superiores ou inferiores, além de diminuição de força muscular e sensibilidade nos membros. O diagnóstico e tratamento adequados da espondilolistese são essenciais para prevenir esses sintomas.

Como referido anteriormente, a coluna vertebral é dividida em quatro segmentos: cervical (C1 a C7), torácica (T1 a T12), lombar (L1 a L5) e sacro (S1 a S5). A espondilolistese é mais comum na região lombar, podendo também afetar a coluna cervical. A coluna torácica, devido à estabilidade proporcionada pela caixa torácica, raramente é afetada. Os níveis mais frequentemente afetados são os inferiores, especialmente a junção L5-S1 (entre a coluna lombar e o sacro) e o nível L4-L5 (imediatamente acima de L5-S1). A severidade anatômica da espondilolistese é determinada pela percentagem de desvio de uma vértebra em relação à vértebra adjacente. A gravidade da espondilolistese depende dos sintomas causados, sendo que quanto maior o desvio da vértebra, mais graves podem ser os sintomas (Lima et al., 2021).

Na espondilolistese lombar, uma vértebra da região lombar desliza para a frente, geralmente devido a um defeito congénito ou lesão que causa fraturas na vértebra. Esse distúrbio afeta principalmente adolescentes e jovens, especialmente atletas. Em adultos mais velhos, pode ocorrer devido à degeneração dos discos ou osteoartrite, podendo levar à estenose lombar. A espondilolistese leve a moderada pode causar pouca ou nenhuma dor, especialmente em jovens. Quando a dor ocorre em adolescentes, é geralmente unilateral, localizada num lado da coluna vertebral e pode irradiar para a perna, muitas vezes associada a uma fratura. Em adultos, a dor é mais intensa, localizada numa parte específica da coluna e pode irradiar para ambas as pernas, sendo resultado de uma doença degenerativa. A dor tende a piorar em posição ortostática ou se houver inclinação posterior, podendo ser acompanhada por parestesias, diminuição da força ou ambos nos membros inferiores (Baptista et al., 2022).

De acordo com Faria (2023), o diagnóstico desta patologia começa com um exame físico, em que os sintomas típicos incluem dor lombar irradiando para os membros inferiores, que agrave com a extensão da coluna lombar ou dos membros inferiores. O Raio-X da coluna é utilizado para avaliar o alinhamento da coluna e o grau de espondilolistese. A TAC e a ressonância magnética nuclear (RMN) são importantes exames auxiliares de diagnóstico para avaliar a

compressão nervosa e o grau dessa compressão; contudo, em alguns casos, a espondilolistese pode não ser visível na TAC ou na RMN. Para detetar possíveis instabilidades não identificadas nesses exames, pode ser necessário realizar RX dinâmicos em pé, nas posições de flexão e extensão da coluna, para avaliar a estabilidade da coluna vertebral. O tratamento da espondilolistese é geralmente não cirúrgico, estando a cirurgia indicada apenas em casos em que os sintomas persistem ou há alterações de sensibilidade ou força (Faria, 2023).

Veigas (2019) refere que o tratamento inicial envolve o uso de medicamentos para atuação ao nível da dor, especialmente durante a fase aguda da doença. Após a fase aguda, a fisioterapia e mudanças no estilo de vida são importantes para fortalecer a região lombar e diminuir ou até resolver os sintomas por algum tempo. Exercícios de fortalecimento muscular da coluna lombar, preferencialmente sem impacto no solo, como Pilates ou Yoga, são recomendados, permitindo que muitos utentes desenvolvam a sua atividade de forma praticamente assintomática, sem a necessidade de medicação. O tratamento cirúrgico da espondilolistese, TLIF, deve ser considerado quando, apesar do uso de medicação e fisioterapia, os sintomas persistem ou quando há alterações na força muscular ou na sensibilidade dos membros inferiores, sendo que o tratamento tardio pode resultar em danos irreversíveis. Os objetivos desta cirurgia incluem:

- Prevenir o deslizamento progressivo das vértebras;
- Estabilizar a coluna;
- Descomprimir as estruturas neurológicas que estão comprimidas.

A estabilização e prevenção do deslizamento das vértebras na espondilolistese é realizada por meio da fusão da coluna vertebral, pela aplicação de material de osteossíntese e/ou dispositivos colocados entre as vértebras. A descompressão das estruturas neurológicas ocorre com a remoção de excesso de osso, ligamentos e discos que possam estar a comprimir essas estruturas. A descompressão sem estabilização das vértebras pode resultar num mau resultado cirúrgico, pois a persistência da instabilidade pode voltar a causar compressão neurológica. Esses procedimentos podem ser realizados de maneira convencional ou minimamente invasiva, dependendo do tipo e grau da espondilolistese, da presença de estenose e da experiência do cirurgião (Kumar, 2011).

De acordo com Baptista et al. (2022), a cirurgia de TLIF, quando realizada por cirurgiões de coluna experientes, apresenta bons resultados clínicos e baixas taxas de complicações. As principais complicações, como infeção ou lesão neurológica, são raras e podem ser minimizadas pela adoção de cuidados rigorosos com a assepsia, redução do tempo cirúrgico e o uso de instrumentos de ampliação, como microscópios e lupas cirúrgicas, garantindo a segurança durante o procedimento. Após a cirurgia, os utentes geralmente podem fazer levantar poucas horas após o procedimento e caminhar. A alta hospitalar costuma ocorrer 24h após a cirurgia. Nas primeiras semanas, é recomendado evitar esforços, como levantar pesos ou realizar tarefas

domésticas, podendo essas atividades ser gradualmente retomadas a partir da 3ª ou 4ª semana após a cirurgia, de acordo com a evolução do quadro clínico.

Procedimento cirúrgico

Segundo Baptista et al. (2022), a TLIF tem como objetivo promover a fusão/artrodese do corpo intervertebral, de um ou mais níveis da coluna vertebral. A abordagem é realizada através do forâmen intervertebral e consiste, basicamente em:

- Realizar duas pequenas incisões (procedimento minimamente invasivo);
- Colocação de trocares para os instrumentos acederem ao local (visualização através de RX e microscópio);
- Descompressão dos nervos na região lombar;
- Remoção do disco intervertebral;
- Estabilização do disco, inserindo parafusos ao nível dos pedículos vertebrais;
- Fusão dos corpos, inserindo um dispositivo (*cage*) preenchido com osso no espaço do disco.

As etapas cirúrgicas são: facetectomia (acesso ao disco intervertebral); discectomia; preparação do espaço do disco; determinação do tamanho do implante; preparação da *cage* (preencher com osso); inserção da *cage*, observando o posicionamento recorrendo ao intensificador de imagem; fixação; encerramento da ferida operatória por planos com infiltração de anestésico, sutura da pele com agrafos metálicos; realizar penso compressivo com compressas e adesivo (Kumar, 2011).

De acordo com o Plano Nacional para a Segurança do Doente (PNSD, 2021-2026), é essencial desenvolver práticas seguras em ambientes adequados, uma vez que as condições de prestação de cuidados influenciam diretamente a segurança e a efetividade dos mesmos. A qualidade e a segurança são fundamentais para garantir melhores resultados em saúde (Despacho n.º 9390/2021 (2021); Direção-Geral da Saúde, 2022).

O posicionamento cirúrgico pode aumentar os riscos e complicações no pós-operatório, sendo a úlcera por pressão a mais comum. No entanto, outras lesões também podem ocorrer durante o procedimento. Por isso, garantir um posicionamento adequado na mesa operatória é essencial para a segurança do utente, sendo tão importante quanto qualquer outro cuidado perioperatório (AESOP, 2006).

Antes da cirurgia, a equipa deve avaliar e, se necessário, reposicionar o utente para otimizar a distribuição da pressão e minimizar lesões por torção e/ou fricção. A posição escolhida deve garantir a exposição cirúrgica, conforto, privacidade, acesso a monitorização e ventilação adequadas, além de proteger estruturas anatómicas e estabilizar o utente para evitar movimentos involuntários (AORN, 2018; Burlingame, 2017).

Todos os utentes submetidos a cirurgias correm risco de lesões devido à posição do procedimento e a quedas, especialmente durante o procedimento anestésico. Para reduzir esses riscos, a AORN recomenda a presença constante do enfermeiro perioperatório junto deste (Speth, 2023). O enfermeiro tem a responsabilidade de fornecer o equipamento necessário, confirmar com o cirurgião o posicionamento adequado para o procedimento e manusear corretamente a mesa operatória e os seus acessórios, garantindo a segurança durante todo o procedimento cirúrgico.

Neste caso, o posicionamento do utente para o procedimento cirúrgico é o decúbito ventral, sendo colocada na mesa operatória uma extensão na cabeceira. São utilizados vários dispositivos de posicionamento: suporte de apoio lombar com buraco, almofadas de gel, *rings* e suporte fenestrado em gel para cabeça (Alves, 2013).

A posição de decúbito ventral, segundo Duarte e Martins (2014), envolve colocar o utente com a região torácica e abdominal sobre a mesa operatória. A cabeça pode ser lateralizada ou alinhada com a coluna, desde que adequadamente apoiada para permitir a passagem do tubo endotraqueal. É fundamental a atenção à proteção dos globos oculares e orelhas para evitar compressões. Podem ser usados dois rolos de silicone: um ao nível dos ombros, para evitar compressão da traqueia, e outro ao nível das cristas ilíacas, para descomprimir a veia cava inferior e facilitar a expansão toraco-abdominal. As pernas devem ser ligeiramente afastadas, com proteção nos joelhos e pés. Os membros superiores são posicionados nos apoios com ligeira flexão nos cotovelos, formando um ângulo inferior a 90º com os ombros. Os braços devem ser mobilizados com cuidado para evitar lesões no plexo braquial, e as palmas das mãos devem estar voltadas para baixo. A mesa operatória é colocada com uma maior angulação na zona da cintura pélvica do utente, ficando a cabeça baixa, o quadril elevado e os membros inferiores baixos.

A AORN destaca recomendações para avaliar o risco de lesão dos utentes e adotar práticas seguras de posicionamento. A equipa perioperatória deve identificar potenciais perigos, como dispositivos inadequados ou com mau funcionamento, e implementar medidas para garantir a segurança. Essas práticas incluem manter o alinhamento fisiológico, evitar flexões ou extensões excessivas dos membros e utilizar dispositivos de segurança de forma adequada (AORN, 2017).

O posicionamento do utente para a cirurgia é, assim, uma medida terapêutica que exige o esforço conjunto da equipa, incluindo enfermeiros, assistentes operacionais e médicos. A participação de um número adequado de profissionais garante o alinhamento fisiológico, protege as extremidades e previne lesões músculo-esqueléticas devido ao esforço físico.

Procedimento anestésico

No que concerne ao caso clínico em análise, a técnica anestésica adotada foi a anestesia geral balanceada, com intubação endotraqueal através de um tubo aramado e sob ventilação

controlada. O utente é entubado em decúbito dorsal e, após a devida fixação do tubo é mobilizado para decúbito ventral, sendo necessário a colaboração da equipa multidisciplinar para o efeito. Ao comando do anestesista, a equipa (enfermeiros, médicos e assistentes operacionais) mobiliza o utente do decúbito dorsal para o decúbito ventral (Faria, 2023).

A técnica anestésica ideal para um procedimento é aquela que garante a maior segurança e satisfação para o utente, oferece as melhores condições para o cirurgião e facilita uma recuperação rápida. Para certos procedimentos, a evidência sugere o uso da anestesia geral (Mutlu & Turkmen, 2022; Nandhra et al., 2020). Esta técnica envolve a perda reversível de consciência induzida por fármacos, proporcionando analgesia, imobilidade e atenuação dos reflexos neuromusculares durante a cirurgia (*American Society of Anesthesiologists [ASA]*, 2018). De acordo com Siddiqui e Kim (2023), a anestesia geral consiste em três fases:

- **Indução:** Fase crítica, onde são administrados fármacos que podem causar alterações hemodinâmicas, apneia e hipotonia da via aérea. É iniciada pela administração de um agente hipnótico para induzir a perda de consciência, geralmente precedido por analgésicos opióides, pois o utente ainda responde ao estímulo doloroso;
- **Manutenção:** O objetivo é manter o coma farmacológico induzido, garantindo analgesia, relaxamento muscular e controlo das respostas simpáticas à agressão cirúrgica;
- **Recuperação:** Fase final, onde o utente recupera a consciência e é transferido para a UCPA.

As intervenções de enfermagem durante a fase de indução anestésica têm como objetivos prevenir, reduzir e controlar a ocorrência de situações de risco; assegurar o bem-estar físico e psicológico da pessoa; verificar e preparar adequadamente os materiais e equipamentos; colaborar de forma eficaz e eficiente em todos os procedimentos e manobras anestésicas; e promover um ambiente seguro. Além disso, é responsável pela preparação e administração de fármacos, assim como pela observação e vigilância dos parâmetros hemodinâmicos do utente (AESOP, 2012).

Na fase de manutenção, é da responsabilidade do enfermeiro colaborar com o anestesista na manutenção da anestesia, bem como manter a vigilância hemodinâmica, interpretando padrões de monitorização. Nesta fase, o enfermeiro desenvolve atividades autónomas visando promover a continuidade das funções ventilatórias e circulatórias, acesso venoso e prevenção de complicações (AESOP, 2012).

De acordo com a AESOP (2012), na última fase da anestesia geral, fase de recuperação, o enfermeiro colabora na reversão da anestesia e extubação do utente, assegurando a permeabilidade da via aérea, monitoriza e previne a existência da dor e promove o conforto geral do utente. Neste período curto mas crítico, a atuação do enfermeiro centra-se na aplicação de medidas ao nível da administração de fármacos para reverter a anestesia, manutenção da estabilidade hemodinâmica, prevenção e controlo de reações decorrentes dos efeitos dos

agentes anestésicos (como depressão respiratória) e manutenção da permeabilidade perfusional.

A anestesia geral é considerada um procedimento seguro, mas fatores como a idade e antecedentes de saúde podem aumentar o risco de complicações pós-anestésicas, exigindo monitorização contínua durante e após a cirurgia para minimizar esses riscos (Gottschalk et al., 2011). Entre os efeitos adversos mais comuns estão náuseas e vômitos pós-operatórios, sonolência, depressão respiratória, alterações cardiovasculares, retenção urinária e reações anafiláticas (Nilsson et al., 2019). Também podem ocorrer efeitos colaterais menos frequentes, como lesões cerebrais, delirium pós-operatório, infeções respiratórias e trombose venosa profunda (Kehlet & Dahl, 2003). Contudo, os riscos associados à anestesia geral são relativamente raros e, geralmente, são superados pelos benefícios da cirurgia (Steadman et al., 2017).

Algumas unidades de CA podem oferecer o regime de pernoita, permitindo que a alta ocorra no dia seguinte após uma hospitalização de até 24 horas, na UCPA. Este tipo de cirurgia, com pernoita, é amplamente respaldado pela literatura científica e tem sido associado a resultados positivos, com benefícios para a recuperação dos utentes (Hannon et al., 2022). Os enfermeiros desempenham um papel crucial em todas as etapas do processo: no pré-operatório, identificando necessidades de cuidados e empoderando o utente, no intraoperatório, monitorizando e prevenindo complicações e, no pós-operatório, capacitando o utente para recuperação do seu estado de saúde.

Silva (2016), citando diversos autores, define a UCPA como uma unidade especializada, com recursos humanos capacitados e focados na monitorização, vigilância e cuidados intensivos durante o curto, porém crítico, período pós cirúrgico imediato, razão pela qual existem equipamentos tecnológicos avançados. Neste contexto, o foco é dado aos cuidados pós-operatórios, destacando os aspetos que requerem atenção especial por parte do enfermeiro.

No pós-operatório de qualquer intervenção cirúrgica, o controlo da dor é essencial. Apesar dos avanços farmacológicos e tecnológicos, a dor continua a ser o sintoma mais frequentemente referido, sendo a principal causa de admissão e readmissão hospitalar (APCA, 2013). A dor é considerada o quinto sinal vital, caracterizando-se como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano tecidual real ou potencial (IASP, 2020).

Durante o pós-operatório imediato, avaliar o nível de dor é fundamental, pois a maioria dos utentes experiencia esta sensação (Venkatesan et al., 2021). O enfermeiro perioperatório tem a responsabilidade de monitorizar a evolução da dor utilizando escalas apropriadas, como a escala numérica da dor, gerir a analgesia conforme necessário e aplicar técnicas não farmacológicas, como a correta posição do utente. O objetivo é promover o conforto durante a permanência na UCPA. Um bom controlo da dor contribui para maior conforto, aceleração da recuperação e

prevenção de complicações. A sua abordagem deve ser planeada, de modo a adequar os recursos às necessidades individuais do utente (APCA, 2013).

O método anestésico utilizado, a anestesia geral balanceada, pode induzir efeitos adversos no sistema digestivo do utente. A administração de certos medicamentos e a diminuição da motilidade gástrica, resultante do relaxamento muscular, podem causar náuseas e vômitos no pós-operatório. Por outro lado, os anestésicos inalatórios, que têm um efeito pró-emético nas primeiras duas horas após a cirurgia, juntamente com a administração de opióides no intra e pós-operatório, aumentam a probabilidade de ocorrência de náuseas e vômitos (Rusch et al., 2010).

Estes sintomas impactam significativamente a qualidade de vida e a satisfação dos utentes devido ao desconforto que causam. Além disso, utentes com náuseas e vômitos apresentam risco aumentado de complicações, como aspiração, hemorragia pós-operatória, deiscência de sutura, desequilíbrio hidroeletrólítico e descompensação de patologias associadas, como hipertensão arterial ou insuficiência renal (Gan et al., 2007; Maraş & Bulut, 2021).

O risco da prática anestésica diminuiu drasticamente nas últimas décadas, tornando a morte um evento raro. Fatores como a patologia do utente e a localização dos procedimentos cirúrgicos são determinantes para o desfecho anestésico-cirúrgico. É essencial criar um ambiente que permita à equipa perioperatória discutir erros, melhorar processos e fortalecer a segurança e qualidade dos cuidados ao utente.

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 62 anos | Masculino

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-10-22 16:00:00	Paracetamol 1000mg e.v.	
2024-10-22 16:00:00	Ondansetrom 4mg e.v.	
2024-10-22 16:00:00	Tramadol 100mg e.v.	

Início	Medicação	Fim
2024-10-22 16:00:00	Cetorolac 30mg e.v.	
2024-10-22 16:00:00	Remifentanil 2mg e.v.	
2024-10-22 16:00:00	Solução Polieletrolítica 1000ml	
2024-10-22 16:00:00	Desflurano via inalatória	
2024-10-22 20:00:00	Petidina 25mg e.v.	

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

O enfermeiro perioperatório, como membro essencial da equipa multidisciplinar no período perioperatório, deve possuir conhecimentos sobre os princípios e práticas de anestesia, assegurando a segurança do utente (Rothrock, 2021). A sua função vai além da preparação e administração de medicamentos; envolve também a responsabilidade pela terapêutica prescrita, monitorizando os seus efeitos e agindo adequadamente em situações de emergência (OE, 1998), a fim de garantir a segurança do utente durante todo o processo.

No contexto da cirurgia de TLIF, os cuidados relacionados com a terapêutica envolvem tanto a técnica anestésica quanto a prevenção, identificação precoce e tratamento das complicações pós-operatórias mais comuns, como dor, náuseas e vômitos. A técnica anestésica de escolha para este procedimento foi a anestesia geral balanceada, que combina a prescrição e administração de fármacos de diferentes classes farmacoterapêuticas, incluindo anestésicos inalatórios, fármacos hipnóticos endovenosos e opióides. O objetivo dessa combinação é alcançar a profundidade anestésica ideal, com o mínimo de interferência na homeostasia fisiológica do utente (Rothrock, 2021).

Segue-se uma breve descrição dos fármacos utilizados, com ênfase nas informações essenciais para a conceção de cuidados de enfermagem no período intraoperatório.

Paracetamol

Este fármaco é um analgésico e antipirético semelhante aos anti-inflamatórios não esteróides (AINE's), mas sem a atividade anti-inflamatória. A sua ação ocorre através da inibição da síntese de prostaglandinas, promovendo analgesia periférica. Quando administrado por via intravenosa, o início de ação é rápido. No entanto, se a administração intravenosa for realizada de forma muito rápida, pode ocorrer hipotensão severa como efeito adverso. Isso destaca a importância de administrar o fármaco de forma atenta, especialmente em ritmos controlados, para evitar complicações hemodinâmicas (Ferreira, 2023; Infomed, 2021).

O enfermeiro tem um papel importante na administração segura do paracetamol, realizando intervenções para garantir a eficácia e a segurança do tratamento: deve conhecer a medicação habitual do utente (considerando que o paracetamol pode interagir com outras substâncias,

como anticoagulantes, álcool, ou medicamentos hepatotóxicos); deve realizar uma avaliação completa da dor (intensidade, localização, tipo) ou da temperatura corporal, para determinar a necessidade da medicação e ajustar a dosagem conforme a resposta clínica do utente; deve garantir que a dosagem de paracetamol esteja conforme a orientação médica e as diretrizes recomendadas, tendo em consideração o peso, a idade e o estado de saúde (a dose recomendada para adultos é de 500 mg a 1 g a cada 4-6 horas, com um máximo de 4 g por dia); deve monitorizar a pressão arterial, a frequência cardíaca e a temperatura corporal antes, durante e após a administração de paracetamol. Utentes com insuficiência renal podem necessitar de ajustes na dosagem, e o enfermeiro deve acompanhar possíveis sinais de toxicidade renal, como alteração na diurese ou níveis elevados de creatinina. Deve ainda estar atento a possíveis reações adversas, como reações alérgicas (erupção cutânea, urticária) que, ainda que sejam raras, podem ocorrer. Caso observadas, a administração do medicamento deve ser interrompido imediatamente (Borges & Gagliardi, 2010).

O principal risco do paracetamol está relacionado com a hepatotoxicidade em doses elevadas. O enfermeiro deve identificar sinais precoces de sobredosagem do paracetamol, como náuseas, vômitos, dor abdominal e confusão mental e, caso haja suspeita de sobredosagem, deve intervir prontamente, administrando acetilcisteína (antagonista do paracetamol). Deve por fim documentar detalhadamente todas as administrações de paracetamol, incluindo a dose administrada, a via utilizada, os sinais vitais e qualquer alteração observada no estado do utente. As intervenções de enfermagem na administração de paracetamol envolvem uma vigilância cuidadosa para evitar complicações, garantir a dosagem correta e promover a segurança do utente, especialmente em relação à toxicidade hepática e renal (Olson & Moller, 2016).

Ondansetrom

O Ondansetrom é uma substância ativa de medicamentos com atividade antiemética. É um fármaco indicado para a prevenção de náuseas e vômitos no pós-operatório, com uma duração de ação de 4 a 8 horas. Entre os efeitos adversos mais comuns, destacam-se cefaleias, sensação de rubor e calor e obstipação. Além disso, o ondansetrom pode causar alterações cardiovasculares, como arritmias e, em casos raros, hipotensão e bradicardia. Uma reação adversa grave, embora rara, é o desenvolvimento de síndrome de *Stevens-Johnson*, com manifestações cutâneas (descamação da pele, erupção vermelha ou roxa plana e flictenas) (Vallerand & Sanoski, 2021).

Ainda que o Ondansetrom seja um antiemético amplamente utilizado para prevenir e tratar náuseas e vômitos induzidos pela anestesia, as intervenções de enfermagem são essenciais para garantir a sua administração segura e eficaz. Deve-se administrar lentamente (pelo menos 30 segundos a 2 minutos) para evitar reações adversas como tontura, palpitações e cefaleias (Borges & Gagliardi, 2010). O enfermeiro deve monitorizar os sinais vitais do utente,

especialmente a frequência cardíaca e o ritmo, durante e após a administração.

Tramadol

O tramadol é um analgésico indicado para o tratamento da dor moderada a intensa. O seu mecanismo de ação baseia-se na inibição da captação de serotonina e noradrenalina no SNC, o que ajuda a modular a percepção da dor. Entre os efeitos adversos mais comuns associados ao tramadol, destacam-se tonturas, vertigens, cefaleias, sonolência, mal-estar, convulsões, náuseas, retenção urinária, prurido e sudorese (Infarmed, 2018).

Para garantir o seu uso seguro e eficaz, são essenciais algumas intervenções de enfermagem, como verificar previamente alergias a opióides ou intolerância ao tramadol; avaliar o histórico de insuficiência renal ou hepática (dado que a metabolização hepática do tramadol e a excreção é renal); verificar o uso de outros medicamentos, especialmente antidepressivos, benzodiazepinas e outros opióides, para evitar interações medicamentosas; monitorizar sinais de depressão respiratória. Tem indicação para ser administrado lentamente (2 a 3 minutos) para reduzir o risco de efeitos adversos como náusea e tontura, ou pode-se diluir, se necessário, segundo protocolo hospitalar ou prescrição do anestesista. O enfermeiro deve monitorizar a frequência respiratória (dado o risco de depressão respiratória), assim como a pressão arterial e frequência cardíaca, pois o tramadol pode causar hipotensão e bradicardia. Estas intervenções garantem uma administração segura e eficaz do fármaco, minimizando riscos e otimizando o resultado pretendido (Borges & Gagliardi, 2010).

Cetorolac

Este fármaco é um analgésico não opióide e AINE, indicado para o tratamento da dor moderada a intensa de curta duração, especialmente no pós-operatório. A sua ação é baseada na inibição da síntese de prostaglandinas, que são mediadores chave no processo inflamatório e na percepção da dor. Entre os efeitos adversos mais comuns, destacam-se sonolência, tonturas, cefaleias, dispneia, palidez, hemorragia gastrointestinal, úlcera péptica, náuseas, xerostomia, sudorese, retenção urinária e prurido. Estes efeitos podem variar de intensidade dependendo do indivíduo e da dose administrada (Infarmed, 2018). O seu uso deve ser restrito a curto prazo devido ao risco de efeitos adversos gastrointestinais e renais.

Segundo Borges e Gagliardi (2010), as intervenções de enfermagem na sua administração passam por: primeiramente, verificar o histórico de alergia a AINE's (ex.: ibuprofeno, diclofenaco, ácido acetilsalicílico); monitorizar a função renal e hepática (pois o cetorolac pode causar nefrotoxicidade); avaliar a presença de doenças gastrointestinais (úlceras pépticas, gastrite, hemorragia digestiva), pois há risco de irritação gástrica e hemorragia; averiguar o histórico de hipertensão e doenças cardiovasculares, pois os AINE's podem aumentar a pressão arterial e aumentar o risco de eventos cardíacos; confirmar a ausência de problemas de coagulação ou uso concomitante de anticoagulantes (ex.: varfarina, heparina), pois o cetorolac

pode aumentar o risco de hemorragias. Deve ser administrado lentamente, pelo menos em 15 segundos para evitar irritação venosa. Pode ser diluído em solução fisiológica ou glicosada, conforme protocolo institucional ou prescrição do anestesista. O enfermeiro deve estar atento a sinais de hemorragia gastrointestinal (fezes escuras, hematemesa, dor epigástrica), observar sinais de insuficiência renal (redução do débito urinário, aumento de creatinina), monitorizar a pressão arterial (pois os AINE's podem causar hipertensão) e vigiar sinais de reações alérgicas (como urticária, broncoespasmo e edema da glote).

Remifentanil

O remifentanil é um opióide de ação rápida utilizado principalmente para analgesia durante procedimentos cirúrgicos ou para sedação. Possui uma duração de ação muito curta, sendo ideal para procedimentos curtos, permitindo que o controlo da analgesia seja ajustado rapidamente.

O cloridrato de remifentanil é um agonista seletivo μ -opióide com início de ação rápido e duração curta. A atividade μ -opióide pode ser parcialmente antagonizada por narcóticos antagonistas, como a naloxona. É utilizado como analgésico ou como adjuvante narcótico na indução e/ou manutenção da anestesia inalatória durante procedimentos cirúrgicos (Miller, 2020).

Como a sua administração é realizada juntamente com outros opióides, o uso de remifentanil permite reduzir a quantidade ou as doses de anestésicos inalatórios e intravenosos, assim como de benzodiazepínicos necessários para a anestesia. Caso as doses de depressores centrais administradas concomitantemente não sejam ajustadas, pode haver um aumento na incidência de efeitos colaterais, como hipotensão ou bradicardia, especialmente em utentes que recebem, simultaneamente, fármacos com efeito depressor cardíaco, como β -bloqueadores ou bloqueadores dos canais de cálcio (Infarmed, 2018).

Pode ser administrado por infusão contínua, com a taxa ajustada de acordo com a resposta clínica do utente, para manter a analgesia ou sedação. O enfermeiro deve garantir que a infusão seja realizada por uma bomba infusora para controlar a dosagem exata. Deve ainda monitorizar atentamente a frequência respiratória, o padrão respiratório e a saturação de oxigénio (SpO_2), dado que este fármaco pode causar depressão respiratória significativa. Se houver diminuição dos níveis de oxigénio ou dificuldade respiratória, deve-se administrar oxigénio suplementar, iniciar ventilação assistida e, se necessário, administrar antagonistas opióides como a naloxona. Como o remifentanil pode causar hipotensão ou bradicardia, o enfermeiro deve também monitorizar a pressão arterial e a frequência cardíaca. Em caso de hipotensão, pode ser necessário administrar líquidos intravenosos ou vasopressores, conforme prescrição médica. Deve ser monitorizado o nível de sedação do utente, quando for essa a técnica anestésica, ajustando a dose conforme necessário para garantir que este permaneça confortável e seguro, mas sem risco de sedação excessiva (Morgan et al., 2019). As intervenções do EEMCPSP têm

como base a segurança do procedimento e a antecipação de focos de instabilidade, pela constante avaliação dos dados e subsequente tomada de decisão fundamentada.

Solução polieletrólítica

A solução descrita é uma solução de substituição de eletrólitos, composta por cloreto de sódio, cloreto de potássio, cloreto de magnésio, cloreto de cálcio e acetato de sódio, administrada por via intravenosa. O seu principal objetivo é promover a hidratação e manter a homeostasia do utente em casos de desidratação, hipovolémia e acidose metabólica ligeira. Além disso, auxilia na manutenção da permeabilidade dos acessos venosos e é compatível com a administração de outros fármacos, funcionando como coadjuvante da terapêutica (Laboratórios Basi, 2011).

O ritmo de perfusão da solução é ajustado de acordo com a condição do utente (como idade, peso e estado físico), o tratamento concomitante e a evolução do quadro clínico durante a cirurgia e no pós-operatório. A reação adversa mais comum associada à administração desta solução é a irritação no local da punção venosa onde é administrada. O enfermeiro deve observar qualquer sinal de reação adversa no local da punção, como rubor, dor ou edema, e caso necessário, atuar em conformidade. Deve monitorizar frequentemente a pressão arterial, a frequência cardíaca e a frequência respiratória para avaliar a resposta do utente à solução e detetar possíveis complicações, como hipervolémia (excesso de líquidos) ou hipotensão. Das intervenções de enfermagem faz também parte monitorização da diurese, pois alterações na produção de urina podem indicar problemas renais ou desidratação persistente. Caso a diurese diminua ou o utente apresente sinais de retenção de líquidos, o enfermeiro deve notificar a equipa médica (Borges & Gagliardi, 2010).

Caso o utente desenvolva sinais de excesso de líquidos (como edema pulmonar), a infusão deve ser interrompida e asseguradas medidas como a administração de diuréticos ou ajustes no tratamento. A atuação de forma crítica e fundamentada do enfermeiro é fundamental para garantir a reposição adequada de fluidos e eletrólitos, prevenindo complicações e promovendo a recuperação do utente de forma segura e eficaz (Borges & Gagliardi, 2010).

Desflurano

O desflurano é um anestésico inalatório amplamente utilizado na manutenção da anestesia geral em cirurgia de ambulatório, devido à sua baixa solubilidade no sangue e ao baixo metabolismo, o que permite uma recuperação mais rápida e uma alta mais precoce da UCPA em comparação com outros agentes inalatórios. Contudo, assim como outros anestésicos inalatórios, o desflurano pode induzir depressão cardiovascular, respiratória e do SNC. Os efeitos adversos mais comuns associados ao seu uso incluem tosse, náuseas e vômitos (Infarmed, 2018). Exige um controlo preciso da dose para garantir a segurança e eficácia durante a cirurgia. O desflurano é administrado por inalação em concentrações controladas. O enfermeiro deve garantir que a dose administrada esteja dentro das recomendações, evitando

concentrações excessivas que possam conduzir à depressão respiratória ou cardiovascular (Borges & Gagliardi, 2010).

O vaporizador de desflurano deve ser ajustado de acordo com a concentração necessária, que geralmente varia entre 1% a 5% combinado com oxigénio, dependendo da profundidade da anestesia desejada. Durante a indução anestésica, o enfermeiro deve acompanhar a resposta do utente, observando sinais como a perda de consciência e a estabilização dos sinais vitais. O desflurano pode ser administrado em combinação com outros anestésicos intravenosos para otimizar a indução e a manutenção da anestesia. Se houver sinais de hipoventilação ou dessaturação de oxigénio, o enfermeiro deve intervir imediatamente, fornecendo oxigénio suplementar ou iniciar ventilação assistida, conforme necessário. Caso o utente desenvolva hipotensão, o enfermeiro pode ser orientado a administrar líquidos intravenosos ou medicamentos vasopressores para estabilizar a pressão arterial. Durante a administração de desflurano, é importante monitorizar a profundidade da anestesia para garantir que o utente não esteja subanestesiado (o que poderia causar dor ou movimento involuntário) ou sobreanestesiado (o que pode levar a complicações respiratórias e cardiovasculares), utilizando monitores de profundidade anestésica (como o BIS). O desflurano pode ainda induzir náuseas e vômitos após o procedimento, pelo que o enfermeiro deve monitorizar esses sintomas e, se necessário, administrar antieméticos, como ondansetrom, para diminuir esses efeitos colaterais (Miller, 2020).

Petidina

A petidina é um analgésico opiáceo utilizado em situações de dor moderada a forte, como em casos de pós-operatórios. É um opióide sintético, semelhante à metadona e age como depressor do SNC. Como outros opióides, pode causar síndrome de abstinência se o uso for contínuo e deve ser descontinuada gradualmente (Infarmed, 2018).

De acordo com Morgan et al. (2019), assim como outros opióides, a petidina tem um potencial significativo para efeitos colaterais, como depressão respiratória, hipotensão, sedação e risco de dependência. A administração de petidina exige cuidados rigorosos e monitorização contínua para garantir a segurança do utente. Para administração intravenosa, a petidina deve ser administrada de forma lenta (geralmente entre 1 a 2 minutos), especialmente em doses mais altas, para evitar reações adversas graves, como hipotensão e bradicardia. O enfermeiro deve monitorizar a pressão arterial e a frequência cardíaca frequentemente, principalmente após a administração inicial, para identificar qualquer sinal de instabilidade cardiovascular. Caso o utente apresente sinais de depressão respiratória grave (respiração superficial, frequência respiratória baixa), a petidina deve ser interrompida, a ventilação assistida pode ser necessária e a utilização de naloxona deve ser considerada.

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

22-10-2024 16:00

22-10-2024 16:00 - Ventilação invasiva [RESOLVIDO] 22-10-2024 20:00

22-10-2024 16:00 - Tipo de ventilação invasiva: ventilação controlada por volume.

22-10-2024 16:00 - Ventilação invasiva - FiO₂: 57 %.

22-10-2024 16:00 - Ventilação invasiva - volume corrente: 485 ml.

22-10-2024 16:00 - Ventilação invasiva - frequência respiratória (programada): 14 cr/min.

22-10-2024 16:00 - Ventilação invasiva - ajuda inspiratória: 40 cmH₂O.

22-10-2024 16:00 - Ventilação invasiva - PEEP: 4 cm H₂O.

22-10-2024 16:00 - Prevenir complicações da ventilação invasiva [FIM]

22-10-2024 20:00

22-10-2024 16:00 - Posicionar para prevenir úlcera de pressão [FIM] 22-10-2024 20:00

22-10-2024 16:00 - Procedimento invasivo

22-10-2024 16:00 - Tipo de procedimento invasivo: Cirurgia de Fusão lombar transforaminal (TLIF) L4-L5.

22-10-2024 16:00 - Verificado: antecedentes clínicos, alergias, consentimento informado, toma de medicação pré-operatória, próteses, identificação do doente, jejum, preparação pré-operatória.

22-10-2024 20:00 - Perda sanguínea

22-10-2024 20:00 - Sacro: Sem perda sanguínea aparente.

22-10-2024 16:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o procedimento invasivo

22-10-2024 20:00 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia

Sondas, Drenos e Cateteres

22-10-2024 16:00

22-10-2024 16:00 - Tubo endotraqueal [RESOLVIDO] 22-10-2024 20:00

22-10-2024 16:00 - Nível de inserção do tubo endotraqueal

22-10-2024 16:00 - Cavidade oral: 23.00 cm.

22-10-2024 16:00 - Presença de cuff

22-10-2024 16:00 - Traqueia: Com cuff.

22-10-2024 16:00 - Pressão do cuff: 27 cmH₂O.

22-10-2024 16:00 - Características do dispositivo: Tubo endotraqueal aramado, nº 8.

22-10-2024 16:00 - Assegurar funcionamento do tubo endotraqueal [FIM]

22-10-2024 20:00

22-10-2024 16:00 - Otimizar tubo endotraqueal [FIM] 22-10-2024 20:00

22-10-2024 16:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o tubo endotraqueal [FIM] 22-10-2024 20:00

22-10-2024 16:00 - Avaliar evolução do nível de inserção do tubo endotraqueal

[FIM] 22-10-2024 20:00

22-10-2024 16:00 - Avaliar evolução da pressão do cuff [FIM] 22-10-2024 20:00

22-10-2024 16:00 - Prevenir complicações relacionadas com tubo endotraqueal [FIM] 22-10-2024 20:00

22-10-2024 16:00 - Manter cuff insuflado [FIM] 22-10-2024 20:00

22-10-2024 16:00 - Gerir a pressão do cuff [FIM] 22-10-2024 20:00

22-10-2024 16:00 - Cateter venoso periférico

22-10-2024 20:00 - Localização do cateter venoso periférico

22-10-2024 20:00 - Mão Esquerda(o)

22-10-2024 20:00 - Características do dispositivo: cateter venoso periférico calibre 18G.

22-10-2024 20:00 - Ausência de dor.

22-10-2024 20:00 - Ausência de calor.

22-10-2024 20:00 - Ausência de rubor.

22-10-2024 20:00 - Ausência de tumefação.

22-10-2024 20:00 - Ausência de exsudado.

22-10-2024 20:00 - Ausência de infiltração.

22-10-2024 16:00 - Localização do cateter venoso periférico

22-10-2024 16:00 - Mão Esquerda(o)

22-10-2024 16:00 - Características do dispositivo: cateter venoso periférico calibre 18G.

22-10-2024 16:00 - Ausência de dor.

22-10-2024 16:00 - Ausência de calor.

22-10-2024 16:00 - Ausência de rubor.

22-10-2024 16:00 - Ausência de tumefação.

22-10-2024 16:00 - Ausência de exsudado.

22-10-2024 16:00 - Ausência de infiltração.

22-10-2024 16:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter

22-10-2024 16:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico

22-10-2024 16:00 - Assegurar funcionamento do cateter

22-10-2024 16:00 - Otimizar cateter venoso periférico

22-10-2024 16:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico

22-10-2024 16:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

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

Este capítulo abordará as questões relacionadas à conceção de cuidados no contexto dos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica, com destaque para as atitudes

terapêuticas e os cuidados com dispositivos médicos, como sondas, drenos e cateteres.

Os procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica são prescritos ou indicados por outros profissionais de saúde, com base no seu raciocínio clínico. Dentro desse domínio, existem dados relevantes que o enfermeiro pode utilizar para o seu raciocínio diagnóstico. Esses dados são fundamentais para a identificação dos diagnósticos de necessidades de cuidados de enfermagem, o estabelecimento de objetivos e a implementação de intervenções, seguidas pela avaliação dos resultados.

Além disso, em relação às atitudes terapêuticas, foram recolhidos dados com foco no procedimento invasivo e na ventilação invasiva, áreas que exigem cuidados específicos e rigorosos, com o objetivo de otimizar a prestação de cuidados à PSP e promover a sua segurança durante esses procedimentos.

Ventilação invasiva

A VMI é uma técnica utilizada para garantir a oxigenação adequada nos casos em que as trocas gasosas estão comprometidas. O procedimento envolve a inserção de um tubo na via aérea, com aplicação de pressão positiva para auxiliar a respiração. A monitorização dos utentes em suporte ventilatório é essencial, permitindo, através da integração de dados funcionais e observação clínica contínua, prevenir complicações graves e otimizar o tratamento (Melo et al, 2014). Utes em VMI necessitam de cuidados de enfermagem rigorosos, incluindo controlo da pressão do balão (*cuff*) do tubo endotraqueal, posicionamento adequado e medidas para prevenir complicações como pneumonia por aspiração ou associada à ventilação, úlceras por pressão e extubação acidental. A VMI utiliza ventiladores e circuitos mecânicos para auxiliar ou substituir a função respiratória natural, garantindo que a ventilação e a respiração sejam realizadas de forma eficaz (Silva, 2023).

A VMI é uma técnica de via aérea avançada utilizada no intraoperatório para garantir as trocas gasosas durante a anestesia geral. Envolve a administração de ventilação com pressão positiva aos pulmões através de um tubo endotraqueal conectado a um ventilador, configurado em modos específicos para dar resposta às necessidades respiratórias do utente (Fogagnolo et al., 2021).

Esta modalidade de ventilação da via aérea avançada é utilizada durante o intraoperatório para garantir a manutenção das trocas gasosas em utentes sob anestesia geral balanceada. A VMI torna-se necessária devido à perda de consciência reversível induzida pelos fármacos anestésicos, que leva à alteração da perceção sensorial, imobilidade e atenuação dos reflexos neuromusculares (ASA, 2018). Isso compromete a capacidade do utente de ventilar espontaneamente, de proteger as vias aéreas e de se posicionar adequadamente durante o procedimento.

Segundo Fogagnolo et al. (2021) neste contexto, o enfermeiro desempenha um papel crucial na

colaboração interdisciplinar, tanto como suporte à execução da técnica de VMI quanto na monitorização do correto funcionamento do aparelho de ventilação, garantindo a estabilidade hemodinâmica da PSP. Além disso, é importante caracterizar o tipo de ventilação utilizada, que pode variar dependendo das necessidades do utente e do procedimento cirúrgico.

O enfermeiro deve adotar atitudes, atividades e intervenções com o objetivo de prevenir complicações associadas à VMI, como ventilação inadequada, hipoxémia ou hipercapnia, monitorizando continuamente os parâmetros ventilatórios e gasométricos e promovendo ajustes conforme necessário. O cuidado adequado na gestão da VMI e a observação constante da função respiratória são essenciais para evitar complicações e garantir uma recuperação perioperatória bem-sucedida (Fogagnolo et al., 2021).

Procedimento invasivo

O procedimento invasivo serve como contexto para a recolha de dados, identificação de diagnósticos e definição de objetivos no caso clínico, sendo essencial que o enfermeiro considere as particularidades de cada fase do período perioperatório para a sua tomada de decisão clínica. O tipo de dados a ser analisado pode variar dependendo de cada uma das fases, como o pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório.

Da mesma forma, as intervenções de enfermagem prescritas podem ser implementadas em diferentes momentos e o enfermeiro deve ponderar cuidadosamente o momento apropriado para intervir. O momento de intervenção é um fator crítico na conceção de cuidados, pois influencia diretamente a eficácia das ações de enfermagem e a recuperação do utente, considerando as necessidades específicas de cada fase do processo cirúrgico (Fogagnolo et al., 2021).

O tipo de procedimento cirúrgico apresentado, a cirurgia de TLIF, realizada sob anestesia geral balanceada, é um dado crucial, pois implica a necessidade de uma abordagem específica na recolha de informações. A técnica cirúrgica e o tipo de anestesia selecionados tornam imprescindível a colheita de dados relacionados com os domínios do sistema regulador e do processo cardiorrespiratório.

Existem dados que são comuns a esse tipo de cirurgia (por exemplo, monitorização da função neurológica, controlo da posição do utente durante a cirurgia) e outros que são mais específicos face ao tipo de anestesia utilizada (a vigilância dos parâmetros vitais, a resposta à anestesia e o controlo da ventilação). Em procedimentos invasivos cirúrgicos realizados em ambiente clínico de bloco operatório, é essencial a recolha de dados relacionados com o processo cardiovascular, como a pressão arterial sistólica e diastólica, além das perdas sanguíneas. Estes dados são fundamentais para garantir a estabilidade hemodinâmica do utente e para monitorizar possíveis complicações durante o procedimento, tal como referem Huffstutler e Monahan (2010).

No caso específico da cirurgia de TLIF, conforme mencionado no enquadramento teórico, as

maiores complicações ocorrem nos períodos intraoperatório e pós-operatório. Entre as complicações mais comuns destacam-se as hemorragias e as lesões nervosas (Pannier et al., 2022). Portanto, a monitorização rigorosa desses parâmetros cardiovasculares e a vigilância de sinais de complicações hemorrágicas e neurológicas são cruciais para a segurança e a eficácia da intervenção, exigindo uma atuação cuidadosa por parte da equipa de enfermagem e dos outros profissionais envolvidos no cuidado perioperatório.

No que diz respeito ao processo regulador, a temperatura corporal é um dado essencial a ser monitorizado, especialmente em contextos cirúrgicos como o da cirurgia de TLIF, que envolvem anestesia geral balanceada. A necessidade de obtenção dessa informação está intimamente ligada ao referencial teórico da anestesia utilizada, já que a anestesia geral tem um efeito inibidor sobre os mecanismos fisiológicos de termorregulação do corpo (Rothrock, 2021; Torossian et al., 2015).

Além disso, fatores como a duração da cirurgia, o uso de soluções de irrigação e a temperatura ambiental do bloco operatório também influenciam a temperatura corporal do utente. Como a anestesia geral balanceada pode comprometer a capacidade do corpo de regular a sua temperatura, é crucial monitorizar de perto a temperatura corporal durante o processo, com o objetivo de detetar precocemente alterações, como hipotermia ou hipertermia e intervir de forma adequada para evitar complicações associadas a essas condições. Portanto, a vigilância contínua da temperatura corporal é um aspeto fundamental para a segurança do utente, especialmente em procedimentos invasivos, onde o risco de desequilíbrios térmicos é elevado (Prakash, 2013).

O comprometimento do utente durante a anestesia geral balanceada está relacionada com dois fatores principais: por um lado, os fármacos anestésicos e sedativos causam hipoperfusão dos tecidos, o que prejudica o metabolismo celular; por outro lado, a atenuação dos reflexos protetores, como o reflexo de proteção da córnea, expõe o utente a um risco aumentado de complicações, como lesões por pressão e lesões da córnea (Prakash, 2013).

De acordo com o PPFM, para prevenir essas complicações, é essencial implementar intervenções adequadas no cuidado perioperatório. O uso de dispositivos de alívio de pressão, como o colchão de pressão alternada, pode ser indicado para reduzir o risco de lesões por pressão, especialmente em procedimentos cirúrgicos prolongados (Ezeamuzie, 2019). Além disso, como a proteção ocular é comprometida durante a anestesia, a lubrificação e proteção dos olhos após a indução anestésica são essenciais para evitar lesões da córnea e outras complicações oculares.

Essas medidas de cuidados devem ser monitorizadas de forma contínua pelo enfermeiro, garantindo a segurança e conforto do utente durante o procedimento cirúrgico, prevenindo complicações associadas ao comprometimento da perfusão tecidual e dos reflexos protetores.

Sondas, Drenos e Cateteres

Cateter Venoso Periférico; Tubo endotraqueal

A terapia intravenosa é amplamente utilizada nos hospitais, com cateteres intravenosos periféricos. A maioria desses cateteres é removida devido a complicações, término do tratamento ou falta de uso. Decorrente do seu uso prolongado, CVP podem causar complicações como flebite, obstrução, infiltração, extravasamento e remoção acidental, o que aumenta os custos hospitalares e causa desconforto aos utentes (Johann et al., 2016).

A cateterização venosa periférica é um procedimento de enfermagem que envolve a inserção de um cateter numa veia periférica para obter acesso à rede venosa. Por ser considerado um procedimento complexo, exige cuidados específicos, como a escolha adequada do calibre, manutenção, tipo de apósito utilizado e prevenção de complicações (Crozeta & Roehrs, 2012). O enfermeiro deve estar atento e ter conhecimento detalhado sobre a cirurgia para escolher o local de cateterização mais adequado, considerando o calibre do cateter, a lateralidade em relação à cirurgia e a ergonomia da sala operatória. A cateterização deve ser realizada do lado do carro de anestesia, a fim de prevenir atrasos em situações de emergência durante a indução anestésica (SPA, 2017). A otimização do processo de cateterização envolve garantir a permeabilidade do cateter com soro fisiológico, aplicar o apósito transparente para facilitar a avaliação de possíveis complicações e manter cuidados contínuos para prevenir complicações locais e sistêmicas, como flebite, infiltração, hematoma, extravasamento e obstrução, como preconizado pela SPA (2017).

Os dispositivos médicos, como o CVP e o TET, desempenham papéis essenciais nos procedimentos de diagnóstico e terapêutica. O CVP é utilizado no período perioperatório para administração de fluídos, medicamentos e hemoderivados (Heydinger et al., 2022).

Relativamente ao TET, segundo Alvarado e Panakos (2022), assegura a impermeabilização da via aérea durante a ventilação invasiva, exigindo cuidados como o registo da posição do tubo e monitorização da pressão do *cuff* (de 20 a 30 cmH₂O) para garantir uma ventilação adequada e reduzir o risco de aspiração.

O procedimento inicia-se com a pré-oxigenação durante três minutos com FiO₂ de 100%. Após a visualização das cordas vocais por laringoscopia, o tubo é inserido até que a parte superior do *cuff* ultrapasse as cordas vocais, sendo em seguida insuflado (Mexedo, 2013). Para confirmar o posicionamento correto do tubo, é recomendada a observação da expansão simétrica do tórax, auscultação do epigastro (sem sons de insuflação) e dos pulmões ao nível das axilas (sons pulmonares simétricos). Por fim, conecta-se o sensor de capnografia para detetar CO₂ no ar exalado (INEM, 2020). O objetivo das atividades associadas a estes dispositivos é garantir o seu funcionamento correto e detetar possíveis complicações (Amitai & Mosenifar, 2020).

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
22-10-2024 16:00	Consciência	22-10-2024 20:00
22-10-2024 16:00	Reflexo corneano	
22-10-2024 16:00	Sistema respiratório	
22-10-2024 16:00	Sistema cardiovascular	
22-10-2024 16:00	Metabolismo	
22-10-2024 16:00	Termorregulação	
22-10-2024 16:00	Atitudes terapêuticas	
22-10-2024 16:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
22-10-2024 16:00	Sensações somáticas	
22-10-2024 20:00	Eliminação urinária	
22-10-2024 20:00	Pele e mucosas	
22-10-2024 20:00	Comunicação verbal	

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

O conceito de enfermagem avançada está intrinsecamente ligado a um pensamento profissional que se fundamenta no uso do conhecimento disciplinar disponível e na aplicação do método científico. Essa abordagem possibilita a investigação sistemática dos contextos de trabalho e das respostas humanas sensíveis aos dados de enfermagem, promovendo uma PBE e orientada para a melhoria contínua (Sousa, 2016).

Segundo Paiva e Silva (2007), a enfermagem avançada busca expandir o conhecimento da disciplina, desenvolvendo competências mais robustas de tomada de decisão. Isso, por sua vez, permite aos enfermeiros propor intervenções terapêuticas mais eficazes, seguras e direcionadas às necessidades individuais dos utentes. Dessa forma, a prática avançada não apenas enriquece o campo da enfermagem, mas também potencia o impacto positivo dos cuidados oferecidos, consolidando o papel dos enfermeiros como profissionais altamente qualificados no sistema de saúde.

O processo de tomada de decisão autónoma de enfermagem deve ser um método estruturado e formalizado, representado por meio de um sistema ontológico. Essa ontologia, ao organizar conceitos como informação e conhecimento, visa garantir uma compreensão clara e inequívoca do objeto de estudo da enfermagem. O desenvolvimento de uma Ontologia de Enfermagem proporciona uma estrutura que representa as relações entre esses conceitos, funcionando como um sistema de apoio ao pensamento crítico e à tomada de decisão autónoma do enfermeiro, conforme destacado por Peace e Brennan (2009).

Neste contexto, surgem os domínios, sistemas que identificam e contextualizam a condição do utente e sua família num determinado tempo e espaço. Esses domínios orientam o processo de pensamento do enfermeiro, auxiliando na colheita de dados relevantes para identificar as necessidades de cuidados de enfermagem (diagnósticos). A partir dessa identificação, são definidos objetivos e prescritas intervenções, com a devida avaliação dos resultados, conforme proposto por Luís et al. (2005). Esse processo estruturado visa garantir a qualidade do cuidado e a eficácia das intervenções de enfermagem.

No contexto perioperatório, é fundamental identificar os domínios que melhor representam a condição do utente cirúrgico submetido a uma cirurgia sob anestesia geral balanceada. Estes domínios devem estar diretamente relacionados com o referencial teórico, com os procedimentos cirúrgicos e anestésicos descritos, considerando as especificidades do procedimento e os cuidados necessários durante o período perioperatório. Esses domínios incluem a monitorização da função neurológica e respiratória, a prevenção de complicações e o acompanhamento da recuperação pós-anestésica, com o objetivo de garantir a segurança e o bem-estar do utente ao longo de todo o processo.

No que se refere aos domínios “Atitudes Terapêuticas” e “Sondas, Drenos e Cateteres”, por se constituírem como medidas decorrentes de prescrições médicas e por serem parte integrante do capítulo anterior, onde já foram justificados os respetivos papéis neste plano de cuidados, não serão abordados no presente capítulo.

Consciência

A evidência revela que o utente submetido a anestesia geral experimenta várias alterações fisiológicas rápidas, que podem originar complicações, as quais podem ser evitadas ou minimizadas através de cuidados de enfermagem e vigilância adequados.

A anestesia geral, através dos fármacos e técnicas utilizadas, induz um estado de inconsciência reversível, bloqueio de sensações, imobilidade e analgesia (Sousa & Marques, 2014). Após a reversão desse estado, é essencial que os profissionais de saúde estejam atentos a possíveis complicações, como confusão, desorientação e alterações de memória. Isso ressalta a necessidade de identificar outros focos de atenção e implementar intervenções adequadas para prevenir essas complicações (Sousa & Marques, 2014). A vigilância pós-anestésica é, portanto, fundamental para garantir a segurança e o bem-estar do utente. Assim é necessário e primordial que o enfermeiro determine a evolução da consciência do utente, prevenindo quedas acidentais, úlceras por pressão e a aspiração.

No período pós-operatório imediato, a principal alteração observada é a alteração do estado de consciência. Nesse momento, o utente pode apresentar agitação, sonolência profunda ou confusão mental (Caple, 2023). Esses efeitos estão diretamente relacionados com os fármacos anestésicos, que deprimem o SNC, resultando em diferentes níveis de inconsciência (Martins,

2013).

A prevenção de úlceras por pressão é uma responsabilidade fundamental na prática de enfermagem, exigindo uma abordagem proativa e baseada na evidência. A implementação consistente de medidas pode reduzir significativamente a incidência de úlceras por pressão, melhorando a qualidade de vida dos utentes, diminuindo complicações associadas.

De acordo com Martins (2013), a preservação da integridade da pele é uma das responsabilidades fundamentais dos enfermeiros, especialmente no contexto perioperatório. Em ambiente intraoperatório, o enfermeiro desempenha um papel crucial na prevenção de lesões decorrentes do posicionamento, que são exacerbadas pelas condições de anestesia geral, como a imobilidade prolongada e a redução da percepção sensorial do utente. Embora as úlceras por pressão sejam pouco frequentes no intraoperatório, os eventos que levam à sua formação muitas vezes têm início nesse período. A imobilidade associada ao procedimento invasivo, somada ao tempo prolongado de cirurgia, pressões localizadas e fatores de risco individuais, torna essencial a adoção de intervenções específicas para minimizar a pressão e evitar danos na pele e tecidos subjacentes.

A intervenção dos enfermeiros nesse contexto, ao garantir práticas preventivas, resulta em ganhos concretos para a saúde dos utentes, refletindo-se em indicadores de qualidade, como redução das complicações no pós-operatório e melhoria da segurança. Assim, é imperativo adequar o posicionamento de forma a distribuir a pressão uniformemente, utilizando meios de suporte para minimizar a pressão sobre as proeminências ósseas, bem como elevar grades para prevenir quedas acidentais. Essa abordagem integrada não apenas reforça o papel ativo do enfermeiro na segurança da PSP, mas também demonstra como práticas baseadas na evidências podem prevenir lesões, promovendo desfechos mais positivos e uma recuperação mais rápida no pós-operatório, como referido por Martins (2013).

Reflexo corneano

Durante o sono, as pálpebras permanecem fechadas devido à ação do músculo orbicular e o globo ocular move-se para cima, designado como fenómeno de Bell. Em situações de sedação, anestesia geral ou coma, ocorre um relaxamento muscular generalizado, o que provoca contrações involuntárias das pálpebras e a ausência do reflexo de pestanejar e do fenómeno de Bell (Freitas et al., 2018; Werli-Alvarenga et al., 2013).

Quando as pálpebras não se fecham corretamente, a distribuição e renovação das lágrimas são prejudicadas, o que aumenta a evaporação e causa diminuição da lubrificação ocular. Por isso, é essencial que a fenda palpebral esteja bem fechada para reduzir o risco de lesões (Torres, 2012).

Assim, de acordo com a evidência científica, as lesões na superfície ocular são comuns nas unidades de cuidados, mas podem ser revertidas/minimizadas se a equipa de enfermagem

estiver preparada para identificar os fatores de risco que contribuem para essas lesões (Moraes et al., 2022).

A PSP frequentemente compromete os mecanismos de proteção ocular, resultando em exposição da córnea. Segundo Alansari et al. (2015), o intervalo entre a admissão e o surgimento das lesões pode variar de 2 a 7 dias. O risco de lesão na superfície ocular pode afetar de 59,4% a 83,3% das pessoas, sendo a queratopatia de exposição a lesão mais comum (3,6%-60%), seguida de quemose (9%-80%) e queratite microbiana (Alansari et al., 2015), além das abrasões da córnea, cuja incidência varia entre 0,17% e 0,44%.

A proteção ocular é essencial em situações de sedação ou anestesia, pois o utente não consegue expressar a diminuição da acuidade visual, o desconforto devido à dor ou à fotofobia. Isso aumenta o risco de alterações permanentes ou até perda total da visão (Carmona & Quintão, 2021).

Vários autores destacam a presença de fatores intrínsecos e extrínsecos, os quais contribuem para uma série de complicações oftalmológicas. Esses fatores podem resultar numa variedade de problemas oculares, conforme discutido por Dhanapala e Sabaretnam (2021), Freitas et al. (2018) e Santos et al. (2021). Os principais fatores que contribuem para as lesões oculares incluem: a ausência do reflexo de pestanejar, a exposição ocular ao ar ambiente, a sedação ou coma com redução do nível de consciência, os medicamentos utilizados para manter os sistemas vitais, a instabilidade hemodinâmica, o tipo de suporte ventilatório e o tempo prolongado de internamento (Moraes et al., 2022).

A vigilância constante e a implementação de um plano de cuidados adequado são essenciais. Entre as intervenções autónomas de enfermagem que podem contribuir para minimizar danos colaterais, destacam-se a promoção da lubrificação e o encerramento adequado das pálpebras, medidas cruciais para prevenir complicações (Moraes et al., 2022).

Reynolds e Thompson (2023) destacam o papel essencial das intervenções de enfermagem na prevenção de lesões oculares no período perioperatório. Simmons e Bradford (2023) enfatizam a necessidade de uma abordagem proativa da equipa de enfermagem, incluindo o uso de fitas adesivas para manter as pálpebras fechadas e pomadas lubrificantes. Além disso, Johnson e Mitchell (2024) ressaltam a importância da monitorização pós-operatória para detetar rapidamente sintomas como dor ocular, rubor e visão turva, garantindo intervenções adequadas.

Sistema Respiratório

No período pós-operatório imediato, o utente pode apresentar hipóxia, caracterizada pela inadequada oxigenação dos tecidos. A principal causa associada a essa condição é a anestesia geral, que induz inconsciência, depressão respiratória e afeta os reflexos de tosse e deglutição. Como resultado, a ventilação do utente no pós-operatório imediato pode não ser totalmente

eficaz, o que aumenta o risco de queda da língua, aspiração de vômito ou saliva, além de possíveis complicações como laringoespasma e broncoespasma (Linton & Matteson, 2020).

De acordo com Linton e Matteson (2020), a caracterização da ventilação é, portanto, essencial. Para monitorizar adequadamente a ventilação, é necessário recolher um conjunto mínimo de dados, incluindo a frequência respiratória, o ritmo, a simetria, a profundidade e a saturação de oxigénio. A colheita dessas informações deve ser organizada com base nas prioridades definidas pelo enfermeiro, garantindo que os dados mais críticos sejam avaliados primeiro, tendo em vista a segurança do utente.

Sistema Cardiovascular

A instabilidade do sistema cardiovascular é frequentemente observada no pós-operatório imediato devido aos efeitos dos anestésicos administrados, podendo resultar em morbilidade e mortalidade cardiovascular (Martins, 2013). Além dos fatores relacionados com o contexto anestésico, este domínio também está associado ao contexto cirúrgico, uma vez que complicações como hemorragia, hematoma, trombose venosa superficial ou profunda, e embolismos pulmonares podem ocorrer no pós-operatório imediato.

Dessa forma, o enfermeiro deve recolher dados específicos para identificar precocemente sinais de hemorragia, choque hipovolémico (como aumento da frequência cardíaca e respiratória e redução da pressão arterial) e comprometimento da perfusão dos tecidos. É crucial monitorizar a evolução da pressão sanguínea e a perfusão dos tecidos periféricos, para assegurar a estabilidade cardiovascular e intervir prontamente caso necessário, como descrito por Martins (2013).

Metabolismo

As orientações da DGS enfatizam (segundo a norma clínica do "Feixe de intervenções" para a prevenção da ILC) a manutenção da normoglicémia durante o período perioperatório como uma medida crucial para prevenir a ILC. A monitorização da glicose sanguínea por meio da glicémia capilar é essencial não apenas para prevenir a ILC, mas também para promover a cicatrização da ferida cirúrgica e evitar outras complicações no pós-operatório. Esse controlo glicémico é fundamental para garantir a eficácia e o sucesso de todo o processo perioperatório (DGS, 2022a).

Segundo a DGS (2022) os níveis de glicose no sangue tendem a aumentar durante e após a cirurgia devido à resposta ao stress cirúrgico, que resulta na libertação de hormonas catabólicas e na inibição da insulina. Esse stress também afeta a função das células beta pancreáticas, ocasionando níveis mais baixos de insulina plasmática. A combinação de hipoinsulinémia, resistência à insulina e catabolismo excessivo, mediado por hormonas contrarreguladoras, coloca os utentes cirúrgicos, incluindo os não diabéticos, em risco elevado de hiperglicémia. Estudos observacionais mostram que a hiperglicémia está associada a um aumento no risco de

ILC, bem como maior morbidade, mortalidade e custos hospitalares.

Embora muitos estudos se concentrem no controlo glicémico de utentes diabéticos, recomendações do *American College of Physicians* são aplicáveis a todos os utentes cirúrgicos, sugerindo níveis de glicose entre 140–200 mg/dl, com limites superiores até 180 mg/dl ou 198 mg/dl. É crucial evitar níveis mais baixos devido ao risco de hipoglicémia, conforme destacado pela OMS (2018).

Termorregulação

Este domínio foi identificado devido à possibilidade de o utente submetido a procedimentos anestésicos e cirúrgicos desenvolver hipotermia perioperatória, definida como uma temperatura corporal inferior a 36°C (SPA, 2017). A incidência de hipotermia varia entre 26% a 90% em utentes submetidos a cirurgia (Moola & Lockwood, 2011) e pode resultar em diversas complicações. Entre elas, destacam-se o desconforto para o utente, arritmias, alterações na coagulação e função plaquetária, aumentando o risco de hemorragia. Além disso, pode elevar o risco de mortalidade, ILC e prolongar o tempo de internamento (DGS, 2022; Sanguiné et al., 2018).

A anestesia geral balanceada inibe o mecanismo fisiológico de termorregulação, o que, aliado a fatores como a natureza, extensão e duração da cirurgia, o uso de soluções de irrigação e a temperatura ambiente do bloco operatório, pode alterar a temperatura corporal do utente (Rothrock, 2021; Torossian et al., 2015). O dado crucial a ser recolhido para identificar a necessidade de cuidados é a temperatura corporal, pois é com base neste valor que o enfermeiro determinará a necessidade de diagnóstico e intervenções para prevenir ou tratar complicações relacionadas com a hipotermia perioperatória.

É do conhecimento geral que o tipo de anestesia (anestesia geral balanceada) e a exposição do quadrante inferior do corpo, decorrente da posição ventral para a abordagem cirúrgica, tornam o utente mais vulnerável à perda de calor. Isso aumenta o risco de hipotermia perioperatória, sendo, portanto, essencial adotar medidas ativas para prevenir essa situação. Essas medidas devem ser mantidas no período pós-operatório, planeando cuidados que assegurem a homeostasia do utente, como a manutenção da temperatura corporal e a vigilância contínua. A implementação dessas ações é fundamental para prevenir complicações relacionadas como a hipotermia e garantir a recuperação segura (SPA, 2017).

Em 2022, a DGS atualizou a Norma 020/2015 (17/11/2022) – "Feixe de Intervenções" para a prevenção da ILC, destacando a importância de garantir a homeostasia no perioperatório. Isso envolve a manutenção da normotermia (temperatura $\geq 36^{\circ}\text{C}$), normoglicémia (≤ 180 mg/dl) e a saturação periférica de oxigénio (SpO_2) $\geq 95\%$, como medidas para prevenir a ILC (DGS, 2022). A temperatura corporal, um dos cinco sinais vitais, é definida pelo *International Council of Nurses* (ICN) (2019) como o calor interno do corpo, relacionado com o metabolismo e a sua

monitorização deve ser rotineiramente realizada, especialmente em utentes submetidos a cirurgia (Munday et al., 2023). No contexto do BO, apesar dos avanços na avaliação anestésica com rigor na monitorização dos parâmetros fisiológicos, a temperatura corporal é frequentemente negligenciada e a sua monitorização não é implementada de forma sistemática no perioperatório, o que aumenta o risco de ILC (Munday et al., 2023).

A literatura aponta que a prevenção da hipotermia está diretamente relacionada a melhores resultados em saúde, proporcionando diversas vantagens durante o processo cirúrgico. Entre os benefícios estão: maior satisfação do utente, redução da ansiedade, menores perdas sanguíneas e necessidade de transfusões, diminuição do tempo de permanência na UCPA, redução da incidência de eventos cardíacos, menor dependência de ventilação mecânica e recuperação mais rápida após a ventilação, diminuição das ILC e, finalmente, uma redução geral na mortalidade (Alfonsi et al., 2019; Munday et al., 2023).

Desenvolver e consolidar uma cultura da segurança do utente na prática dos cuidados de saúde foi identificado como uma necessidade estratégica no PNSD 2015-2020, e continua a ser um objetivo no PNSD 2021-2026 (Despacho nº 9390/2021, 2021). Os eixos estratégicos para garantir a qualidade dos cuidados e a satisfação do utente incluem a implementação de normas que regulam boas práticas, além da capacitação dos profissionais envolvidos no processo. Um dos principais objetivos estratégicos é aumentar a segurança em práticas e ambientes cada vez mais complexos (Lebre et al., 2022).

Segundo Azenha et al. (2017), no intraoperatório, o enfermeiro deve avaliar a temperatura corporal 1 a 2 horas antes do início da anestesia e assegurar que os utentes mantenham uma temperatura corporal confortável enquanto aguardam pela cirurgia. Após a indução anestésica e durante todo o procedimento, a temperatura corporal deve ser monitorizada de forma contínua ou intermitente, a cada 15 a 30 minutos, até ao final da cirurgia. Essas práticas visam garantir que a temperatura seja mantida dentro de limites adequados, prevenindo complicações relacionadas com a hipotermia perioperatória.

Sensações Somáticas

O diagnóstico de dor é comum na PSP. O procedimento cirúrgico pode causar dor aguda, impactando negativamente a recuperação pós-operatória, incluindo a mobilidade, a respiração e o retorno às atividades de vida diária.

A dor aguda no pós-operatório é uma sensação dolorosa resultante da cirurgia ou de complicações associadas. A sua avaliação é essencial, mesmo quando causada pelo procedimento invasivo. O controlo eficaz da dor promove uma recuperação mais rápida, com benefícios como mobilização precoce, menor ocorrência de náuseas, vômitos e agitação, além de melhor cicatrização da incisão cirúrgica. Por outro lado, um controlo inadequado da dor pode causar alterações fisiopatológicas imediatas, prolongar a recuperação, aumentar o tempo de

internamento, elevar o risco de complicações pós-operatórias e favorecer o desenvolvimento de dor crônica. A abordagem analgésica deve combinar diferentes classes de fármacos ou métodos analgésicos que atuem em várias vias nociceptivas, melhorando a eficácia do alívio da dor e reduzindo os efeitos adversos (Martins, 2013). As estratégias utilizadas podem incluir a gestão da terapêutica analgésica, terapia de calor/frio, massagem, relaxamento e outras intervenções não farmacológicas.

De acordo com Martins (2013), a dor e o prurido são aspetos importantes a serem tratados no pós-operatório. O enfermeiro na UCPA deve estar atento às queixas do utente e atuar no controle eficaz da dor, bem como de prurido, frequentemente causado como efeito colateral dos opiáceos utilizados na anestesia.

Em regime ambulatorio, onde a recuperação ocorre essencialmente em casa, é prioritário capacitar o utente com estratégias para gerir eficazmente a dor. O enfermeiro deve avaliar o nível de conhecimento do utente sobre a dor, a sua capacidade de assimilar essa compreensão e de autogerir o regime terapêutico. Além disso, deve fornecer ferramentas que fortaleçam a sua autoeficácia na gestão da dor, permitindo uma recuperação pós-operatória personalizada e adaptada às necessidades individuais.

A implementação de protocolos de analgesia abrange a prescrição de analgésicos e a gestão de efeitos secundários, sendo adaptados conforme o tipo de cirurgia e anestesia realizada. A continuidade dos cuidados iniciada durante o período perioperatório é garantida pelo Decreto-Lei nº 13/2009 (2009), de 12 de janeiro, que regulamenta a cedência de medicação para o domicílio de utentes submetidos a cirurgia em regime de ambulatorio (Sarmiento et al., 2013). Essa abordagem integral é essencial para assegurar a eficácia no controlo da dor e, conseqüentemente, para a recuperação do utente.

Eliminação urinária

A eliminação urinária adequada é um indicador crucial da função renal. A retenção urinária no período pós-operatório é uma complicação frequente após cirurgias, podendo resultar no prolongamento da permanência em meio hospitalar e em disfunções permanentes do músculo vesical. Essa condição afeta ambos os sexos, independentemente da idade ou do tipo de procedimento cirúrgico realizado. Além de ser bastante desconfortável, a falta de tratamento adequado pode levar a complicações como infeção urinária, disfunção vesical e maior tempo de hospitalização. A incidência desta complicação varia entre 30% e 40%, sendo causada por diversos fatores (Duarte & Martins, 2020).

A retenção urinária é uma possível complicação no pós-operatório, sendo influenciada pelo uso de certos anestésicos, como anticolinérgicos e opióides, pela administração de grandes volumes de líquidos e pela falta de privacidade do utente. Geralmente transitória, esta condição pode tornar-se persistente caso haja uma patologia urológica subjacente. A primeira micção após a

cirurgia é um indicador essencial no pós-operatório, e a retenção urinária exige intervenção da equipa de enfermagem para a sua resolução (Machado, 2013). Nestes casos, o utente geralmente apresenta queixas de dor, desconforto abdominal e presença de globo vesical à palpação. Por isso, a avaliação criteriosa e a atenção do enfermeiro são fundamentais para a deteção precoce e a adoção de medidas adequadas.

Pele e mucosas

Este domínio é relevante no contexto da cirurgia de TLIF, pois decorrente do procedimento cirúrgico resultam duas feridas cirúrgicas na região lombar, com dimensões que varia entre 4-6 cm. É essencial caracterizar a ferida em relação à sua localização, dimensão e ao material de sutura utilizado. Após o encerramento das feridas, o enfermeiro instrumentista deve realizar o tratamento das mesmas de forma asséptica, prevenindo complicações como a ILC, seroma, hematoma e deiscência. A ILC ocorre na incisão cutânea ou nas proximidades nos primeiros 30 dias após a cirurgia (DGS, 2022) e contribui para o aumento da morbilidade e mortalidade perioperatória. Estima-se que cada episódio de ILC resulte em 7 a 11 dias adicionais de internamento e aumente o risco de morte entre 2 a 11 vezes (Berríos-Torres et al., 2017).

A intervenção cirúrgica em questão resulta numa ferida cirúrgica, classificada como ferida limpa. O enfermeiro na UCPA deve monitorizar a evolução do penso da ferida, mantendo-o limpo e seco, assim como a pele ao redor da ferida e do penso. Esse cuidado é fundamental para identificar sinais de inflamação precoces, que possam exigir tratamentos adicionais, ajudando a prevenir complicações graves e contribuindo para a redução do tempo de internamento hospitalar, como explanado pela AESOP (2013).

Comunicação verbal

A comunicação verbal é um dos principais elementos nos cuidados de enfermagem, tornando-se cada vez mais essencial e complexa no contexto cirúrgico. Isso porque permite a interação entre a equipa, a PSP e a sua família/pessoa significativa, além de contribuir para um ambiente humanizado, organizado e acolhedor. Também é fundamental para esclarecer e orientar sobre os cuidados pós cirúrgicos, ajudando a reduzir a ansiedade, proporcionando uma recuperação mais tranquila. Exerce influência direta sobre os utentes, pois é uma habilidade humana que possibilita a expressão e a exteriorização dos sentimentos e pensamentos (Moreau & Maia, 2024).

De acordo com Camargo et al. (2018), a comunicação é fundamental na enfermagem, pois facilita a compreensão do utente e contribui para o seu bem-estar. No perioperatório, permite uma prestação de cuidados de qualidade, promovendo conforto, empatia e segurança. A equipa de enfermagem desempenha um papel essencial na redução da ansiedade, adotando medidas que tornam o processo cirúrgico mais tranquilo, impactando diretamente a recuperação do utente.

No período de pós-operatório imediato, a comunicação verbal é essencial para o enfermeiro, pois permite identificar as necessidades do utente e facilita a troca de informações sobre o processo de saúde-doença. Cabe à equipa de enfermagem garantir uma comunicação clara, concisa e eficaz para compreender as necessidades da PSP de forma individualizada. Informar sobre o estado de saúde, a cirurgia, a recuperação e as rotinas hospitalares contribui para a redução de riscos e promove a recuperação calma e eficaz (Camargo et al.,2018).

Segundo Vieira (2021), o enfermeiro especialista deve basear a sua prática nas diversas dimensões do cuidado à PSP. A comunicação, tanto verbal quanto não verbal, é um elemento essencial no quotidiano da enfermagem, pois influencia a interação entre profissionais e a relação entre enfermeiro e utente, contribuindo para uma prestação de cuidados mais eficaz e humanizada.

O enfermeiro deve atuar como transmissor e recetor da comunicação, tanto verbal como não verbal, utilizando um raciocínio clínico e crítico para compreender as necessidades da PSP. Isso é especialmente importante no período perioperatório, pois muitos utentes, estando sob o efeito de anestésicos, dificulta a sua expressão e exige maior atenção para garantir um plano de cuidados seguro e eficaz, como defendido por Camargo et al. (2018).

4.6. Conceção de Cuidados

Consciência

22-10-2024 16:00

22-10-2024 16:00 - Com indícios de compromisso da consciência.

22-10-2024 16:00 - Consciência comprometida [RESOLVIDO] 22-10-2024 20:00

22-10-2024 16:00 - Abertura dos olhos: nenhuma.

22-10-2024 16:00 - Resposta verbal: nenhuma.

22-10-2024 16:00 - Resposta motora: nenhuma.

22-10-2024 16:00 - Determinar evolução da consciência

22-10-2024 16:00 - Avaliar evolução da consciência

22-10-2024 16:00 - Prevenir queda

22-10-2024 16:00 - Elevar grades da cama

22-10-2024 16:00 - Prevenir úlcera de pressão [FIM] 22-10-2024 20:00

22-10-2024 16:00 - Aplicar colchão de alívio de pressão [FIM] 22-10-2024 20:00

22-10-2024 20:00

22-10-2024 20:00 - Consciente.

Sensações somáticas

22-10-2024 16:00

22-10-2024 16:00 - Sem manifestação de dor.

22-10-2024 16:00 - Determinar sinais de dor

22-10-2024 16:00 - Avaliar evolução de sinais de dor

22-10-2024 20:00

22-10-2024 20:00 - Manifesta dor [PIOROU].

22-10-2024 20:00 - Dor

22-10-2024 20:00 - Localização da dor

22-10-2024 20:00 - Sacro

22-10-2024 20:00 - Intensidade da dor - 4.

22-10-2024 20:00 - frequência da dor - contínua.

22-10-2024 20:00 - duração da dor - aguda.

22-10-2024 20:00 - dor de tipo - moedeira.

22-10-2024 20:00 - Determinar evolução da dor

22-10-2024 20:00 - Avaliar evolução da dor

22-10-2024 20:00 - Diminuir dor

22-10-2024 20:00 - Gerir analgesia

22-10-2024 20:00 - Posicionar para aliviar a dor

Reflexo corneano

22-10-2024 16:00

22-10-2024 16:00 - Integridade do reflexo corneano

22-10-2024 16:00 - Bilateral: ausente.

22-10-2024 16:00 - Reflexo corneano comprometido [RESOLVIDO] 22-10-2024 20:00

22-10-2024 16:00 - Prevenir úlcera da córnea [FIM] 22-10-2024 20:00

22-10-2024 16:00 - Aplicar lubrificante ocular [FIM] 22-10-2024 20:00

22-10-2024 16:00 - Manter penso ocular [FIM] 22-10-2024 20:00

Comunicação verbal

22-10-2024 20:00

22-10-2024 20:00 - Sem compromisso de expressão da mensagem.

22-10-2024 20:00 - Sem compromisso na compreensão da mensagem.

22-10-2024 20:00 - Determinar evolução da comunicação

22-10-2024 20:00 - Avaliar evolução da comunicação verbal

Sistema respiratório

22-10-2024 16:00

22-10-2024 16:00 - Frequência respiratória: 12 ciclos/min.

22-10-2024 16:00 - Ritmo respiratório regular.

22-10-2024 16:00 - Movimento respiratório simétrico.

22-10-2024 16:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

22-10-2024 16:00 - Saturação do oxigénio no sangue

22-10-2024 16:00 - Periférico(a): 100 %.

22-10-2024 16:00 - Coloração da mucosa: rosada.

22-10-2024 16:00 - Ventilação comprometida [RESOLVIDO] 22-10-2024 20:00

22-10-2024 16:00 - Determinar evolução da ventilação

22-10-2024 16:00 - Avaliar evolução da ventilação

22-10-2024 16:00 - Melhorar ventilação [FIM] 22-10-2024 20:00

22-10-2024 16:00 - Posicionar para otimizar a ventilação [FIM] 22-10-2024 20:00

22-10-2024 20:00

- 22-10-2024 20:00 - Frequência respiratória: 14 ciclos/min.
- 22-10-2024 20:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].
- 22-10-2024 20:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].
- 22-10-2024 20:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].
- 22-10-2024 20:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.
- 22-10-2024 20:00 - Sem adejo nasal.
- 22-10-2024 20:00 - Saturação do oxigénio no sangue
 - 22-10-2024 20:00 - Periférico(a): 99 %.
- 22-10-2024 20:00 - Coloração da mucosa: rosada.
- 22-10-2024 20:00 - Reflexo da tosse: presente.
- 22-10-2024 20:00 - Expele as secreções das vias aéreas.
- 22-10-2024 20:00 - Sons respiratórios: normais.
- 22-10-2024 20:00 - Secreções em pequena quantidade.
- 22-10-2024 20:00 - Secreções normais.
- 22-10-2024 20:00 - Secreções esbranquiçadas.

22-10-2024 20:00 - Determinar evolução da limpeza da via aérea

22-10-2024 20:00 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea

Sistema cardiovascular

22-10-2024 16:00

- 22-10-2024 16:00 - Localização do Pulso
 - 22-10-2024 16:00 - Braço Esquerda(o)
 - 22-10-2024 16:00 - Frequência do pulso: 57 pulsações por minuto.
- 22-10-2024 16:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea
 - 22-10-2024 16:00 - Membro superior Direita(o)
 - 22-10-2024 16:00 - Pressão sanguínea sistólica: 111 mmHg.
 - 22-10-2024 16:00 - Pressão sanguínea diastólica: 67 mmHg.

22-10-2024 16:00 - Determinar evolução do ritmo cardíaco

22-10-2024 16:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia

22-10-2024 16:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

22-10-2024 16:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

22-10-2024 20:00

- 22-10-2024 20:00 - Localização do Pulso
 - 22-10-2024 20:00 - Braço Esquerda(o)
 - 22-10-2024 20:00 - Frequência do pulso: 50 pulsações por minuto.
 - 22-10-2024 20:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.
 - 22-10-2024 20:00 - Pulso rítmico.
 - 22-10-2024 20:00 - Pulso simétrico.
- 22-10-2024 20:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea
 - 22-10-2024 20:00 - Membro superior Direita(o)
 - 22-10-2024 20:00 - Pressão sanguínea sistólica: 142 mmHg.
 - 22-10-2024 20:00 - Pressão sanguínea diastólica: 81 mmHg.

22-10-2024 20:00 - Hemorragia

22-10-2024 20:00 - Determinar evolução de sinais de hemorragia

22-10-2024 20:00 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia

Eliminação urinária

22-10-2024 20:00

22-10-2024 20:00 - Urina em moderada quantidade.

22-10-2024 20:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

22-10-2024 20:00 - Reconhece a vontade de urinar.

22-10-2024 20:00 - Determinar evolução da eliminação urinária

22-10-2024 20:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária

Pele e mucosas

22-10-2024 20:00

22-10-2024 20:00 - Alterações da integridade dos tecidos.

22-10-2024 20:00 - Ferida cirúrgica

22-10-2024 20:00 - Localização da ferida cirúrgica

22-10-2024 20:00 - Sacro

22-10-2024 20:00 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: descontínua.

22-10-2024 20:00 - Material de sutura da lesão tegumentar: metal.

22-10-2024 20:00 - Número de pontos de sutura da lesão tegumentar: 6.

22-10-2024 20:00 - Determinar evolução da ferida cirúrgica

22-10-2024 20:00 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica

Metabolismo

22-10-2024 16:00

22-10-2024 16:00 - Glicemia capilar: 118 mg/dl.

22-10-2024 16:00 - Determinar evolução da glicemia

22-10-2024 16:00 - Avaliar evolução da glicemia

22-10-2024 20:00

22-10-2024 20:00 - Glicemia capilar: 127 mg/dl.

Termorregulação

22-10-2024 16:00

22-10-2024 16:00 - Temperatura corporal periférica

22-10-2024 16:00 - Ouvido: 36.80 °C.

22-10-2024 16:00 - Determinar evolução da temperatura corporal

22-10-2024 16:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal

22-10-2024 16:00 - Promover termorregulação

22-10-2024 16:00 - Aplicar manta de aquecimento

22-10-2024 20:00

22-10-2024 20:00 - Temperatura corporal central: 36.90 °C.

4.7. Especificação das intervenções

Avaliar evolução da glicemia

- Manter a normoglicemia

Avaliar evolução da ventilação

- Avaliar Saturação de oxigénio
- Avaliar Frequência Respiratória
- Avaliar limpeza vias aéreas
- Posicionar o utente

Avaliar evolução da temperatura corporal

- Manter a normotermia

Posicionar para prevenir úlcera de pressão

- Suporte de cabeça
- Apoio zona perineal
- Apoio região sacrococcigea
- Proteção da cara
- Apoio gel zona dos joelhos
- Apoio gel nos pés

Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico

- Avaliar sinais inflamatórios

Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

- Otimizar cateter

Avaliar evolução de sinais de arritmia

- Monitorizar Frequência Cardíaca

Avaliar evolução de sinais de dor

- Aplicar escala numérica da dor

Avaliar evolução da pressão do cuff

- Monitorizar pressão do cuff entre 20-30 cmH₂O

4.8. Síntese relativa ao caso

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental em todas as fases da cirurgia. No pré-operatório, são responsáveis por identificar as necessidades de cuidados, garantindo a preparação adequada e o empoderamento do utente para o procedimento. Durante o intraoperatório, a sua função inclui a monitorização constante, vigilância e prevenção de complicações, assegurando a sua segurança. Já no pós-operatório, os enfermeiros têm um papel crucial na capacitação do utente, promovendo a sua participação ativa na recuperação e na gestão do processo pós-cirúrgico. Assim, a sua atuação abrange todo o período cirúrgico, sendo essencial para o sucesso e a recuperação do utente.

O PPFM é um referencial teórico utilizado para definir, implementar e documentar os cuidados

de enfermagem no período perioperatório, promovendo um atendimento individualizado e holístico da pessoa sob os seus cuidados. Destaca os resultados da pessoa, fundamentando-se no processo de enfermagem. Este modelo reflete a prática real dos enfermeiros perioperatórios e engloba todos os aspetos essenciais que envolvem o cuidado à pessoa, o foco principal da enfermagem perioperatória (Rothrock & Smith, 2000).

O modelo, centrado na pessoa, foca nos resultados, incentivando os enfermeiros perioperatórios a prestar cuidados direcionados para alcançar resultados de alta qualidade. Está assente em PBE, promovendo a segurança da pessoa e respostas fisiológicas e comportamentais ideais no contexto perioperatório (Wicklin, 2020). Conforme descrito por Benze et al. (2021), o modelo é composto por quatro domínios: três focados na pessoa — segurança, respostas fisiológicas e respostas comportamentais — e um centrado nos elementos estruturais dos cuidados, que é o sistema de saúde.

No domínio da segurança da pessoa, define-se como a "ausência de sinais e sintomas de lesão física não relacionada com os efeitos terapêuticos pretendidos de um procedimento cirúrgico ou outro procedimento invasivo". O enfermeiro, portanto, deve proteger a PSP de lesões físicas ao longo de todo o processo de cuidados. No que diz respeito às respostas fisiológicas, estas são definidas como as "respostas físicas, bioquímicas e funcionais aos efeitos terapêuticos de um procedimento cirúrgico ou outro procedimento invasivo". Cabe aos enfermeiros manterem as respostas fisiológicas da PSP, respeitando o seu padrão individual. As respostas comportamentais, outro domínio do PPFM, são as "respostas psicológicas, sociológicas e espirituais das pessoas e suas famílias ao procedimento cirúrgico ou outro procedimento invasivo", incluindo o conhecimento do utente e dos seus familiares sobre o procedimento e a experiência perioperatória. O enfermeiro deve ajudar a compreender todo o processo. Por fim, o sistema de saúde, outro domínio, refere-se aos elementos estruturais do ambiente perioperatório onde os cuidados são prestados, como funcionários e equipamentos (Wicklin, 2020, p.4-5).

É preconizado que os enfermeiros perioperatórios realizem uma avaliação da pessoa com foco nos resultados, tendo como objetivo a identificação de diagnósticos de enfermagem e na seleção de intervenções personalizadas para cada utente que será submetido a uma cirurgia (Rothrock & Smith, 2000; Wicklin, 2020). Essa abordagem visa garantir cuidados individualizados e de alta qualidade, direcionados às necessidades específicas de cada pessoa no período perioperatório.

No contexto do Enfermeiro Especialista do Perioperatório (EEP), é fundamental construir conhecimento por meio da reflexão e investigação de casos clínicos, com ênfase nas necessidades específicas dos utentes no período perioperatório. Isso permite um cuidado mais direcionado e adequado às particularidades de cada utente, assegurando a qualidade e a segurança do processo cirúrgico.

Considerando que o utente submetido a um procedimento cirúrgico é o centro da atuação do enfermeiro, é fundamental que o enfermeiro perioperatório assuma a responsabilidade de acompanhar e cuidar deste durante todo o processo. Assim, é imperativo desenvolver um plano de cuidados perioperatórios que inclua vigilâncias e intervenções específicas, com o objetivo de dar resposta às necessidades do utente, garantindo a sua segurança, bem-estar e integridade física e psicológica.

O propósito da conceção de cuidados é aplicar uma abordagem baseada em conhecimento, experiência e evidências científicas para oferecer cuidados personalizados. Seguindo um processo estruturado, que inclui a colheita de dados, identificação de diagnósticos, planeamento, implementação e avaliação, os cuidados de enfermagem são realizados de forma sistemática. Isso permite ao enfermeiro utilizar o pensamento crítico nas decisões e documentar as suas ações, facilitando a monitorização e o aperfeiçoamento contínuo da qualidade dos cuidados prestados.

A cirurgia de TLIF, realizada sob anestesia geral, envolve diversos aspetos críticos, como termorregulação, sistemas cardiovascular e respiratório, consciência, metabolismo e o estado da pele e mucosas. A interação desses domínios com o referencial teórico sustenta a técnica cirúrgica, a anestesia e os processos adaptativos do utente à cirurgia, fundamentando a conceção de cuidados. Essa abordagem integrativa, baseada na melhor evidência, assegura que dados, diagnósticos, objetivos e intervenções reflitam com precisão o raciocínio clínico e a tomada de decisão e formalizem o conhecimento de Enfermagem. Isso promove a visibilidade e autonomia da profissão, além de gerar indicadores que evidenciam o impacto dos cuidados de enfermagem na vida dos utentes.

A recolha de dados deste caso foi realizada em dois momentos distintos: na sala operatória, momento de intraoperatório e, posteriormente, no pós-operatório imediato, na UCPA. Foi possível identificar sinais de complicações associadas ao uso de dispositivos médicos, como sondas, drenos e cateteres, tubo endotraqueal, o que resultou na prescrição e implementação de intervenções para garantir o funcionamento adequado desses dispositivos. Além disso, o domínio da termorregulação foi monitorizado, com a medição da temperatura corporal e acompanhamento da sua evolução, com o objetivo de prevenir complicações relacionadas ao procedimento anestésico e cirúrgico.

O tratamento da ferida é fundamental para a cicatrização e prevenção de ILC, sendo responsabilidade do enfermeiro manter a assepsia durante o procedimento. No âmbito cardiovascular, a atenção foi voltada para a hemorragia, uma vez que, após a cirurgia, o risco de perdas sanguíneas é elevado. Se diagnosticada rapidamente, pode ser corrigida com reposição hídrica, transfusão de sangue ou, em casos mais graves, revisão da hemostase na sala cirúrgica. Durante a extubação, as intervenções respiratórias, como avaliar a limpeza das vias aéreas, aspirar e posicionar o utente, são essenciais para monitorizar o padrão respiratório

após a anestesia. O enfermeiro perioperatório concentra-se na vigilância e proteção da via aérea, especialmente durante a reversão dos fármacos anestésicos, esperando que o utente recupere a sua respiração espontânea.

No pós-operatório, a colheita de dados foi realizada, abrangendo os domínios de termorregulação, sensações somáticas, sistema cardiovascular e eliminação urinária. Esses dados possibilitaram a identificação de diagnósticos de necessidades de cuidados de enfermagem, o que levou à prescrição e implementação de intervenções direcionadas para a resolução dessas necessidades, promovendo a recuperação adequada e a melhoria do seu processo pós-operatório.

Na UCPA, a avaliação e o controlo da dor são essenciais. O enfermeiro perioperatório deve monitorizar a dor do utente usando escalas adequadas, como a escala numérica da dor, e administrar e gerir a analgesia. Além disso, técnicas não farmacológicas, como o posicionamento adequado, devem ser aplicadas para promover o conforto deste durante a sua recuperação na UCPA.

As náuseas e os vômitos, comuns após a indução anestésica pelo uso de fármacos opióides, são complicações frequentes no pós-operatório e podem atrasar a alta. O enfermeiro deve adotar medidas para prevenir ou aliviar esses sintomas, como o controlo terapêutico adequado e, se necessário, alertar o médico para ajustes na tabela terapêutica.

No término deste caso clínico, espera-se que esta abordagem integrativa, fundamentada na melhor evidência disponível, tenha contribuído para garantir que os dados, diagnósticos, objetivos e intervenções reflitam de forma universal e rigorosa o processo de raciocínio clínico. Além disso, busca-se que esse processo formalize o conhecimento disciplinar em Enfermagem, aplicando-o de maneira precisa e eficaz ao procedimento invasivo em questão, assegurando a qualidade dos cuidados prestados e promovendo melhores resultados para o utente.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A competência profissional envolve experiências, atitudes e valores aplicados adequadamente na prática diária. Na área da saúde, exige-se atualização constante e um perfil diferenciado, com competências específicas, para atender às novas demandas do trabalho e garantir cuidados de qualidade com bons resultados (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Segundo Dias (2010), a competência profissional envolve a mobilização de recursos, conhecimentos e saberes, exigindo não apenas o domínio teórico, mas também a sua aplicação prática.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

O enfermeiro especialista possui competência científica, técnica e humana para prestar cuidados especializados, demonstrando julgamento clínico avançado e tomada de decisão. Além das competências específicas da sua área, também possui competências comuns reconhecidas em qualquer especialização, conforme o Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019).

As competências comuns dos enfermeiros especialistas incluem a conceção, gestão e supervisão de cuidados, além do suporte à formação, investigação e assessoria (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Já as competências específicas, abordadas posteriormente, referem-se às respostas humanas aos processos de vida e problemas de saúde dentro de cada especialidade, garantindo a adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

De acordo com a OE (2017), compete ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) conceber, implementar e avaliar planos de intervenção para atender às necessidades das pessoas e famílias, visando a deteção precoce, estabilização, manutenção e recuperação em situações que requerem vigilância, monitorização e terapêutica avançadas. Além disso, atua na prevenção de complicações e eventos adversos, bem como na promoção da saúde e prevenção de doenças em diversos contextos (OE, 2017).

As competências comuns dos EE estão organizadas em quatro domínios principais: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados; gestão dos cuidados; e desenvolvimento de aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Estas competências incluem educação, orientação, aconselhamento e liderança, além da responsabilidade de disseminar e aplicar investigação relevante para o avanço contínuo da prática da enfermagem (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

As competências comuns do EE refletem a natureza dinâmica e multifacetada da profissão, sendo fundamentais para um desempenho de excelência. Permitem a prestação de cuidados seguros, adequados e eficazes, baseados em princípios éticos e deontológicos, contribuindo para a melhoria contínua da enfermagem e a qualidade dos cuidados de saúde.

De seguida, são apresentados os quatro domínios de competências comuns dos EE, relacionando-os às experiências vivenciadas durante o estágio na UCA. De forma descritiva e reflexiva, destaca-se a importância do desenvolvimento dessas experiências para o desenvolvimento de competências para a prática especializada.

Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

O domínio mencionado destaca que o Enfermeiro Especialista do Perioperatório (EEP) desenvolve uma prática profissional, ética e legal, agindo de acordo com as normas legais, princípios éticos e a deontologia profissional, assegurando cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745). O artigo 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos, afirma que “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade” (Declaração Universal dos Direitos do Homem, 1978, p. 489).

No seu Artigo 78.º, o Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2015), estabelece o respeito pela dignidade humana como um princípio fundamental. Assim, pode afirmar-se que a dignidade humana é intrínseca ao ser humano, sendo o respeito por ela essencial. Todo o ser humano tem o direito de ser tratado como um ser único, com consciência, liberdade e autonomia, independentemente da sua etnia, classe social, ideologia política, religiosa ou filosófica e deve ser respeitado, nunca tratado como coisa ou objeto (Duarte & Martins, 2020, p. 21).

De acordo com o documento anterior, as intervenções de enfermagem devem ser realizadas com a preocupação de defender a liberdade e a dignidade tanto da pessoa humana quanto do enfermeiro. Os princípios orientadores incluem a “responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade”, o “respeito pelos direitos humanos” e a “excelência no exercício profissional, especialmente nas relações com outros profissionais”. Os valores universais a serem observados nas relações profissionais incluem a igualdade, a liberdade responsável, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, além da competência e do aperfeiçoamento profissional (Lei nº 156/2015, 2015, p. 8078).

É essencial que o EEP, além de dominar as técnicas anestésica, cirúrgica, o posicionamento da pessoa, o tipo de material e equipamento necessário na sala operatória e os exames complementares de diagnóstico, também desenvolva competências de comunicação verbal e não verbal. Isso é fundamental para compreender e detetar precoce e corretamente os sentimentos e emoções da pessoa, da família ou da pessoa significativa que recebe cuidados. A

comunicação não se deve limitar a breves palavras de circunstância, mas deve ser feita com respeito e dignidade, considerando o contexto familiar e social da pessoa atendida.

Durante o estágio, antes de iniciar o processo de comunicação para capacitar a pessoa a tomar decisões conscientes e informadas, houve a preocupação de utilizar o cartão de identificação e realizar a apresentação pessoal e profissional. De acordo com a Carta dos Direitos do Doente Internado, é necessário que os profissionais de saúde comuniquem o seu nome e a sua profissão, estando corretamente identificados com o uso de um cartão, conforme as recomendações em vigor. Esses princípios visam garantir a segurança e a transparência, além de promoverem a confiança, a responsabilidade e uma comunicação eficaz (Bessa, 2011).

O respeito pela dignidade da pessoa está intimamente ligado ao respeito pela sua autodeterminação e tomada de decisão. O enfermeiro perioperatório tem a responsabilidade, não apenas de confirmar a existência de consentimento informado, mas também de garantir que a pessoa compreende totalmente a informação, assegurando um consentimento livre e esclarecido (Regulamento n.º 429/2018, 2018). O consentimento informado é um direito consagrado na Constituição da República, na Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos e nos códigos deontológicos dos profissionais de saúde. Garante que qualquer intervenção médica só pode ser realizada com o consentimento livre e esclarecido da pessoa, sendo a sua ausência uma violação do direito da pessoa de exercer autonomia sobre o seu próprio corpo.

Em qualquer fase, é fundamental garantir a capacidade de autodeterminação da pessoa como foco do cuidado. A pessoa não deve sentir que a sua capacidade de decisão está diminuída ou condicionada e deve saber que, independentemente da decisão que tomar, não será prejudicada no seu tratamento. Na prestação de cuidados de enfermagem, a informação sobre as intervenções a serem realizadas foi transmitida de forma simples e objetiva, e o consentimento verbal foi solicitado apenas após a validação e compreensão da pessoa sobre as informações fornecidas.

Na prática diária dos cuidados de enfermagem, os enfermeiros enfrentam diversos desafios, como os conflitos ético-morais, que exigem habilidades clínicas, rigor e capacidade para emitir juízos. A complexidade dos cuidados de enfermagem requer posturas éticas diante de situações que demandam decisões baseadas nos princípios éticos e morais, com o objetivo de promover cuidados mais seguros e de qualidade, respeitando os direitos fundamentais da pessoa (Araújo et al., 2022).

Embora as decisões éticas para o enfermeiro perioperatório sejam frequentemente desafiadoras, são essenciais durante o cuidado da PSP. É necessário reconhecer e responder aos dilemas éticos. Os enfermeiros perioperatórios têm a responsabilidade de tomar decisões de enfermagem que não sejam apenas clínicas e tecnicamente sólidas, mas também moralmente apropriadas e adequadas para cada situação (Benze et al., 2021).

Ao iniciar o estágio na UCA, foi fundamental refletir sobre os documentos e princípios éticos que orientam a profissão de enfermagem, servindo como base para o processo de tomada de decisão e ações profissionais. Essa prática, fundamentada em princípios éticos, visa garantir a qualidade dos cuidados prestados, a segurança das pessoas e a construção de uma relação de confiança entre o enfermeiro e a PSP.

Com base no referencial teórico mencionado anteriormente e sendo da responsabilidade do EEP, foi sempre tida em consideração a pessoa no centro da atuação de enfermagem. Envolveu mobilizar conhecimentos e habilidades para cuidar da pessoa e da sua família/pessoa significativa, confirmando o consentimento informado e assegurando que a pessoa compreendesse toda a informação necessária para o seu consentimento livre e esclarecido. Ao promover o respeito pelos seus valores, costumes, crenças espirituais, a pessoa foi incluída nas decisões relacionadas à sua experiência perioperatória. Além disso, procurou-se capacitar a pessoa para o autocuidado e reintegração familiar e social, fazendo a diferença por meio de cuidados e conhecimentos (Regulamento n.º 429/2018, 2018; Regulamento n.º 140/2019, 2019; Wicklin, 2020).

Ainda neste domínio, ao longo do estágio, foi fundamental garantir o direito à privacidade da pessoa, minimizando a sua exposição tanto física, durante as intervenções de saúde quanto pessoalmente. Envolveu assegurar a confidencialidade e a segurança da informação, tanto escrita quanto oral. Além disso, orientaram-se as práticas de cuidados na equipa, promovendo a segurança, a privacidade e a dignidade da pessoa conforme o exposto no Regulamento n.º 140/2019 (2019).

Assim o respeito e a salvaguarda pela privacidade e intimidade da PSP foram cuidadosamente assegurados ao longo de todo o estágio, conforme o artigo nº 107 do Código Deontológico. Na UCA, há um vestiário individualizado onde as PSP trocam de roupa antes da cirurgia, garantindo privacidade. No entanto, na sala de acolhimento e preparação para a cirurgia, o espaço é compartilhado, com as unidades separadas apenas por uma cortina. Esse facto gerou alguns constrangimentos, pois, devido à proximidade das unidades, a comunicação com uma pessoa com dificuldades auditivas podia ser ouvida pelas outras. Defronte dessa situação, foi necessário otimizar a comunicação, ajustando o tom de voz para manter o sigilo das informações e preservar a privacidade e intimidade da PSP.

A preocupação em assegurar o respeito pela intimidade, privacidade e dignidade da PSP foi constante. Apesar de variar conforme a especialidade e o procedimento cirúrgico, houve o cuidado de garantir apenas a exposição corporal indispensável e evitar a abertura inadvertida de portas ou a presença de pessoas não essenciais dentro da sala operatória. Conforme a Deontologia Profissional de Enfermagem (OE, 2015, p. 84), "o doente internado tem direito a que todo o ato diagnóstico ou terapêutico seja efetuado apenas na presença dos profissionais indispensáveis à sua execução". Além disso, a redução das movimentações e presenças não

essenciais durante as cirurgias também contribuiu para prevenir o risco de ILC, sendo uma área de competência do enfermeiro perioperatório que, conforme o Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, "lidera o processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios" (2018, p. 19367).

Durante o estágio, uma das principais preocupações foi então garantir o respeito pela integridade, privacidade, intimidade e individualidade da PSP. Manteve-se uma postura assertiva de vigilância para prevenir lesões, riscos potenciais, exposição corporal desnecessária e hipotermia. Também se procurou restringir a circulação de profissionais ao estritamente necessário, defendendo sempre os melhores procedimentos e comportamentos com consciência cirúrgica. De acordo com a OE (Regulamento nº 429/2018, 2018), a consciência cirúrgica orienta a prática clínica e, como um princípio ético e moral, guia o enfermeiro na prática de cuidados à pessoa no contexto perioperatório, sempre agindo em benefício do utente, independentemente da situação.

Outro aspeto ao qual se dedicou particular atenção foi a transmissão de informações à PSP e à família/pessoa significativa. De acordo com a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) (2021, p. 137), "o profissional de saúde não poderá prestar informação sobre a saúde do utente a terceiros - nem mesmo familiares deste - sem autorização prévia e expressa do próprio, sob pena de violar essa obrigação de segredo profissional." Respeitando este direito, procurou-se sempre obter autorização da pessoa para que o familiar ou pessoa significativa estivesse presente no momento da transmissão da informação, especialmente durante a preparação para a alta, garantindo o princípio da reserva da intimidade da vida privada e, assim, proteger o dever de sigilo profissional em relação à PSP.

O Consentimento Livre e Informado é um pilar fundamental na relação entre os profissionais de saúde e a PSP, sendo, além de um imperativo ético e legal, uma garantia da autonomia da pessoa na tomada de decisões sobre a sua saúde. De acordo com a ERS (2023), o consentimento informado é a autorização esclarecida dada pela pessoa antes de qualquer cuidado de saúde, pressupondo uma explicação clara e a compreensão por parte desta. A informação deve ser fornecida de forma simples, objetiva, clara, suficiente e razoável, com o objetivo de esclarecer completamente a PSP.

No local de estágio, são exigidos três consentimentos informados escritos: para o ato anestésico (pelo anestesista), para o ato cirúrgico (pelo cirurgião) e para as normas de funcionamento da UCA (pelo enfermeiro). No dia da cirurgia, o enfermeiro acolhe a PSP, explicando as normas da UCA, os direitos e deveres dos utentes, o direito à escolha da equipa médica e à segunda opinião. Também são fornecidas informações para garantir uma decisão consciente e esclarecida sobre o processo cirúrgico. Quando algum consentimento não estava assinado ou a PSP expressava dúvidas, era responsabilidade dos enfermeiros contactar a equipa médica para esclarecer a situação. O objetivo era garantir que a PSP tivesse as informações necessárias para

tomar decisões de forma autónoma, livre e esclarecida, incluindo a aceitação ou recusa da intervenção cirúrgica.

No contexto da segurança e responsabilidade profissional, assegurou-se a identificação inequívoca do utente, confirmando os dados da pulseira de identificação e recolhendo verbalmente pelo menos dois elementos, como nome e data de nascimento, conforme a Norma 018/2011 (2011) da DGS. Além disso, sensibilizou-se os enfermeiros da SO para a importância desse procedimento, destacando a necessidade de evitar que o utente apenas confirme um nome dito pelo profissional, prevenindo erros decorrentes de fatores como ansiedade ou confusão (DGS, 2011a).

Durante o estágio, procurou-se, em colaboração com a enfermeira Tutora, observar, refletir e agir, tomando decisões com foco na pessoa e no respeito pela dignidade humana. Atuou-se, reconhecendo os princípios da vulnerabilidade, beneficência, não maleficência, autonomia e privacidade. Participou-se, sempre que possível, no processo de tomada de decisão em equipa, tendo em consideração o conhecimento científico, a experiência adquirida e a deontologia profissional, com o objetivo de promover um ambiente seguro na prestação de cuidados.

Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

O domínio mencionado descreve que o EEP desempenha um papel importante tanto no apoio às iniciativas estratégicas institucionais relacionadas à governação clínica, quanto no desenvolvimento de práticas de qualidade. Este está envolvido na gestão e colaboração em programas de melhoria contínua, garantindo um ambiente terapêutico seguro (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A busca pela excelência da qualidade dos serviços de saúde é um processo constante e fundamental. Nesse cenário, o EE destaca-se como um protagonista, desempenhando um papel crucial na melhoria contínua da qualidade. As suas competências em diversas áreas, experiência e visão holística dos cuidados fazem com que se torne agente facilitador para motivar, capacitar e implementar mudanças nos padrões de cuidados, fundamentadas em evidências científicas, com o objetivo de adotar as melhores práticas.

De acordo com os PQCEEMC, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória (OE, 2017), a excelência no exercício profissional do enfermeiro especialista é o resultado de diversos fatores, destacando-se a necessidade de prevenir complicações para a pessoa em situação perioperatória. Esse papel essencial envolve a aplicação de PBE e cuidados especializados para garantir a segurança e a recuperação do utente durante todo o processo perioperatório (OE, 2017).

O PNSD 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021, 2021) destaca a comunicação como um dos cinco pilares fundamentais para a segurança do utente, sublinhando a sua relevância especialmente nas transições de cuidados. Nesse contexto, é essencial que os enfermeiros possuam

competências de comunicação eficazes na prestação de cuidados, a fim de evitar a ocorrência de eventos adversos, que podem resultar de falhas na comunicação durante a transição entre diferentes fases do cuidado.

A DGS (2017) com a Norma n.º 001/2017, intitulada "Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde", objetivou padronizar as transições de cuidados. A norma define a transição de cuidados como "qualquer momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos" (p. 4). Essa padronização visa garantir a continuidade e a segurança do cuidado, minimizando riscos e melhorando a comunicação entre os profissionais de saúde.

De acordo com a AORN (2018) e a DGS (2017), a comunicação deve ser realizada de forma sistemática, utilizando uma ferramenta estruturada e escrita, para garantir a efetividade da continuidade dos cuidados. No local de estágio, constatou-se a existência desta ferramenta de apoio, bem como a sua utilização pelos enfermeiros, com o mnemónica ISBAR (*Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation*), que viabiliza o preenchimento de dados pertinentes para o contexto de forma clara e estruturada, sendo utilizada para reduzir a probabilidade de erros de interpretação ou omissões de dados importantes e proporcionar uma transmissão eficiente de informação para uma correta continuidade de cuidados. A mnemónica ISBAR (Identificação, Situação, Antecedentes, Avaliação e Recomendação) é uma ferramenta padronizada que facilita a comunicação eficaz nas instituições de saúde, garantindo a transmissão clara e organizada de informações essenciais entre a equipa (DGS, 2017a).

A qualidade na saúde e a segurança da pessoa são conceitos profundamente interligados. A qualidade refere-se à garantia de que os cuidados prestados ao indivíduo e à população sejam eficazes, seguros e alinhados com as melhores práticas estabelecidas pela comunidade científica, aumentando a probabilidade de alcançar os resultados de saúde desejados (Barroso et al., 2021). Por outro lado, de acordo com a OMS no Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente (PAMSD) 2021-2030, a segurança da pessoa é definida como um conjunto de atividades organizadas que promovem uma cultura, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes seguros na prestação de cuidados de saúde. O objetivo é reduzir de maneira consistente e sustentável a ocorrência de danos evitáveis, diminuindo a probabilidade de erros e minimizando o seu impacto quando ocorrem (WHO, 2021). Torna-se importante destacar que a segurança na prestação de cuidados de saúde não envolve apenas a segurança da pessoa intervencionada, mas também a segurança dos profissionais de saúde e dos ambientes onde os cuidados são prestados (Lebre et al., 2022).

A definição dos Padrões de Qualidade na Enfermagem Perioperatória, estabelecida em 2017 pela OE, é fundamental para impulsionar a melhoria contínua dos cuidados prestados e consolidar a profissão. Esses padrões definem o nível de excelência na prática clínica da

Enfermagem Perioperatória, orientando a reflexão e a tomada de decisão dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Perioperatória (EEEP), além de ajudar na definição de indicadores de qualidade sensíveis aos seus cuidados (OE, 2017). Dessa forma, o EEEP desempenha um papel crucial na organização dos cuidados de enfermagem, que inclui a elaboração e atualização de procedimentos e recomendações baseadas em evidências científicas e na evolução tecnológica. O objetivo é alcançar a máxima eficácia nas intervenções, orientando-as para obter os melhores resultados possíveis para o utente (OE, 2017; Wicklin, 2020).

De acordo com o referencial teórico adotado, os enfermeiros perioperatórios devem atuar com base nos padrões de cuidados estabelecidos para alcançar os resultados desejados em cada domínio do PPFM. Esse processo pode envolver a vigilância contínua e a realização de atividades de melhoria de qualidade, especialmente quando os enfermeiros identificam áreas de oportunidade que possam impactar os resultados dos utentes. Os padrões de prática da AORN indicam que os enfermeiros perioperatórios devem participar ativamente em atividades de melhoria da qualidade. O conhecimento sobre esses padrões, incluindo a compreensão prática da colheita e análise de dados, é essencial para ajudar os enfermeiros a avaliar a qualidade e a eficácia da prática de enfermagem (Peralta et al., 2021).

No domínio da melhoria contínua da qualidade como competência comum, o Regulamento n.º 140/2019 (2019, p. 4745) destaca o papel crucial do EE. Este desempenha uma função importante ao ser responsável por garantir a dinamização no "desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica". Além disso, o EE atua no desenvolvimento de "práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua", assegurando também "um ambiente terapêutico e seguro" para os utentes.

Com o objetivo de contribuir de forma ativa e desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento de iniciativas estratégicas na área da governação clínica, conforme as diretrizes estabelecidas, durante o estágio procurou-se aprofundar o conhecimento sobre a estratégia de qualidade e os programas de acreditação. Esse aprofundamento visou capacitar para uma melhor compreensão e aplicação dos conceitos e práticas relacionadas com a melhoria contínua da qualidade nos cuidados de saúde, alinhando-os com as normas e certificações necessárias para garantir a excelência no cuidado prestado ao utente.

A unidade onde foi realizado o estágio está acreditada pela *Agencia de Calidad Sanitaria de Andaluzia* (ACSA), modelo adotado pela DGS e aprovado pelo Ministério da Saúde, por ser um modelo de qualidade alinhado com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. Este modelo de acreditação baseia-se num processo de certificação dinâmico, contínuo e evolutivo, que visa verificar e analisar como os cuidados de saúde prestados estão em conformidade com os padrões estabelecidos. O objetivo é identificar e impulsionar a melhoria contínua da qualidade nas instituições do sistema de saúde português, aproximando-as dos níveis de excelência organizacional (DGS, 2019).

Machado (2020) enfatiza a importância deste modelo na busca pela excelência nos cuidados de saúde, destacando as dimensões da qualidade, como: a centralidade da pessoa no sistema de saúde, a organização das atividades centradas na pessoa, os profissionais, os processos de suporte e os resultados.

Durante o estágio, foi possível observar o empenho e o trabalho dos diversos envolvidos no processo de acreditação, incluindo o conhecimento da gestão documental e de toda a informação gerada no processo de certificação.

Concomitantemente, este local de estágio encontra-se em processo de Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica promovido pela OE. Este projeto visa assegurar que a formação e investigação em enfermagem atendam a requisitos adequados, garantindo qualidade e segurança tanto para os profissionais quanto para os destinatários dos cuidados de enfermagem. O modelo é inovador e cooperativo, fortalecendo a proximidade com as instituições de saúde, respondendo à diversidade e ao potencial das equipas, criando condições favoráveis para a prática de enfermagem e o desenvolvimento da profissão (Regulamento n.º 558/2017, 2017). Além disso, a certificação da qualidade na supervisão clínica contribui para aumentar a satisfação e confiança das pessoas, reduzir custos, aumentar a produtividade e melhorar a reputação do serviço (Barros, 2023).

Neste processo de acreditação da UCA, foi crucial perceber que os EE com competências avançadas e com potencial para serem agentes de mudança, enriquecem a construção e implementação de normas e procedimentos necessários para cumprir os requisitos de qualidade. A participação ativa e especializada destes profissionais é essencial para o sucesso e eficácia da acreditação, garantindo que as práticas e padrões adotados estejam alinhados com as melhores práticas, resultando em benefícios mensuráveis para a qualidade e segurança dos serviços de saúde, fortalecendo a credibilidade das instituições no contexto da acreditação.

A UCA utiliza uma plataforma de gestão documental designada RISI – Recursos, Ideias e Soluções Informáticas, devidamente estruturada e focada na qualidade. Nela, está organizada toda a documentação de suporte, incluindo normas, instruções de trabalho, procedimentos específicos e protocolos de enfermagem, que asseguram o bom funcionamento e a organização dos cuidados de enfermagem, promovendo a uniformização e atualização contínua da documentação.

Os sistemas de informação desempenham um papel fundamental na melhoria contínua da qualidade dos cuidados, oferecendo suporte à tomada de decisão e possibilitando a extração de dados para gerar indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem (Nascimento et al., 2021). Na UCA, são utilizadas duas aplicações informáticas: o *SClínico*® e o *Patient Care*®, sendo que esta última está diretamente conectada aos equipamentos das SO, realizando a migração de dados para o processo individual do utente, garantindo maior confiabilidade e precisão. Além disso, todas as consultas de enfermagem, pré e pós-operatórias, são realizadas no *SClínico*®,

com o objetivo de documentar eletronicamente as mesmas.

Estes programas utilizados possibilitam assim a produção de indicadores estatísticos de forma simples e prática, contribuindo para a promoção das boas práticas e fornecendo suporte para a decisão clínica. O uso de indicadores como ferramenta organizacional assegura a qualidade e a eficácia de todo o processo de prestação de cuidados, permitindo uma avaliação criteriosa, o planeamento, a definição de metas adequadas, o acompanhamento e a implementação de ações de melhoria nos cuidados de enfermagem (Estefanio et al., 2023).

Além disso, segundo Wicklin (2020), os registos que documentam os cuidados de enfermagem perioperatórios permitem que a eficácia das intervenções e os resultados sejam auditados por meio de dados clínicos confiáveis, os quais podem ser analisados e comparados para aprimorar a prática.

As auditorias são ferramentas essenciais para melhorar a qualidade das ações e serviços prestados pelas instituições de saúde. Os objetivos das auditorias em enfermagem incluem a colheita de dados para verificar processos, avaliar a necessidade de ações corretivas, propor soluções, identificar não conformidades, avaliar a qualidade dos cuidados prestados, potenciar a excelência, reduzir custos desnecessários e promover a capacitação das equipas por meio da sinalização das ocorrências aos líderes (Serra et al., 2022). Durante o estágio, foi possível realizar auditorias, como ao processo de enfermagem no *Patient Care®*, à norma do “Feixe de Intervenção – Prevenção de ILC” e à desinfecção, lavagem das mãos e uso de luvas pelos profissionais dentro da SO. A Norma nº 007/2019 estabelece diretrizes para a higiene das mãos nas unidades de saúde, recomendando uma estratégia multimodal a nível nacional (DGS, 2019). Destacam-se os “cinco momentos” da higiene das mãos na prática clínica, tendo cumprido com o estabelecido, atuando como modelo de referência e sensibilizando os restantes elementos para a sua importância na segurança dos cuidados e prevenção das IACS. Outra medida essencial no controlo da infeção é o uso de luvas estéreis adequadas ao tipo de cirurgia e tarefa, assegurando a técnica asséptica e a gestão eficiente dos recursos (AESOP, 2006; AESOP, 2013). De acordo com a AESOP (2013), em contexto cirúrgico ou quando o procedimento invasivo exige bata estéril, os métodos preferenciais para calçar luvas estéreis são o método fechado e o método assistido. Esta informação foi alvo de discussões e reflexões críticas com a tutora e outros elementos, tendo em vista a melhoria das práticas e a sua fundamentação na evidência.

As auditorias realizadas mostraram-se uma ferramenta valiosa para identificar não conformidades e refletir sobre as práticas a serem melhoradas na equipa, implementando estratégias de melhoria contínua.

Um outro aspeto fundamental para a qualidade dos cuidados é a implementação de uma política de formação contínua para os enfermeiros, que promove o desenvolvimento profissional e a qualidade (OE, 2017). Na UCA, o plano de formação anual é elaborado com base nas necessidades formativas indicadas/auscultadas pelos membros da equipa aos EE responsáveis

pela formação. De acordo com o Departamento de Qualidade em Saúde (DQS), os serviços devem assegurar a constante adequação das competências dos profissionais, promovendo a sua formação contínua e a investigação, a fim de garantir a prestação de cuidados de qualidade e manter e aprimorar as habilidades e conhecimentos dos profissionais (DQS, 2017).

Na instituição de saúde em causa, semanalmente, ocorre um momento formal de partilha de conhecimentos, que é essencial para a melhoria dos cuidados e contribui para uma maior coesão da equipa. Como forma de participar ativamente nos momentos formativos da equipa, foi apresentado pela mestranda o trabalho intitulado "Intervenção especializada de enfermagem na prevenção de lesões oculares na PSP", inserido no projeto de desenvolvimento de competências no âmbito do mestrado frequentado (Anexo I). Este trabalho foi ainda disseminado no I Congresso Internacional do Núcleo de Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica da Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego (ULSBM), em formato de e-poster com posterior publicação do resumo no seu livro de atas (Anexo II) e na VII Conferência Internacional de Investigação em Saúde da ESSNorteCVP, em formato de comunicação oral.

Durante o período de estágio, procurou-se adquirir conhecimento sobre os projetos de melhoria contínua existentes na UCA, como "Cuidar da pessoa com dor no perioperatório"; "Segurança no cuidar - feixe de intervenção na prevenção da ILC"; "Humanizar o Cuidar no BO - VPO de Enfermagem"; "Bloco Operatório sustentável e iniciativas para reduzir impactos ambientais e promover eficiência" com o objetivo de integrá-los na prática de cuidados e agir em conformidade com as suas diretrizes. O progresso dos projetos é monitorizado por auditorias nos registos de enfermagem, com apresentação dos resultados à equipa, incluindo esclarecimentos e sugestões de melhoria.

Ainda no âmbito deste domínio, a gestão do risco é uma prática essencial para garantir a segurança da pessoa e assegurar a qualidade dos cuidados. A instituição onde a UCA está inserida demonstra preocupação com essa temática, havendo um responsável em cada serviço com competências que permitem otimizar o seu papel na equipa, promovendo uma cultura profissional que garante uma prática segura e contribui para o desenvolvimento profissional de excelência. Na UCA, essa função é desempenhada por um EE, que assegura a uniformização e difusão de procedimentos no seio da equipa, conforme a política institucional. Além disso, a instituição disponibiliza um sistema de notificação de incidentes, o que contribui para a criação de uma cultura de segurança.

Durante o estágio, foi adotada uma abordagem proativa com o objetivo de antecipar e prevenir incidentes e eventos adversos, reduzindo a probabilidade de ocorrência de erros, especialmente em áreas como comunicação, preparação e administração de medicação, identificação inequívoca, segurança cirúrgica, prevenção de quedas, úlceras por pressão e IACS.

No contexto do domínio da melhoria contínua da qualidade e no decorrer do estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II, foram apresentados, em coautoria, como

comunicação livre no 6º Congresso Internacional de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) 2024, os trabalhos intitulados: “Prevenção da Infecção do local cirúrgico em oftalmologia” e “Projeto de melhoria continua: práticas recomendadas no uso de luvas cirúrgicas em contexto intraoperatório” (Anexo III e IV).

Dando continuidade a este domínio explanado, participou-se no I Congresso Enfermagem Perioperatória da ULS Entre Douro e Vouga, como congressista e, simultaneamente como coautora da comunicação oral “Fatores Organizacionais na prevenção de Infecção do Local cirúrgico em Oftalmologia” e do e-poster intitulado “Plano de Integração dos enfermeiros em Bloco Operatório: que importância?” (Anexos V e VI).

Este domínio destaca assim, que o EEP reconhece que a melhoria da qualidade exige a avaliação contínua das práticas, possibilitando a revisão e implementação de programas de melhoria contínua conforme os resultados obtidos. Em suma pode dizer-se que se colaborou na conceção e operacionalização dessas iniciativas, fundamentando-se na gestão de um ambiente centrado na pessoa como elemento essencial para a efetividade terapêutica e a prevenção de incidentes. Além disso, adotou-se uma abordagem proativa na promoção de um ambiente adequado ao bem-estar e na gestão do risco de acordo com o definido pelo Regulamento nº 140/2019 (2019, p.4747).

Domínio da Gestão dos Cuidados

Em Portugal, os custos na saúde têm aumentado rapidamente impulsionados pelo investimento em novas tecnologias. No entanto, esse avanço não reduz a necessidade de recursos humanos. Além disso, a evolução dos procedimentos cirúrgicos e a exigência de equipamentos modernos tornam as unidades de BO uma das áreas mais dispendiosas e que requerem maior investimento (ACSS, 2011).

A gestão de um BO exige competências em liderança, organização e otimização dos cuidados de enfermagem, garantindo a qualidade dos serviços. Devido à diversidade de especialidades, procedimentos e recursos limitados, é essencial um planeamento rigoroso para articular equipas e materiais de forma eficiente, prevenir complicações e apoiar as decisões das equipas de saúde (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Neste domínio, são atribuídas ao EE competências principais como a otimização do processo de cuidados, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas, e a gestão eficiente dos recursos conforme as necessidades de cuidados. Para isso, deve ser adotado o estilo de liderança mais adequado ao clima organizacional, promovendo uma melhor resposta da equipa, assegurando a qualidade dos cuidados prestados (Regulamento nº 140/2019, 2019).

De acordo com Lebre et al. (2022) a qualidade em saúde e a segurança do utente são interdependentes e fundamentam-se na liderança, transparência, comunicação eficaz e aprendizagem com os erros. Promover uma cultura de responsabilização, em vez de

culpabilização, favorece a melhoria contínua dos cuidados. Assim, garantir a segurança e qualidade torna-se uma prioridade, sendo essencial consolidar essa cultura nas instituições de saúde.

A segurança do utente baseia-se na identificação de riscos, gestão e prevenção de incidentes, reconhecendo que, embora possíveis, muitos desses eventos são evitáveis. A criação de manuais, protocolos de serviço, instruções de trabalho e a implementação de auditorias ajudam a uniformizar os procedimentos, reduzindo a variabilidade nas práticas profissionais. Isso contribui não apenas para aumentar a segurança do utente e dos profissionais, mas também para melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Os enfermeiros gestores devem possuir competências essenciais, como liderança, negociação, comunicação e gestão de recursos humanos, além de desempenharem o papel de mediadores de conflitos. Os conflitos em saúde podem surgir de diversos fatores, como falta ou falha de comunicação, sobrecarga de trabalho, hierarquia rígida e diferenças de personalidade. Para gerir esses conflitos de forma eficaz, é crucial que o enfermeiro gestor desenvolva habilidades como comunicação, escuta ativa, observação, espírito crítico e empatia. Adotar uma postura que permita compreender todas as perspetivas envolvidas no conflito contribui para a qualidade dos cuidados de saúde e a promoção de um ambiente organizacional saudável (Costa, 2021).

A liderança desempenha um papel essencial no sucesso da gestão em serviços de saúde. O líder tem a responsabilidade de envolver os colaboradores para alcançar as metas da instituição, garantindo ao mesmo tempo que estes mantenham altos níveis de motivação, autodesenvolvimento e trabalho em equipa. Gerir e liderar são desafios constantes, sendo necessário um ambiente favorável para que as relações interpessoais ocorram de maneira positiva. Líderes fortes são fundamentais para manter elevados índices de competência e performance da equipa, resultando em melhor qualidade nos cuidados de saúde e organizações mais eficazes e competitivas (Rezende & Duarte, 2017).

No local de estágio, há uma forte preocupação com o desenvolvimento de competências tanto na área relacional quanto técnico-científica, com a equipa investindo continuamente em formação para oferecer cuidados de qualidade à PSP. Além disso, os recursos humanos são ajustados às diferentes áreas e postos de trabalho, com a distribuição dos enfermeiros alinhada às suas competências e perfil individual, considerando as especialidades cirúrgicas e a complexidade das intervenções. A organização da equipa é feita com antecedência e enviada por e-mail aos profissionais, permitindo que estes se preparem, consultem protocolos e planeiem as suas intervenções com base nas necessidades específicas. Acompanhar o enfermeiro gestor durante o estágio proporcionou uma compreensão mais aprofundada das suas funções, permitindo colaborar ativamente e facilitando a aquisição de competências técnicas e não técnicas essenciais para uma gestão eficaz.

Como referido anteriormente, na UCA foi possível acompanhar a EEEMC na gestão de recursos,

liderança, planeamento, coordenação e avaliação da atividade diária, e compreender as competências necessárias para essa função. A gestão de recursos humanos exige uma dotação adequada de enfermeiros, considerando a sua qualificação e perfil de competências, fatores essenciais para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados aos utentes e à instituição.

O Regulamento nº 743/2019 (2019) destaca a importância da dotação adequada de enfermeiros, considerando o seu nível de qualificação e perfil de competências como fatores essenciais para garantir altos índices de segurança e qualidade nos cuidados de saúde. A utilização de metodologias e critérios apropriados para adequar os recursos humanos às necessidades da população é fundamental. Além disso, práticas de dotações seguras estão diretamente associadas à redução de eventos adversos e à diminuição das taxas de mortalidade (Zaranko et al., 2022).

De acordo com as regras de cálculo para dotações seguras explanadas no regulamento mencionado anteriormente, na CA são necessários 3 enfermeiros por SO, 1 para cada 3 PSP no recobro imediato e 1 para cada 6 PSP no recobro tardio, incluindo ainda as consultas pré e pós-operatórias e o acolhimento da PSP, sendo que um deles é responsável pela consulta não presencial da véspera da cirurgia e pela consulta não presencial do dia seguinte. Embora o EE responsável respeite essas dotações, diversos desafios dificultam a sua aplicação, como o absentismo pontual ou prolongado, mudanças nos planos cirúrgicos e a pressão para aumentar a produtividade do BO.

Foi ainda constatado que a enfermeira gestora tem o cuidado de, na distribuição diária dos elementos consoante o programa cirúrgico, nomear 1 enfermeiro responsável de sala, 1 enfermeiro responsável pela verificação diária do carro de emergência e via aérea difícil e 1 enfermeiro responsável por realizar o teste do desfibrilhador, para assim garantirem diariamente a manutenção e operacionalidade dos equipamentos.

De fato, atingir o equilíbrio na gestão de recursos humanos em saúde é um desafio constante, exigindo adaptação contínua. Os autores Sillero-Sillero e Zabalegui (2020) apontam que fatores como a rotatividade dos profissionais, períodos de integração, absentismo, dispensas, horários especiais, além da exaustão emocional e física, como geradores de instabilidade, impactando negativamente a satisfação profissional.

Como mencionado anteriormente, a tecnologia, os equipamentos e os materiais desempenham um papel crucial no BO, sendo indispensáveis para a realização segura de procedimentos anestésicos e cirúrgicos. Assim, a sua gestão diária exige o envolvimento de toda a equipa. No que se refere aos materiais de consumo clínico, é utilizado, neste local de estágio, um sistema de armazém avançado, onde os pedidos são feitos por leitura ótica e posteriormente repostos pelo serviço de aprovisionamento, facilitando a organização e disponibilidade dos recursos necessários.

O serviço de aprovisionamento recebe informaticamente os dados sobre os materiais consumidos e procede à sua reposição duas vezes por semana. Esse sistema evita falhas de material e acumulações desnecessárias, garantindo uma gestão eficiente dos recursos. No entanto, o seu bom funcionamento depende do registo informático com leitura ótica realizado por cada enfermeiro ao retirar materiais do armazém. Em momentos de maior fluxo de profissionais ou em situações urgentes, esse registo pode ser comprometido. Por isso, o enfermeiro responsável pela gestão de recursos materiais no BO mantém atualizados os níveis de reposição para assegurar a disponibilidade contínua dos materiais essenciais.

No contexto hospitalar, a reposição por níveis em armazém avançado é o método de gestão de *stocks* mais eficiente. A sua implementação fornece dados precisos sobre consumos, permitindo estimar necessidades de compra, risco de rutura e fornecimento. Esse sistema garante maior transparência, fiabilidade e controlo de existências nos processos de registo de consumo e reposição (Regulamento Armazéns Avançados, 2021).

De acordo com o Regulamento dos Armazéns Avançados (2021), a gestão do armazém avançado é uma responsabilidade partilhada entre a logística hospitalar, o responsável do serviço utilizador e os utilizadores. Compete aos responsáveis do serviço monitorizar o desempenho da equipa no registo de consumo, corrigir inconformidades, verificar as existências físicas e digitais e participar em auditorias de rotina realizadas pela logística.

O EE deve sensibilizar a equipa para a importância do cumprimento das regras do armazém avançado e as graves consequências do seu incumprimento. Além disso, é seu papel promover a responsabilização individual e coletiva, bem como realizar formação formal ou informal conforme as necessidades identificadas.

O dispositivo *Pyxis®* é um sistema automatizado de fornecimento de fármacos que armazena e acondiciona os medicamentos de uso comum no BO. A farmácia hospitalar é responsável pela sua reposição, verificação de validade e realização de inventários. O levantamento dos fármacos ocorre mediante registo biométrico do enfermeiro, que procede à reposição dos carros de apoio nas SO. Esse sistema garante um armazenamento seguro, otimiza a gestão de *stocks*, melhora o controlo de prazos de validade, assegura as condições de conservação e reduz a necessidade de espaço para armazenamento (Câmara, 2018).

A gestão do instrumental cirúrgico representa um desafio na administração dos recursos materiais, exigindo articulação com empresas externas, a central de reprocessamento e outros BO, que também utilizam esses recursos. Como a quantidade de caixas de instrumentos cirúrgicos é limitada, o planeamento cirúrgico deve considerar cuidadosamente os materiais necessários para cada intervenção. Para evitar falhas, solicita-se aos cirurgiões que indiquem com antecedência os recursos que pretendem utilizar. No entanto, essa antecipação nem sempre ocorre, gerando momentos de *stress* na resolução desses problemas e potencialmente originando conflitos.

O EEEMC deve aplicar competências de comunicação eficaz para a resolução de conflitos, uma vez que estes são inevitáveis no ambiente laboral (Araújo et al., 2022). Segundo estes autores, as equipas são compostas por indivíduos com diferentes personalidades e visões, o que influencia as relações interpessoais e a dinâmica dos grupos. Situações de stress acentuam essas diferenças, aumentando o risco de conflitos no trabalho. É essencial criar espaços para reflexões construtivas. Cabe ao EEEMC adotar estratégias de comunicação e motivação adequadas às funções interdependentes dos profissionais do BO, atuando como um elemento conciliador e promovendo um ambiente positivo e propício à prática segura e eficiente (Regulamento nº 140/2019, 2019).

O enfermeiro gestor e o EE responsável da UCA realizam reuniões semanais com a equipa todas as sextas-feiras, adotando essa prática como uma estratégia fundamental. Essas reuniões permitem a divulgação de novas decisões, normas e regras de forma clara e dinâmica, além de proporcionar um espaço para partilha de experiências, escuta ativa da equipa e análise de problemas ou sugestões. Essa abordagem favorece a comunicação interna, promove um ambiente de trabalho colaborativo e contribui para a melhoria contínua do serviço.

Durante o estágio, foi também possível participar ativamente na gestão e manutenção dos equipamentos da UCA, em colaboração com o serviço de instalações e equipamentos do hospital ou com a empresa responsável. Envolveu a solicitação de manutenções preventivas e/ou periódicas, bem como o reporte imediato de eventuais avarias. Observou-se a importância do papel do EE responsável na gestão do material, contribuindo significativamente para a rentabilização dos recursos, o controlo de gastos e a minimização do desperdício, sem comprometer a qualidade dos cuidados prestados. Essa gestão eficiente também gera benefícios económicos para a organização hospitalar.

Em suma, na prestação de cuidados de saúde, a gestão adequada dos recursos disponíveis, físicos, materiais, humanos, financeiros ou de informação, é essencial. Para isso, é necessário adaptar o estilo de liderança ao ambiente de trabalho e ao clima organizacional, favorecendo a melhor resposta da equipa. O objetivo é garantir a máxima qualidade no atendimento, minimizando o consumo excessivo e garantindo a segurança de todos os intervenientes. Nesse contexto, o EE desempenha um papel crucial, pois possui a perceção das necessidades nos cuidados de saúde e contribui para a otimização dos recursos disponíveis, sempre pautando as suas ações numa conduta de consciência cirúrgica.

Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Os enfermeiros devem exercer a profissão com conhecimento atualizado, garantindo a qualidade dos cuidados e respeitando a dignidade humana. Além das competências técnicas, é essencial o desenvolvimento contínuo em diversas áreas, incluindo autoformação, para assegurar cuidados equitativos e de excelência, alinhados com as necessidades e expectativas dos utentes (OE, 2015).

De acordo com o Decreto-Lei n.º 396/2007, de 31 de dezembro (2007), o desenvolvimento contínuo de aprendizagem profissional é crucial para que os enfermeiros se adaptem e adquiram novas competências, acompanhando os avanços organizacionais, tecnológicos e científicos. A OE (2021) destaca que esse desenvolvimento é um pilar fundamental para melhorar a qualidade do desempenho dos enfermeiros e, por conseguinte, os cuidados prestados à população.

O Regulamento n.º 140/2019 (2019) estabelece que, no âmbito do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o EE tem como competências comuns o dever de promover o autoconhecimento e a assertividade. Além disso, a sua prática clínica especializada deve ser fundamentada na evidência científica, garantindo a qualidade e a segurança dos cuidados prestados. O autoconhecimento é fundamental na prática da enfermagem especializada, pois o reconhecimento das próprias competências influencia as relações terapêuticas e multiprofissionais. No contexto perioperatório, especialmente no intraoperatório, a PSP enfrenta vulnerabilidades devido a alterações no estado de consciência, necessitando de cuidados especializados. O enfermeiro, como advogado deste, deve garantir a melhor prestação de cuidados, assegurando a manutenção da vida durante esse período crítico.

De acordo com Duarte e Martins (2014), o BO é um ambiente dinâmico e estimulante, favorecendo o desenvolvimento de conhecimentos e competências relacionais. Os enfermeiros devem aprimorar competências como liderança, comunicação, escuta ativa, pensamento crítico, tolerância ao *stress*, integridade ética, controlo emocional, cooperação e iniciativa. Dessa forma, o desenvolvimento profissional está intimamente ligado ao crescimento pessoal e à capacidade de gerir comportamentos e emoções. No âmbito da prática clínica especializada, é responsabilidade do enfermeiro especializado basear continuamente a sua atuação na evidência científica. Isso envolve identificar lacunas no conhecimento e explorar oportunidades de investigação relevantes. O EE deve realizar pesquisas de forma adequada, interpretando, organizando e divulgando os resultados, com o objetivo de contribuir para o avanço do conhecimento na enfermagem e para o desenvolvimento da profissão.

A AESOP (2012) também destaca que a formação contínua é essencial para garantir a qualidade dos cuidados no BO, sendo o objetivo principal o aperfeiçoamento dos conhecimentos e competências profissionais. Envolve o desenvolvimento das áreas do saber ser, saber fazer e saber evoluir, permitindo aos enfermeiros adaptar-se e responder às constantes mudanças na prestação de cuidados de saúde.

De acordo com os padrões da AORN, os enfermeiros perioperatórios devem basear a prática em diretrizes, conhecimento, julgamento e habilidades fundamentadas em princípios científicos e evidência, em vez de se guiarem por opiniões, hábitos ou práticas passadas de profissionais individuais. Além disso, é fundamental que esses profissionais assumam a responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida, estando motivados para aprender continuamente, com o

objetivo de desenvolver conhecimento clínico avançado e melhorar o desempenho da enfermagem perioperatória (Benze et al., 2021).

Após reunião com o enfermeiro responsável pela formação no serviço e a enfermeira tutora foi possível integrar no plano do serviço uma formação proposta, alinhada com as necessidades identificadas nos objetivos específicos da UC. Essa colaboração permitiu o desenvolvimento de um plano de formação direcionado e eficaz, visando aprimorar as competências da equipa, atendendo às lacunas de conhecimento e necessidades específicas do serviço. Foi assim, como já referido, apresentado o trabalho intitulado "Intervenção especializada de enfermagem na prevenção de lesões oculares na pessoa em situação perioperatória" (Anexo I). A realização desta formação em serviço proporcionou à equipa oportunidade para reflexão, aquisição de conhecimento e transformação da prática com base na evidência científica. Além disso, a experiência como formadora permitiu o desenvolvimento de competências importantes, como autoconfiança, tolerância ao *stress*, comunicação oral e técnicas de apresentação (Câmara, 2017). Essas competências não só beneficiam a prática profissional, mas também contribuem para o crescimento pessoal e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

A participação em diversos eventos científicos foi uma forma significativa de demonstrar o desenvolvimento de aprendizagens profissionais. Esses eventos proporcionaram uma oportunidade para aprofundar a compreensão de temas variados, expandir e partilhar o conhecimento e incentivar a inovação e a criatividade. As apresentações e discussões realizadas serviram como fontes de inspiração para pesquisas em várias áreas relacionadas ao contexto perioperatório. Essa pesquisa não só ampliou o conhecimento em diferentes áreas, mas também resultou na realização de trabalhos que foram apresentados em eventos científicos, contribuindo para o desenvolvimento de habilidades de argumentação e pensamento crítico, assim como a disseminação do conhecimento inerente a este ciclo de estudos.

Neste âmbito houve oportunidade de participar nos seguintes eventos científicos:

- Webinar "Ciclo de Webinars em Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos | Sessão 1" que decorreu no dia 1 de outubro de 2024 (Anexo VII);
- 6º Congresso Internacional de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) 2024 realizado em outubro de 2024, com a participação como Coautor com as comunicações orais: "Prevenção da Infecção do local cirúrgico em oftalmologia" (Anexo III), com o objetivo de identificar as intervenções de enfermagem que contribuem para a prevenção de ILC na pessoa submetida a cirurgia oftalmológica; "Projeto de melhoria contínua: práticas recomendadas no uso de luvas cirúrgicas em contexto intraoperatório" (Anexo IV), com o objetivo de garantir a segurança cirúrgica e diminuição do risco de infecção através da implementação de boas práticas na colocação de luvas cirúrgicas em contexto intraoperatório, sendo publicado o resumo no livro de atas;

- Webinar "Ciclo de Webinars em Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos | Sessão 2", realizado no dia 15 de outubro de 2024 (Anexo VIII);
- I Congresso de Enfermagem Perioperatória da ULS Entre Douro e Vouga, em novembro de 2024, sendo coautora da comunicação oral “Fatores Organizacionais na prevenção de Infecção do Local cirúrgico em Oftalmologia” (Anexo V), com o objetivo de identificar os fatores organizacionais que influenciam diretamente os cuidados de enfermagem e que são determinantes para o desempenho das equipas no contexto da prevenção da ILC em oftalmologia, e do e-poster intitulado “Plano de Integração dos enfermeiros em Bloco Operatório: que importância?” (Anexo VI), com o objetivo de identificar a importância de um plano estruturado na integração dos enfermeiros no BO;
- IV Simpósio de Investigação em Enfermagem da ULS Coimbra, que decorreu a 6, 7 e 8 de novembro de 2024, como coautora do e-poster intitulado “Humanização no cuidar em Perioperatório” (Anexo IX), com o objetivo de mapear as intervenções para a humanização dos cuidados implementados pelos enfermeiros no contexto perioperatório;
- Webinar "Enfermagem às Quintas – O enfermeiro no resgate, que futuro", realizado no dia 19 de dezembro de 2024 (Anexo X);
- I Congresso Internacional do Núcleo de Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica da Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego (ULSBM), em janeiro 2025, sendo coautora do trabalho apresentado em formato e-poster intitulado "Intervenção especializada de enfermagem na prevenção de lesões oculares na pessoa em situação perioperatória” (Anexo II), com o objetivo de identificar e analisar a evidência acerca da prevenção de lesões oculares na pessoa em situação perioperatória, com posterior publicação do resumo no livro de atas;
- VII Conferência Internacional de Investigação em Saúde da ESSNorteCVP, em abril 2025, participando com uma comunicação oral intitulada “Lesões oculares na pessoa em situação perioperatória”, com o objetivo de mapear a evidência científica sobre lesões oculares na pessoa em situação perioperatória, sendo posteriormente publicado o resumo na revista RIIS (certificado não disponível aquando da realização deste relatório).

Estes momentos de aprendizagem, pelos desafios que apresentaram e pelos contributos inegáveis que ofereceram, foram fundamentais para o desenvolvimento pessoal e profissional. Ajudaram a consolidar a prática como EE, aprimorando a prestação de cuidados especializados, seguros e competentes, e fortalecendo o compromisso com a melhoria contínua na profissão.

A profissão de enfermagem exige uma atualização constante de conhecimentos e o desenvolvimento contínuo de aprendizagens. O estágio, enquanto processo contínuo de desenvolvimento de competências, exigiu um investimento pessoal na busca de novas oportunidades de aprendizagem. Isso possibilitou a prestação de cuidados de excelência, sempre alinhados com as melhores práticas e fundamentados na mais recente evidência

científica.

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

Segundo o Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, as competências específicas do enfermeiro são: “(...) competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (2019, p. 4745).

Estas competências são desenvolvidas através da aplicação de conhecimentos técnico-científicos, ético-legais e sociais. Estes conhecimentos são essenciais para a prestação de cuidados à PSP, ao seu núcleo familiar ou pessoa significativa, bem como para a interação eficaz com a equipa multidisciplinar, garantindo uma abordagem segura e humanizada ao longo de todo o processo cirúrgico.

As competências do EEPSP estão organizadas em duas áreas gerais: cuidar da pessoa em situação perioperatória e da sua família e maximizar a segurança do utente e da equipa pluridisciplinar, alinhado com a consciência cirúrgica. Os cuidados de enfermagem nesta especialidade incluem a assistência a pessoas que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, a promoção da saúde, a prevenção de eventos adversos e o tratamento de doenças ou disfunções (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Ser EEP significa acompanhar o processo cirúrgico em todas as suas fases: pré-operatória, intraoperatória e pós-operatória. A fase pré-operatória inicia-se com a decisão pela cirurgia e termina com a transferência da PSP para a mesa operatória. A fase intraoperatória decorre desde a transferência para a mesa operatória até à admissão na UCPA. Já a fase pós-operatória começa na UCPA e estende-se até à recuperação completa do utente do processo cirúrgico e anestésico (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Este processo é complexo, pois envolve múltiplos intervenientes, desde a pessoa em cuidados, familiares e/ou cuidadores, que se encontram numa posição de vulnerabilidade, até aos profissionais de saúde que atuam em equipa no BO. O foco principal é a segurança e o bem-estar da PSP, exigindo cuidados específicos em cada fase, para garantir uma recuperação segura e eficaz.

Os cuidados de enfermagem perioperatórios devem seguir um processo padronizado de boas práticas, visando proteger a pessoa em situação de vulnerabilidade, capacitá-la e promover a sua autonomia. Esses cuidados baseiam-se em pilares fundamentais: reconhecimento do outro e capacitação, vulnerabilidade, responsabilidade de cuidado, prudência e gestão do risco e consciência cirúrgica. Dessa forma, garantem uma abordagem crítica, segura e alinhada com o projeto de saúde da pessoa (OE, 2017).

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

A atuação do EEP desenvolve-se em cinco áreas complementares: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós-anestésicos. Essas áreas abrangem todas as fases do processo cirúrgico - pré, intra e pós-operatório - garantindo uma intervenção especializada, segura e centrada na pessoa (Regulamento n.º 429/2018, 2018). De acordo com este regulamento, os enfermeiros devem mobilizar conhecimentos e habilidades para cuidar da pessoa e da sua família/pessoa significativa. O objetivo é promover a compreensão do processo cirúrgico, capacitando-os para o autocuidado e facilitando a sua reintegração familiar e social, garantindo uma recuperação segura e informada (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

A abordagem da CA é centrada na PSP, desempenhando o enfermeiro um papel essencial no planeamento dos cuidados, considerando de forma integral as vertentes psicológica, física, social e espiritual de cada utente e sua família. Esse planeamento visa promover cuidados personalizados, que atendam às necessidades globais do utente, garantindo o bem-estar e a segurança durante todo o processo (Lima & Pinto, 2014).

O papel do enfermeiro na CA é assim fundamental, pois está presente em todas as fases do processo, garantindo a segurança dos procedimentos e atividades. Além disso, o enfermeiro acompanha a pessoa desde a admissão até à alta, assegurando cuidados personalizados e promovendo uma recuperação segura e eficiente (Pinto et al., 2020).

O PPFM é um guia conceptual adequado para a prática assistencial de enfermagem no contexto perioperatório, pois orienta o planeamento das intervenções de enfermagem com base na atividade diagnóstica e com foco em resultados de alta qualidade para os utentes (Wicklin, 2020). Neste modelo, os enfermeiros devem avaliar a PSP, focando-se nos resultados, identificando diagnósticos e intervenções individualizadas (Kolovos, 2020). Através de uma PBE, o enfermeiro promove a segurança da PSP, otimizando as respostas fisiológicas e comportamentais no contexto da CA. O modelo valoriza ainda a relação entre a pessoa, a família e os cuidados de enfermagem, visando sempre os melhores resultados possíveis durante o processo perioperatório (Wicklin, 2020).

O processo de enfermagem no período perioperatório permite aos enfermeiros organizar e planear os cuidados de forma individualizada e segura, garantindo a qualidade dos cuidados prestados (Ferrito, 2014). Este processo deve ser visto como um desenvolvimento contínuo de competências para o autocuidado, visando capacitar e empoderar a pessoa e o seu cuidador a responder adequadamente às situações emergentes relacionadas com a experiência cirúrgica (Lima & Pinto, 2014).

Na CA, em que se preconiza que a pessoa e a família assumam a responsabilidade pela preparação pré-operatória e pela recuperação em casa, a transmissão de informações é crucial e desafiante (IAAS, 2014). O primeiro contacto com o enfermeiro ocorre na consulta pré-operatória de enfermagem (CPOE), sendo um momento essencial para partilhar informações, avaliar necessidades e expectativas e esclarecer dúvidas (Lima & Pinto, 2014). Essa relação

entre enfermeiro, pessoa e família, sustentada por uma comunicação assertiva e empática, permite o planeamento individualizado do percurso cirúrgico, envolvendo o utente e preparando-o para a recuperação (AESOP, 2012). Ao estabelecer uma relação de confiança, a CPOE contribui para melhorar o conforto e a segurança da pessoa e da sua família, promovendo o empoderamento e satisfação, sendo fundamental para o sucesso do procedimento (AESOP, 2012; Lima & Duarte, 2014).

Na UCA, a CPOE é realizada de forma não presencial (telefonicamente), uma prática que foi recomendada pela Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório (APCA) (2020) durante a pandemia Covid-19 e que ainda se mantém. O Ministério da Saúde (2019) e a OE (2021b) destacam que a teleconsulta é uma solução inovadora e sustentável, funcionando como uma estratégia que, de maneira segura, aproxima a pessoa do profissional de saúde. Além disso, a teleconsulta ajuda a reduzir desigualdades geográficas, descentralizar o acesso e melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde, especialmente para quem enfrenta dificuldades de mobilidade e transporte, contribuindo para a eficácia e eficiência do SNS.

A CPOE, como mencionado, é um momento privilegiado para a transmissão de informações e a implementação de recomendações à pessoa, com o objetivo de prepará-la para a cirurgia e promover a sua participação ativa nos cuidados pós-operatórios. Além disso, marca o início da construção de uma relação de confiança entre a pessoa e o enfermeiro, essencial para o sucesso do processo perioperatório (Mendes et al., 2020).

Segundo Breda e Cerejo (2021), a CPOE é uma oportunidade para construir uma ligação que facilita a comunicação centrada na pessoa. Pessoas mais informadas têm uma melhor perceção da sua responsabilidade na recuperação e colaboram de forma mais ativa nos cuidados pós-operatórios. A informação transmitida deve ser estruturada, utilizando uma *checklist* com orientações claras e precisas, para evitar lacunas e garantir que todas as informações necessárias sejam fornecidas. Esse processo também contribui para a rentabilização do tempo e para uma comunicação mais eficiente (Gaspar, 2021).

Os objetivos da CPOE, conforme definidos pela AESOP (2012), são: respeitar a individualidade e os direitos da pessoa; reduzir a angústia e ansiedade relacionadas com a cirurgia; promover a interação entre enfermeiro, pessoa e família; familiarizar a pessoa com o ambiente cirúrgico; avaliar as expectativas e conhecimentos da pessoa sobre a cirurgia; obter informações para estabelecer diagnósticos de enfermagem e planear cuidados personalizados (como por exemplo, limitações ao posicionamento); verificar o consentimento informado; esclarecer informações sobre a preparação pré-operatória e garantir a continuidade dos cuidados; promover a articulação entre enfermeiros do bloco e da unidade de internamento/domicílio; e aumentar a satisfação dos enfermeiros do bloco e da pessoa. Estes objetivos visam garantir uma abordagem holística e individualizada, com o foco na segurança, informação, bem-estar e participação ativa da pessoa durante todo o processo perioperatório.

Diariamente, a CPOE na UCA é realizada por um enfermeiro, em gabinete próprio, garantindo a privacidade e a confidencialidade dos dados recolhidos. Após se apresentar e proceder à identificação da PSP e do cuidador/acompanhante de referência, o enfermeiro realiza a avaliação pré-operatória, que inclui a análise dos critérios de inclusão para a cirurgia. Essa avaliação é feita de forma estruturada e registada através de um questionário que permanece no processo clínico informatizado. Durante a consulta, também é fornecida informação detalhada sobre aspetos importantes como o acesso à unidade, o circuito a realizar no dia da cirurgia, a possibilidade de pernoita, e a preparação pré-operatória, que abrange o cumprimento de jejum, o banho pré-operatório, o vestuário indicado e a remoção de adornos. Este processo visa garantir a compreensão e a preparação adequadas da pessoa para o procedimento cirúrgico, promovendo a sua segurança e bem-estar.

Durante o período de estágio, observou-se uma preocupação evidente por parte da equipa em transmitir informações com segurança e profissionalismo, ao mesmo tempo que se procurava promover confiança, tranquilidade e disponibilidade para esclarecer dúvidas. Esse cuidado foi sempre realizado com respeito pela individualidade de cada pessoa e seu acompanhante. Dessa forma, constatou-se o impacto positivo da CPOE no comportamento das PSP e cuidadores, que se demonstraram mais confiantes e envolvidos no seu processo cirúrgico. Esse resultado está em congruência com a evidência científica (Silva, 2022), reforçando a importância da consulta como um instrumento essencial na preparação da pessoa para a cirurgia e sua recuperação.

Ainda no período pré-operatório, o telefonema da véspera da cirurgia é realizado diariamente por um enfermeiro designado para o acolhimento. O objetivo principal é confirmar a preparação da PSP para a cirurgia no dia seguinte, além de fornecer informações sobre o horário de agendamento e relembrar as indicações personalizadas para a preparação pré-operatória no domicílio. Este telefonema é um momento crucial para validar informações e esclarecer dúvidas, considerando a ansiedade e o stress gerados pela situação cirúrgica. Por isso, é essencial que seja conduzido de forma calma e empática, permitindo à PSP e seus familiares expressarem necessidades e preocupações (AESOP, 2012). Além disso, esta ligação previne atrasos e desistências resultantes de lacunas de informação ou alterações repentinas do estado de saúde da PSP, possibilitando reagendamentos oportunos quando necessário (IAAS, 2014).

Durante o estágio, houve participação ativa na realização da CPOE e no telefonema da véspera, momentos que se revelaram valiosos para estabelecer um clima de confiança e fortalecer a relação terapêutica com a PSP. Conforme argumenta Midões (2023), no contexto da CA, é possível desenvolver competências essenciais para o empoderamento e capacitação da PSP e da sua família. Isso permite otimizar e gerir a vivência da experiência cirúrgica, além de ampliar a literacia em saúde, prevenindo complicações e promovendo a saúde.

Assumindo a pessoa na centralidade dos cuidados, a gestão da experiência cirúrgica começa com o estabelecimento de uma relação de ajuda, respeitando a pessoa na sua unicidade.

Implica adaptar a linguagem e utilizar estratégias facilitadoras da comunicação, permitindo a expressão de emoções e o conhecimento dos seus receios, anseios e expectativas (Wicklin, 2020). A partir desse conhecimento, é possível adotar estratégias promotoras de uma esperança realista e proporcionar diminuição da ansiedade e do medo, preparando a pessoa para as possíveis alterações na autoimagem ou diminuição de capacidades decorrentes do processo cirúrgico.

Para garantir uma experiência cirúrgica positiva, é essencial promover a participação ativa da pessoa no desenvolvimento do seu plano de cuidados, capacitando-a com conhecimento para a autodeterminação, tomada de decisão, autocuidado e recuperação, bem como a reintegração familiar e social. Dessa forma, assegura-se o cumprimento das recomendações legais e éticas, como o consentimento informado e a programação da experiência cirúrgica (Duarte & Martins, 2020; Regulamento n.º 429/2018, 2018; Wicklin, 2020).

Corroborado pela evidência científica, crê-se que a implementação da CPOE tem um impacto positivo na capacitação da pessoa para vivenciar a experiência cirúrgica. Pessoas mais informadas compreendem e reconhecem melhor a sua responsabilidade na recuperação pós cirúrgica, o que favorece a colaboração e a autonomia no processo cirúrgico. Esse envolvimento ativo traduz-se em maior satisfação e melhores resultados, como demonstrado por estudos que apontam para a eficácia dessa abordagem na promoção de um cuidado integral e de qualidade (Isabel et al., 2020; Mendes & Ferrito, 2021).

Assim e de acordo com Duarte e Martins (2020), há necessidade de aumentar o conhecimento sobre diversos aspetos técnicos, como a técnica anestésica, a técnica cirúrgica, o posicionamento da pessoa e da equipa, o tipo de material e equipamento necessário na sala operatória, bem como os exames complementares de diagnóstico, entre outros. É fundamental aprimorar competências de comunicação verbal e não verbal, para compreender e identificar corretamente os sentimentos e emoções da pessoa alvo de cuidados e da equipa interdisciplinar. A comunicação não se deve restringir a breves palavras de circunstância. É preciso cuidar da pessoa e dos pares com o respeito e a dignidade que todos merecem, promovendo uma interação que favoreça tanto a segurança do procedimento quanto o bem-estar de todos os envolvidos.

A vulnerabilidade física e emocional vivenciada pela PSP é um fator que impulsiona a ansiedade. De acordo com a CIPE, a ansiedade é definida como uma emoção negativa, caracterizada por sentimentos de ameaça, perigo ou angústia (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2019). A informação fornecida pelos enfermeiros desempenha um papel crucial na redução da ansiedade pré-operatória, como referido por Gonçalves et al. (2017). Além da informação verbal, os recursos de informação escrita, como guias e folhetos informativos, são fundamentais para facilitar a compreensão do percurso cirúrgico e transmitir segurança à pessoa (Gonçalves et al., 2017).

A literatura destaca ainda que a ansiedade pré-operatória está frequentemente relacionada com as preocupações sobre a adaptação ao período que antecede a cirurgia, bem como com o impacto da doença, da hospitalização e da cirurgia a ser realizada (Santos et al., 2018). Assim, a comunicação clara e completa contribui para a redução dessa ansiedade, ajudando a pessoa a sentir-se mais preparada e tranquila para o procedimento (Gonçalves et al., 2017).

No dia da cirurgia, ao dar entrada na UCA, a pessoa e família/pessoa significativa são acolhidas pelo enfermeiro, que tem a responsabilidade de proporcionar um acolhimento personalizado e individualizado. Durante o estágio neste contexto, priorizou-se o estabelecimento de uma relação empática, baseada na escuta ativa, num ambiente tranquilo e seguro, a fim de reduzir a ansiedade e o stress associados à situação. Também se demonstrou disponibilidade para esclarecer dúvidas e proporcionar segurança.

Barroso et al. (2021) afirmam que a identificação inequívoca da PSP é uma medida essencial para garantir a segurança dos cuidados prestados, tanto para a pessoa quanto para os profissionais de saúde. Os autores reforçam a necessidade de métodos padronizados de identificação para assegurar que o procedimento clínico é direcionado à pessoa correta. Na UCA, em conformidade com as diretrizes da DGS (2011) e o PNSD 2015-2020 (Despacho nº 1400-A/2015, 2015), todas as PSP recebem uma pulseira de identificação (com vinheta identificativa, onde constam nome completo, morada e data de nascimento), garantindo a sua correta identificação ao longo de todo o percurso assistencial, desde a admissão até à alta. No momento da alta, a pulseira de identificação é removida pelo enfermeiro, garantindo que a PSP abandone as instalações corretamente identificada. A identificação inequívoca da PSP é um procedimento seguido com especial rigor pela equipa da UCA, pois o risco de erro é real, especialmente devido ao elevado número de utentes e profissionais, bem como à multiplicidade e complexidade dos procedimentos realizados diariamente.

No acolhimento, o enfermeiro, tendo como base uma *checklist*, valida um conjunto de informações essenciais relacionadas com o processo anestésico e cirúrgico. Além disso, confirma se os ensinamentos fornecidos na CPOE foram compreendidos pela pessoa e seu cuidador/pessoa significativa. Também é fundamental garantir o cumprimento ético e legal referente ao consentimento informado, assegurando que a PSP compreende os procedimentos a que será submetida e que a sua decisão foi tomada de forma consciente e esclarecida, como já mencionado anteriormente.

Durante o estágio na UCA, foi possível participar ativamente no acolhimento da PSP, garantindo a sua privacidade num ambiente calmo e acolhedor. Além disso, procedeu-se à preparação pré-cirúrgica, incluindo: cateterismo venoso periférico; cumprimento das instruções pré-anestésicas; tricotomia dos locais cirúrgicos, quando indicado. Após a colheita de dados e a observação inicial da PSP, deu-se início ao processo de enfermagem, permitindo planejar os cuidados de forma a prevenir, organizar, avaliar e garantir a continuidade dos cuidados durante todo o período

perioperatório (Ferrito, 2014).

Desta forma e conforme preconizado pela OE (2017), a identificação das necessidades, o planeamento, a execução e a avaliação dos resultados obtidos constituem um processo contínuo ao longo das diferentes áreas perioperatórias, que se complementam entre si: anestesia; circulação; instrumentação; cuidados pós-anestésicos; consultas pré e pós-operatórias. Neste contexto, as competências comunicacionais dos EEEMCPSP são essenciais para assegurar a continuidade dos cuidados e garantir a segurança dos procedimentos (Regulamento nº 429/2018, 2018).

A DGS (2017a) destaca que a qualidade na transição dos cuidados de saúde reflete diretamente a qualidade da prestação dos cuidados e é um fator crucial para garantir a segurança da pessoa na UCPA. Assim, a transmissão de informação entre os profissionais de saúde deve ser realizada de maneira breve, precisa, completa, clara, atempada e compreendida por quem recebe a informação.

O PNSD 2015-2020 recomenda que as instituições de saúde implementem procedimentos normalizados para garantir uma comunicação eficaz (Despacho nº 1400-A/2015, 2015). Com a atualização do PNSD para o período 2021-2026, a comunicação continua a ser um pilar essencial para promover a segurança nos cuidados de saúde. O novo plano propõe medidas de atualização dos procedimentos, aperfeiçoamento das ferramentas de comunicação e a criação de programas de formação específicos, com o objetivo de melhorar a comunicação e a segurança nas transmissões de informações entre os profissionais de saúde (Despacho nº 9390/2021, 2021).

A utilização de ferramentas de uniformização de comunicação é recomendada também pela *World Health Organization* (WHO) (2024) e *Joint Commission* (2020) e, para a consecução desta recomendação, a DGS emitiu a Norma 001/2017 “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde” (DGS, 2017). A técnica ISBAR corresponde a *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendação) e é uma ferramenta padronizada de comunicação recomendada para as instituições de saúde, sendo particularmente útil na transmissão eficaz de informações em diversos contextos. De fácil memorização pelos profissionais, facilita a comunicação entre a equipa e assegura que dados essenciais para o cuidado sejam transmitidos de forma clara e organizada (DGS, 2017a).

No contexto da UCA, a técnica ISBAR está em processo de consolidação, após a sua implementação no serviço. Apesar de ser utilizada todos os dias, a sua eficácia depende de uma adaptação contínua e da aprendizagem dos profissionais envolvidos. A técnica exige competências que necessitam ser interiorizadas e praticadas para garantir a transmissão precisa e eficaz da informação. Permite que a informação seja transmitida de maneira sistemática, reunindo todos os dados relevantes e essenciais para a continuidade dos cuidados,

promovendo maior segurança e eficiência no atendimento.

A fase intraoperatória tem início no momento da transferência da pessoa para a mesa de cirurgia, após transmissão de informação pela técnica ISBAR, onde o profissional de saúde assume o papel de defensor/advogado da pessoa, garantindo que os cuidados e o plano de saúde previamente definidos sejam seguidos, mesmo diante da incapacidade da pessoa tomar decisões devido aos efeitos da anestesia e ao estado de consciência (Isabel et al., 2020; Regulamento n.º 429/2018, 2018; Wicklin, 2020). Dentro desse contexto, um dos aspetos cruciais para a segurança e o sucesso do procedimento é o posicionamento correto. O posicionamento não é apenas um ato físico de colocar o corpo numa determinada posição, mas sim um processo técnico complexo. O objetivo é movimentar e manter o corpo de modo a otimizar a exposição cirúrgica, minimizando ao máximo o comprometimento das funções fisiológicas, prevenindo lesões e favorecendo a eficiência do procedimento (Duarte & Martins, 2020; Wicklin, 2020).

Durante todo o processo, é fundamental garantir o posicionamento cirúrgico adequado, considerando as características e limitações da pessoa, que foram avaliadas previamente durante a CPOE. Envolve conhecer, providenciar e manusear corretamente todos os equipamentos necessários para o posicionamento, de acordo com o tipo de procedimento a ser realizado. Além disso, é essencial estar atento às pressões que podem ser exercidas sobre diferentes áreas do corpo, seja pelo próprio posicionamento, pela atuação dos profissionais ou pelos materiais utilizados. O objetivo é prevenir complicações, como lesões e danos nas estruturas corporais, garantindo a segurança e o bem-estar da pessoa durante a cirurgia (Duarte & Martins, 2020; Regulamento n.º 429/2018, 2018; Wicklin, 2020).

Procurou-se aplicar os objetivos do posicionamento cirúrgico, os quais incluem: garantir a exposição adequada da área a ser operada; manter o alinhamento corporal; evitar danos às estruturas neuromusculares, vasculares e à integridade da pele; assegurar a função respiratória e circulatória; permitir o acesso para administração de fluidos e medicamentos; e garantir o conforto do utente (AESOP, 2012).

Durante o estágio, foi possível observar que os diferentes membros da equipa de enfermagem colaboram de forma eficaz na preparação da SO, dos materiais e dos equipamentos necessários para o procedimento anestésico e cirúrgico. Além disso, garantem a operacionalidade da SO, assegurando as condições adequadas de higienização e os parâmetros ambientais necessários para a realização do procedimento. A equipa neste período, realiza o acolhimento da pessoa na SO, confirmando a sua identidade, apresentando os membros da equipa presentes e estabelecendo uma relação empática. Essa abordagem transmite segurança e tranquilidade à pessoa, contribuindo para um ambiente mais calmo e confiável, essencial para o sucesso do procedimento e para o bem-estar da pessoa durante o processo.

Cabe ao enfermeiro de anestesia possuir um conjunto específico de competências e

conhecimentos, incluindo domínio sobre as técnicas anestésicas, agentes anestésicos, interações farmacológicas, equipamentos e técnicas de monitorização (AESOP, 2012). De igual forma é responsável pela monitorização constante dos sinais vitais e sintomas da pessoa, realizando a análise dos resultados e intervindo conforme necessário. Para isso, deve fundamentar as suas ações no conhecimento especializado, em evidências científicas e na experiência profissional, garantindo a segurança da pessoa durante todo o processo anestésico (Regulamento nº 429/2018, 2018).

Durante o período de estágio, observou-se e colaborou-se em diversas técnicas anestésicas, como o bloqueio de nervos periféricos e o bloqueio do neuroeixo. Além disso, foram utilizados diversos equipamentos de monitorização e ventilação diferentes dos comumente utilizados, o que foi enriquecedor. Essa experiência contribuiu significativamente para a aquisição de novos conhecimentos e competências, ampliando assim a capacidade de intervenção e proporcionando uma visão mais abrangente dos cuidados anestésicos prestados à PSP.

O enfermeiro circulante desempenha um papel essencial como elo de ligação entre os diversos profissionais envolvidos no processo cirúrgico, sendo por isso considerado o gestor da SO (AESOP, 2012). A sua função é colaborar estreitamente com o enfermeiro de anestesia, garantindo a segurança e o bem-estar da pessoa, com o enfermeiro instrumentista, na manutenção da assepsia e segurança durante o procedimento cirúrgico e com toda a equipa cirúrgica, na gestão dos riscos associados ao BO, na segurança do ambiente e na gestão organizacional da SO. Essa colaboração interdisciplinar é fundamental para assegurar que todos os aspetos do procedimento sejam realizados com máxima segurança e eficiência (AESOP, 2012).

Tão importantes quanto as competências técnicas, as competências não técnicas desempenham um papel crucial no trabalho do enfermeiro circulante. Essas competências permitem que o enfermeiro antecipe procedimentos de forma assertiva, eficaz e eficiente, minimizando riscos, otimizando e organizando equipamentos, adotando boas práticas e lidando com situações de emergência e *stress* sem interferir com a organização e atividades da equipa. Além disso, são essenciais para facilitar a comunicação verbal e não verbal, garantindo a segurança da pessoa, da equipa cirúrgica e do ambiente (Paula, 2019).

Na UCA, é preferencialmente o EE que desempenha essas funções, dada a sua formação e experiência específicas. No entanto, devido ao reduzido número de profissionais especializados, a responsabilidade acaba recaindo, muitas vezes, sobre o enfermeiro mais experiente da SO. Exige que estes profissionais não apenas possuam habilidades técnicas sólidas, mas também uma capacidade elevada de gerir e coordenar o ambiente cirúrgico de maneira segura e eficaz, mesmo em situações desafiadoras.

Durante o estágio foi enriquecedor colaborar com o enfermeiro circulante, uma vez que essa função é, geralmente, atribuída a um enfermeiro muito experiente, que possui conhecimentos

profundos sobre todos os procedimentos, a localização e o funcionamento de todos os equipamentos e materiais necessários para garantir a realização segura dos planos operatórios. Esse enfermeiro trabalha em estreita colaboração com os outros membros da equipa cirúrgica, coordenando as atividades e garantindo a fluidez das operações. Como responsável pela sala, o enfermeiro circulante tem a missão de assegurar todas as condições de segurança, criando um ambiente adequado para o desenvolvimento dos procedimentos cirúrgicos, minimizando riscos. A sua experiência e capacidade organizacional são fundamentais para o sucesso e a segurança de todo o processo.

Cabe ainda ao enfermeiro circulante a responsabilidade pelo preenchimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC), que deve ser realizada em todas as cirurgias, conforme a recomendação da DGS. A LVSC é uma ferramenta crucial para garantir a segurança e o sucesso do procedimento cirúrgico, minimizando riscos evitáveis que possam comprometer a vida e o bem-estar da pessoa submetida à cirurgia (DGS, 2010). O objetivo é melhorar a identificação correta da PSP, do procedimento e do local cirúrgico, adotar práticas anestésicas aceites globalmente, prevenir ILC e aprimorar o trabalho em equipa e comunicação entre os membros da equipa cirúrgica. A OMS definiu três momentos chave para a utilização da LVSC: antes da indução da anestesia, antes da incisão da pele e antes da saída do utente da SO (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015).

A sua implementação exige a interação de toda a equipa envolvida no processo cirúrgico, mas, na prática, observa-se um desinteresse por parte de muitas equipas médicas quanto à aplicação rigorosa deste instrumento. Esse desinteresse pode comprometer a eficácia da LVSC e, consequentemente, afetar a segurança e os resultados do procedimento cirúrgico. A adesão total da equipa médica e de enfermagem à aplicação da LVSC é fundamental para garantir que todos os aspetos de segurança sejam devidamente observados e cumpridos. Esta situação gerou uma reflexão sobre como motivar e envolver toda a equipa multidisciplinar no processo de implementação rigorosa da LVSC. Após reflexão com a enfermeira tutora, chegou-se à conclusão de que seria possível iniciar uma mudança de comportamentos sensibilizando os membros da equipa médica que demonstraram abertura para a questão. A ideia seria criar uma aceitação gradual, começando com aqueles mais recetivos, e depois expandir essa aceitação para os demais intervenientes, persistindo na fundamentação da importância de adotar boas práticas baseadas em evidências científicas. Esta abordagem está alinhada com os PQCEEMC, que estabelecem como responsabilidade do EEEMCPSP promover resultados positivos e influenciar as equipas de forma a beneficiar a segurança e o bem-estar da pessoa (OE, 2017). Desta maneira, o enfermeiro tem um papel fundamental na promoção de boas práticas e na condução da equipa para a implementação de protocolos que garantam a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Conforme recomendado pela OMS e WHO (2009), na UCA, o enfermeiro circulante é responsável pelo preenchimento da LVSC. No entanto, há situações em que o "time out" (antes da incisão da

pele) não é cumprido de maneira rigorosa, o que gera preocupação, pois a não conformidade com uma recomendação tão crucial para a segurança do utente e da equipa pode aumentar o risco de erros. Gonçalves (2023) destaca que o uso da LVSC fortalece a cultura de segurança no BO, melhora a comunicação dentro da equipa multidisciplinar e permite antecipar necessidades intraoperatórias. Além disso, reduz a mortalidade, diminui complicações pós-operatórias (como infeções, readmissões e reintervenções), eventos adversos e previne erros, beneficiando diretamente a segurança do utente.

Durante o período intraoperatório, as intervenções do enfermeiro instrumentista demandam competências técnicas e relacionais avançadas (Viegas & Névoa, 2014). A manutenção da assepsia no campo operatório e a correta organização dos instrumentos na mesa operatória são fundamentais para garantir a segurança e o sucesso do procedimento. O enfermeiro instrumentista deve ser capaz de organizar adequadamente o material cirúrgico na mesa operatória, fornecer os instrumentos de forma cuidadosa e atempada, além de possuir um conhecimento profundo da técnica cirúrgica em questão. Estas competências técnicas, associadas ao conhecimento das técnicas específicas de cada procedimento, potencializam a qualidade da cirurgia, minimizando riscos e contribuindo para o sucesso cirúrgico (AESOP, 2012). Além disso, o enfermeiro instrumentista desempenha um papel essencial na comunicação com a equipa cirúrgica, garantindo que todos os passos sejam executados de maneira coordenada e eficiente.

O enfermeiro instrumentista tem assim uma responsabilidade fundamental na segurança da PSP, trabalhando em estreita colaboração com a equipa cirúrgica. Deve estar atento para evitar pressões indevidas no corpo da pessoa, prevenindo possíveis falhas na técnica asséptica, minimizando o traumatismo tecidual e contribuindo para a redução do tempo cirúrgico. Ao garantir que todos esses aspetos sejam devidamente respeitados, o enfermeiro instrumentista ajuda a manter a integridade da pessoa e a otimizar os resultados do procedimento, assegurando a sua segurança e bem-estar durante o ato cirúrgico (Regulamento nº 429/2018, 2018).

Nas salas operatórias da UCA, a função de enfermeiro instrumentista não é desempenhada da mesma forma por todos os membros da equipa, devido à grande diversidade de técnicas cirúrgicas e equipamentos envolvidos, que exigem constante atualização de conhecimentos. A complexidade dessas técnicas requer um elevado nível de destreza, concentração e especialização. Para garantir uma resposta eficaz e diferenciada nos procedimentos cirúrgicos, os enfermeiros instrumentistas são organizados por áreas de especialidade cirúrgica, permitindo um investimento formativo mais direcionado e específico para cada tipo de intervenção. Este modelo de organização permite que cada enfermeiro instrumentista consolide conhecimentos nas particularidades e exigências das técnicas e dos equipamentos da especialidade cirúrgica em específico, promovendo maior segurança e eficácia no cuidado prestado durante os procedimentos cirúrgicos. Além disso, essa divisão por especialidades contribui para uma maior

qualidade nos resultados das cirurgias e para a formação contínua dos profissionais, que podem atualizar-se e melhorar as suas habilidades de forma mais direcionada.

Observou-se que as cirurgias mais complexas ou realizadas com menor frequência geram um nível elevado de stress, principalmente entre os enfermeiros menos experientes, devido à insegurança que essas situações podem provocar. Nesse contexto, considera-se que a diferenciação nas funções dos enfermeiros instrumentistas por áreas de especialidade torna-se numa estratégia positiva, pois permite que os profissionais se tornem mais preparados e confiantes nas suas práticas, ao adquirirem maior experiência numa área específica. Além disso, ao trabalhar com os mesmos profissionais de forma constante, estabelece-se uma relação de confiança, o que favorece uma maior eficiência na execução dos procedimentos, uma vez que os membros da equipa já estão familiarizados com os hábitos e dinâmicas do grupo, facilitando o processo cirúrgico.

Porém, uma das desvantagens dessa diferenciação é a dificuldade em realizar a distribuição das equipas em situações de absentismo. Este facto pode gerar desafios logísticos, já que a especialização de cada profissional pode dificultar a substituição de enfermeiros em áreas específicas, comprometendo a fluidez do trabalho no ambiente cirúrgico. Essa questão exige estratégias alternativas para garantir que a equipa continue a funcionar de forma eficaz, mesmo em casos de ausências inesperadas.

No período pós-anestésico, que se inicia com a transferência da pessoa para a UCPA, a principal preocupação é garantir o conforto térmico, realizar a vigilância pós-anestésica e monitorizar o controlo da dor. O período pós-anestésico divide-se em três fases: a fase de recuperação I (recobro imediato), a fase de recuperação II (recobro intermédio) e a fase de recuperação III (recobro tardio e vigilância após a alta) (SPA, 2017).

Na fase de recuperação I, a PSP é acolhida e instalada num espaço individualizado, equipado com monitor de sinais vitais, rampa de oxigénio e de vácuo e dispositivo de aquecimento. A avaliação nesta fase inclui a função respiratória, cardiovascular, alterações sensoriomotoras, estado de consciência, permeabilidade de acessos vasculares e drenagens, integridade cutânea e pensos, nível de dor e o bem-estar e conforto da PSP (Viegas & Névoa, 2014; SPA, 2017). O objetivo é antecipar e prevenir possíveis complicações anestésicas e cirúrgicas e agir de forma competente e imediata caso ocorram (AESOP, 2012).

Em CA, além da estabilidade hemodinâmica, objetiva-se garantir que o utente experiencie uma recuperação rápida, sem dor, náuseas ou vômitos, para que a transição para a segunda fase de recuperação e, posteriormente, para o domicílio, seja segura e harmoniosa (IAAS, 2014).

Com o objetivo de melhorar a recuperação pós-operatória, foram emitidas recomendações pela APCA para a profilaxia e tratamento de náuseas e vômitos, bem como para o tratamento da dor aguda pós-operatória em CA. A ocorrência de náuseas e vômitos no pós-operatório afeta

significativamente a qualidade de vida do utente, sendo não apenas uma fonte de desconforto, mas também podendo causar complicações graves, como hemorragia pós-operatória, deiscência de sutura ou desequilíbrio hidroeletrólítico (APCA, 2012).

A dor no pós-operatório influencia diretamente o retorno às atividades diárias, podendo levar ao prolongamento da permanência hospitalar, internamento e readmissões hospitalares (APCA, 2013). O controlo eficaz dessa sintomatologia é especialmente importante no contexto de ambulatório, pois exige uma preparação adequada para a recuperação domiciliar do utente, garantindo o sucesso e a qualidade dos cuidados anestésicos (APCA, 2013).

O controlo e a avaliação da dor são responsabilidades essenciais do EE, além de serem um direito das pessoas. Como destaca Lobão (2021), o enfermeiro desempenha um papel fundamental na identificação, avaliação, controlo e registo da dor, com o objetivo de proporcionar conforto, dignidade e qualidade de vida às pessoas submetidas a cirurgia. Quando essas pessoas realizam o pós-operatório em casa, a orientação contínua dos enfermeiros contribui para que se sintam mais acompanhadas e seguras, o que é crucial para uma recuperação mais tranquila e bem-sucedida. Os cuidados de enfermagem voltados para o controlo da dor devem começar na CPOE, onde o enfermeiro, ao compreender a fisiopatologia da dor e as estratégias de redução, pode estabelecer um plano eficaz. Esse plano deve ser elaborado levando em consideração a natureza e duração dos procedimentos, além de incluir uma comunicação eficaz com a pessoa, para identificar comorbilidades associadas, medicação domiciliária, experiências dolorosas anteriores, tipo e extensão da incisão e cuidados anestésicos perioperatórios. Desta forma, o EE tem em mãos as informações necessárias para elaborar um plano individualizado de controlo da dor, garantindo uma recuperação mais confortável e segura (APCA, 2013; Sousa, 2014).

Como recomenda Maia (2023), é fundamental que a pessoa tenha conhecimento sobre o instrumento utilizado para a avaliação da dor. Alinhado à prática da UCA, a pessoa foi sempre orientada sobre a escala numérica de dor, garantindo que fosse utilizada de maneira correta e eficaz. Este processo de educação contribui para uma avaliação mais precisa da dor e para o envolvimento da pessoa no seu próprio cuidado.

Além das intervenções farmacológicas para o controlo eficaz da dor, realizadas em colaboração com o anestesista, procurou-se implementar de forma autónoma algumas estratégias não farmacológicas na UCPA. Destaca-se a mudança de posicionamento, massagem com creme hidratante nas zonas de pressão, aplicação de gelo se indicado e a redução do ruído e da intensidade das luzes, que podem causar desconforto, contribuindo para um ambiente mais calmo e confortável para a pessoa em recuperação.

Na UCA, a dor é tratada com extrema atenção e a equipa de enfermagem tem implementado um Projeto de Melhoria intitulado "Cuidar da pessoa com dor no perioperatório". Este projeto defende que a avaliação e o registo da dor sejam realizados de forma contínua, desde a CPOE

até ao telefonema das 24 horas pós-operatórias (ou mais tarde, se necessário). O principal objetivo é minimizar as consequências negativas da dor aguda, ajudando a pessoa a fazer uma transição gradual à sua vida quotidiana. Um controlo adequado da dor não só reduz o sofrimento, mas também contribui para a redução da permanência na unidade, facilita a mobilização precoce e melhora a capacidade de realizar as atividades da vida diária. Por sua vez, aumenta a satisfação da pessoa com o processo de recuperação (Horn et al., 2024).

Durante o estágio na UCPA, a prestação de cuidados permitiu o desenvolvimento de competências específicas de vigilância, facilitando a identificação das necessidades dos utentes, o planeamento e a execução das intervenções adequadas e a avaliação dos resultados obtidos. Esta experiência também envolveu adotar uma postura antecipatória em relação às potenciais complicações, trabalhando em estreita colaboração com a equipa de anestesiológicos de serviço. O objetivo sempre foi garantir a segurança e o conforto do utente, proporcionando uma recuperação pós-operatória eficiente e tranquila.

Não existem normas rígidas quanto ao tempo de permanência na UCPA, devendo cada caso ser avaliado individualmente (SPA, 2017). Após a recuperação do estado de consciência, estabilização dos sinais vitais e controlo da dor, náuseas e vômitos, pode ser realizada a transição do utente para a próxima fase de recuperação, que envolve o processo de recuperação clínica até que este esteja apto para regressar a casa de forma segura (SPA, 2017).

Na fase de recuperação II, inicia-se o levante progressivo, a ingestão de alimentos e a deambulação, sempre com o apoio e supervisão do enfermeiro. O enfermeiro avalia a tolerância do utente a estes procedimentos e atividades, garantindo uma recuperação contínua e segura (Lima & Pinto, 2014).

Na UCA, de acordo com o PAI, a alta do utente depende do cumprimento de critérios específicos, que são confirmados pela equipa médica e de enfermagem. Esses critérios incluem: dor controlada, ausência de hemorragia ativa, sinais vitais estáveis sem necessidade de intervenção farmacológica, ausência de náuseas ou vômitos e recuperação do grau de atividade. Após atender a esses critérios, a PSP é acompanhada até ao gabinete de alta, onde a presença de um acompanhante é solicitada para garantir que todas as informações necessárias à segurança da recuperação pós-operatória sejam comunicadas de forma clara e compreendida.

A comunicação eficaz com a PSP é essencial para a qualidade dos cuidados prestados e desempenha um papel importante no bem-estar durante o processo cirúrgico, ajudando a minimizar a ansiedade. Este processo exige compromisso e dedicação contínuos por parte da equipa de enfermagem, sendo fundamental o investimento numa comunicação terapêutica e empática, o que contribui para a satisfação do utente e sua família, além de promover a humanização dos cuidados.

Um momento crucial no processo de cuidado cirúrgico é o momento da alta. Na UCA, o

enfermeiro, durante a alta, reúne o utente e sua família/pessoa significativa que o acompanha num gabinete próprio para o efeito, proporcionando um ambiente tranquilo para transmitir informações e recomendações para o pós-operatório. Como destaca Gaspar (2022), os enfermeiros muitas vezes trabalham em contextos de tempo limitado e com interrupções frequentes. Portanto, é fundamental garantir que a transmissão de informações à família ou pessoa significativa seja feita de forma eficiente e eficaz, num local calmo, sem ruídos ou interferências.

Na CA, é essencial validar com o utente e sua família/pessoa significativa os ensinamentos sobre os cuidados a serem tomados em casa, as possíveis complicações, o esquema de medicação, as limitações impostas pela anestesia e pela cirurgia, bem como o retorno às atividades quotidianas. Além disso, é importante entregar o folheto informativo específico sobre a cirurgia realizada, as cartas de alta e informar sobre o telefonema que será feito nas 24 horas seguintes, funcionando como uma consulta de enfermagem pós-operatória, explicando o seu motivo e importância. Também deve ser fornecido um inquérito de satisfação, que a pessoa deve preencher, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

O envolvimento da família/pessoa significativa durante todo o processo cirúrgico é igualmente imprescindível, pois, como descrito por Mendes et al. (2020), esse envolvimento é um aspeto positivo que contribui para que o utente se sinta mais seguro e participativo nos cuidados.

A UCA, conforme regulamentado pelo Decreto-Lei nº 13/2009 de 12 de janeiro (2009), oferece a medicação analgésica para que a pessoa possa levar para o domicílio, sendo entregue pelo enfermeiro no momento da alta. Nesse contexto, a competência dos enfermeiros desempenha um papel fundamental na educação da pessoa e da sua família ou pessoa significativa sobre o controlo da dor no pós-operatório. A capacitação dos cuidadores e familiares é essencial e envolve uma abordagem tanto farmacológica quanto não farmacológica. Inclui orientações sobre como administrar a medicação corretamente, respeitando a posologia e a via de administração prescritas, além de estratégias não farmacológicas que também contribuem para o alívio da dor. Esse processo educativo resulta em melhores resultados na gestão da dor, proporcionando uma recuperação mais tranquila, aumentando a qualidade de vida das pessoas (Santos, 2022).

Para acompanhar o pós-operatório imediato, é realizado o telefonema das 24 horas a todas as pessoas que foram submetidas a cirurgia na UCA. Já o telefonema dos 30 dias é feito a 10% dos utentes, selecionados aleatoriamente. O telefonema das 24 horas é conduzido pelo enfermeiro, utilizando uma aplicação informática para o registo. Tem a função de avaliar o utente, reforçar os ensinamentos fornecidos, identificar possíveis complicações e avaliar a eficácia dos protocolos de analgesia (AESOP, 2012). Quanto ao telefonema dos 30 dias, o seu principal objetivo é avaliar o grau de satisfação do utente. Os dados obtidos por meio desse telefonema são usados para promover práticas de melhoria contínua na qualidade dos cuidados prestados.

Os registos desempenham um papel fundamental, pois refletem os cuidados perioperatórios e permitem a avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem. Além disso, esses registos são essenciais para a transmissão de informações e para a promoção da continuidade dos cuidados, uma vez que garantem o acesso a todos os dados do utente de acordo com os princípios éticos e legais (Lopes, 2022).

Constatou-se que os registos de enfermagem são um instrumento indispensável para garantir a prestação de cuidados de enfermagem de excelência. Permitem a documentação, análise e avaliação dos ganhos em saúde, além de assegurar a continuidade dos cuidados. A sua contribuição para o desenvolvimento da profissão é inegável, promovendo a comprovação do desempenho profissional dos enfermeiros. Além disso, os registos de enfermagem constituem uma base fundamental para estudos científicos, projetos de investigação, sustentando a PBE (OE, 2022).

Este estágio proporcionou uma reflexão profunda sobre a importância da articulação entre os diversos membros da equipa no processo cirúrgico, destacando as responsabilidades individuais e coletivas para o sucesso da experiência cirúrgica do utente. Foi uma oportunidade para exercer funções dentro da equipa pluridisciplinar, com foco na comunicação assertiva, essencial para a eficácia do trabalho em equipa. Além disso, foi possível desenvolver competências na gestão de situações de stress e conflito, promovendo, ao mesmo tempo, um ambiente sereno e seguro para o utente e para a equipa.

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

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho (2018), o EEEPSP deve garantir a segurança da pessoa, dos profissionais e do ambiente, mobilizando conhecimentos e habilidades e agindo de acordo com a ética profissional. A AORN (2022b) reconhece o ambiente perioperatório como um espaço de elevado risco, onde a vulnerabilidade da PSP aumenta o potencial de danos. Por isso, exige que os profissionais de saúde priorizem a segurança da pessoa, reforçando que a principal responsabilidade do enfermeiro perioperatório é promover a saúde, o bem-estar e a segurança. Essa ênfase na segurança, tanto pela AORN quanto pelo regulamento citado, está alinhada com o domínio da segurança preconizado pelo PPFM (Wickin, 2020).

A complexidade do ambiente perioperatório, marcada pelo uso de alta tecnologia e dispositivos médicos avançados, aumenta os riscos envolvidos (Matos et al., 2021). O EEEP, munido de conhecimentos técnicos, científicos e humanos, procura garantir a segurança da PSP, dos procedimentos e de todos os intervenientes no BO, baseando as suas decisões na ética profissional (OE, 2017).

O elevado risco nos cuidados perioperatórios resulta assim de múltiplos fatores, incluindo a

complexidade dos procedimentos, os antecedentes e patologias da PSP, o contexto, o ambiente e os recursos disponíveis. Por isso, a gestão eficaz desses elementos é essencial para minimizar os riscos para a PSP e os profissionais (Barroso et al., 2021). Durante o estágio, foi possível aplicar e aprimorar estratégias de prevenção dos riscos intraoperatórios, possibilitando um planejamento adequado das intervenções de enfermagem, sempre com foco na segurança da PSP.

A utilização de listas padronizadas, como *checklists* de instrumentos, equipamentos e materiais organizados por especialidade cirúrgica, desempenha um papel crucial na garantia da preparação adequada e eficaz para os procedimentos cirúrgicos. Essas listas, adotadas no serviço, visam assegurar que todos os recursos necessários estejam devidamente preparados, evitando esquecimentos e contribuindo para a eficiência e segurança das cirurgias.

Como apontado por Bitar et al. (2021), a padronização das práticas é uma estratégia eficaz para garantir a segurança cirúrgica e prevenir erros graves. A adoção de *checklists* também serve como uma ferramenta crucial para identificar e reduzir o risco de consequências indesejadas, como os erros cirúrgicos (McConnell et al., 2012).

Na perspectiva de Benner (2001), a documentação, incluindo as *checklists*, assume um papel distinto dependendo da experiência do enfermeiro. Para o enfermeiro iniciado, sem experiência significativa, as *checklists* servem como um suporte essencial para orientar e garantir que nada seja esquecido. Já para o enfermeiro perito, a utilização dessas ferramentas pode atuar como uma validação mental, reforçando a sua intuição e pensamento crítico ao abordar a situação. Esse equilíbrio entre a estrutura das listas e a autonomia do enfermeiro experiente contribui para a alta qualidade e segurança dos cuidados perioperatórios.

Com a crescente adoção da CA como modelo preferencial no futuro, torna-se essencial garantir a segurança da PSP. Nesse contexto, o EE desempenha um papel fundamental na gestão do risco, na identificação de práticas suscetíveis a erros e eventos adversos e na implementação de uma abordagem preventiva e promotora da segurança, assegurando a aprendizagem e a melhoria contínua.

O uso de estratégias de comunicação eficaz e medidas de segurança, como a dupla confirmação e a identificação e armazenamento corretos da medicação, é fundamental para prevenir danos na preparação e administração terapêutica. Essas práticas foram parte integrante das intervenções diárias na UCA, garantindo a gestão segura dos protocolos terapêuticos em procedimentos anestésicos e cirúrgicos. Destaca-se que a UCA segue as normas da DGS, incluindo a Norma 008/2023 de 19 de dezembro de 2023 (DGS, 2023), para a implementação de práticas seguras no manuseio de medicamentos de alta vigilância, como os medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante, designados LASA ("*look-alike, sound-alike*") e de alerta máximo. Além disso, os procedimentos sobre o uso seguro de medicamentos são atualizados conforme necessário e divulgados à equipa em ações de formação.

O Regulamento n.º 429/2018 (2018) reconhece que uma das competências específicas do EEEMC é a maximização da segurança da PSP e da equipa pluridisciplinar. Essa competência está alinhada com o conceito de consciência cirúrgica, que implica a promoção ativa de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório. A consciência cirúrgica é um princípio ético e moral que orienta o profissional no cuidado perioperatório, garantindo uma atuação de referência em benefício da pessoa, independentemente do controlo externo (Regulamento n.º 429/2018, 2018). É definida como sendo um conceito central na prática dos enfermeiros perioperatórios, representando a obrigação moral de garantir a assepsia cirúrgica e a segurança da pessoa, independentemente de custos ou consequências (Duff et al., 2021). Segundo estes autores, a consciência cirúrgica assenta em três elementos: conhecimento sobre assepsia e segurança, capacidade técnica para aplicar esse mesmo conhecimento e consciência situacional. Dessa forma, tanto o conhecimento teórico quanto as competências técnicas e não técnicas são essenciais para assegurar a assepsia cirúrgica e a segurança operatória (Duff et al., 2021).

O posicionamento adequado da PSP durante a cirurgia é um dos pilares fundamentais para a segurança do utente. Como destacado pela *European Operating Room Nurses Association* (EORNA) (2023), o correto posicionamento da PSP não só facilita a exposição adequada do campo cirúrgico e o acesso ideal para a equipa, mas também assegura que as vias aéreas, acessos venosos e equipamentos de monitorização não sejam comprometidos. Além disso, um posicionamento adequado garante o conforto do utente, evitando lesões ou complicações resultantes de pressões prolongadas, movimentos inadequados ou posições incorretas na mesa operatória.

O risco de lesões pode ser minimizado com a avaliação cuidadosa da condição física da PSP, o uso de almofadas ou suportes adequados e a verificação constante durante a cirurgia. O enfermeiro perioperatório, juntamente com a equipa cirúrgica, desempenha um papel essencial na implementação e monitorização do posicionamento correto, garantindo que ele seja mantido de maneira segura ao longo de toda a intervenção.

As lesões relacionadas com o posicionamento intraoperatório são um risco significativo no ambiente cirúrgico e podem ter várias causas. Como destacado por Salazar-Maya (2022), os fatores que contribuem para essas lesões incluem tanto as características da PSP (como idade, comorbilidades, estado nutricional, peso e integridade da pele) quanto aspetos relacionados com o próprio procedimento, como a duração da cirurgia, a pressão aplicada, e a adequação dos equipamentos de posicionamento e proteção.

Portanto, uma avaliação pré-operatória cuidadosa do risco de lesão, levando em consideração as necessidades individuais de cada PSP, é essencial para garantir a segurança durante o processo cirúrgico. A utilização de equipamentos apropriados, como almofadas, suportes e colchões de pressão, é fundamental para prevenir lesões decorrentes de pressões prolongadas,

atrito e fricção. Além disso, a presença de profissionais suficientes e preparados para realizar o posicionamento correto é imprescindível para minimizar os riscos de complicações, como lesões nervosas, circulatórias e de pele. A colaboração entre a equipa cirúrgica, os enfermeiros e outros profissionais de saúde é vital para que essas medidas sejam implementadas de maneira eficaz, garantindo a segurança da PSP durante todo o procedimento (EORNA, 2023).

Em contexto de estágio, o posicionamento cirúrgico foi planeado de forma cuidadosa. O plano operatório diário, acessível aos enfermeiros, contém informações essenciais para o planeamento das intervenções de enfermagem, como o nome do cirurgião, diagnóstico, intervenção cirúrgica, posicionamento desejado e equipamentos específicos. Com base nesta planificação atempada, foi possível organizar o uso dos equipamentos necessários para proteger as zonas de risco de lesão devido à proeminência óssea. Como o posicionamento ocorre após a indução anestésica, a sua importância é ainda maior, já que o utente permanece imobilizado e incapaz de expressar dor ou desconforto.

O posicionamento cirúrgico é realizado em colaboração com toda a equipa, garantindo firmeza e segurança. O anestesiológista coordena o procedimento, assegurando a proteção da cabeça, via aérea, acessos venosos e monitorização, com apoio do enfermeiro de anestesia. Os outros membros da equipa realizam o movimento conforme a orientação recebida, garantindo o alinhamento corporal adequado e o apoio das extremidades e articulações. O alinhamento correto é utilizado para distribuir a pressão uniformemente e proteger as áreas de risco, como as proeminências ósseas e nervosas. A gestão dos recursos, devido à sua limitação, é crucial, sendo utilizados dispositivos em espuma e gel em cirurgias mais longas ou posicionamentos ventrais, enquanto lençóis e almofadas comuns são usados quando necessário (Burlingame, 2017).

Na prática intraoperatória, não é utilizada uma escala específica para avaliar o risco de lesões, reconhecendo-se que a Escala de Braden, utilizada e aplicada na instituição, não é adequada para o contexto cirúrgico, pois as particularidades do ambiente operatório, onde fatores como imobilização do utente e a pressão contínua sobre áreas específicas do corpo exigem uma abordagem diferenciada para a prevenção de lesões. Contudo e segundo um estudo realizado por Oliveira (2023), a Escala de Avaliação do Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico (ELPO) destaca-se como um instrumento eficaz para avaliar o risco de lesões por pressão associadas ao posicionamento cirúrgico. A escala é uma ferramenta importante para apoiar a tomada de decisão do EEEMCPSP, permitindo identificar utentes com maior risco de desenvolver essas lesões. Uteses classificados com maior risco têm maior probabilidade de sofrer lesões decorrentes do posicionamento, o que facilita o planeamento e a implementação de cuidados adequados e seguros durante o processo cirúrgico (Oliveira, 2023).

Ainda relacionado com o posicionamento correto do utente e a evicção de lesões, identificou-se

uma lacuna e oportunidade de intervenção na área das lesões oculares na PSP. Sendo a úlcera de córnea um foco de atenção e o risco de úlcera de córnea um diagnóstico de enfermagem, pretendeu-se sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da implementação de intervenções autónomas com base na evidência científica. Esta é uma área de interesse e inquietação, pois esta situação é relativamente frequente em doentes submetidos a procedimentos cirúrgicos, sob anestesia geral.

A evidência aponta que as lesões da superfície ocular são recorrentes nas unidades de prestação de cuidados, mas essa situação pode ser revertida se a equipa de enfermagem for capacitada para identificar os fatores de risco que predispõem a essas lesões (Moraes et al., 2022). O compromisso ocular, frequente na PSP, pode prolongar o tempo de internamento, com consequências mais graves, como o aumento da vulnerabilidade a infeções nosocomiais, podendo atrasar a alta hospitalar e comprometer a reintegração do utente na sua vida familiar, profissional e social (Santos et al., 2023). A proteção ocular é essencial nessas situações, pois uma pessoa sedada ou anestesiada não pode manifestar a redução da acuidade visual, o desconforto causado pela dor ou a sensibilidade à luz (fotofobia), aumentando o risco de danos permanentes, incluindo perda parcial ou total da visão.

O risco de lesão na superfície ocular pode atingir uma incidência que varia entre 59,4% (Oliveira et al., 2016) e 83,3% das pessoas (Hayakawa et al., 2020; Werli-Alvarenga et al., 2011). De acordo com Alansari et al. (2015), o período entre a admissão e o aparecimento das lesões pode variar de 2 a 7 dias. A queratopatia de exposição é a lesão mais prevalente (com incidências entre 3,6% e 60%), seguida da situação de quemose (9%-80%) e por fim a queratite microbiana (Alansari et al., 2015). Reynolds e Thompson (2023) destacam o papel essencial das intervenções de enfermagem na prevenção de lesões oculares no período perioperatório, como abrasões da córnea, cuja incidência varia entre 0,17% e 0,44%.

Os fatores mais evidentes para o risco de lesões na superfície ocular incluem: a ausência do reflexo de pestanejar, a exposição ocular ao ar ambiente, sedação ou coma que reduzem o nível de consciência, o uso de fármacos para manutenção dos sistemas vitais, instabilidade hemodinâmica e o tipo de suporte ventilatório (Moraes et al., 2022). As intervenções devem ser implementadas de forma atempada, sistemática e sistematizada, utilizando tecnologia de suporte e uma avaliação constante, que auxilie na tomada de decisão do enfermeiro (Benner et al., 2011; Tanner, 2006). Os estudos indicam que o conhecimento dos enfermeiros sobre os fatores de risco, o reconhecimento de complicações e a importância da prevenção de lesões oculares é insuficiente, sendo frequentemente baseado em experiências pessoais e com pouca fundamentação científica (Moraes et al., 2022).

As intervenções de enfermagem passam por aplicar gel lubrificante/pomada oftálmica nos globos oculares e proceder ao correto encerramento das pálpebras (através de colocação de penso ocular em cada olho), para assim evitar a inadvertida exposição ocular e reduzir o risco

de úlcera de córnea por exposição. Estas ações deverão decorrer após o doente estar anestesiado e imediatamente antes do início da intervenção cirúrgica. A formação, a padronização dos cuidados e a monitorização das lesões oculares contribuem para a melhoria dos cuidados prestados à PSP. Requer uma observação cuidadosa e criteriosa, assim como vigilância constante, constituindo-se esta como condição fundamental para a implementação de medidas em tempo útil e com impacto nos resultados obtidos. Torna-se fundamental que o enfermeiro, consciencializando-se das melhores práticas, apresente uma atitude de prevenção e vigilância antecipatória, tomando decisões fundamentadas e evitando assim eventos adversos.

Neste âmbito foi realizada uma formação em serviço intitulada “Intervenção especializada de enfermagem na prevenção de lesões oculares na pessoa em situação perioperatória” com os objetivos de consciencializar a equipa tendo em vista a prevenção, identificação precoce e implementação de estratégias de intervenção adequadas neste domínio de atuação; e sensibilizar a equipa para a operacionalização das intervenções de enfermagem através do registo clínico, em linguagem classificada, no sistema operativo *Patient Care®*. Sendo mais um momento de partilha de conhecimento, verificou-se que a equipa foi recetiva tendo ficado sensibilizada para a temática.

No processo clínico da PSP, a equipa de enfermagem regista detalhadamente os posicionamentos realizados durante o ato cirúrgico, os equipamentos de proteção e posicionamento utilizados, assim como quaisquer alterações observadas na integridade da pele. Esses registos são essenciais para garantir a continuidade dos cuidados, permitindo que a equipa médica e de enfermagem tenha acesso às informações necessárias para monitorizar e prevenir complicações ao longo do período pós-operatório.

Ao longo do estágio, foram priorizados procedimentos relacionados à promoção de um ambiente seguro, à prevenção e controlo de infeções e à gestão dos dispositivos médicos no perioperatório. A demonstração de consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro no perioperatório foi uma competência desenvolvida e aprimorada durante o estágio, fundamentando a prática na mais recente evidência científica. Isso permitiu atuar como modelo de referência, promovendo uma cultura de segurança e garantindo a máxima eficiência nas intervenções.

A prevenção e o controlo das IACS são desafios prioritários para instituições e profissionais, devido ao impacto dessas infeções nos utentes, nas unidades de saúde e na comunidade (DGS, 2017). No contexto das IACS, as infeções associadas aos cuidados perioperatórios mais relevantes são as ILC, que são consideradas um dos incidentes mais frequentes associados à atividade cirúrgica (Viegas, 2019). A ILC é multifatorial, estando relacionada com a condição da pessoa, o procedimento cirúrgico e as características do agente patogénico envolvido. Pode ocorrer no local da incisão cutânea ou nas proximidades, nos primeiros trinta dias após a cirurgia, ou até três meses após a colocação de uma prótese (DGS, 2022).

Em Portugal, apesar de a ILC ser uma das infeções mais prevalentes, houve uma redução na taxa global de incidência de ILC entre 2015 e 2020 (DGS, 2022a). Embora o contexto pandémico tenha levado a um decréscimo no número de organizações participantes na vigilância epidemiológica, as medidas implementadas nas políticas de saúde, incluindo a publicação de normas, contribuíram para a promoção de boas práticas na prevenção de ILC nos cuidados perioperatórios (DGS, 2022a).

De fato, as orientações do PNSD, publicadas em 2015 e mais tarde atualizadas em 2021, mantêm como objetivos estratégicos a prevenção e o controlo das IACS, incentivando a adesão das instituições e profissionais às normas e programas de estratégias multimodais de prevenção e controlo de infeções (Despacho nº 1400-A/2015, 2015; Despacho nº 9390/2021, 2021).

De acordo com o "Feixe de intervenções para a prevenção da ILC", publicado pela DGS em 2015 e atualizado em 2022, o sucesso na prevenção da ILC depende da combinação de várias medidas básicas, como a preparação adequada pré-operatória, a técnica cirúrgica assética, a profilaxia antibiótica e os cuidados pós-operatórios (DGS, 2022). O "Feixe de Intervenções" não se trata apenas de uma lista de ações a serem implementadas, mas sim de um conjunto coeso de medidas que devem ser aplicadas de forma integrada. O sucesso na prevenção da ILC só será alcançado se todas as intervenções forem cumpridas, pois a ausência de qualquer uma delas pode comprometer o resultado (DGS, 2022).

Segundo Santos (2018), o empoderamento e a consciencialização dos enfermeiros para o cumprimento das normas de boas práticas na prevenção da ILC são fundamentais para otimizar os cuidados prestados, uniformizar as práticas e promover a prestação de cuidados baseados na melhor evidência científica. Contribui para atender às necessidades da pessoa, garantindo a excelência dos cuidados de enfermagem e promovendo a redução da taxa de infeções (Cruz & Magalhães, 2023).

A intervenção do EEEMCPSP dentro da equipa multidisciplinar é crucial, pois assume um papel de liderança nos processos de prevenção e controlo de infeção. O enfermeiro assegura o cumprimento das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) e de todas as intervenções que visam a prevenção da ILC (Regulamento nº 429/2018, 2018). Em particular, a lavagem das mãos é considerada um princípio fundamental na prática de cuidados para a prevenção e controlo da infeção. Por isso, os cinco momentos para a higienização das mãos foram sempre encorajados e promovidos junto das equipas. Durante o estágio, foi possível realizar auditorias ao processo de enfermagem no *Patient Care*®, à norma do "Feixe de Intervenção - Prevenção de Infeção do Local Cirúrgico" e à desinfeção, lavagem das mãos e uso de luvas pelos profissionais dentro da SO. Essas auditorias demonstraram ser uma ferramenta valiosa para identificar não conformidades e proporcionar uma reflexão sobre as práticas a serem melhoradas na equipa, possibilitando a implementação de estratégias para a melhoria contínua.

Um aspeto fundamental para a segurança durante o período intraoperatório é também a

utilização do método fechado de colocação das luvas cirúrgicas, prática adotada pela grande maioria dos enfermeiros instrumentistas. Esse método envolve a verificação rigorosa da integridade das mesmas antes do início do manuseamento dos instrumentos. Essa abordagem visa não só garantir a segurança da equipa, mas também a proteção da PSP, prevenindo a contaminação e mantendo a assepsia durante todo o procedimento cirúrgico.

A implementação do projeto de melhoria contínua da qualidade, com foco na segurança e no cuidar, “Feixes de intervenções para a prevenção de ILC” no serviço, demonstra o compromisso da equipa de enfermagem em prevenir as complicações associadas às ILC e em promover uma cultura de segurança no contexto perioperatório. Nesta conjuntura e de acordo com as orientações da DGS (2022), durante a CPOE e o telefonema na véspera da cirurgia, é fornecida aos utentes a informação sobre a necessidade de realizar um banho com clorhexidina a 2% no dia anterior à cirurgia e, no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência. Existem situações em que a PSP não consegue obter a solução de clorhexidina, como nos casos em que a consulta não é presencial e a aquisição ou deslocação até à UCA não é possível. Nesses casos, é dada a indicação para a realização do banho com os produtos habituais da PSP, garantindo a higiene adequada na preparação para a cirurgia. Esta situação, embora rara, necessita ser corrigida, tendo já sido reportada à enfermeira gestora, que, em conjunto com o coordenador da unidade, irá avaliar possíveis soluções, como a articulação com os cuidados de saúde primários para o fornecimento da clorhexidina ao utente. Como mencionado na norma, se alguma das intervenções não for cumprida, o sucesso do feixe de intervenções poderá ser comprometido (DGS, 2022).

Sempre que indicados, os princípios da profilaxia antibiótica cirúrgica são cumpridos: é administrado antibiótico endovenoso, segundo prescrição médica, dentro dos 60 minutos anteriores à incisão cirúrgica. A tricotomia deve ser realizada com máquina de corte imediatamente antes da cirurgia, somente quando indispensável. Durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes, deve-se manter a normotermia (temperatura central $\geq 36^{\circ}\text{C}$), normoglicémia ($\leq 180 \text{ mg/dl}$) e saturação periférica de oxigénio ($\text{SpO}_2 \geq 95\%$). O penso deve ser realizado com técnica assética e a pessoa, juntamente com a família ou pessoa significativa, deve ser capacitada sobre os cuidados com a ferida cirúrgica no momento da alta hospitalar (DGS, 2022).

Na SO, após a indução anestésica e o posicionamento seguro da PSP, realiza-se a antisepsia da pele imediatamente antes da incisão, utilizando uma solução de clorhexidina a 2% em álcool a 70%. No entanto, em casos específicos, como nas cirurgias oftalmológicas e em algumas intervenções ginecológicas, urológicas e de otorrinolaringologia, são utilizados outros agentes anti-infecciosos, como a solução de iodopovidona a 10%.

A utilização de solução de clorhexidina de base alcoólica na preparação antisséptica da pele é uma recomendação apoiada por estudos epidemiológicos, clínicos e/ou experimentais, sendo amplamente divulgada por entidades nacionais e internacionais, como a DGS (2022), a EORNA

(2023) e a WHO (2018).

No que diz respeito ao controlo de infeção, é importante destacar alguns aspetos específicos e intrínsecos ao papel do EEEMCPSP, que foram desenvolvidos durante o estágio. Quando a PSP apresentava infeção documentada, foi gerida a implementação de medidas de contenção, prevenção de transmissão e descontaminação, recorrendo, quando necessário, à Unidade de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos (UPCIRA) para esclarecer e clarificar situações, garantindo a execução das medidas essenciais à promoção de boas práticas na área do controlo de infeção e na gestão do risco.

Os avanços e mudanças no controlo das IACS são elementos centrais na prestação de cuidados, com a gestão e controlo dos dispositivos médicos a desempenharem um papel especialmente importante. Assim, o EEEMCPSP tem como competências garantir a rastreabilidade dos dispositivos médicos, gerindo a utilização dos dispositivos médicos implantáveis de acordo com a legislação, políticas, instruções do fabricante e protocolos. Além disso, é responsável por garantir a documentação e a rastreabilidade dos dispositivos, atualizar a equipa sobre as normas de segurança na sua utilização, assegurar a disponibilidade, integridade e funcionalidade dos equipamentos e garantir o seu uso conforme as instruções do fabricante. Também participa da conceção e implementação dos processos de reprocessamento de dispositivos médicos de uso múltiplo (Regulamento nº 429/2018, 2018).

A participação no reprocessamento de dispositivos médicos é essencial para garantir o desempenho, a qualidade e a segurança dos dispositivos sujeitos a reprocessamento, desempenhando um papel significativo na promoção da segurança e qualidade dos cuidados prestados. Além disso, contribui para a prevenção e controlo de IACS, obtenção de ganhos em saúde e atividade produtiva nas unidades de saúde (Regulamento n.º 729/2021, 2021).

Durante o estágio, destacou-se a prática de verificar a validade e integridade de todo o material cirúrgico antes da sua utilização, com o registo realizado na LVSC, conforme recomendado. No entanto, foi observado que os indicadores que atestam a operacionalidade do material cirúrgico e dos dispositivos médicos implantados não são alocados no processo da PSP. A preocupação em garantir a rastreabilidade e a segurança no uso de material cirúrgico motivou a sensibilização do tema numa reunião de serviço, com a participação da enfermeira tutora e de alguns membros da equipa. Durante essa reunião, foi acordado que seria solicitado à unidade de reprocessamento a utilização de indicadores de esterilização mais completos, contendo informações cruciais como: nome do artigo, número do lote, identificação do esterilizador, profissional responsável pelo processo e data de embalamento, conforme as orientações da DGS (2010). Estas informações são fundamentais para identificar o instrumental cirúrgico utilizado e garantir a rastreabilidade em caso de suspeita de falha no processo de esterilização e processamento, permitindo a implementação de ações corretivas apropriadas (DGS, 2010).

O sistema de rastreabilidade é uma prática eficaz que permite controlar as etapas do

processamento dos instrumentos cirúrgicos, contribuindo significativamente para a segurança da PSP (Galhardo & Lopes, 2022). Cabral et al. (2021) corroboram essa ideia, afirmando que todas as características do dispositivo médico implantado devem ser registadas no processo clínico da pessoa ou num documento de consumo do serviço. Esse registo deve incluir informações como o nome do material, fabricante, marca e modelo, tamanho, lote, validade, data de uso, nome do profissional responsável pelo procedimento, identificação da pessoa e descrição do tipo de implante realizado.

Com base nessa evidência, foi proposto à equipa da UCA a implementação de um impresso para registar todos os dispositivos médicos implantados e os indicadores das caixas cirúrgicas, a fim de garantir a rastreabilidade e atender às recomendações relacionadas com a temática.

A manutenção da homeostasia intraoperatória da PSP é crucial para a prevenção de ILC, com especial ênfase na normotermia, controlo glicémico, oxigenação e normovolémia (DGS, 2022). Na UCA, a normotermia (temperatura igual ou superior a 36°C) é mantida através do uso de manta térmica e dispositivos de aquecimento, acompanhando a PSP ao longo de todo o seu percurso, desde o acolhimento até à alta hospitalar, em conformidade com as recomendações da Norma 020/2015 da DGS (2022), que orienta que a prevenção da hipotermia deve começar cerca de 2 horas antes do procedimento anestésico. Na SO, o enfermeiro de anestesia utiliza, sempre que necessário, o aquecedor de fluidos para manter a normotermia, bem como a normovolémia por meio de monitorização hemodinâmica, sempre com o objetivo de assegurar o mínimo de exposição cutânea e evitar perdas de calor corporal.

Também a manutenção da normoglicémia capilar é garantida desde a chegada da PSP a unidade. Na sala de acolhimento, a glicémia capilar é avaliada pelo enfermeiro, na SO pelo enfermeiro de anestesia e, no pós-operatório, pelo enfermeiro da UCPA, a fim de tomar as medidas necessárias para manter o controlo glicémico adequado.

Durante o período intraoperatório e no pós-operatório imediato, procura-se manter a saturação periférica de oxigénio em valores iguais ou superiores a 95%, ou o mais elevado possível nos casos de insuficiência respiratória pré-existente. Neste contexto, o enfermeiro da UCPA é responsável por instituir a oxigenoterapia adequada, conforme as orientações da DGS (2022).

A retenção inadvertida de itens cirúrgicos pode levar a complicações graves na PSP, como infeção, abcesso, obstrução e dor, causando sofrimento desnecessário (DGS, 2010; EORNA, 2023). Para evitar tais complicações, é essencial que todos os itens cirúrgicos utilizados, como compressas, instrumentos e cortoperfurantes, sejam cuidadosamente contados em colaboração com a equipa cirúrgica, com comunicação clara e objetiva (DGS, 2010; EORNA, 2023).

Na UCA, a contagem desses itens é realizada no início de cada procedimento pelo enfermeiro instrumentista e pelo enfermeiro circulante, no momento da preparação da mesa cirúrgica. A cada novo item adicionado durante a cirurgia, a contagem é atualizada. Apenas compressas

radiopacas são utilizadas para garantir que possam ser detetadas radiologicamente, e cada item colocado na mesa operatória é registado no processo clínico. Antes do *términus* da cirurgia e do encerramento do local cirúrgico, é feita uma contagem final completa de todos os itens utilizados, sendo o resultado confirmado por meio dos registos realizados. Dado o risco de erro humano, esses procedimentos são considerados de extrema importância pela equipa multidisciplinar, que realiza uma dupla confirmação da contagem dos itens, assegurando que todos os passos são seguidos de forma rigorosa para garantir a segurança da PSP.

A manutenção da qualidade e higienização ambiental é crucial para garantir a segurança da PSP durante o período perioperatório e a supervisão adequada da separação de resíduos e da higienização das SO é uma parte essencial deste processo. A limpeza e desinfeção do BO são responsabilidades dos assistentes operacionais, que devem possuir conhecimentos e qualificações específicas para garantir que essas tarefas sejam realizadas de forma correta e eficaz. O objetivo principal é criar um ambiente livre de microrganismos patogénicos, minimizando o risco de infeções para a PSP e para a equipa de saúde (Duarte & Martins, 2014).

Neste contexto, a formação contínua e o empenho dedicado a essas práticas são fundamentais. Um ambiente inadequadamente higienizado pode representar um risco significativo para a saúde da PSP e para a integridade da equipa, tornando a higienização um componente vital na prevenção de infeções. O EEEMCPSP tem um papel de liderança nesse processo, assumindo a responsabilidade de formar e treinar a equipa interdisciplinar. Utilizando estratégias de comunicação eficazes, o enfermeiro promove uma cultura de segurança e uma consciência cirúrgica coletiva entre todos os envolvidos (OE, 2017; Regulamento nº 429/2018, 2018), contribuindo para a criação de um ambiente de cuidados mais seguro e eficiente.

Resumindo, o ambiente perioperatório, caracterizado pela alta tecnologia e pela utilização de dispositivos médicos altamente diferenciados, implica uma complexidade que pode resultar em situações de risco elevado. Por isso, o enfermeiro com competências especializadas em enfermagem perioperatória, munido de conhecimentos técnicos, científicos e humanos, é essencial para garantir a segurança da PSP, a execução adequada dos procedimentos e a proteção dos intervenientes no BO. A atuação do enfermeiro deve ser pautada por uma tomada de decisão fundamentada, que respeite a ética profissional e a consciência cirúrgica, promovendo um ambiente seguro para todos os envolvidos, prevenindo complicações.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

A elaboração deste relatório possibilitou a exposição do percurso realizado ao longo do estágio na UCA, por meio de uma abordagem descritiva, crítica e reflexiva sobre a prática clínica. Ao concluir a componente de estágio, pode afirmar-se que a experiência proporcionou uma aprendizagem significativa e enriquecedora, contribuindo tanto para o desenvolvimento profissional quanto pessoal. A concretização dos objetivos propostos ocorreu de forma gradual, à medida que ocorreu a integração na equipa e se desenvolveram novas competências, aplicando na prática os conhecimentos teóricos adquiridos na área do perioperatório.

A integração na equipa foi essencial para compreender a dinâmica e a colaboração entre os profissionais, permitindo um equilíbrio entre a experiência prática e a reflexão baseada na evidência científica. O período de estágio destacou ainda a importância da procura contínua por atualização e aperfeiçoamento profissional, especialmente em áreas desafiadoras e ambientes tecnológicos inovadores, sempre com foco na segurança e na qualidade dos cuidados prestados.

Com este relatório pretendeu-se enfatizar a importância dos cuidados de enfermagem especializados na prevenção de lesões oculares na PSP. Esses cuidados são essenciais, pois permitem a identificação precoce de riscos, contribuindo para a qualidade e segurança dos cuidados prestados. Complicações desta natureza podem levar a danos permanentes, prolongamento do período de hospitalização e aumento da morbilidade do utente.

A aquisição de competências especializadas no cuidado à PSP e na garantia da segurança no ambiente cirúrgico complexo, congruente com a consciência cirúrgica, permitiu mobilizar conhecimentos e habilidades essenciais para cuidar da pessoa e da família em contexto de CA. Esse processo favoreceu não apenas a compreensão do percurso cirúrgico vivenciado e a vivenciar pela PSP, mas também a capacitação desta e respetiva família para o autocuidado e a reintegração familiar e social, promovendo uma recuperação mais segura e eficaz.

Este relatório destaca a importância da aquisição de informações e conhecimentos relevantes pelo utente nas fases pré-operatória e pós-operatória, através da consulta de enfermagem e da preparação para a alta domiciliar. Esse processo reflete o exercício autónomo do enfermeiro e contribui para uma experiência cirúrgica positiva. A satisfação da PSP está diretamente relacionada com a capacidade do enfermeiro de transmitir orientações essenciais para a autogestão da ansiedade, o autocuidado e a prevenção de complicações no pós-operatório. O objetivo é garantir que a experiência cirúrgica seja o mais tranquila possível, sem efeitos secundários ou complicações.

A visão crítica e reflexiva sobre as dinâmicas e protocolos, aliada à identificação de oportunidades de melhoria para otimizar processos, reflete o desenvolvimento das competências comuns do EEEMC, bem como as competências específicas do EEEESP. Esse aperfeiçoamento contribui para a prestação de cuidados mais seguros, eficazes e baseados na melhor evidência científica disponível.

Em teoria, o EEP baseia a sua atuação em referenciais teóricos e nas competências comuns e específicas da especialidade. No entanto, acredita-se que este profissional deve ir além dos requisitos mínimos, sendo capaz de mobilizar os seus conhecimentos para influenciar os pares na adoção de práticas mais seguras e atualizadas, fundamentadas na PBE. Além disso, deve procurar soluções para os desafios encontrados e investir na investigação, contribuindo para o avanço da profissão e para a prestação de cuidados de excelência às pessoas, que são o foco principal da enfermagem.

As atividades previstas no projeto de desenvolvimento de competências foram realizadas com sucesso, incluindo o desenvolvimento e a implementação de procedimentos para a prevenção de lesões oculares da PSP em contexto perioperatório. Essa iniciativa possibilitou a aquisição de novos conhecimentos e estratégias, fortalecendo a tomada de decisão autónoma na prestação de cuidados de enfermagem, com foco na qualidade e segurança dos cuidados perioperatórios. A evidência científica deste tema é escassa, pelo que se recorreu à recolha de dados relevantes, durante o estágio, que contribuiriam para uma melhor avaliação das necessidades do utente e reflexão sobre as estratégias que possam prevenir este tipo de complicações.

Como desafios futuros, almeja-se contribuir para a elaboração de um protocolo de cuidados oftalmológicos para a PSP, implementado em unidades de cuidados perioperatórios e reconhecido pelas entidades competentes. Além disso, deseja-se explorar a área da investigação científica, integrando projetos de produção de conhecimento na área da PSP. A transmissão e disseminação do conhecimento surgiram como um desafio que se pretende continuar a abraçar.

A principal dificuldade enfrentada ao longo desta etapa foi a gestão do tempo, exigindo uma reorganização cuidadosa dos horários profissionais e pessoais.

Ao concluir o estágio, apesar dos desafios, emergem sentimentos de realização, responsabilidade e dedicação. Essa experiência reforça a importância de uma atuação comprometida com a excelência e a humanização do cuidado perioperatório, promovendo a segurança e o bem-estar dos utentes. Todos os momentos de aprendizagem, pelos desafios enfrentados e pelos contributos significativos, foram essenciais para o desenvolvimento pessoal e profissional enquanto enfermeira especialista, promovendo a prestação de cuidados especializados, seguros e de excelência.

Com a apresentação deste relatório, as atividades desenvolvidas e a aquisição de competências

especializadas, considera-se ter alcançado os objetivos estabelecidos para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. (2011). *Recomendações técnicas para bloco operatório*. Ministério da Saúde.
- AESOP. (2012). *Enfermagem perioperatória: Da filosofia à prática dos cuidados* (1ª reimpressão). Lusodidacta.
- Alansari, M., Hijazi, M., & Maghrabi, K. (2015). Making a difference in eye care of the critically ill patients. *Journal of Intensive Care Medicine*, 30(6), 311–317. <https://doi.org/10.1177/0885066613510674>
- Alfonsi, P., Bekka, S., & Aegerter, P. (2019). Prevalence of hypothermia on admission to recovery room remains high despite a large use of forced-air warming devices: Findings of a non-randomized observational multicenter and pragmatic study on perioperative hypothermia prevalence in France. *PLoS ONE*, 14(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226038>
- Almeida, F., & Pacheco, C. (2014). Posicionamentos em cirurgia. In A. Duarte & O. Martins (Eds.), *Enfermagem em bloco operatório* (pp. 93–101). Lidel.
- Alvarado, A. C., & Panakos, P. (2022, July 13). Endotracheal tube intubation techniques. StatPearls – *NCBI Bookshelf*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555998/>
- Alves, G. (2013). Posicionamentos Cirúrgicos. <https://ebah.com.br/content/ABAAAE5KOAF/posicionamentos-cirurgicos>
- American Society of Anesthesiologists. (2018). Position on Monitored Anesthesia Care. Last amended on October 17. <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/continuum-of-depth-of-sedation-definition-of-general-anesthesia-and-levels-of-sedation-analgesia>.
- Amitai, A., & Mosenifar, Z. (2020). *Ventilator management: Introduction to ventilator management, modes of mechanical ventilation, methods of ventilatory support*. Medscape Reference. Retrieved December 21, 2022.
- AORN. (2017). Guideline summary: Positioning the patient. *AORN Journal*, 106(3), 238–247. . <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.07.006>
- APCA. (2012). *Recomendações portuguesas para a profilaxia e tratamento das náuseas e vômitos em Cirurgia Ambulatória*. https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacoes_nauseas.pdf
- APCA. (2013). *Recomendações para o tratamento da dor aguda pós-operatória em Cirurgia Ambulatória*.

https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacao_DorAguda.pdf

APCA. (2020). *Recomendações Nacionais - Retorno da atividade cirúrgica na era covid-19 - Cirurgia de Ambulatório.*

https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/RECOMENDACOES_NACIONAIS_RETOMA_DA_CA.pdf

Araújo, I. A., Souza, M. M. S. de, Gomes, J. R. D. A. A., Ferreira, V. da S., Corgozinho, M. M., Oliveira, É. V. S., Brandão, V. F., Souza, L. T. C. de, Oliveira, F. P. de, Mendes, K. M., & Sousa, F. de M. B. (2022). Conflitos ético-morais na assistência de enfermagem no período perioperatório. *Health Residencies Journal - HRJ*, 3(14), Artigo 14. <https://doi.org/10.51723/hrj.v3i14.317>

Arreguy-Sena, C., & Carvalho, E. (2009). Risco para trauma vascular: proposta de diagnóstico e validação por peritos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, (pp. 71-80). <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000100011>

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (AESOP). (2006). *Enfermagem perioperatória: Da filosofia à prática de cuidados*. Lusodidacta.

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

Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório. (2013). *Recomendações para o tratamento da dor aguda pós-operatória em cirurgia ambulatória.* https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacao_DorAguda.pdf

Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (INFARMED). (2018). *Relatório de avaliação de medicamentos em Portugal 2018*. <https://www.infarmed.pt>

Association of periOperative Registered Nurses. (2018). Guideline quick view: team communication. *AORN Journal*, 107(4), 531-534. <https://doi.org/10.1002/aorn.12125>

Association of Perioperative Registered Nurses (2022b). Position Statement on Patient Safety. *AORN Journal*, 115(5), 454-457. <https://doi.org/10.1002/aorn.13671>

Azenha, M., Rocha, C., Oliveira, E., Cruz, L., Pascoal, M., Luísa Macedo, A., & Gomes, M. (2017). Consensos de manutenção da normotermia no período perioperatório. *Revista Da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*. <http://www.spanestesiologia.pt/ficheiros/Consensos%20normotermia.pdf>

Baptista Marquez, C. A. S. T., Neves, L. B. A., Hollanda, L. M., Sacciloto, M. C. B., Damião, B., & Petermann, C. E. D. (2022). *Conceitos e tratamentos da espondilolistese: Revisão de literatura*. Editora Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/220408694>

Barros, J. (2023). A importância da idoneidade formativa para a melhoria da qualidade

profissional tutelada – o papel do enfermeiro gestor. *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde*, 34, 35-42. https://issuu.com/spgsaude/docs/revista34_rpgs_web

Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S. (2021). *Guia prático para a segurança do doente* (1ª ed.). Lidel.

Baxter Holding. (2011). *Propofol Baxter: Resumo das características do medicamento* (aprovado em 21-06-2011 pelo INFARMED). Baxter Holding BV.

Bedaque, H. P., Vasconcelos, L. M., Gibson, D. C. S., Santos, H. A., Ferreira, L. M. B. M., & Guimarães, M. L. N. M. S. (2021). Instrumentation and table setup for septoplasty surgery with turbinectomy. *Journal of Surgical and Clinical Research*, 12(2), 101-114. <https://doi.org/10.20398/jscr.v12i2.25190>

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora.

Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., & Day, L. (2011). *Educar enfermeiros: Uma chamada à transformação*. Lusociência.

Benze, C., Spruce, L., & Groah, L. (2021). *Perioperative nursing: Scope and standards of practice*. AORN Inc.

Berríos-Torres, S., Umscheid, C., Bratzler, D., Leas, B., Ma, E. & Stone, M., [et al.] (2017). Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection. *JAMA Surg* V. 152(8):784-91. Disponível em: <https://jamanetwork.com/>

Bessa, L. (2011). *Representação mental dos utentes do Serviço Nacional de Saúde acerca dos seus direitos e deveres* [Tese de mestrado, Universidade Fernando Pessoa]. Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/2750>

Bitar, V., Martel, M., Restellini, S., Barkun, A., & Kherad, O. (2021). Checklist feasibility and impact in gastrointestinal endoscopy: a systematic review and narrative synthesis. *Endoscopy International Open*, 09(03), E453-E460. <https://doi.org/10.1055/a-1336-3464>

Boehlein, M., & Marek, J. (2010). A enfermagem intra-operatória. In F. Monahan, J. Sands, M. Neighbors, J. Marek, & C. Green (Eds.), *Enfermagem médico-cirúrgica: Perspectivas de saúde e doença* (pp. 275-309). Lusodidacta.

Borges, A. R., & Gagliardi, M. L. (2010). *Farmacologia em enfermagem*. Atheneu.

Breda, L. F. T. F., & Cerejo, M. N. R. (2021). Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(5), 1-8. (6ª ed.). McGraw Hill.

Burlingame, B. L. (2017). Guideline implementation: Positioning the patient. *AORN Journal*,

106(3), 227-237. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.07.010>.

Butterworth, J.F., Mackey D.C., & Wasnick J.D. (2018). *Morgan & Mikhail's Clinical Anesthesiology* (6a ed.). McGraw Hill.

Cabral, J. A., Aragão Machado, D., Bridi, A. C., Bertolossi Marta, C., Lopes da Silva, P. A., Alves Junior, J. L., Barroso, N., de Araújo Mendes, C., Mesquita Joazeiro, V., Borges Dutra, L., & Barreiros Neves, R. (2021). A rastreabilidade de dispositivos médicos implantáveis e o sistema único de identificação de dispositivos: Um estudo bibliométrico. *Global Academic Nursing Journal*, 2(4), e200. <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200200>

Câmara, E. (2018). *A relação dos técnicos de farmácia com o sistema pyxis na gestão hospitalar do medicamento*. (Dissertação de Mestrado). Repositório Científico do Instituto Politécnico do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.22/11506>

Camargo, C. P., Jacob, E. S. S., Araújo, I. M., Ferreira, J. S., Pereira, S. A., & Maia, L. F. S. (2018). Comunicação terapêutica entre paciente e enfermagem no período perioperatório. *Revista Remecs*, 3(5), 38-42.

Caple, C. (2023). Caring for patients in PACU after general anesthesia. *CINAHL Nursing Guide*.

Cardante, S. D. F. (2020). Consulta de enfermagem pré-operatória e de follow-up em cirurgia de ambulatório: A perspetiva dos enfermeiros [Tese de mestrado não publicada]. *Escola Superior de Enfermagem do Porto*.

Carmona, M., & Quintão, V. (2021). Comprehensive perioperative eye protection. *Brazilian Journal of Anesthesiology* (English Edition, 71)(6), 595-598. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2021.09.004>

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), (2019). Ordem dos Enfermeiros. <https://www.icn.ch/icnp-browser>

Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CNDCA). (2008). *Relatório preliminar: Cirurgia de ambulatório – um modelo de qualidade centrado no utente*. Ministério da Saúde.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2019). *CIPE versão 2019: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.icn.ch/icnp-browser>

Coutinho, S. (2009). Desenho de uma unidade de cirurgia de ambulatório. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, 8, 59-64. <https://revista.spcir.com/index.php/spcir/article/view/230>

Costa, D. L. (2021). O papel do enfermeiro gestor na gestão de conflitos [Tese de mestrado não publicada]. *Escola Superior de Enfermagem do Porto*.

Crozeta, K., & Roehrs, H. (2012). O cuidado de pacientes com dispositivos venosos: Uma prática

baseada em evidências. In W. Malagutti & H. Roehrs (Eds.), *Terapia intravenosa: Atualidades* (pp. 277-288). Martinari.

Cruz, J. R. M., & Magalhães, C. P. (2023). Cuidados de enfermagem na prevenção da infecção do local cirúrgico. In M. F. S. Praxedes (Ed.), *Enfermagem: Autonomia e processo de cuidar* (pp. 34-46). Atena Editora.

Declaração Universal dos Direitos do Homem de 10 de dezembro de 1948. (1978). *Diário da República*, Série I, n.º 57, de 9 de março de 1978, 488.

Decreto-Lei n.º 396/2007, de 31 de dezembro. (2007). *Diário da República*, n.º 251/2007, Série I. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.

Decreto-Lei n.º 13/2009, de 12 de janeiro. (2009). Estabelece as condições e os requisitos para que os estabelecimentos e serviços prestadores de cuidados de saúde dispensem medicamentos para tratamento no período pós-operatório de situações de cirurgia de ambulatório. *Diário da República*, Série I, n.º 7, 232.

Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto. (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário da República*, Série I, n.º 157, 4147-4182.

Deglin, J., & Vallerand, A. (2003). *Guia farmacológico para enfermeiros* (7ª ed.). Lusociência - Edições Técnicas e Científicas. <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>

Dhanapala, M., & Sabaretnam, S. (2021). Audit of eye care for ventilated patients in intensive treatment unit during covid-19 pandemic. *Sri Lankan Journal of Anaesthesiology*, 29(1), 34-38. <https://doi.org/10.4038/slja.v29i1.8755>

Despacho n.º 25832/2007, de 13 de novembro. (2007). Cria a Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório com o objetivo de estudar e propor uma estratégia, e as correspondentes medidas, para o desenvolvimento da CA no Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*, Série 2, n.º 218, 32871.

Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro. (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República*, Série 2, n.º 28, 2-10. [<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/02/028000001/0000200010.pdf>]

Despacho n.º 1380/2018, de 8 de fevereiro. (2018). Cria um Grupo de Trabalho para o Acompanhamento do Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório. *Diário da República*, Série 2, n.º 28, 4511.

Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro. (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). *Diário da República*, Série 2, n.º 187, 96-101.

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2003) Circular Normativa n.º9/2003: A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor.

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2011). Orientação n.º 18/2011, de 23 de maio. *Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0182011-de-23052011-jpg.aspx>

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2013). Circular Normativa 02/2013: *Cirurgia segura, salva vidas*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022013-de-12022013-atualizada-a-25062013-jpg.aspx>

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2015). Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020.

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos*.

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2017a). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde* (Norma n.º 001/2017, de 08/02/2017).

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2019). Manual de Standards – Instituições de Saúde/Centros Hospitalares. <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheirosanexos/manual-de-standards-i-s-ch1.aspx>

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2022). *“Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico* (Norma Clínica: 020/2015, de 15/12/2015, atualizada a 17/11/2022).

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2022a). *Infecções e resistências aos antimicrobianos: relatório anual do programa prioritário- PPCIRA, 2021*.

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2022b). *Normas da DGS: uma nova visão para a qualidade em saúde. Departamento da Qualidade na Saúde*.

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2022c). *Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. Ministério da Saúde. Duarte, A., & Martins, O. (2014). *Enfermagem em Bloco Operatório* (1ª ed.). Lidel.

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2022d). *Norma Clínica 020/2015, de 15/12/2015, atualizada a 17/11/2022: “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico*. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/0202015-de-15122015-atualizada-a-17112022-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2023). *Norma 008/2023: Medicamentos de Alta Vigilância*.

DQS. (2017). *Manual de standards - Unidades de Gestão Clínica*. Departamento de Qualidade na Saúde, Direção-Geral da Saúde.

Doyle, J. (2023). *Supraglottic devices (including laryngeal mask airways) for airway*. UpToDate.

Duarte, A., & Martins, O. (2014). *Enfermagem em Bloco Operatório* (1ª ed.). Lidel.

Duarte, A., & Martins, O. (2020). *Enfermagem em Bloco Operatório*. Lidel.

Duff, J., Bowen, L., & Gumuskaya, O. (2022). What does surgical conscience mean to perioperative nurses: An interpretive description. *Collegian*, 29(2), 147–153. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2021.07.007>

Entidade Reguladora da Saúde. (2021). *Direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde*. https://www.ers.pt/media/sfbd4x2h/publica%C3%A7%C3%A3o-ers_direitos-e-deveres.pdf

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

EORNA. (2023). *EORNA best practice for perioperative care* (3ª ed.). EORNA. <https://eorna.eu/wp-content/uploads/2023/07/EORNA-Best-Practice-for-perioperative-care2023.pdf>

Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa. (2023). *Guia de orientação de estágio de enfermagem à pessoa em situação perioperatória II - Área de especialização de enfermagem à pessoa em situação perioperatória*.

Estefanio, M. P., Lemos, K. T. B. D., Lemos, A. C. M., Ramos, L. G. A., & Silva, M. G. L. (2023). Indicadores de qualidade e desempenho aplicados à assistência de enfermagem. *Brazilian Journal of Clinical Medicine and Review*, 1(3), Artigo 3. <https://doi.org/10.52600/2965-0968.bjcmr.2023.1.3.3-18>

Ezeamuzie, O., Darian, V., Katiyar, U., & Siddiqui, A. (2019). Intraoperative use of low-profile alternating pressure mattress for prevention of hospital-acquired pressure injury. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 17.

Faria, J. M., Chagas, H., & Lima, V. (2023). Artrodese lombar interlaminar endoscópica percutânea - relato de caso. *Revista Tópicos*, 1(1), 1-12.

Ferreira, A. (2023). *Preparação de terapêutica farmacológica: Manual prático para enfermeiros*. LIDEL.

Ferrito, C. (2014). Conceitos básicos da enfermagem perioperatória. In A. Duarte & O. Martins (Orgs.), *Enfermagem em bloco operatório* (pp. 3-9). Lidel.

Fogagnolo, A., Montanaro, F., Al-Husinat, L., Turrini, C., Rauseo, M., Mirabella, L., Ragazzi, R., Ottaviani, I., Cinnella, G., Volta, C. A., & Spadaro, S. (2021). Management of intraoperative mechanical ventilation to prevent postoperative complications after general anesthesia: A narrative review. *Journal of Clinical Medicine*, 10(12).

Freitas Ferreira, M., Filho, A., Santos, C., & Silva, L. (2018). Corneal injuries in intensive care

patients: Contributions to the systematization of nursing care and patient safety. *Texto & Contexto Enfermagem*, 27(4), 1-10.

Galhardo, G. F., & Lopes, A. J. (2022). The importance of instrument traceability by the nursing team of the Surgical Center of a Hospital Universitário Federal do Rio de Janeiro/Brazil. *Research, Society and Development*, 11(14), e409111436409.

Gan, T. J., Meyer, T. A., Apfel, C. C., et al. (2007). Society for Ambulatory Anesthesia guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting. *Anesthesia and Analgesia*, 105(6), 1615-1628. <https://doi.org/10.1213/01.ane.0000295230.55439.f4>

Garcez, J. S., Sousa, L. C. B., Neta, M. B. N., Maia, F. L., & Araújo, F. P. C. (2018). Principais recomendações em cuidados pré-operatórios. *Revista Médica UFC*, 59(1), 53-59. <https://doi.org/10.20513/2447-6595.2019v59n1p53-6>

Gaspar, D. M. P. S. (2022). *Adesão à preparação pré-operatória em cirurgia de ambulatório: Influência da consulta da enfermagem pré-operatória presencial* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra].

Gonçalves, M. A. R., Cerejo, M. N. R., & Martins, J. C. A. (2017). The influence of the information provided by nurses on preoperative anxiety. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(14), 17-26. <https://doi.org/10.12707/RIV17023>

Gonçalves, M. F. M. M. (2023). *Lista de verificação de segurança cirúrgica na garantia da segurança em contexto de bloco operatório* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa].

Gottschalk, A., Van Aken, H., Zenz, M., & Standl, T. (2011). Is anesthesia dangerous? *Deutsches Ärzteblatt International*.

Guimarães, S., Moura, D., & Silva, P. (2014). *Terapêutica medicamentosa e suas bases farmacológicas: Manual de farmacologia e farmacoterapia* (6ª ed.). Porto Editora.

Hannon, B., Prizeman, G., Madhavan, P., O'Neill, S., Martin, Z., O'Callaghan, A., Colgan, M.-P., Canning, C., & O'Donnell, S. (2022). Ambulatory outpatient venous surgery service: An examination of patient satisfaction and experiences. *Phlebology: The Journal of Venous Disease*, 37(8), 588-595. <https://doi.org/10.1177/02683555221110353>

Hayakawa, L., Matsuda, L., Inoue, K., Oyamaguchi, E., & Ribeiro, E. (2020). Ocular surface injuries at an intensive care unit: A self-paired clinical trial. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 33, 1-7. <https://doi.org/10.37689/ACTA-APE/2020AO0279>

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>

Horn, R., Hendrix, J. M., & Kramer, J. (2024). Postoperative pain control. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

Huffstutler, S. Y., & Monahan, F. (2010). Problemas das vias aéreas superiores. In F. Monahan, J. Sands, M. Neighbors, J. Marek & C. Green (Orgs.), *Enfermagem médico-cirúrgica: Perspectivas de saúde e doença* (pp. 603-637). Lusodidacta.

Infarmed. (2016). *Medicamentos de uso humano*. Recuperado de <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano>

Infomed. (2021). *Base de dados de medicamentos de uso humano*. Recuperado de <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020). *Manual de suporte avançado de vida*. Departamento de Formação em emergência médica.

International Association for Ambulatory Surgery. (2014). *Day surgery handbook- ambulatory surgery handbook* (2nd ed.). IAAS.

International Association for the Study of Pain [IASP]. (2020). The revised IASP definition of pain: Concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(1), 197–204.

International Council of Nurses. (2019). *Classificação internacional para a prática de enfermagem* (CIPE). Recuperado em 3 de janeiro de 2024, de <https://www.icn.ch/icnp-browser>

Isabel, D., Mendes, A., Almeida, C., Ferrito, C., & Gonçalves, M. (2020). A informação transmitida na consulta de enfermagem pré-operatória: Perceção do cliente. *Cadernos de Saúde*, 12, 47–53.

Johnson, T. K., & Mitchell, R. S. (2024). Ocular complications of general anesthesia: A nursing perspective on prevention and treatment. *Journal of Clinical Nursing*, 45(5), 217–223.

Johann, D. A., Danski, M. T., Vayego, S. A., Barbosa, D. A., & Lind, J. (2016). Risk factors for complications in peripheral intravenous catheters in adults: Secondary analysis of a randomized controlled trial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, e2833.

Joint Commission International. (2020). *Padrões de acreditação da Joint Commission International para hospitais* (7ª ed.). Joint Commission Resources.

Kehlet, H., & Dahl, J. B. (2003). Anaesthesia, surgery, and challenges in postoperative recovery. *The Lancet*, 362(9399), 1921–1928.

Kolovos, P. (2020). Perioperative nursing care: Based on a theoretical model. *Hellenic Journal of Nursing*, 59(4), 353–359. <https://www.hjn.gr/index.php/en/2020/volume-59-n-4/year-2020/volume-59-n-4/1183-2020406>

Kumar, M., & et al. (2011). Epidemiology, pathophysiology and symptomatic treatment of sciatica: A review. *International Journal of Pharmaceutical & Biological Archives*, 2(4), 1050-1061.

Laboratórios Basi. (2011). Solução polieletrólítica Basi: Resumo das características do medicamento (aprovado em 26-04-2011 pelo INFARMED). Laboratórios Basi – Indústria Farmacêutica, S.A.

Lebre, A., Resendes, A., Barbosa, C., Pereira, C., Gaspar, F., Silva, G., Oliveira, I., Eiras, M., Valente, M., Gaspar, M. J., Nunes, M., Arriaga, M., Sousa, P., Pacheco, P., Costa, S., Ramos, S., & Fonseca, V. (2022). *Documento técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*.

Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Diário da República I série, n.º 181 (16-09-2015), 8059-8105. Recuperado de Lima, N., & Pinto, S. (2014). Cirurgia ambulatória. In A. Duarte & O. Martins (Coords.), *Enfermagem em bloco operatório* (pp. 123-133). Lidel.

Lima, N., & Pinto, S. (2014). Cirurgia ambulatória. In A. Duarte & O. Martins (Coords.), *Enfermagem em bloco operatório* (pp. 123-133). Lidel.

Lima, J. R. de A., Gomes, A. de S., Silva, N. J. L., Thiago, T. S. S., & Maciel, F. O. (2021). Diminuição do quadro algico baseado no movimento corporal na espondilolistese: Um estudo de caso. *Revista Multidisciplinar Em Saúde*, 2(4), 91. <https://doi.org/10.51161/rem/2848>

Linton, A., & Matteson, M. (2020). *Medical Surgical Nursing* (10ª ed.). Elsevier. ISBN 9780323612425

Lobão, V. T. (2021). *Follow-up da dor pós-operatória em utentes submetidos a cirurgia de ambulatório* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo].

Lopes, C. M., Haas, V. J., Dantas, A. P. S., Oliveira, C. G., & Galvão, C. M. (2016). Escala de avaliação de risco para lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, 1-8. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0644.2704>

Lopes, R. A. M. (2022). *Estágio de natureza profissional: Um percurso para o desenvolvimento de competências: Registos de enfermagem no bloco operatório* [Tese de Mestrado não publicada, Instituto Politécnico Viana do Castelo].

Luba, K., & Cutter, T. W. (2010). Supraglottic airway devices in the ambulatory setting. *Anesthesiology Clinics*, 28(2), 295-314. <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2010.02.004>

Luís, J., Apóstolo, A., Gonçalves, M., & Gameiro, H. (2005). Referências onto-epistemológicas e metodológicas da investigação em enfermagem: Uma análise crítica. *Revista de Enfermagem*, 12, 25-33.

- Machado, H. (2013). *Manual de anestesiologia*. Lidel.
- Machado, H. (2018). *Manual de anestesiologia* (Obra original publicada em 2013). Lidel.
- Machado, A. P. P. (2020). *A implementação do Modelo ACSA no Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria – um estudo de caso*. [Tese de Mestrado não publicada, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas].
- Maia, A. S. A. (2023). *Consulta pré-cirúrgica de enfermagem: A informação a transmitir ao utente submetido a cirurgia ambulatorial* [Tese de Mestrado não publicada, Instituto Politécnico Viana do Castelo].
- Malagutti, W., & Roehrs, H. (2012). Problemas éticos na terapia intravenosa. In W. Malagutti & H. Roehrs (Eds.), *Terapia intravenosa: Atualidades* (pp. 437–447). Martinari.
- Maraş, G., & Bulut, H. (2021). Prevalence of nausea-vomiting and coping strategies in patients undergoing outpatient surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 36(5), 487–491.
- Marcos, J. (2010). *Apneia e roncopatia de A a Z* (1ª ed.). Círculo Médico. <http://id.bnportugal.gov.pt/bib/bibnacional/1791005>
- Marcos, J., & Pratas, R. (2024). *Atlas de rino-septoplastia* (1ª ed.). Círculo Médico. <http://id.bnportugal.gov.pt/bib/bibnacional/2167241>
- Marques, L. M. Á. (2024). *Otimização da via aérea à pessoa submetida a tiroidectomia no intra e pós-operatório: Contributos do enfermeiro especialista* [Relatório de estágio de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/50537>
- Marques, R., Néné, M., & Sequeira, C. (Coords.). (2024). *Enfermagem avançada*. LIDEL.
- Martins, F. (2013). Unidade de cuidados pós-anestésicos. In *Manual de anestesiologia* (pp. 1–10). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Matias, A. C. R. (2021). Avaliação da cultura de segurança de uma unidade de cirurgia ambulatorial. *Revista de Enfermagem Referência*, 87, 87–87. <http://web.esenfc.pt/?url=WI5Inxc1>
- Matos, F. M., Sales, L., Baquero, L., & Bilbao, M. (2021). Cirurgia segura. In F. Barroso, L. Sales, & S. Ramos (Coords.), *Guia prático para a segurança do doente* (pp. 235–246). Lidel.
- McConnell, D. J., Fargen, K. M., & Mocco, J. (2012). Surgical checklists: A detailed review of their emergence, development, and relevance to neurosurgical practice. *Surgical Neurology International*, 3(1). <https://doi.org/10.4103/2152-7806.92163>
- McEwen, M., & Wills, E. (2007). *Bases teóricas para enfermagem*. Artmed.
- Melo, E. M., Teixeira, C. S., Oliveira, R. T., Almeida, D. T., Veras, J. E. G. L. F., Frota, N. M., & Studart, R. M. B. (2014). Cuidados de enfermagem ao utente sob ventilação mecânica internado

em unidade de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(1), 55-63. .
<https://doi.org/10.12707/RIII1316>

Mendes, D. I. A., Ferrito, C. R. de A. C., & Gonçalves, M. I. R. (2020). A informação transmitida na consulta de enfermagem pré-operatória: Perceção do cliente. *Cadernos de Saúde*, 12(1), Artigo 1. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.7683>

Mendes, D., & Ferrito, C. (2021). Preoperative nursing consultations: Implementation and evaluation. *Revista de Enfermagem Referência*, 8, 1-16. <https://doi.org/10.12707/RV20216>

Menezes, S., Rodrigues, R., Tranquada, R., Muller, S., Gama, K., Manso, T. (2013). Lesões decorrentes do posicionamento para cirurgia: Incidência e fatores de risco. *Acta Médica Portuguesa*, 26(1), 12-16.

Menoita, E. C. (2015). *Gestão de feridas complexas*. Lusodidática.

Mexedo, C. (2013). Via aérea e ventilação. In H. Machado (Ed.), *Manual de Anestesiologia* (pp. 218-220). Lidel.

Midões, P. F. G. L. (2023). *Fatores que influenciam a contagem cirúrgica para a segurança da pessoa submetida a cirurgia: Scoping Review*. [Tese de Mestrado não publicada]. Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

Miller, R. D. (2020). *Miller's anesthesia* (9th ed.). Elsevier.

Ministério da Educação. (2020, 25 de novembro). Despacho n.º 11688/2020. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 229. <https://dre.pt/>

Ministério da Saúde. (2019). *Plano Estratégico Nacional para a Telessaúde 2019-2022*. https://www.spms.minsaude.pt/wpcontent/uploads/2019/11/PENTS_portugu%C3%AAs.pdf

Ministério da Saúde. (2021). *Relatório Anual: Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas em 2021*. Ministério da Saúde.

Monteiro, A., Alves, M., & Marques, O. (2016). Diabetes e cirurgia de ambulatório - Protocolo de atuação no período perioperatório. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo*, 11(2), 262-267. . <https://doi.org/>

Moola, S., & Lockwood, C. (2011). Effectiveness of strategies for the management and/or prevention of hypothermia within the adult perioperative environment. *International Journal of Evidence-based Healthcare*, 9(4), 337-345.

Moraes, C., Cruz, D., Moreira, E., Padovani, F., Rolim, G., Pacheco, M., Costa, M., Tavares, P., Linard, R., Estumano, V., Rodrigues, W., & Matos, W. (2022). O conhecimento de enfermeiros sobre os fatores de risco e prevenção de lesão na córnea na UTI adulto. *Research, Society and Development*, 11(8), 1-7.

- Moreau, D. A. S., & Maia, L. F. S. (2024). Assistência de enfermagem no pós-operatório cirúrgico cardíaco. *Revista Recien*, 14(42), 387–396. <https://doi.org/10.24276/rrecien2024.14.42.387396>
- Morgan, G. E., Mikhail, M. S., & Murray, M. J. (2019). *Clinical anesthesiology* (6th ed.). McGraw-Hill Education.
- Morujão, N. (2013). Anestésicos intravenosos opioides e agentes inalatórios. In H. Machado (Ed.), *Manual de Anestesiologia* (pp. 235–258). Lidel.
- Mota, A. S. de C., Castilho, A. F. de O. M., & Martins, M. M. F. P. da S. (2021). Avaliação da segurança do doente no bloco operatório: Percepção dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(6), 1–10. <https://doi.org/10.12707/RV20134>
- Munday, J., Delaforce, A., Heidke, P., Rademakers, S., Sturgess, D., Williams, J., & Douglas, C. (2023). Perioperative temperature monitoring for patient safety: A period prevalence study of five hospitals. *International Journal of Nursing Studies*, 143, 104508. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104508>
- Mutlu, M., & Turkmen, S. (2022). The effect of different anaesthesia techniques on postoperative pain and hospital discharge in varicose vein surgery. *Cardiovascular Journal of Africa*, 33(2), 46–49. <https://doi.org/10.5830/CVJA-2021-061>
- Nandhra, S., Wallace, T., El-Sheikha, J., Carradice, D., & Chetter, I. (2020). A randomised controlled trial of perivenous tumescent anaesthesia in addition to general anaesthesia for surgical ligation and stripping of the great saphenous vein. *Phlebology: The Journal of Venous Disease*, 35(5), 305–315. <https://doi.org/10.1177/0268355519885221>
- Nascimento, T., Frade, I., Miguel, S., Presado, M. H., & Cardoso, M. (2021). Os desafios dos sistemas de informação em enfermagem: Uma revisão narrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 505–510. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40802020>
- Nilsson, U., Jaensson, M., Dahlberg, K., & Hugelius, K. (2019). Postoperative recovery after general and regional anaesthesia in patients undergoing day surgery: A mixed methods study. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 34(3), 517–528. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.08.003>
- Nunes, J. S., Gomes, R., Povo, A., & Alves, E. C. (2018). Quality indicators in ambulatory surgery: A literature review comparing Portuguese and international systems. *Acta Médica Portuguesa*, 31(7-8), 425–430. <https://doi.org/10.20344/amp.10416>
- OE. (1998). REPE - Regulamento do exercício profissional do enfermeiro. *Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro* (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril).
- Oliveira, R., Fernandes, A., Botarelli, F., Araújo, J., Barreto, V., & Vitor, A. (2016). Risk factors for injury in the cornea in critical patients in intensive care: An integrative review. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 8(2), 4423–4434.

<https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4423-4434>

Oliveira, S. (2023). *Lesão por pressão no posicionamento cirúrgico: Evidências para o cuidado* (Tese de mestrado). Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/48442/1/Relat%c3%b3rioFinal.pdf>

Oliveira, É. S., Gomes, J. V. F., Antoniazzi, E. C., Toccafondo, R. M., & Araújo, M. P. de. (2024). Os impactos da septoplastia na qualidade do sono: Uma revisão de literatura. *Lumen et Virtus*, 15(43). <https://doi.org/10.56238/levv15n43-076>

Olsson, L. M., & Möller, P. A. (2016). *Pharmacology for anaesthetists* (2nd ed.). Cambridge University Press.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código deontológico*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.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 e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos mestrados*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2021b). *Consulta de enfermagem e teleconsulta de enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21447/parecer-n%C2%BA-53_ce_13012021_consulta-e-nfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf

Organização Mundial de Saúde. (2018). *Global guidelines for the prevention of surgical site infection*.

Paço, J. (2015). Manual de urgências ORL. Queluz: Círculo Médico. ISBN 978-989-8483-23-2. <http://id.bnportugal.gov.pt/bib/bibnacional/1926551>

Paiva e Silva, A. (2007). “Enfermagem avançada”: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55, 11-20.

Pannier, F., Noppeney, T., Alm, J., Breu, F. X., Bruning, G., Flessenkämper, I., Gerlach, H., Hartmann, K., Kahle, B., Kluess, H., Mendoza, E., Mühlberger, D., Mumme, A., Nüllen, H., Rass, K., Reich-Schupke, S., Stenger, D., Stücker, M., Schmedt, C. G., Schwarz, T., Tesmann, J., Tebarek, J., Werth, S., & Valesky, E. (2022). S2k guidelines: Diagnosis and treatment of varicose

veins. *Der Hautarzt*, 73(S1), 1-44. <https://doi.org/10.1007/s00105-022-04977-8>

Pardo, M. C., JR., & Miller, R. D. (Eds.). (2018). *Basics of anesthesia* (7th ed.). Elsevier.

Paula, M. C. P. (2019). *O processo de integração do enfermeiro circulante em contexto perioperatório* (Tese de Mestrado não publicada). Instituto Politécnico de Setúbal-Escola Superior de Saúde.

Peace, J., & Brennan, P. F. (2009). Formalizing nursing knowledge: From theories and models to ontologies. *Studies in Health Technology and Informatics*, 146, 347-351. <https://doi.org/10.3233/978-1-60750-024-7-347>

Penaforte, H., Sá, C., Seara, L., Costa, M., & Mendes, A. (2019). Normotermia no perioperatório: Perspetiva do enfermeiro. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 2(1), 7-17.

Peralta, S. S., Dodge, K. A., & Jones, R. A. (2021). An overview of quality improvement processes and data analysis in perioperative nursing practice. *AORN Journal*, 114(4), 294-308. <https://doi.org/10.1002/aorn.13501>

Pinho, J. A. (2020). *Enfermagem em cuidados intensivos*. Lidel. ISBN: 978-989-752-419-6.

Pinto, J. R. L., Matias, A. C. R., & Sarnadas, L. L. (2020). Avaliação da cultura de segurança do doente em cirurgia ambulatoria pelos enfermeiros: Protocolo de scoping review. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(4), 1-6. <https://doi.org/10.12707/RV20059>

Portaria n.º 163/2013 de 24 de abril. (2013). Aprova as tabelas de preços a praticar pelo Serviço Nacional de Saúde, bem como o respetivo Regulamento. *Diário da República I Série*, n.º 80/2013, 2495-2606. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2013/04/08000/0249502606.pdf>

Prakash, S. (2013). Perioperative eye protection under general anesthesia. *Journal of Anaesthesiology, Clinical Pharmacology*, 29(1), 138-139. <https://doi.org/10.4103/0970-9185.105834>

Regulamento Armazéns Avançados. (2021). *Regulamento Armazéns Avançados: Hospital Distrital de Santarém* (02-12-2021). *Regulamento_Armazens-avancados.pdf*. Ministério da Saúde. URL: min-saude.pt

Regulamento n.º 558/2017 de 17 de outubro. (2017). *Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos da Prática Clínica*. Diário da República, II série, n.º 200 (17-10-2017), 23640-23642. URL: diariodarepublica.pt

Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho. (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, II série, n.º 135. URL: files.dre.pt

- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, II série, n.º 26 (06-02-2019), 4744-4750.
- Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro. (2019). *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Diário da República, II série n.º 184 (25-09-2019), 128-155. URL: files.dre.pt
- Regulamento n.º 729/2021 de 5 de agosto. (2021). *Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem em Reprocessamento de Dispositivos*. Diário da República, II série, n.º 151 (2021-08-05), 189-203. URL: files.dre.pt
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 159-A/2008 de 17 de outubro. (2008). *Estabelece a realização de uma campanha de sensibilização para a cirurgia de ambulatório*. Diário da República, 1ª Série, n.º 202 (17-10-2008), 7458-7459.
- Reynolds, L. M., & Thompson, H. J. (2023). Preventing ocular injuries in perioperative care: The role of nursing interventions. *Journal of Perioperative Nursing*, 40(2), 88-95.
- Rezende, H. A., & Duarte, A. C. S. (2017). A influência da liderança na promoção de comportamentos de cidadania organizacional entre enfermeiros. In R. C. Melo, L. S. Mónico, C. M. S. Carvalho, P. M. S. Pereira, H. A. Rezende, A. C. S. Duarte, D. H. Zapata, A. F. Traver, S. M. G. Gondim, G. D. Alberton, C. S. Hutz, I. M. V. Campos, & E. P. Lousã (Eds.), *Liderança e Seus Efeitos* (pp. 27-48). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. URL: esenfc.pt
- Riegel, F., Crossetti, M., & Siqueira, D. S. (2018). Contributions of Jean Watson's theory to holistic critical thinking of nurses. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(4), 2072-2076.
- Rothrock, J., & Smith, D. (2000). Selecting the perioperative patient focused model. *AORN Journal*, 71(5), 1030-1037. [https://doi.org/10.1016/s0001-2092\(06\)61552-4](https://doi.org/10.1016/s0001-2092(06)61552-4)
- Rothrock, J. (2021). *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. Guanabara Koogan Ltda.
- Rusch, D., Eberhart, L. H., Wallenborn, J., et al. (2010). Nausea and vomiting after surgery under general anesthesia: An evidence-based review concerning risk assessment, prevention, and treatment. *Dtsch Arztebl Int*, 107(42), 733-741. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2010.0733>
- Saldanha, L., Pinto, N., & Franco, S. (2013). Anestesia para Obstetrícia. In *Manual de Anestesiologia* (1st ed., pp. 565-589). Lidel.
- Salazar-Maya, A. M. (2022). Nursing care during the perioperative within the surgical context. *Investigación y Educación en Enfermería*, 40(2). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v40n2e02>
- Sanguiné, A. D. S., Ramos, G. F. do N., Boschetti, J. R., & Treviso, P. (2018). Hipotermia no pós-operatório imediato: Percepção de técnicos de enfermagem. *Revista SOBECC*, 23(4), 205-211. <https://doi.org/10.5327/z1414-4425201800040006>

- Santos, M. R., Burci, L. M., & Weigert, S. P. (2018). Fatores de risco e prevenção de infecção do sítio cirúrgico. *Revista Gestão & Saúde*, 18(1), 39-45. URL: herrero.com.br
- Santos, Q., Paes, G., & Góes, F. (2021). Alterações oculares em unidade de terapia intensiva: Scoping review. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, 11(34), 168-180. <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.34.168-180>
- Santos, R. F. S. (2022). *Dor e ferida cirúrgica: Contributos para a implementação da supervisão clínica em cirurgia de ambulatório* [Tese de Mestrado não publicada]. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Santos, Q., Stipp, M., Góes, F., Oliveira, F., & Paes, G. (2023). Incidence of corneal injury in intensive care: A cohort study. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 36, 1-9.
- Sarmiento, P., Marcos, A., Fonseca, C., Marques, M., Lemos, P., & Vieira, V. (2013). *Recomendações para o tratamento da dor aguda pós-operatória em cirurgia ambulatória*. URL: apca.com.pt
- Seixas, M. (2013). Anestesia para Cirurgia Geral. In H. Machado (Ed.), *Manual de Anestesiologia*. Lidel.
- Serra, D. M. P., Costa, I. A., Godinho, S. F. F., Henriques, M. F., & Gouveia, M. J. (2022). As auditorias em enfermagem nas organizações de saúde: Revisão narrativa da literatura. *Gestão e Desenvolvimento*, 30, 317-337. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11388>
- Siddiqui, B. A., & Kim, P. Y. (2023, January 29). Anesthesia stages. In *StatPearls* [Internet]. StatPearls Publishing. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557596/>
- Sillero-Sillero, A., & Zabalegui, A. (2020). Analysis of the work environment and intention of perioperative nurses to quit work. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, 1-10. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3239.3256>
- Silva, R. (2016). *Inovação informática de atendimento holístico do idoso no bloco operatório* (Tese de doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://hdl.handle.net/10216/83634>
- Silva, M., Silva, J., Novo, J., Oliveira, F., Carneiro, E., & Mourão, J. (2022). The patient perspective regarding ambulatory surgery: An observational study. *Acta Médica Portuguesa*, 35(10), 743-748. <https://doi.org/10.20344/amp.16494>
- Silva, T. G. da. (2022). *Desenvolvimento de um bloco operatório: Projeto, construção, equipamentos médicos e vídeo-integração* (Tese de Mestrado não publicada). Instituto Superior de Engenharia de Coimbra.
- Silva, S. C. R. L. (2022). *Consulta de Enfermagem Pré-operatória em Cirurgia de Ambulatório: Importância para a satisfação do utente*.

<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/26363/1/Susana%20Cristina%20Ruivo%20Lo%CC%81%20Silva.pdf>

Silva, G. de S., Sampaio, L. R. L., Vidal, E. C. F., do Nascimento, M. M. X., Bernardo, M. S. N., de Moraes, N. C. B., de Souza, J. L., & Pinheiro, W. R. (2023). Diagnósticos e intervenções de enfermagem para o paciente em ventilação mecânica invasiva. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 16(12), 33701-33715. <https://doi.org/10.55905/revconv.16n.12-275>

Simmons, R. W., & Bradford, L. A. (2023). Prevention and management of ocular injuries during anesthesia. *Journal of Perioperative Nursing*, 42(3), 122-128.

Sociedade Portuguesa de Anestesiologia. (2017). Recomendações para abordagem anestésica do doente idoso em cirurgia de ambulatório. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 26(2), 52-60. <https://www.spanesthesiologia.pt/recomendacoes-spa/>

Sousa, H., & Marques, O. (2014). Anestesia. In A. Duarte & O. Martins (Coords.), *Enfermagem em bloco operatório* (pp. 69-92). Lidel.

Sousa, P. (2016). Do conceito de enfermagem de prática avançada à enfermagem avançada. In R. Sousa da Silva, I. Santos Bittencourt, & G. P. do Nascimento Paixão (Eds.), *Enfermagem avançada: Um guia para a prática*. Editora Sanar.

Souto, E., & Lopes, C. (2011). *Novas formas farmacêuticas para administração de fármacos*. Porto: Universidade Fernando Pessoa. ISBN 978-989-643-078-8.

Souza, F. X. de, Rodrigues, J. C., Andrade, J. de S., Oliveira, C. M. O. de, Barbosa, A. L. G., & Brandão, A. dos S. (2020). Modelo simulador de baixo custo para treinamento de septoplastia. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (42), e2827. <https://doi.org/10.25248/reas.e2827.2020>

Speth, J. (2023). Guidelines in practice: Positioning the patient. *AORN Journal*, 117(6), 384-390. <https://doi.org/10.1002/aorn.13929>

Steadman, J., Catalani, B., Sharp, C., & Cooper, L. (2017). Life-threatening perioperative anesthetic complications: Major issues surrounding perioperative morbidity and mortality. *Trauma Surgery & Acute Care Open*, 2(1), e000113. <https://doi.org/10.1136/tsaco-2017-000113>

Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204-211. <https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04>

Torossian, A., Brauer, A., Hocker, J., Bein, B., Wulf, H., & Horn, E. (2015). Clinical practice guideline: Preventing inadvertent perioperative hypothermia. *Dtsch Arztebl*, 112, 166-172.

Torres, P. (2012). *Superfície ocular* (Vol. 1; 1st ed.). Ld. o Ondagrafe - Artes Gráficas, Ed.

Vallerand, A. H., Sanoski, C. A., & Deglin, J. H. (2016). *Guia farmacológico para enfermeiros* (14th

ed.; H. Pinheiro, Rev. técnica). Lusociência. (Original work published as Davis's drug guide for nurses)

Veigas, E. M. A. (2019). *Artrodese cervical: Implicações clínicas e funcionais* (Tese de mestrado). Universidade da Beira Interior.

Venkatesan, U., Kamal, S., & Viswanathan, J. (2021). Perception of pain, attitude, and satisfaction of pain management among postoperative patients. *Journal of Clinical & Diagnostic Research*, 15(1), 5–8. https://www.researchgate.net/publication/350489742_Perception_of_Pain_Attitude_and_Satisfaction_of_Pain_Management_among_Postoperative_Patients

Viegas, C., & Névoa, I. (2014). Recursos humanos. In A. Duarte & O. Martins (Coords.), *Enfermagem em bloco operatório* (pp. 29–38). Lidel.

Viegas, C. (2019). O controlo de infeção no bloco operatório. In A. Duarte & O. Martins (Coords.), *Controlo da infeção hospitalar* (pp. 129–138). Lidel.

Vieira, C. S. N. (2021). *O papel do enfermeiro especialista na comunicação* (Master's thesis). Universidade Católica Portuguesa.

Watson, D. (1994). Opinion technology in the perioperative environment e perioperative environment typifies high. *AORN Journal*, 59(1), 268–277. [https://doi.org/10.1016/S0001-2092\(07\)65326-5](https://doi.org/10.1016/S0001-2092(07)65326-5)

Werli-Alvarenga, A., Falci, F., Antônio, F., Aloísio, J., Massote, D., Oliveira, M., Couto, T., & Chianca, M. (2011). Lesões na córnea: Incidência e fatores de risco em unidade de terapia intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 1–9. <https://www.eerp.usp.br/rlae>

Werli-Alvarenga, A., Ercole, F., Herdman, T., & Chianca, T. (2013). Nursing interventions for adult intensive care patients with risk for corneal injury: A systematic review. *International Journal of Nursing Knowledge*, 24(1), 25–29. <https://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2012.01218.x>

Wicklin, S. A. V. (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>

World Health Organization. (2009). *Manual de implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica da OMS*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44186/9789241598590_por.pdf?sequence=71&isAllowed=y

World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021-2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. Geneva. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety->

action-plan

World Health Organization. (2024). Patient safety.
<https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/patient-safety>

Zaranko, B., Sanford, N. J., Kelly, E., Rafferty, A. M., Bird, J., Mercuri, L., Sigsworth, J., Wells, M., & Proper, C. (2023). Nurse staffing and inpatient mortality in the English National Health Service: A retrospective longitudinal study. *BMJ Quality & Safety*, 32(5), 254-263.
<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2022-015291>

8. ANEXOS

Anexo I

Formação em serviço com o tema "Intervenção especializada de enfermagem na prevenção de lesões oculares na pessoa em situação perioperatória"

Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II
Unidade de Cirurgia de Ambulatório

Mestranda:
Ana Rita da Fonseca Pires
Orientadora:
Professora Dina Costa
Tutora:
Enfermeira Especialista Andreia Leite

Coimbra, fevereiro 2025

Tema: Intervenção especializada de enfermagem na prevenção de lesões oculares na pessoa em situação perioperatória

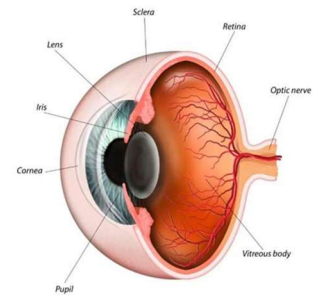
Objetivos: consciencializar a equipa tendo em vista a prevenção, identificação precoce e implementação de estratégias de intervenção adequadas neste domínio de atuação; sensibilizar a equipa para a operacionalização das intervenções de enfermagem através do registo clínico, em linguagem classificada, no sistema operativo *Patient Care*.

Enquadramento:

A frequência do pestanejar no ser humano é, em média, entre 15 e 20 vezes por minuto, realizada de forma ritmada e completa, para que seja possível distribuir e manter o filme lacrimal

A córnea é uma estrutura avascular, densamente innervada e constituída por cinco camadas. A sua transparência depende da normal homeostasia dos seus constituintes, particularmente do epitélio enquanto camada impermeável e do endotélio enquanto responsável pela eliminação do fluido estromal

O epitélio corneano intacto, é a garantia de uma proteção eficaz contra uma agressão patogénica. Qualquer agressão mecânica pode modificar a sua integridade ou potencializar a permeabilidade celular



Durante o sono, as pálpebras encontram-se fechadas devido à ação do músculo orbicular das pálpebras, havendo uma rotação do globo ocular para cima, designado por fenómeno de Bell

Quando a pessoa se encontra sob sedação, anestesia geral ou em coma, há um relaxamento muscular generalizado, com contrações aleatórias das pálpebras, ausência do reflexo do pestanejar e do fenómeno de Bell

Quando o encerramento das pálpebras é realizada de forma inadequada, a libertação e distribuição dos constituintes da lágrima prejudicam não só a sua renovação como a homogeneidade, aumentando assim a evaporação. Desta forma, torna-se fundamental que a fenda palpebral se encontre bem encerrada, limitando o risco de lesão

As lesões da superfície ocular nestas unidades de prestação de cuidados são recorrentes, no entanto, pode ser revertida esta situação, se a equipa de enfermagem estiver capacitada para o reconhecimento dos fatores de risco que predispõem a estas lesões

O compromisso ocular, frequente na PSPO, pode aumentar o tempo de internamento com consequências ainda mais graves, aumentando assim, a vulnerabilidade da pessoa às infeções nosocomiais, atrasando a alta hospitalar e a sua integração na vida familiar, profissional e social

A proteção ocular é fundamental nestas situações, pois a pessoa sedada ou anestesiada, não consegue manifestar a diminuição da acuidade visual, o desconforto à dor ou à fotofobia, correndo o risco de ficar com alterações permanentes ou mesmo perda total de visão

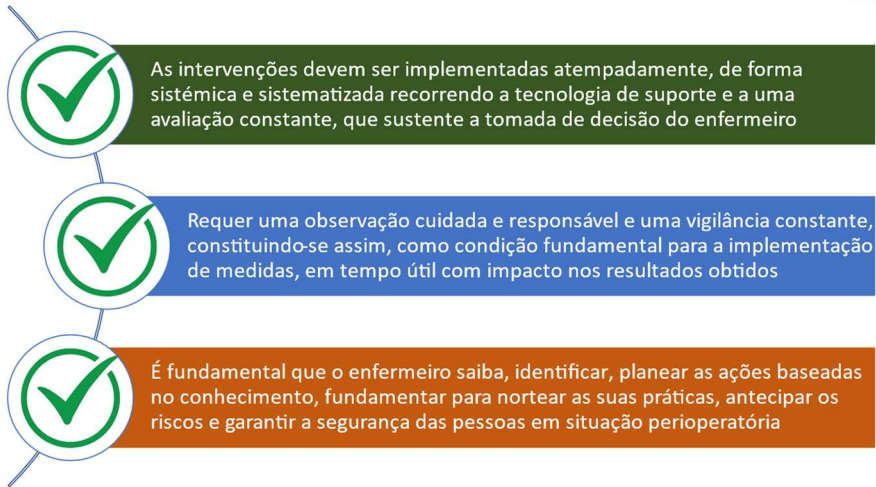
Evidência Científica:



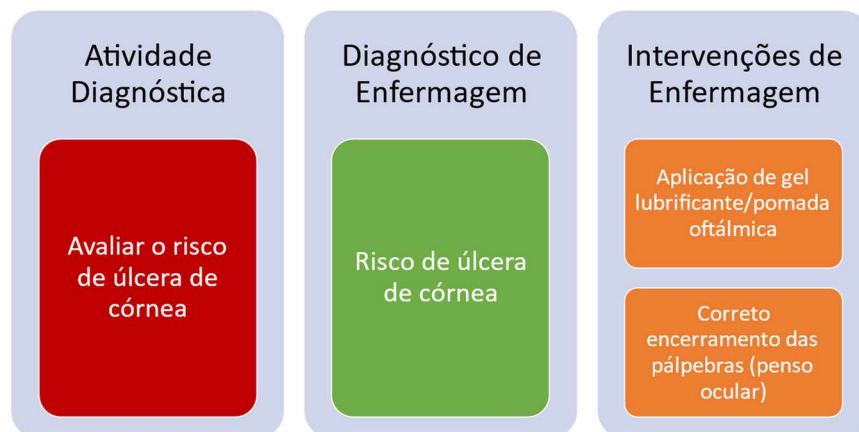
O risco de lesão da superfície ocular, pode atingir uma incidência entre 59,4% (Oliveira et al., 2016) a 83,3%, das pessoas (Hayakawa et al., 2020; Werli-Alvarenga et al., 2011). Segundo os autores Alansari et al. (2015), desde a admissão até ao aparecimento das lesões, este período pode variar entre 2 e 7 dias.

A queratopatia de exposição é a que se evidencia com maior prevalência (3,6%-60%), seguida da situação de quemose (9%-80%) e por fim a queratite microbiana (Alansari et al., 2015).

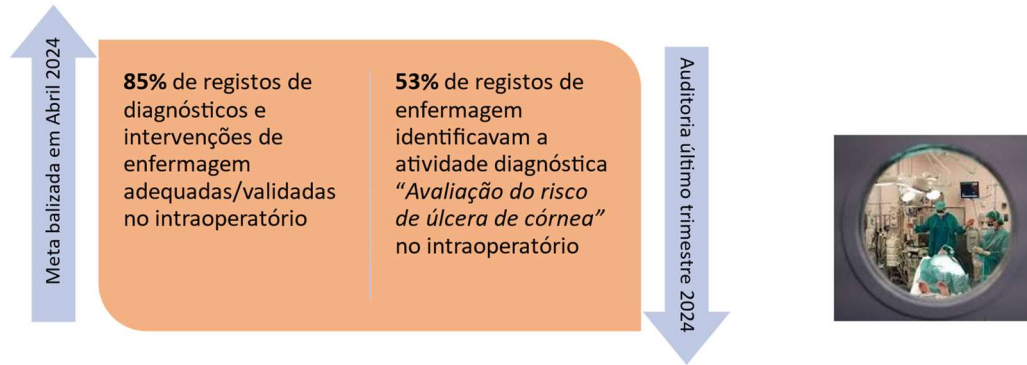
Reynolds e Thompson (2023) destacam o papel essencial das intervenções de enfermagem na prevenção de lesões oculares no período perioperatório, como abrasões da córnea, cuja incidência varia entre 0,17% e 0,44%.



Processo de Enfermagem:



Operacionalização dos registos clínicos de enfermagem



Conclusão:

A formação, a padronização dos cuidados e a monitorização das lesões oculares contribuem para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória. Requer uma observação cuidadosa e criteriosa, assim como vigilância constante, constituindo-se esta como condição fundamental para a implementação de medidas em tempo útil e com impacto nos resultados obtidos. Torna-se fundamental que o enfermeiro, consciencializando-se das melhores práticas, apresente uma atitude de prevenção e vigilância antecipatória, tomando decisões fundamentadas e evitando assim eventos adversos.



Referências Bibliográficas

- Alansari M., Hijazi M., & Maghrabi K. (2015). Making a Difference in Eye Care of the Critically Ill Patients. *Journal of Intensive Care Medicine*, 30(6), 311–317. <https://doi.org/10.1177/0885066613510674>
- Hayakawa L., Matsuda L., Inoue K., Oyamaguchi E., & Ribeiro E. (2020). Ocular surface injuries at an intensive care unit: A self-paired clinical trial. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 33, 1–7. <https://doi.org/10.37689/ACTA-APE/2020AO0279>
- Oliveira, R., Fernandes, A., Botarelli, F., Araújo, J., Barreto, V., & Vitor, A. (2016). Risk factors for injury in the cornea in critical patients in intensive care: an integrative review. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 8(2), 4423–4434. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4423-4434>
- Poter, S. B., Chamorro-Pareja, N., Boles, K. S., Rodgers, I. L., & Rodrigues, E. S. (2022). A Quality Improvement Project to Decrease Perioperative and Periprocedural Corneal Abrasions. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 37(3), 317–320. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35246365>
- Reynolds, L. M., & Thompson, H. J. (2023). "Preventing ocular injuries in perioperative care: The role of nursing interventions." *Journal of Perioperative Nursing*, 40(2), 88–95;
- Werli-Alvarenga, A., Falcí, F., Antônio, F., Aloisio, J., Massote D., Oliveira, M., Couto, T., & Chianca, M. (2011). Lesões na córnea: incidência e fatores de risco em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, 1–9. www.eerp.usp.br/rlae



Anexo II

Apresentação e-poster intitulado "Intervenção especializada de enfermagem na prevenção de lesões oculares na pessoa em situação perioperatória" no I Congresso Internacional do Núcleo de Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica da Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego (ULSBM)



Intervenção especializada de enfermagem na prevenção de lesões oculares na pessoa em situação perioperatória

Costa, Dina¹, ULSCoimbra; Pires, Ana Rita², ULSCoimbra; Leite, Tânia Andreia³, ULSCoimbra

¹Professora, Mestre em Enfermagem, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e em EMC na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória; ²Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória; ³Tutora, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

CONGRESSO
INTERNACIONAL
NEEMC
DA ULSBM

NÚCLEO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS
EM MÉDICO-CIRURGIA

Introdução: A pessoa em situação perioperatória, quando submetida a sedação ou anestesia geral, incorre num relaxamento muscular generalizado, com contrações aleatórias das pálpebras e ausência do reflexo do pestanejar, precipitando a ocorrência de lesões da superfície ocular. O compromisso ocular pode aumentar o tempo de internamento, aumentando a vulnerabilidade às infeções nosocomiais, atrasando a alta hospitalar e aumentando os custos globais. O reconhecimento dos fatores de risco pode reverter a situação, pelo que a capacitação da equipa de enfermagem torna-se fundamental.

Objetivo: Mapear a evidência acerca da prevenção de lesões oculares na pessoa em situação perioperatória.

Discussão/Conclusão: A formação, a padronização dos cuidados e a monitorização das lesões oculares contribuem para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória. Requer uma observação cuidadosa e criteriosa, assim como vigilância constante, constituindo-se esta como condição fundamental para a implementação de medidas em tempo útil e com impacto nos resultados obtidos. Torna-se fundamental que o enfermeiro, consciencializando-se das melhores práticas, apresente uma atitude de prevenção e vigilância antecipatória, tomando decisões fundamentadas e evitando assim eventos adversos.

Método: Realizada revisão integrativa da literatura. Questão de investigação: "Qual a evidência acerca da prevenção de lesões oculares na pessoa em situação perioperatória?". Estratégia de pesquisa entre maio e agosto de 2024, nas bases de dados CINAHL® Complete e MEDLINE via EBSCOhost e Pubmed. Definidos como critérios de inclusão: artigos com acesso livre e texto completo, nos idiomas português e inglês. Artigos que não cumpriram critérios de inclusão foram excluídos.

Frase booleana: ((corneal abrasion) AND (perioperative care))

Resultados

- ✓ O risco de lesão da superfície ocular na pessoa sob sedação ou anestesia geral varia de 59,4% (Oliveira et al., 2016) a 83,3% (Hayakawa et al., 2020; Werli-Alvarenga et al., 2011).
- ✓ O período desde a admissão até ao aparecimento das lesões varia de 2 a 7 dias (Alfarsari et al., 2015).
- ✓ A queratopatia de exposição assume maior prevalência (3,6%-63%), seguida da queratose (19%-30%) e da queratite microbiana (Alfarsari et al., 2015).

Referências bibliográficas



Anexo III

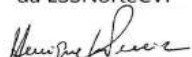
6º Congresso Internacional de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS)
2024, comunicação oral: “Prevenção da Infecção do local cirúrgico em oftalmologia”

CERTIFICADO

Certifica-se que a Comunicação Oral **“Prevenção da Infecção do local cirúrgico em oftalmologia”**, da autoria Neli Bastos, Dina Costa, Ana Rita Pires, Luis Filipe, Liliana Santos, Mário Miranda foi apresentada por **Neli Bastos** no **6º Congresso Internacional IACS 2024: Desafios e Inovação em Controlo de Infecção**, realizado nos dias 24 e 25 de outubro de 2024, no auditório do Europarque, em Santa Maria da Feira, Portugal.

Santa Maria da Feira, 25 de outubro de 2024

Presidente Conselho Direção
da ESSNorteCVP


Prof.º Doutor Henrique Pereira

A Comissão Científica


Prof.ª Doutora Fernanda Príncipe

Anexo IV

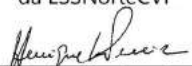
6º Congresso Internacional de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS)
2024, comunicação oral intitulada: “Projeto de melhoria continua: práticas
recomendadas no uso de luvas cirúrgicas em contexto intraoperatório”

CERTIFICADO

Certifica-se que a Comunicação Oral **“Projeto de melhoria contínua: práticas recomendadas no uso de luvas cirúrgicas em context intraoperatório”**, da autoria Ana Rita Pires, Carina Gomes, Neil Bastos, Luís Filipe, Liliana Santos, Mário Miranda, Dina Costa foi apresentada por Ana Rita Pires no 6º Congresso Internacional IACS 2024: **Desafios e Inovação em Controlo de Infeção**, realizado nos dias 24 e 25 de outubro de 2024, no auditório do Europarque, em Santa Maria da Feira, Portugal.

Santa Maria da Feira, 25 de outubro de 2024

Presidente Conselho Direção
da ESSNorteCVP


Prof.º Doutor Henrique Pereira

A Comissão Científica


Prof.ª Doutora Fernanda Príncipe

Anexo V

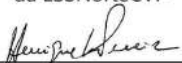
I Congresso Enfermagem Perioperatória da ULS Entre Douro e Vouga, como coautora
da comunicação oral “Fatores Organizacionais na prevenção de Infecção do Local
cirúrgico em Oftalmologia”

CERTIFICADO

Certifica-se que a Comunicação Oral **“Prevenção da Infecção do local cirúrgico em oftalmologia”**, da autoria **Neli Bastos, Dina Costa, Ana Rita Pires, Luis Filipe, Liliana Santos, Mário Miranda** foi apresentada por **Neli Bastos** no **6º Congresso Internacional IACS 2024: Desafios e Inovação em Controlo de Infecção**, realizado nos dias 24 e 25 de outubro de 2024, no auditório do Europarque, em Santa Maria da Feira, Portugal.

Santa Maria da Feira, 25 de outubro de 2024

Presidente Conselho Direção
da ESSNorteCVP


Prof.º Doutor Henrique Pereira

A Comissão Científica


Prof.ª Doutora Fernanda Príncipe

Anexo VI

I Congresso Enfermagem Perioperatória da ULS Entre Douro e Vouga, como coautora
do e-poster intitulado “Plano de Integração dos enfermeiros em Bloco Operatório: que
importância?”

I CONGRESSO ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA ULS EDV

Certificado de Apresentação

Certifica-se que o trabalho científico intitulado:

Plano de Integração dos enfermeiros em Bloco Operatório: que importância?

Foi apresentado em formato de: **É-POSTER** no I Congresso de Enfermagem Perioperatória ULS EDV, que decorreu nos dias 29 e 30 de novembro de 2024, no Auditório do Europarque.

1º Autor: **Luís Filipe**

Coautores: Ana Pires; Dina Costa; Liliana Santos; Neli Leitão

Santa Maria da Feira, 30 de novembro de 2024

Presidentes da Comissão Organizadora

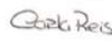

Isabel Melo


André Marques



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ENTRE DOURO E VOUGA

Presidentes da Comissão Científica


Carla Reis


Cármén Soares

PLANO DE INTEGRAÇÃO DOS ENFERMEIROS EM BLOCO OPERATÓRIO: QUE IMPORTÂNCIA?

Ana Pires¹; Dina Costa^{1,2}; Liliana Santos¹; Luís Rêgo¹; Neli Lantão¹
¹ Enfermeiro, ULS Coimbra; ² Professora Especialista ESSNorteCVP

I CONGRESSO ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ENTRE DOURO E VOUGA

INTRODUÇÃO

A complexidade da Enfermagem Perioperatória ligada ao avanço científico e tecnológico requer o desenvolvimento de competências específicas, técnicas e não técnicas, evidenciando a necessidade de enfermeiros devidamente integrados e capacitados, favorecendo uma cultura de segurança.

A integração de enfermeiros no bloco operatório deve ser encarada como um processo de mudança, bem planeada, organizada, orientada e flexível devendo ser adaptado às necessidades de cada novo elemento. Um plano de integração estruturado pretende definir estrategicamente um caminho que vise a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Assim, pretendemos identificar a importância atribuída pelos enfermeiros à existência de um guia orientador no processo de integração em contexto de bloco operatório.



OBJETIVO

Identificar a importância de um plano estruturado na integração dos enfermeiros no bloco operatório.

METODOLOGIA

Método: Revisão Integrativa da Literatura

Data de pesquisa: 01 de outubro de 2018

Base de Dados: SCOPUS, CINAHL e MEDLINE (via EBSCO)

Palavras-chaves: (enfermagem) AND (educação) AND (enfermagem de centro cirúrgico)

Palavras-chaves: Enfermagem de Centro Cirúrgico

Critérios de inclusão: estudos publicados entre 2005 e 2018 publicados para o contexto português



Qual a importância de um plano estruturado na integração dos enfermeiros do bloco operatório?

RESULTADOS



DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nos estudos analisados a maioria dos enfermeiros considera de grande importância a estruturação de um plano de integração no bloco operatório. É ainda referido como fundamental que a experiência anterior do novo elemento seja considerada para o tempo de integração, e que o plano de integração seja utilizado para novos enfermeiros mesmo com experiência em bloco operatório. Apesar da relevância da questão, são poucos os estudos de referência relativos à mesma. No entanto, verificamos que o plano de integração estruturado é um instrumento valorizado pelos profissionais. Mais investigação é necessária, para perceber os motivos que contribuem para a baixa implementação desta ferramenta em contexto perioperatório, apesar das vantagens evidenciadas nos estudos existentes. Sugere-se ainda que os planos de integração sejam processos dinâmicos inspirados no ciclo de Deming, ajustados às necessidades individuais de cada profissional.

CONCLUSÃO

O plano de integração é fundamental para otimizar as competências do profissional uma vez que uma integração estruturada, planeada e individualizada irá beneficiar não só a instituição, como o próprio profissional e a pessoa em situação perioperatória. Com a elaboração deste trabalho entendemos ter dado resposta à questão de investigação contribuindo para a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem.

BIBLIOGRAFIA



Anexo VII

Webinar "Ciclo de Webinars em Prevenção e Controle de Infecção e Resistência aos
Antimicrobianos | Sessão 1"



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

ANA RITA DA FONSECA PIRES

membro nº 48824 desta Ordem, participou no(a) "Ciclo de Webinars em Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos | Sessão 1", realizado no dia 1 de Outubro de 2024, com duração total de 1h30, no(a) Plataforma digital "Cisco Webex Events".

Lisboa, 1 de Outubro de 2024

O Bastonário

Luís Filipe Barreira

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,33 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas.

Anexo VIII

Webinar "Ciclo de Webinars em Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos
Antimicrobianos | Sessão 2"



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

ANA RITA DA FONSECA PIRES

membro nº 48824 desta Ordem, participou no(a) "Ciclo de Webinars em Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos | Sessão 2", realizado no dia 15 de Outubro de 2024, com duração total de 02h00, no(a) Plataforma digital "Cisco Webex Events".

Lisboa, 15 de Outubro de 2024

O Bastonário

Luís Filipe Barreira

Esta atividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,35 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

Anexo IX

IV Simpósio de Investigação em Enfermagem da ULS Coimbra, como coautora do e-poster intitulado “Humanização no cuidar em Perioperatório”



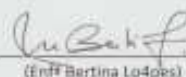
DECLARAÇÃO

O SERVIÇO DE FORMAÇÃO DA ULS DE COIMBRA, declara para os devidos efeitos que, **ANA RITA PIRES; DINA COSTA; LILIANA SANTOS; LUIS FILIPE; NELI LEITÃO e SÉRGIO MIRANDA**, foram autores do póster **"HUMANIZAÇÃO NO CUIDAR EM PERIOPERATÓRIO"**, no evento **"IV SIMPÓSIO DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM"**, que se realizou nos dias 6, 7 e 8 de novembro de 2024, no Auditório Principal do Polo HUC

Por ser verdade e ter sido pedido se passa a presente declaração que vai ser assinada e autenticada com carimbo em uso neste Serviço.

Coimbra, 19 de dezembro de 2024

A Diretora Interina do Serviço de Formação


(Ent^a Bertina Lo4pes)

Anexo X

Webinar "Enfermagem às Quintas – O enfermeiro no resgate, que futuro"



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

ANA RITA DA FONSECA PIRES

membro nº 48824 desta Ordem, participou no(a) "Enfermagem às Quintas - O enfermeiro no resgate, que futuro", realizado no dia 19 de Dezembro de 2024, com duração total de 2 horas, no(a) Plataforma digital "Cisco Webex Events".

Porto, 19 de Dezembro de 2024

O Presidente do Conselho Diretivo Regional do Norte

Miguel Vasconcelos

Esta atividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,35 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.