

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**A PREPARAÇÃO E RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA DA MULHER
SUBMETIDA A CESARIANA: Desenvolvimento de Competências
em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à
Pessoa em Situação Perioperatória**

**SURGICAL PREPARATION AND RECOVERY OF WOMEN
UNDERGOING CAESAREAN SECTION: Development of
Specialised Clinical Skills in Medical-Surgical Nursing, in the
Area of Nursing for People in Perioperative Situation**

Autor

Margarida Medeiros Queirós Barros Marques

Porto, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

A PREPARAÇÃO E RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA DA MULHER SUBMETIDA A CESARIANA:
Desenvolvimento de Competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

SURGICAL PREPARATION AND RECOVERY OF WOMEN UNDERGOING CAESAREAN SECTION:
Development of Specialised Clinical Skills in Medical-Surgical Nursing, in the Area of Nursing for People in Perioperative Situation

Orientador(es)

Ana Leonor Alves Ribeiro
Professor Coordenador s/ Agreg., Doutor

Natália de Jesus Barbosa Machado
Professor Coordenador s/ Agreg., Doutor

Autor

Margarida Medeiros Queirós Barros Marques

Porto, 2025

FRASE OU PENSAMENTO

"The human touch is just as important as the latest technology."

Steve Jobs

RESUMO

O presente relatório, realizado no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (MEMCEPSPE), evidencia os principais contributos do Estágio de Natureza Profissional (ENP), realizado no bloco operatório de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da região norte, para o desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem Perioperatória.

Pretende-se, com a sua elaboração, descrever, analisar e refletir sobre o processo de aprendizagem e sobre o percurso percorrido para a aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista nesta área.

Para o seu desenvolvimento e aquisição, foi fundamental manter uma postura proativa, porém humilde, ao longo deste processo de aprendizagem. A realização de atividades, baseadas em evidência científica, das quais se destacam o processo de conceção de cuidados, sob a forma de caso clínico; o Guia de Preparação e Recuperação Cirúrgica da Mulher Submetida a Cesariana; e a norma/instrução de trabalho acerca da preparação e recuperação cirúrgica da mulher submetida a cesariana, contribuíram para a consistência dos cuidados prestados nesta área em específico, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados e, conseqüentemente, à excelência do exercício da profissão de enfermagem.

Palavras-Chave: Enfermagem Perioperatória; Melhoria da Qualidade; Cesariana

ABSTRACT

This report was developed within the scope of the master's degree in Medical-Surgical Nursing, specifically in the Perioperative setting. It highlights the main contributions of a professional internship for the specialised skills development in Perioperative Nursing care and it was carried out in the operating room of a local health unit in the northern region of the country.

The aim of this report is to describe and analyse the learning process throughout the professional internship and to reflect on the course taken to acquire common and specific skills that refer to the specialist nurse in this particular context.

It was essential to maintain a proactive, nevertheless humble posture throughout this learning process in order to accomplish and acquire these skills. The development of evidence based activities such as a case-study that highlighted the nurse's decision-making process; a guide to help prepare and recover women undergoing caesarean section; and a standard/instruction of care about the surgical preparation and recovery of women undergoing caesarean section, contributed to provide consistent care in this specific area, intending to improve its quality and, consequently, the excellence that underlies the nursing practice.

Key-Words: Perioperative Nursing; Quality Improvement; Caesarean Section

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

ACORN - *Australian College of Perioperative Nurses*

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas

AL - Anestésico Local

AORN - *Association of periOperative Registered Nurses*

APCA - Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória

APED - Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

APEGEL - Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança

ASA - *American Society of Anesthesiologists*

BSA - Bloqueio Subaracnoideu

CPOC - *Centre for Perioperative Care*

CVP - Cateter Venoso Periférico

DGS - Direção-Geral da Saúde

EEEMCEPSPE - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em situação Perioperatória

ENP - Estágio de Natureza Profissional

EORNA - *European Operation Room Nurses Association*

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

EV - Endovenoso(a)

HPP - Hemorragia Pós-Parto

IASP - *International Association for the Study of Pain*

ICN - *International Council of Nurses*

LASA - *Look-alike Sound-alike*

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

NICE - *National Institute for Health and Care Excellence*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PCA - Patient Controlled Analgesia

SPA - Sociedade Portuguesa de Anestesiologia

UCPA - Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

UDA - Unidade de Dor Aguda

UFDA - Unidade Funcional da Dor Aguda

UI - Unidades Internacionais

ULS - Unidade Local de Saúde

UNESCO - United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

WHO - *World Health Organization*

ÍNDICE

FRASE OU PENSAMENTO	3
RESUMO	5
ABSTRACT	7
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS	9
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	13
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	17
3. CASO CLÍNICO	21
3.1. Enquadramento teórico	21
3.2. Clientes	25
3.3. Medicação	25
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	25
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	29
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	32
3.5. Domínios	39
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	39
3.6. Conceção de Cuidados	46
3.7. Síntese relativa ao caso	52
4. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	55
5. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	83
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
ANEXOS	99

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

Os cuidados de saúde têm evoluído a par das alterações demográficas e epidemiológicas, do progresso científico e tecnológico e dos padrões de exigência das pessoas face a esses mesmos cuidados. Estas alterações têm desencadeado mudanças transformacionais nos sistemas de saúde e revolucionado a forma como os cuidados de saúde são geridos, prestados e experienciados.

O exercício profissional da Enfermagem, enquanto disciplina científica, autónoma e com um corpo de conhecimento e investigação próprios, não foi exceção, acompanhando estas necessidades/exigências através da diferenciação e da especialização dos enfermeiros. Desta forma, a criação e atribuição do título de enfermeiro especialista, pelo Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE), àqueles que detenham competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados numa determinada área, tem permitido melhorar a qualidade da prestação de cuidados de enfermagem e otimizar a experiência da pessoa, alvo desses mesmos cuidados.

No que respeita à especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da sua vasta abrangência, emergiu a necessidade de especificar determinadas competências, de acordo com o contexto de intervenção e as necessidades específicas da pessoa nesse mesmo contexto. Assim, surge a área de especialização em enfermagem à pessoa em situação perioperatória cujos cuidados são dirigidos aos projetos de saúde da pessoa a vivenciar um processo de saúde/doença que exige um procedimento cirúrgico e anestésico, em ambiente perioperatório, no sentido de promover a sua saúde, prevenir eventos adversos e contribuir para o tratamento da doença (OE, 2018).

Os procedimentos cirúrgicos e anestésicos exigem um conjunto de ações que implicam uma tomada de decisão, baseada em informação relevante e em potenciais consequências/riscos, que determinam a intervenção especializada do enfermeiro, de forma autónoma e interdependente, e para os quais é necessário um consentimento informado, esclarecido e livre, por parte da pessoa. Os cuidados de enfermagem perioperatórios inserem-se, desta forma, num processo complexo de relações interpessoais entre a pessoa/família/pessoa significativa e uma equipa multidisciplinar, cada qual com um quadro de valores, crenças e desejos de natureza individual que deve ser tido em consideração. Assim, ao longo das fases do período perioperatório, o enfermeiro especialista, através de um conjunto de conhecimentos científicos e competências específicas, identifica necessidades, planeia intervenções, intervém com destreza e segurança e avalia os resultados dessas mesmas intervenções, prestando cuidados que reflitam a melhor experiência da pessoa, no que respeita à qualidade e à sua satisfação

com os mesmos, e contribuindo para a melhoria da saúde das populações e para a redução dos custos associados aos cuidados de saúde (OE, 2018; *Centre for Perioperative Care [CPOC]*, 2023).

Com base nestes pressupostos e no âmbito do plano de estudos do curso de MEMCEPSPE da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), desenvolveu-se o ENP, elemento fundamental no percurso de transição para enfermeiro especialista, em contexto perioperatório. Este decorreu no bloco operatório e respetiva unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA), de uma ULS da região norte, e, enquanto contexto de prestação de cuidados, proporcionou oportunidades de crescimento pessoal e profissional, aprendizagens essenciais e a consolidação de conhecimentos e competências científicas pertinentes, materializadas no presente relatório de estágio.

O ENP dividiu-se em dois módulos, sendo que no módulo I, através da integração na equipa de enfermagem e na dinâmica da equipa multidisciplinar do bloco operatório da ULS previamente mencionada, assim como após reflexão sobre o contexto de estágio e sobre os desafios da prática clínica identificados, foi selecionada a temática “A Preparação e Recuperação Cirúrgica da Mulher submetida a Cesariana”, sendo o seu objetivo principal contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados:

- No pré-operatório, através da capacitação da mulher grávida para a gestão da experiência cirúrgica que é a cesariana;
- No intra-operatório, na promoção de uma prestação de cuidados com vista à monitorização, vigilância e prevenção de complicações específicas;
- No pós-operatório, na capacitação da mulher como elemento ativo na sua recuperação cirúrgica.

Neste sentido, e tendo em vista a aquisição de competências gerais e específicas de EEMCEPSPE, foram delineados os seguintes objetivos específicos, para o Módulo II do ENP:

- Desenvolver competências de melhoria da consistência e da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa submetida a um procedimento cirúrgico e anestésico, e mais especificamente, à mulher submetida a cesariana;
- Desenvolver competências na otimização do processo de tomada de decisão dos cuidados prestados de acordo com a deontologia profissional;
- Desenvolver uma prática clínica baseada em evidência científica.

O presente relatório encontra-se estruturado em cinco partes. Após a presente introdução, é realizada uma caracterização do(s) contexto(s) clínico(s), onde decorreu o ENP. Posteriormente é apresentado o caso clínico, desenvolvido na plataforma *E4 Nursing* da ESEP, e que traduz o processo de conceção de cuidados de enfermagem no contexto perioperatório. Segue-se uma

reflexão acerca das competências gerais e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em situação Perioperatória (EEMCEPSPE) e do(s) contributo(s) do ENP para o seu desenvolvimento e aquisição. Por fim, é apresentada uma síntese dos aspetos mais relevantes deste percurso de transição profissional.

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

O desenvolvimento e aprofundamento de conhecimentos e competências de enfermagem especializada só é possível através da integração da componente clínica, através de estágios de natureza profissional. Estes permitem uma compreensão das dinâmicas do contexto de prestação de cuidados e a operacionalização dos conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do percurso formativo, nesse mesmo contexto, facilitando a aprendizagem e a consolidação de competências, assim como o desenvolvimento do pensamento crítico e da tomada de decisão autónoma (OE, 2021).

O ENP, integrado no plano de estudos do MEMCEPSPE, tal como referido anteriormente, decorreu no bloco operatório de uma ULS da região norte do país. Esta orienta a sua ação para uma cultura de excelência técnica, do conhecimento e do cuidar, assegurando os melhores níveis de resultados e de serviço prestado aos clientes, assim como uma cultura interna de trabalho em equipa, garantindo a qualidade, eficiência e um bom clima institucional.

O bloco operatório constitui uma unidade funcional complexa de realização de procedimentos com um elevado grau de diferenciação e que exigem rigorosas condições de assépsia, tendo um controlo de acessos limitado. Este, em particular, apresenta contiguidade com o bloco de partos e proximidade com o serviço de Urgência e com os serviços cirúrgicos de Ortopedia e Cirurgia, de onde provêm as pessoas que necessitam desses procedimentos.

Recursos Físicos e Circuitos

No que respeita aos elementos construtivos e à sua organização, este vai de encontro às Recomendações Técnicas para o Bloco Operatório da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2011). A área restrita é composta por três salas operatórias, das quais uma se encontra destinada à urgência, sendo as restantes reservadas para a atividade cirúrgica programada nas especialidades de Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia e Ortopedia e Traumatologia.

A UCPA constitui a área semi-restrita e apresenta-se em formato de *open space*, sendo cada *box* separada por cortinas, permitindo o respeito pela dignidade e privacidade da pessoa. Além destas, inclui uma área de registos de enfermagem e uma área de apoio e preparação de medicação/perfusões. Ainda na área semi-restrita, existem também instalações para o acondicionamento de consumíveis e instrumental esterilizado, uma sala de sujos, uma copa/sala de documentação, um gabinete do enfermeiro gestor e um gabinete de anesthesiologia.

A área livre é comum ao acolhimento e transferência da pessoa, sendo a mesma para a entrada e saída desta, no bloco operatório. Sendo que o serviço de esterilização se encontra no piso subjacente, é também efetuada a receção e transferência de materiais esterilizados por esta via, para um carro de transporte.

A entrada e saída de profissionais entre as áreas livre e semi-restrita é realizada através de dois vestiários independentes.

Recursos Materiais e Equipamentos Clínicos

O bloco operatório constitui um ambiente extremamente diferenciado na realização de procedimentos anestésicos e cirúrgicos, dispondo, assim, de uma variedade de instrumental e de equipamentos de alta tecnologia.

De forma genérica, cada sala operatória contém uma mesa cirúrgica e respetivos acessórios de posicionamento; dois *pantoffs* suspensos; uma unidade de eletrocirurgia; uma unidade de aspiração; um ventilador e respetivo monitor de sinais vitais; um dispositivo de monitorização do bloqueio neuromuscular; um sensor de monitorização do Índice Bispectral de Sedação; e dois carros de apoio, um dedicado à anestesia e um à circulação, contendo o material estritamente necessário para os procedimentos anestésico e cirúrgico, minimizando, assim, as entradas e saídas da sala operatória durante os mesmos. Adicionalmente, existem, também, dois carros de apoio à anestesia locorregional, igualmente equipados; um ecógrafo portátil e um vídeo laringoscópio, que são transportados para as salas operatórias, quando necessário.

No que respeita à UCPA, esta encontra-se equipada para a vigilância e prestação de cuidados pós-operatórios imediatos, em simultâneo, a cinco clientes. Cada unidade está equipada com um dispositivo de monitorização e de aspiração, assim como de debitómetros de oxigénio e ar. Esta área contém também locais de armazenamento de consumíveis habitualmente necessários para a prestação de cuidados.

O carro de emergência e respetivo desfibrilhador, encontram-se no corredor de acesso às salas operatórias e em frente à UCPA, estando desta forma visíveis e acessíveis a qualquer uma destas áreas.

Recursos Humanos

A equipa de enfermagem do bloco operatório mencionado é diferenciada e experiente. Esta é constituída por um enfermeiro gestor, dois enfermeiros coordenadores (um deles com funções na central de esterilização), e trinta enfermeiros, dos quais dezasseis são enfermeiros especialistas. É de salientar que dos enfermeiros especialistas, onze são na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica e um EEEMCEPSPE. Dos restantes, dois são especialistas em

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, um em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e um em Enfermagem de Reabilitação.

Estes integram, diariamente, uma equipa multidisciplinar que varia conforme a complexidade dos procedimentos cirúrgicos e/ou anestésicos, sendo que, para além de ser também constituída por médicos de variadas especialidades, pode incluir a presença de técnicos de meios complementares de diagnóstico e/ou de anatomia patológica.

Modelo de Organização e Métodos de Trabalho

A distribuição dos enfermeiros pelos respetivos postos de trabalho é realizada no dia anterior pelo enfermeiro gestor/coordenador, tendo em consideração a diferenciação e as competências individuais de cada um, no sentido de prestar cuidados seguros, eficazes e de qualidade. Desta forma, cada sala operatória é, de acordo com a Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2019a), constituída por três enfermeiros - um enfermeiro instrumentista, um enfermeiro circulante e um enfermeiro de anestesia. A UCPA é assegurada por dois enfermeiros, excepto no turno da noite, com um rácio máximo de três pessoas por enfermeiro, no período pós-operatório imediato.

Além disso, os enfermeiros encontram-se agrupados por “círculos” respeitantes a cada área específica, nomeadamente o “Círculo de Anestesia”, o “Círculo de Ortopedia” e o “Círculo de Cirurgia”, sendo dinamizadores na educação e formação de serviço aos pares, assim como na organização e manutenção dos recursos materiais respetivos a cada área. Alguns enfermeiros integram, também, a Unidade Funcional da Dor Aguda (UFDA), promovendo a articulação entre os serviços clínicos, de modo a permitir uma abordagem da dor aguda eficaz e segura para a pessoa, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e dos seus *outcomes*, no pós-operatório (Sociedade Portuguesa de Anestesiologia [SPA], 2018).

3. CASO CLÍNICO

Mulher de 35 anos. Primigesta, sem complicações. Proposta para cesariana eletiva, sob anestesia locorregional, a 39 semanas + 1 dia de gestação, por apresentação pélvica. Não apresenta antecedentes médicos e/ou cirúrgicos relevantes, nem alergias a medicamentos e/ou alimentos. Classificação American Society of Anesthesiologists (ASA) II. Peso 73kg.

3.1. Enquadramento teórico

Os cuidados de enfermagem no contexto perioperatório constituem o conjunto de intervenções específicas e adequadas às necessidades da pessoa a vivenciar um processo de saúde/doença e que necessita de ser submetida a um procedimento cirúrgico e anestésico (OE, 2018). Estes devem estar alicerçados em referenciais teóricos, isto é, em modelos de prática profissional que fomentem ambientes que promovam a qualidade dos cuidados prestados no que respeita à comunicação, à autonomia, ao trabalho em equipa, à gestão partilhada e ao fortalecimento do compromisso com a organização e com a profissão (Ribeiro, 2016).

A autonomia dos cuidados de enfermagem exprime-se através da tomada de decisão que orienta o exercício profissional e que se traduz na conceção de cuidados. A construção formal e sistemática inerente a este processo inicia-se com a colheita de dados, resultado da apreciação da pessoa, a partir dos quais são identificados focos de atenção/diagnósticos. Posteriormente são definidos objetivos cuja intenção é estabelecer um raciocínio coerente entre os focos de atenção/diagnósticos de enfermagem e as respetivas intervenções (OE, 2024), no sentido de obter resultados sensíveis a essas mesmas intervenções (Argenta et al., 2020).

Posto isto, pretende-se, com o presente caso clínico, explicar a conceção de cuidados de enfermagem, em contexto perioperatório, de uma mulher submetida a cesariana eletiva, sob anestesia locorregional e para a qual foram criadas seis sessões na plataforma *E4Nursing*.

Ainda no presente subcapítulo, é realizada a contextualização da temática subjacente ao caso clínico, assim como são apresentadas considerações sobre os procedimentos cirúrgico e anestésico.

A temática Selecionada e a sua Relação com o Caso Clínico

A gravidez constitui um processo fisiológico que implica alterações na maioria dos sistemas orgânicos corporais da mulher. Estas parecem ser de carácter adaptativo e úteis para a mulher tolerar o *stress* causado pela mesma e, futuramente, pelo trabalho de parto (Frölich, 2018).

O parto normal, via vaginal, constitui o método preferível e mais seguro para o feto de termo e para a mulher (Desai & Tsukerman, 2023). Este processo fisiológico e espontâneo inicia-se devido à distensão uterina, ao aumento da sensibilidade do miométrio à ocitocina e à alteração da síntese de prostaglandinas pelas membranas fetais e tecidos deciduais. Divide-se em três etapas sendo que a primeira se caracteriza pelo início do trabalho de parto, terminando com a dilatação completa do cérvix; a segunda envolve a descida do feto e culmina com a sua expulsão para o exterior; e a terceira decorre desde a expulsão do feto até à expulsão da placenta (Frölich, 2018). Tal como qualquer procedimento, este não se encontra isento de complicações, o que pode resultar em morbilidade e mortalidade materna e fetal (Horsch et al., 2024).

Não obstante, existem condições, tanto maternas como fetais, que contraindicam o parto por via vaginal. No que respeita às condições maternas estas incluem doenças infecciosas ativas (Vírus da Imunodeficiência Humana e herpes genital), doença cardiovascular ou pulmonar grave, doença inflamatória intestinal com envolvimento vaginal e/ou anal, carcinoma invasor do colo do útero, anomalias placentárias (placenta *acreta*, *increta*, *percreta*) e cirurgia uterina prévia (cesariana, miomectomia, cirurgia de reconstrução uterina, rotura uterina anterior). As condições do feto prendem-se com anomalias fetais (mielomeningocele, hidrocefalia com macrocefalia, defeitos da parede abdominal com exteriorização de órgãos, teratoma sacrococcígeo volumoso) e situações ou apresentações fetais anómalas (situação transversa em trabalho de parto, apresentação pélvica, apresentação de face com mento posterior). Outras condições incluem a gravidez múltipla, a restrição do crescimento intra-uterino, o cardiocograma patológico no anteparto, suspeita de incompatibilidade feto-pélvica e o trabalho de parto estacionário (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2015).

A cesariana define-se como a extração de um ou mais fetos, após as 22 semanas e 0 dias de gravidez, do útero ou da cavidade abdominal através de uma incisão abdominal e uterina. Esta pode ser classificada quanto à sua urgência em cesariana programada (não requer a realização da mesma no próprio dia em que é tomada a decisão clínica), cesariana urgente (requer a sua realização até 180 minutos após decisão clínica) ou cesariana emergente (requer a sua realização até 15 minutos após a decisão clínica, por existir perigo eminente da saúde da grávida e do feto) (DGS, 2015).

Em Portugal, durante o ano de 2021, 37,5% do número total de partos realizados corresponderam a partos por cesariana (Entidade Reguladora da Saúde [ERS], 2023). O tipo de cesariana mais representativo em Portugal continental, segundo o relatório de monitorização da

ERS (2023), foi a cesariana urgente, correspondendo a 54,5% do número total de cesarianas. As cesarianas programadas representaram 39,4%, seguidas das emergentes com 6,1%.

Considerações sobre o Procedimento Cirúrgico

O procedimento cirúrgico inicia-se com uma incisão de *Pfannenstiel* ou *Maylard*, na pele, seguida do tecido subcutâneo (Hamilton et al., 2015). Posteriormente, é exposta a *fascia* que envolve os músculos rectos abdominais. Após a separação destes, é realizado o acesso à cavidade abdominal através de uma incisão no peritoneu parietal. É possível que, nesta fase, se possam encontrar aderências, devido a antecedentes cirúrgicos, e que envolvem o omento, o intestino, a parede abdominal anterior, a bexiga e a face anterior do útero. Após enterólise de aderências existentes, o útero é identificado e o peritoneu vesico-uterino, que conecta a bexiga ao útero, localizado. A histerotomia, é então realizada, envolvendo as três camadas - serosa, muscular e mucosa - do útero, e evitando os vasos uterinos que se encontram bilateralmente. Dependendo do estado das membranas amnióticas - intactas ou com rutura - é identificado o saco amniótico. Este constitui a última camada entre o cirurgião e o feto. O feto é retirado após amniotomia e a utilização de um campo cirúrgico vertical transparente permite que a mulher assista a este momento (Sung et al., 2024).

Os cuidados imediatos ao recém-nascido permitem a promoção de uma transição entre a vida intra-uterina e a vida extra-uterina segura e de sucesso (Caughey, 2018). O índice de Apgar é um indicador importante do estado de saúde do recém-nascido e deve ser avaliado e documentado ao minuto 1, 5 e 10 após o nascimento. Aproximadamente 85% dos recém-nascidos de termo iniciam respiração espontânea após 10 a 30 segundos do nascimento. Para além de estimular a respiração e/ou choro é fundamental secar e envolver o recém-nascido em lençóis estéreis, previamente aquecidos, assim como cobrir a cabeça com um gorro, de forma a evitar uma perda de calor excessiva, enquanto o cordão umbilical não é clampado. O atraso na clampagem do cordão umbilical, pelo menos de um minuto, num feto de termo, tem demonstrado diminuir o risco de anemia infantil e melhorar o seu neurodesenvolvimento. Assim, o recém-nascido com um índice de Apgar elevado, pode ser colocado no abdómen materno ou nas pernas a nível da placenta, até ser realizada a clampagem do mesmo (Caughey, 2018). Após a clampagem e respetivo corte do cordão umbilical, pode ser colhido sangue deste se for necessário ou desejado. A placenta é então retirada manual ou espontaneamente através da tração do cordão umbilical e da massagem uterina (Sung et al., 2024).

Uma vez exteriorizada a placenta, é realizada a limpeza da cavidade uterina, sendo estimada uma perda sanguínea de aproximadamente 1000ml. Aquando do encerramento da parede uterina são, normalmente, administrados uterotónicos, como a ocitocina, cujo intuito é provocar a contração uterina, reduzindo o risco de hemorragia pós-operatória (Hamilton et al., 2015). A cesariana, tal como qualquer procedimento médico ou cirúrgico, pode comportar complicações.

Estas prendem-se essencialmente com a lesão de órgãos (intestino, bexiga, ureteres), a hemorragia por atonia uterina, o tromboembolismo e a infeção. É importante considerar que estes riscos, assim como apresentações placentárias anormais (*placenta accreta*, *inacreta* e *percreta*), aumentam em cesarianas subseqüentes (Hamilton et al., 2015).

Considerações sobre o Procedimento Anestésico

As alterações fisiológicas que afetam os diferentes sistemas orgânicos corporais maternos apresentam implicações importantes no procedimento anestésico (Choi et al., 2018).

A prática da anestesia locorregional no parto por cesariana foi, inicialmente, motivada por preferência materna. Contudo, ao longo do tempo, foi sendo constatado que esta seria, também, a técnica anestésica mais segura para a grávida e para o feto, em comparação com a anestesia geral (Eldridge & Jaffer, 2016). O bloqueio sequencial constitui o procedimento anestésico preferencial uma vez que combina o benefício da rápida instalação do bloqueio subaracnoideu (BSA) com a flexibilidade de utilização do cateter epidural. Neste procedimento, a mulher grávida é posicionada em decúbito lateral, horizontalizando a coluna vertebral e, posteriormente, através da flexão dos joelhos e do pescoço, encostando-os respetivamente ao abdómen e ao peito, é atingido o posicionamento ideal (Sousa & Ambrósio, 2013).

As vantagens desta técnica prendem-se com a rápida instalação da analgesia associada a bloqueio motor e risco de toxicidade mínimos; a possibilidade de prolongamento da analgesia através da utilização do cateter epidural; a possibilidade de utilização do cateter epidural como *back-up*, permitindo a administração de uma dose menor eficaz de anestésico local (AL), diminuindo a incidência de bloqueio motor e/ou hipotensão prolongada (Ranasinghe et al., 2018).

As complicações decorrentes do procedimento anestésico afetam a experiência geral da mulher grávida, podendo ou não apresentar repercussões a longo prazo (Harris & Chung, 2013).

No que respeita aos efeitos secundários do BSA, a hipotensão é o mais frequente e, na mulher grávida, pode comprometer a circulação e o fluxo sanguíneo fetais, podendo culminar em hipóxia fetal e acidose (Pirenne et al., 2023).

A ocorrência de parestesias e a subida do bloqueio, aquando do procedimento anestésico, podem causar dispneia e parésia dos músculos intercostais. Também podem ocorrer retenção urinária, sintomas neurológicos transitórios, défices neurológicos, cefaleia pós-punção da dura-máter e síndrome da cauda equina (Sousa & Ambrósio, 2013).

A mulher grávida apresenta uma sensibilidade particular aos AL, sendo que a dose de AL necessária durante a anestesia locorregional pode ser inferior em até 30% quando comparado com uma mulher não grávida. Este fenómeno parece ser devido a uma mediação hormonal

assim como devido ao ingurgitamento do plexo venoso epidural - a obstrução da veia cava inferior pelo útero gravídico, distende os plexos venosos epidurais e aumenta o volume vascular epidural. Este ingurgitamento aumenta também o risco de colocação inadvertida do cateter epidural numa veia e injeção intravascular inadvertida (Frölich, 2018).

Por último, a toxicidade sistémica por administração de AL é um fenómeno relevante a considerar na prática da anestesia locorreional. Esta consiste no aumento da concentração sérica do AL, acima do limiar de segurança devido a uma injeção intravascular inadvertida ou na reabsorção do anestésico local acumulado nos tecidos (Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória [APCA], s.d.). Clinicamente, esta complicação manifesta-se inicialmente por agitação, confusão, tonturas, e alterações auditivas e, não sendo identificada e tratada antecipadamente pode evoluir para convulsões, paragem respiratória e/ou coma (Mahajan & Derian, 2022).

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 35 anos | Feminino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-10-11 08:15:00	Lactato de Ringer 1000ml (EV)	2024-10-11 11:15:00
2024-10-11 08:30:00	Cefazolina 2000mg (EV)	2024-10-11 11:15:00
2024-10-11 08:30:00	Lidocaína 1% 50mg (SC)	2024-10-11 11:15:00
2024-10-11 08:30:00	Cloridrato de Bupivacaína 0,5mg (Intratecal)	2024-10-11 11:15:00
2024-10-11 08:30:00	Sufentanil 0,005mg (Intratecal)	2024-10-11 11:15:00
2024-10-11 08:30:00	Fenilefrina 0,1mg (EV)	2024-10-11 11:15:00
2024-10-11 08:30:00	Ondansetron 4mg (EV)	2024-10-11 11:15:00
2024-10-11 09:15:00	Ocitocina 5UI (EV)	2024-10-11 11:15:00
2024-10-11 09:15:00	Cetorolac 30mg (EV)	
2024-10-11 09:15:00	Paracetamol 1000mg (EV)	
2024-10-11 11:15:00	Ropivacaína 1mg/ml PCEA (Epidural)	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

A preparação e administração de medicação insere-se num contexto de atuação interdependente do enfermeiro, na medida em que decorre de uma prescrição médica. Contudo, esta envolve saberes científicos e técnicos, assim como a mobilização de um conjunto de competências que envolvem a deteção de reações adversas associadas à medicação e a atuação efetiva em conformidade com as recomendações, fundamental para a prestação de cuidados seguros (Ferreira & Ferreira, 2018; OE, 2011).

Lactato de Ringer

Solução cristalóide e isotónica, administrada durante o estabelecimento da anestesia locorregional, com o intuito de manter o volume intravascular e minimizar a hipotensão materna associada à técnica (Eldridge & Jaffer, 2016). Contém sódio, cloreto, potássio, cálcio e lactato e a sua administração contribui para a expansão do volume intravascular, aumentando o volume de pré-carga e conseqüentemente, a perfusão adequada dos órgãos (Singh et al., 2023).

Cefazolina

Cefalosporina semi-sintética, de primeira geração, pertencente ao grupo dos antibióticos beta-lactâmicos. Apresenta uma ação de largo espectro através da inibição da síntese da parede celular bacteriana, tendo, por isso, boa atividade contra bactérias *Gram*-positivo e sendo mais resistente à hidrólise pelas beta-lactamases (INFARMED, 2006). Está indicada na profilaxia de infeções perioperatórias em cirurgias limpas e na maioria das cirurgias limpas-contaminadas. Esta deve ser administrada nos 60 minutos que antecedem a incisão cirúrgica, de modo a assegurar os níveis tecidulares adequados (DGS, 2022b), reduzindo o risco de infeção materna, sendo que não existe evidência de efeitos secundários da sua administração no feto (*National Institute for Health and Care Excellence [NICE]*, 2021a).

Lidocaína

AL do tipo amida, utilizado na anestesia da pele antes da realização do bloqueio sequencial (Sousa & Ambrósio, 2013).

Apresenta um início de ação rápido e uma duração de ação intermédia, entre 30 a 90 minutos (Wilson & Ballisat, 2016) e produz anestesia através do bloqueio dos canais de sódio, impedindo a propagação do estímulo nervoso (Campos, 2013).

Cloridrato de Bupivacaína

AL do tipo amida, frequentemente utilizado no BSA com o intuito de bloquear a geração do potencial de ação nas células nervosas (Shafiei et al., 2020).

Apresenta uma duração de ação dose-dependente, podendo variar entre 3 a 6 horas (Wilson & Ballisat, 2016). A progressão do seu efeito anestésico depende de fatores como o diâmetro, o grau de mielinização e a velocidade de condução das fibras nervosas (Shafiei et al., 2020).

A bupivacaína liga-se aos canais de cálcio rápidos inativos, podendo provocar bradicardia sinusal, bloqueio do nóculo sinoauricular e arritmias ventriculares (Martins & Matos, 2013). Os efeitos secundários sugestivos de toxicidade associada à sua administração incluem o adormecimento da boca, língua e lábios; inquietação; zumbido; convulsões; e paragem cardíaca (Wilson & Ballisat, 2016).

Sufentanil

Analgésico opióide forte e de origem sintética, utilizado como adjuvante dos AL por via intratecal e/ou epidural, e que permite um aumento da rapidez do início de ação, da qualidade e/ou da duração da analgesia (APCA, s.d.). A sua administração por estas vias provoca, assim, analgesia com início rápido, entre 5 a 10 minutos, e uma duração de ação de cerca de 4 a 6 horas (Feng et al., 2016).

Os efeitos secundários mais frequentes associados à sua administração são a sedação, o prurido, as náuseas e os vômitos, sendo que a intensidade com que estes ocorrem varia de acordo com a dose administrada e com a via de administração (Marujão, 2013).

Fenilefrina

Agonista seletivo dos receptores adrenérgicos alfa-1, que aumenta a pressão arterial média por indução de vasoconstrição venosa e arterial periférica. A sua ação aumenta o retorno venoso (pré-carga) e a pressão arterial (pós-carga) (Santos, 2013).

Apresenta uma duração de ação curta, de cerca de 20 minutos, e a sua fácil titulação torna-a o vasopressor de preferência no tratamento da hipotensão associada ao BSA na mulher grávida, estando associado a uma menor incidência de acidose fetal e náuseas e vômitos maternos. A bradicardia reflexa e as arritmias constituem os seus efeitos secundários mais relevantes (Richards & Maani, 2019).

Ondansetron

Anti-emético antagonista seletivo dos receptores da serotonina 5-HT₃, utilizado na prevenção de náuseas e vômitos perioperatórios (Butterworth et al., 2018).

Apresenta uma ação central, mediando a sensação de náusea e conseqüentemente de vômitos desencadeada pelos fármacos anestésicos e analgésicos opióides na zona *trigger* quimiorreceptora na área postrema cerebral; e periférica, através da estimulação emetogénica do nervo vago, sendo que os receptores 5-HT₃ podem ser encontrados nos seus terminais ao nível do trato gastrointestinal (Griddine & Bush, 2023).

Os seus efeitos secundários mais relevantes são as cefaleias, hipotensão e o *flushing* (Wilson & Ballisat, 2016).

Ocitocina

Hormona sinteticamente produzida, utilizada para a indução/aumento das contrações uterinas no trabalho de parto e/ou para manutenção do tónus uterino no período pós-parto, prevenindo a hemorragia. Apresenta uma semi-vida de 3 a 5 minutos e a vasodilatação que causa é relevante, podendo resultar em hipotensão, taquicardia e *flushing*. Um único bólus de 5 unidades internacionais (UI) pode causar uma diminuição de cerca de 30% na pressão arterial sistólica (Scrutton & Kinsella, 2009).

Cetorolac

Anti-inflamatório não esteróide, que atua por inibição da atividade das ciclo-oxigenases 1 e 2, resultando num efeito antinociceptivo e anti-inflamatório (Brown et al., 2018).

A sua ação periférica e efeitos secundários mínimos no sistema nervoso central, isto é, a ausência depressão respiratória, sedação, náuseas e/ou vômitos, tornam este fármaco particularmente útil na analgesia pós-operatória (Butterworth et al., 2018).

Paracetamol

Analgésico não opióide, de ação central, com efeito na produção de prostaglandinas e nas vias serotoninérgicas e opióides. Apresenta, também, propriedades antipiréticas mas sem atividade anti-inflamatória (Dashfield, 2016).

É utilizado frequentemente em combinação com opióides e anti-inflamatórios não esteróides para reforçar a atividade analgésica por apresentar poucos efeitos adversos e não causar disfunção gastrointestinal ou plaquetária (Bannwarth & Péhourcq, 2003).

Ropivacaína

AL de longa duração, estruturalmente semelhante à bupivacaína, bem tolerado na administração de anestesia locorregional e analgesia pós-operatória (Kuthiala & Chaudhary, 2011).

Atua através da inibição reversível do influxo de iões de sódio nas fibras nervosas, bloqueando a condução do impulso nervoso (Tavares, 2013), sendo que a sua concentração plasmática depende da dose administrada e da via de administração, assim como das condições circulatórias e hemodinâmicas da pessoa e da vascularização do local de administração (Kuthiala & Chaudhary, 2011).

A ropivacaína é menos lipofílica do que a bupivacaína, tornando-a menos propensa a penetrar nas grandes fibras de mielina das fibras motoras, o que resulta num bloqueio motor menos acentuado. A sua reduzida lipossolubilidade está também associada a um menor risco de cardiotoxicidade e toxicidade do sistema nervoso central (Kuthiala & Chaudhary, 2011).

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

11-10-2024 08:15

11-10-2024 08:15 - Procedimento invasivo [RESOLVIDO] 12-10-2024 09:00

11-10-2024 08:15 - Tipo de procedimento invasivo: Cesariana eletiva (agendada para as 08:30h).

11-10-2024 08:30 - Tipo de procedimento invasivo: Cesariana eletiva.

11-10-2024 08:15 - Verificado: antecedentes clínicos, alergias, consentimento informado, toma de medicação pré-operatória, próteses, identificação do doente, jejum, preparação pré-operatória.

11-10-2024 09:15 - Perda sanguínea

11-10-2024 09:15 - Vagina: Perda sanguínea externa, em pequena quantidade .

11-10-2024 10:00 - Perda sanguínea

11-10-2024 10:00 - Vagina: Sem perda sanguínea aparente [MELHOROU].

11-10-2024 11:15 - Perda sanguínea

11-10-2024 11:15 - Vagina: Sem perda sanguínea aparente [MELHOROU].

11-10-2024 08:15 - Localização do Pulso

11-10-2024 08:15 - Antebraço Direita(o)

11-10-2024 08:15 - Frequência do pulso: 89 pulsações por minuto.

11-10-2024 08:15 - Pulso de grande amplitude (magnus) e regular.

11-10-2024 08:15 - Local de avaliação da pressão sanguínea

11-10-2024 08:15 - Membro superior Direita(o)

11-10-2024 08:15 - Pressão sanguínea sistólica: 118 mmHg.

11-10-2024 08:15 - Pressão sanguínea diastólica: 67 mmHg.

11-10-2024 08:15 - Temperatura corporal periférica

11-10-2024 08:15 - Ouvido: 36.40 °C.

11-10-2024 09:15 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o procedimento invasivo [FIM] 12-10-2024 09:00

11-10-2024 09:15 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia [AGORA, SOS] [FIM]

12-10-2024 09:00

11-10-2024 08:30

11-10-2024 08:30 - Bloqueio Subaracnoideu (BSA) [RESOLVIDO] 12-10-2024 09:00

11-10-2024 08:30 - Ausência de movimento muscular nos membros inferiores

11-10-2024 08:30 - Ausência de sensibilidade superficial (sensibilidade tátil inespecífica, térmica e dolorosa) a nível do dermatomo T4

11-10-2024 08:30 - Ausência de sensibilidade profunda (sensibilidade propriocetiva, vibratória e discriminatória) a nível do dermatomo T4

11-10-2024 10:00 - Contração muscular visível e com indício de movimento dos membros inferiores

11-10-2024 10:00 - Ausência de sensibilidade superficial (sensibilidade tátil inespecífica, térmica e dolorosa) a nível do dermatomo T4

11-10-2024 10:00 - Ausência de sensibilidade profunda (sensibilidade propriocetiva, vibratória e discriminatória) a nível do dermatomo T4

11-10-2024 11:15 - Movimenta os membros inferiores contra a gravidade (flexão dos joelhos)

11-10-2024 11:15 - Sem compromisso da sensibilidade superficial (sensibilidade tátil inespecífica, térmica e dolorosa) a nível do dermatomo T4

11-10-2024 11:15 - Sem compromisso da sensibilidade profunda (sensibilidade propriocetiva, vibratória e discriminatória) a nível do dermatomo T4

12-10-2024 09:00 - Força muscular normal nos membros inferiores

12-10-2024 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade superficial (sensibilidade tátil inespecífica, térmica e dolorosa)

12-10-2024 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade profunda (sensibilidade propriocetiva, vibratória e discriminatória)

11-10-2024 08:30 - Determinar evolução do bloqueio motor nos membros inferiores [FIM] 12-10-2024 09:00

11-10-2024 08:30 - Avaliar evolução do bloqueio motor nos membros inferiores [AGORA, SOS] [FIM] 12-10-2024 09:00

11-10-2024 08:30 - Determinar evolução do bloqueio sensitivo (sensibilidade tátil inespecífica, térmica e dolorosa) a nível do dermatomo T4 [FIM]

12-10-2024 09:00

11-10-2024 08:30 - Avaliar evolução do bloqueio sensitivo (sensibilidade tátil inespecífica, térmica e dolorosa) a nível de T4 [AGORA, SOS] [FIM] 12-10-2024 09:00

11-10-2024 08:30 - Determinar evolução do bloqueio sensitivo (sensibilidade propriocetiva, vibratória e discriminatória) a nível do dermatomo T4 [FIM]

12-10-2024 09:00

11-10-2024 08:30 - Avaliar evolução do bloqueio sensitivo (sensibilidade propriocetiva, vibratória e discriminatória) a nível do dermatomo T4 [AGORA, SOS] [FIM] 12-10-2024 09:00

11-10-2024 08:30 - Prevenir lesão perioperatória por posicionamento [FIM]

11-10-2024 11:15

11-10-2024 08:30 - Posicionar cliente [AGORA, SOS] [FIM] 11-10-2024 11:15

11-10-2024 08:30 - Aplicar dispositivo de gel (sacro e calcâneos) [AGORA] [FIM]

11-10-2024 10:00

11-10-2024 08:30 - Aplicar dispositivo de suporte nos membros superiores

[AGORA] [FIM] 11-10-2024 10:00

Sondas, Drenos e Cateteres

11-10-2024 08:15

11-10-2024 08:15 - Cateter venoso periférico

11-10-2024 08:15 - Localização do cateter venoso periférico

11-10-2024 08:15 - Mão Esquerda(o)

11-10-2024 08:15 - Características do dispositivo: 18G.

11-10-2024 08:15 - Ausência de dor.

11-10-2024 08:15 - Ausência de calor.

11-10-2024 08:15 - Ausência de rubor.

11-10-2024 08:15 - Ausência de tumefação.

11-10-2024 08:15 - Ausência de exsudado.

11-10-2024 08:15 - Ausência de infiltração.

11-10-2024 11:15 - Localização do cateter venoso periférico

11-10-2024 11:15 - Mão Esquerda(o)

11-10-2024 11:15 - Ausência de dor.

11-10-2024 11:15 - Ausência de calor.

11-10-2024 11:15 - Ausência de rubor.

11-10-2024 11:15 - Ausência de tumefação.

11-10-2024 11:15 - Ausência de exsudado.

11-10-2024 11:15 - Ausência de infiltração.

11-10-2024 10:00 - Localização do cateter venoso periférico

11-10-2024 10:00 - Mão Esquerda(o)

11-10-2024 10:00 - Ausência de dor.

11-10-2024 10:00 - Ausência de calor.

11-10-2024 10:00 - Ausência de rubor.

11-10-2024 10:00 - Ausência de tumefação.

11-10-2024 10:00 - Ausência de exsudado.

11-10-2024 10:00 - Ausência de infiltração.

11-10-2024 08:15 - Determinar evolução da administração pelo cateter

11-10-2024 08:15 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico [AGORA, SOS]

11-10-2024 08:15 - Assegurar funcionamento do cateter

11-10-2024 08:15 - Otimizar cateter venoso periférico [AGORA, SOS]

11-10-2024 08:15 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o

cateter venoso periférico

11-10-2024 08:15 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [AGORA, SOS]

11-10-2024 08:15 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico

11-10-2024 08:15 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [SOS]

11-10-2024 08:15 - Trocar cateter venoso periférico [SOS]

11-10-2024 08:30

11-10-2024 08:30 - Cateter epidural

11-10-2024 08:30 - Características do dispositivo: 20G; localizado a nível dos dermatomos T10-T11.

11-10-2024 08:30 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter epidural

11-10-2024 08:30 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter epidural [AGORA, SOS]

11-10-2024 08:30 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico [SOS]

11-10-2024 08:30 - Prevenir complicações relacionadas com cateter epidural

11-10-2024 08:30 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter epidural [SOS]

11-10-2024 08:30 - Cateter urinário [RESOLVIDO] 12-10-2024 09:00

11-10-2024 08:30 - Quantidade de urina: 150 ml.

11-10-2024 08:30 - Cor da urina: âmbar.

11-10-2024 08:30 - Transparência da urina: Límpida.

11-10-2024 08:30 - Características do dispositivo: Foley, 16Ch.

11-10-2024 08:30 - Determinar evolução da drenagem pelo cateter urinário

[FIM] 12-10-2024 09:00

11-10-2024 08:30 - Avaliar evolução da drenagem pelo cateter urinário [AGORA, SOS] [FIM] 12-10-2024 09:00

11-10-2024 08:30 - Assegurar funcionamento do cateter [FIM] 12-10-2024 09:00

11-10-2024 08:30 - Otimizar cateter urinário [SOS] [FIM] 12-10-2024 09:00

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

Neste capítulo serão abordadas as questões referentes ao domínio dos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica, relevantes para a presente conceção de cuidados. Estes incluem o bloqueio sequencial (BSA e Patient Controlled Analgesia [PCA]) e os dispositivos médicos - cateter venoso periférico (CVP), cateter epidural e cateter urinário.

Atitudes Terapêuticas

A complexidade e interdisciplinaridade dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória, exige a articulação dos vários membros da equipa cirúrgica, com vista à complementaridade de intervenções, contribuindo para a segurança da pessoa, dos profissionais e do ambiente (OE, 2018). Desta forma, no presente subcapítulo, especificam-se as atitudes terapêuticas inerentes à presente conceção de cuidados.

Procedimento Invasivo

O procedimento invasivo é um procedimento que requer uma abertura ou incisão, ou que é realizado por meio de um orifício corporal, para o qual é, normalmente, necessário um consentimento informado por parte da pessoa (CPOC, 2023).

A pessoa que necessita, escolhe ou aceita ser submetida a um procedimento invasivo (cirúrgico e/ou anestésico) aceita submeter-se aos riscos inerentes a esses procedimentos e a um estado de vulnerabilidade física e emocional, associado ou não a um estado de consciência alterado, com o objetivo de melhorar o seu estado de saúde ou ter melhor qualidade de vida (OE, 2018).

A lista de verificação cirúrgica da Organização Mundial de Saúde (OMS) tem como objetivo ajudar a garantir, de forma coerente, e seguindo algumas medidas de segurança críticas, a minimização dos riscos mais comuns e evitáveis que colocam em risco a vida e o bem-estar da pessoa submetida a um procedimento cirúrgico (OMS, 2010).

Verificados: antecedentes clínicos, alergias, consentimento informado, próteses, identificação do doente, jejum, preparação pré-operatória

O acolhimento, à pessoa em situação perioperatória, é realizado na entrada do bloco operatório. Este constitui um momento no qual é efetuada a sua identificação através do nome e da data de nascimento, confirmando com a informação visível na pulseira de identificação (DGS, 2011), assim como é verificada a presença dos consentimentos informados. O conhecimento sobre os antecedentes pessoais, médicos e/ou cirúrgicos da pessoa que possam ser relevantes para o procedimento anestésico/cirúrgico, assim como a medicação habitual e a existência de alergias e/ou intolerâncias conhecidas é fundamental para a prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória (Viegas & Névoa, 2014a).

A pessoa submetida a um procedimento anestésico locorregional deve cumprir os pré-requisitos necessários para a anestesia geral, nomeadamente os que dizem respeito ao jejum, à avaliação fisiológica e à avaliação da via aérea. É, também, fundamental o esclarecimento relativamente ao procedimento anestésico, riscos e benefícios, assim como também da eventualidade de recurso a uma anestesia geral, se a técnica não se revelar eficaz ou se a cirurgia se prolongar para além do inicialmente previsto (Sousa & Ambrósio, 2013).

O sistema de classificação do *status* fisiológico da ASA permite avaliar e comunicar o estado fisiológico e a existência de comorbilidades pré-anestésicas da pessoa, ainda que, por si só, não permita prever o risco anestésico associado. Embora a gravidez não seja considerada uma patologia, as alterações no estado fisiológico da mulher decorrentes desta, quando comparada com uma mulher não grávida, são significativas. Por esta razão, uma gravidez sem complicações, é classificada como ASA II (ASA, 2020).

Embora a técnica anestésica sequencial seja a mais segura para a grávida e para o feto (Eldridge & Jaffer, 2016), uma avaliação completa da via aérea (face, nariz, dentição, abertura da boca, distância tiromentoniana, classificação de *Mallampati*) deve ser realizada no sentido de antecipar uma possível entubação difícil, caso seja necessária (Frölich, 2018). A aspiração de conteúdo gástrico está associada a uma morbidade e mortalidade significativas no período perioperatório. Existem alguns fatores que predispõem à regurgitação e à aspiração pulmonar de conteúdo gástrico como é o caso da gravidez (Batchelor, 2016). A *European Society of Anaesthesiology* (2011) recomenda, assim, de acordo com o tempo de esvaziamento gástrico de determinadas categorias de alimentos, um jejum pré-operatório de pelo menos 2 horas para líquidos claros (água, sumos sem polpa, chá e café) e 6h para sólidos (incluindo leite de vaca).

A preparação da pessoa a ser submetida a um procedimento cirúrgico, envolve, também, a realização de um banho pré-operatório com clorexidina (2% a 4%), na véspera e no dia do mesmo, até 2 horas antes da cirurgia (DGS, 2022b), com o intuito de reduzir o número de microrganismos na pele e, conseqüentemente, reduzir o risco de infeção do local cirúrgico a eles associada (NICE, 2013).

Por último, e não menos importante, é confirmada a remoção de todos os adornos metálicos e próteses, antes da entrada para a sala operatória. A eletrocirurgia constitui parte integrante do procedimento cirúrgico (Afonso et al., 2010). O termo eletrocirurgia refere-se à passagem de uma corrente elétrica alternada, de elevada frequência através do tecido, com o objetivo de atingir um determinado efeito cirúrgico, como o corte ou a coagulação. Os modos de eletrocirurgia mais frequentemente utilizados são o bipolar e o monopolar, sendo que o bipolar apresenta dois eléctrodos ativos (localizados na peça de mão) e o monopolar um ativo (peça de mão) e um dispersivo (eléctrodo de retorno colocado na pessoa) (Taheri et al., 2014). A queimadura é a complicação mais frequente da eletrocirurgia monopolar e, normalmente resulta da propagação da corrente elétrica, através do corpo da pessoa numa direcção diferente do eléctrodo de retorno. Este fenómeno surge, normalmente, quando é criada uma via alternativa para a passagem da corrente elétrica, como por exemplo, através do contacto com materiais e adornos metálicos presentes no corpo da pessoa (Afonso et al., 2010).

Posicionamento

O posicionamento da pessoa para o procedimento cirúrgico exige um compromisso entre as suas necessidades e as necessidades do cirurgião, do anestesista e da restante equipa (Beckett,

2010). Independentemente do posicionamento cirúrgico e do tipo de procedimento anestésico, estão presentes forças e pressões anormais no sistema tegumentar, responsáveis pelo desenvolvimento de lesões nos tecidos e que podem não ser visíveis até três a cinco dias após o procedimento cirúrgico (Guimarães, 2022).

O decúbito dorsal é o posicionamento cirúrgico mais utilizado e aquele que permite uma maior variedade de abordagens cirúrgicas à face anterior do corpo, como é o caso da cesariana. Este apresenta uma grande superfície de apoio corporal, o que se traduz num elevado risco de lesão por pressão (Almeida & Pacheco, 2014), agravado pela ausência de sensibilidade e abolição da força muscular nos membros inferiores, consequência da anestesia locoregional (Beckett, 2010).

O mecanismo subjacente à lesão tecidular decorrente do posicionamento cirúrgico é a ausência de perfusão. Esta pode ser desencadeada pela oclusão de estruturas vasculares major ou pela redução da perfusão a nível dos capilares sanguíneos, devido à pressão, pela força da gravidade, exercida na pele, músculo e ossos da pessoa, contra a mesa cirúrgica. Esta pressão compromete o influxo capilar arterial e venoso, diminuindo o gradiente de pressão entre os tecidos e os capilares, e resultando em edema. O aumento contínuo destas pressões bloqueia o influxo arterial e causa isquemia tecidular. Esta é agravada pelo facto de o metabolismo continuar na ausência do fluxo sanguíneo venoso e arterial e os seus metabolitos se acumularem nos tecidos. A sua acumulação provoca uma falha nas bombas da membrana celular, comprometendo os processos metabólicos normais (Beckett, 2010).

Bloqueio Sequencial

Tal como mencionado anteriormente, o bloqueio sequencial constitui o procedimento anestésico de preferência para a realização da cesariana, na medida em que este comporta a integração de duas técnicas anestésicas locoregionais que permitem atingir um grau de bloqueio motor e sensitivo fundamental à realização do procedimento cirúrgico e colocar um cateter epidural para o controlo da dor pós-operatória associada ao procedimento cirúrgico. Neste sentido será relevante abordar o BSA e, posteriormente, a PCA e respetivas particularidades para o processo de conceção de cuidados.

Bloqueio Subaracnoideu (BSA)

O BSA propriamente dito, tal como referido anteriormente, consiste na administração de um AL no espaço subaracnoideu. Este impede a geração e a condução de potenciais elétricos nervosos periféricos, de forma reversível, através do bloqueio da entrada de sódio para dentro das células. Uma vez que este mecanismo é comum a todos os tecidos excitáveis, o AL interfere,

também, com a geração e condução de impulsos nas fibras cardíacas, de condução e musculares; nas estruturas do sistema nervoso central (SNC); e nas fibras lisas vasculares e dos brônquios (Tavares, 2013).

O bloqueio dos vários tipos de fibras nervosas difere consoante o seu grau de mielinização: as fibras do sistema autónomo são mais rapidamente bloqueadas do que as fibras de maior calibre como as fibras sensitivas e motoras. Assim, o nível de bloqueio necessário para o procedimento cirúrgico deve ter em consideração a distribuição das fibras sensitivas, motoras e simpáticas da área a intervencionar, de modo a selecionar o espaço adequado para anestésiar, antecipando possíveis efeitos fisiológicos associados (Sousa & Ambrósio, 2013).

Na cesariana em particular, embora a incisão cirúrgica geralmente ocorra a nível de T12/L1, as estruturas corporais abaixo apresentam inervações segmentares espinhais mais altas, como é o caso da inervação uterina a nível de T10 e do peritoneu a nível de T4. Assim, é importante a presença de um bloqueio até cerca de T4-T5, de forma a reduzir a incidência de dor intra-operatória (Hocking, s.d.).

A avaliação da instalação do BSA, antes de prosseguir com o procedimento cirúrgico, é importante na medida em que permite verificar a existência de uma anestesia satisfatória para a pessoa. Contudo, esta avaliação é baseada na experiência individual e subjetiva e nas percepções da pessoa (Ousley et al., 2012). Existem vários métodos para avaliar a instalação do bloqueio, no entanto estes subdividem-se em dois grupos principais: a avaliação da função aferente (sensitiva) e a avaliação da função eferente (motora ou autónoma). A função aferente é, normalmente, avaliada através da aplicação de um estímulo frio (gelo ou compressa embebida em álcool), numa área afastada dos dermatómos que se pretende anestésiar (por exemplo na face ou no braço) e, posteriormente, na área em que se pretende o bloqueio (membros inferiores e abdómen). Consoante a presença ou não de bloqueio, a pessoa refere uma alteração na temperatura (mais ou menos frio, ou igual). A avaliação deve ser realizada nos lados esquerdo e direito corporais devido à possibilidade de ocorrência de um bloqueio unilateral ou irregular. A função eferente é avaliada através da observação da mobilização dos membros inferiores por parte da pessoa, isto é, o bloqueio motor é avaliado consoante a pessoa é capaz de mover apenas os pés, mover apenas os joelhos ou de realizar flexão completa dos joelhos e pés. A escala de *Bromage* modificada constitui o método recomendado para obter estes dados, sendo que a incapacidade na mobilização das pernas implica que o BSA atingiu os segmentos nervosos lombares (Hocking, s.d.).

No pós-operatório, a recuperação completa do bloqueio motor, sensitivo e proprioceptivo é essencial, permitindo à mulher uma deambulação segura e o cuidar do recém-nascido (APCA, s.d.). A recuperação do bloqueio sensitivo e motor, provocado por um BSA com cloridrato de bupivacaína, ocorre normalmente ao fim de 2 a 3 horas. Se, após 4 horas do BSA, o bloqueio motor persistir, deve ser realizada uma avaliação pelo anestesiológico. A presença e um

bloqueio motor e/ou sensitivo inesperadamente denso ou persistente poderá significar a presença de complicações como o bloqueio subdural ou, mais raramente, um problema de foro neurológico (Yentis et al., 2020).

Habitualmente, a reversão da função neurológica inicia-se com a reversão do bloqueio simpático (aumento da pressão arterial média e da frequência cardíaca), seguindo-se a recuperação do bloqueio sensitivo (sensibilidade na zona perianal S3-S4); e, posteriormente, a recuperação do bloqueio motor (recuperação da flexão plantar do pé e recuperação da propriocepção do hallux) (APCA, s.d.).

Patient-Controlled Analgesia (PCA)

A PCA constitui um método de tratamento de várias etiologias de dor - aguda, crónica, pós-operatória e de trabalho de parto. Além disso, permite a administração de uma variedade de fármacos, assim como diferentes vias de administração (intravenosa, epidural ou através de cateteres inseridos em nervos periféricos) (Pastino & Lakra, 2023).

O seu objetivo principal é providenciar analgesia eficiente à pessoa, através de um bólus de medicação previamente programado e ativado por esta de forma intencional, permitindo um maior controlo desta sobre a sua dor (McNicol et al., 2015).

A PCA permite manter concentrações plasmáticas mais estáveis, proporcionando uma analgesia mais eficaz, com maior segurança e com menor incidência de efeitos secundários (Romão & Santos, 2013), estando também associada a uma maior satisfação, quando comparando com a administração de analgesia convencional pelos profissionais de saúde. Contudo, a pessoa deve ter capacidade cognitiva e motora a fim de compreender o seu funcionamento e alguns conceitos acerca da dosagem, período de *lockout*, efeito pretendido e complicações associadas; assim como ser capaz de carregar no respetivo botão (McNicol et al., 2015).

A PCA por via epidural constitui um método eficaz de controlo da dor pós-operatória, atenuando a resposta orgânica desencadeada pela mesma, através do bloqueio dos impulsos aferentes e eferentes da medula espinhal. Desta forma, apresenta benefícios cardiovasculares, pulmonares e gastrointestinais. A eficácia da analgesia depende, contudo, de vários fatores como a proximidade do cateter epidural com o dermatomo incisional, o tipo de AL e/ou analgésico opióide, a duração do tratamento e o tipo de administração (bólus, perfusão, ou ambos). A associação de um analgésico opióide com o AL, em baixas concentrações, promove uma analgesia consistentemente superior quando comparada com a administração isolada de cada um deles (Romão & Santos, 2013).

Após um bloqueio sequencial, a avaliação da reversão do bloqueio motor deve anteceder o início da utilização da PCA por via epidural, na medida em que permite o estabelecimento de

uma baseline para a sua monitorização, ao longo da duração do tratamento, prevenindo complicações (McNicol et al., 2015).

Sondas, Drenos e Cateteres

Os dispositivos médicos constituem qualquer instrumento, aparelho, implante, *software* ou material destinado, pelo fabricante, para ser utilizado para fins médicos. Sem estes dispositivos alguns procedimentos, como os procedimentos anestésicos e cirúrgicos, não seriam possíveis (*World Health Organization* [WHO], 2022). Neste sentido serão abordados de seguida os aspetos relacionados com o CVP, com o cateter epidural e com o cateter urinário.

Cateter Venoso Periférico (CVP)

O CVP constitui o dispositivo médico invasivo mais utilizado em contexto hospitalar (Zingg et al., 2023), permitindo a administração de fluidos, fármacos e hemoderivados diretamente no sistema cardiovascular, contornando barreiras à sua absorção e atingindo, rapidamente, a maioria dos órgãos-alvo (Beecham & Tackling, 2023).

A maioria das complicações associadas à inserção e manutenção do CVP são não infecciosas - flebite, infiltração, extravasão, oclusão e deslocação do cateter. Contudo, por vezes, podem ocorrer infeções no local de inserção e até infeções da corrente sanguínea (Zingg et al., 2023).

Cateter Epidural

O cateter epidural permite a administração de AL e adjuvantes, no espaço epidural, de forma contínua ou intermitente, inibindo o estímulo nociceptivo nas raízes nervosas (Holladay & Sage, 2023).

Este é radiopaco e à base de poliamida, o que permite a sua permanência no espaço epidural. Apresenta uma graduação até aos 20cm, facilitando a monitorização na sua inserção, sendo que este não deve ficar introduzido mais do que 3 a 4cm, devido ao risco de *kinking* e/ou lateralização do bloqueio, impedindo a administração de fármacos e/ou a remoção adequada. A extremidade proximal é fechada e tem três orifícios laterais, através dos quais há passagem dos fármacos administrados para o espaço epidural, e a extremidade distal permite a conexão de um filtro de 0,2 micrómetros, cujo objetivo é impedir a passagem de pequenas partículas e bactérias para o espaço epidural (Sousa & Ambrósio, 2013).

Cateter Urinário

O cateter urinário ou cateter de *Foley* é, normalmente, inserido antes do procedimento cirúrgico, permitindo o esvaziamento vesical e, conseqüentemente, melhorando a visualização do campo cirúrgico. Desta forma, diminui o risco de distensão e lesão na bexiga para além de permitir a monitorização intraoperatória do débito urinário e/ou de complicações cirúrgicas. Contudo, é importante ter em consideração que esta técnica aumenta o risco de infeção do trato urinário assim como está associada a desconforto uretral, dificuldade na micção após desalgaliação, atraso na deambulação e prolongamento do período de internamento (Abdel-Aleem et al., 2014).

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
11-10-2024 08:15	Atitudes terapêuticas	12-10-2024 09:00
11-10-2024 08:15	Sondas, Drenos e Cateteres	
11-10-2024 08:30	Sensações somáticas	
11-10-2024 08:30	Sistema respiratório	
11-10-2024 08:30	Sistema cardiovascular	
11-10-2024 08:30	Digestão	
11-10-2024 08:30	Eliminação urinária	
11-10-2024 08:30	Metabolismo	12-10-2024 09:00
11-10-2024 08:30	Termorregulação	12-10-2024 09:00
11-10-2024 09:15	Pele e mucosas	
11-10-2024 09:15	Parto	12-10-2024 09:00
11-10-2024 09:15	Pós-parto	
11-10-2024 10:00	Secreção e excreção de leite	

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

Os domínios selecionados e, posteriormente, descritos pretendem fundamentar as necessidades específicas, em contexto perioperatório, da mulher submetida a cesariana.

Sensações Somáticas - Dor

A dor é definida pela *International Association for the Study of Pain* (IASP) como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ou semelhante à associada a uma

lesão tecidual real ou potencial. É um conceito subjetivo e resulta da experiência pessoal e individual, sendo influenciado a vários níveis por fatores biológicos, psicológicos e sociais (IASP, 2020). A sua multidimensionalidade no que respeita à experiência nociceptiva, transcende a componente física, resultando na dificuldade na sua quantificação (Romão & Santos, 2013).

A dor aguda constitui um dos principais fatores desencadeadores da resposta de *stress*/resposta orgânica a uma lesão. Os componentes neuroendócrino, metabólico, humoral e imune desta resposta provocam várias alterações, nomeadamente a inflamação, a hiperalgesia, a hiperglicemia, o catabolismo proteico, a lipólise e a modificação dos fluxos de água e eletrólitos, com o intuito de manter e/ou restaurar a homeostasia corporal (Romão & Santos, 2013).

A dor pós-operatória de uma cesariana possui essencialmente dois componentes: a dor somática, decorrente dos nociceptores dos tecidos superficiais e profundos na ferida cirúrgica abdominal e os estímulos nociceptivos uterinos viscerais (McDonnell et al., 2009). A experiência de elevados *scores* de dor, neste período, podem impedir a mobilização precoce da mulher submetida a cesariana e a sua independência no cuidado ao recém-nascido (Macones et al., 2019). A eficácia da analgesia é importante para o conforto da mulher, contudo deve ter em consideração a possível passagem de fármacos e/ou metabolitos para o recém-nascido, através da amamentação (McDonnell et al., 2009).

A analgesia multimodal permite a utilização de diferentes classes de fármacos ou métodos analgésicos com atuação distinta ao longo da via nociceptiva, obtendo efeitos sinérgicos e contribuindo para uma maior eficácia analgésica, com redução dos efeitos secundários associados a doses elevadas de cada um dos fármacos (Martins, 2013).

Sistema Respiratório

O padrão respiratório materno sofre alterações consequência do aumento progressivo do consumo de oxigénio à medida que o feto se desenvolve e o útero alarga. Desta forma, verifica-se o aumento do volume corrente e, ainda que em menor extensão, o aumento da frequência respiratória e do volume de reserva inspiratório (Frölich, 2018). A elevação do diafragma é compensada pelo aumento no diâmetro anteroposterior do tórax e a capacidade residual funcional diminui em cerca de 20% na gravidez de termo, voltando ao normal nas 48h após o parto. Por vezes, a capacidade pulmonar total pode exceder a capacidade residual funcional e, quando a mulher grávida se encontra em posição supina, pode desenvolver dificuldade respiratória, atelectasias e hipoxémia (Saldanha et al., 2013).

O aumento do fluido extracelular e o ingurgitamento vascular tornam as mucosas da via aérea mais friáveis o que favorece a hemorragia, principalmente em situações em que é necessária a manipulação da via aérea e/ou entubação (Choi et al., 2018).

Sistema Cardiovascular

O sistema cardiovascular materno experiencia alterações de forma a dar resposta ao aumento das necessidades metabólicas maternas e fetais. Estas alterações incluem um aumento em cerca de 40% do *output* cardíaco e um aumento ligeiro da frequência cardíaca. Além disso, verifica-se também uma diminuição da resistência vascular periférica, essencialmente nos leitos vasculares uterinos e renais, contribuindo para a diminuição da tensão arterial (Choi et al., 2018).

Aproximadamente 5% das mulheres grávidas de termo desenvolvem síndrome da hipotensão supina, caracterizado por hipotensão associada a palidez cutânea, transpiração, náuseas e vômitos. Este fenómeno decorre da diminuição do *output* cardíaco, na posição supina, consequência do impedimento do retorno venoso ao coração, causado pela compressão do útero grávidico na veia cava inferior. Igualmente, a compressão da aorta pelo útero grávidico, nesta posição, diminui o fluxo sanguíneo nas extremidades inferiores e também o fluxo sanguíneo da circulação utero-placentária (Frölich, 2018). O fluxo útero-placentar não tem auto-regulação pelo que depende da pressão sanguínea uterina (Saldanha et al., 2013).

A compressão da veia cava inferior abaixo do diafragma distende e aumenta o fluxo sanguíneo dos plexos venosos paravertebrais (incluindo as veias epidurais) e ainda em menor grau, os da parede abdominal (Frölich, 2018).

Verifica-se também, na mulher grávida, um aumento da atividade simpática do sistema nervoso central, em detrimento da atividade parassimpática, assim como o aumento da sensibilidade das fibras nervosas aos AL. A inibição da atividade simpática, causada pelo BSA, desencadeia vasodilatação periférica e o predomínio da atividade parassimpática, o que, associados à compressão aorto-cava pelo útero grávidico, contribui para a redução do retorno venoso e da pré-carga cardíaca, resultando em hipotensão (Pirenne et al., 2023).

A hipotensão, diminuição de 25% da pressão arterial média em relação ao valor pré-operatório (Santos, 2013), severa e prolongada diminui a perfusão utero-placentária e pode resultar em hipóxia fetal, sendo fundamental a sua prevenção e/ou tratamento (Choi et al., 2018). A abordagem da hipotensão na mulher grávida consiste na administração da dose mínima necessária de AL e/ou de opióide para a realização da cesariana; administração de fármacos vasoativos como a fenilefrina; fluidoterapia (Pirenne et al., 2023); e o alívio da compressão na veia cava inferior causada pelo útero grávidico, através de uma inclinação de cerca de 15° lateral esquerda ou deslocação uterina manual apropriada (NICE, 2021b).

Perda Sanguínea/Hemorragia

Ao longo da gravidez, existe um aumento do volume plasmático em detrimento do aumento das

células sanguíneas, o que produz uma anemia por diluição e reduz a viscosidade do sangue, mas sem alterar significativamente a concentração de hemoglobina. A redução da concentração da hemoglobina é compensada pelo aumento do *output* cardíaco e do desvio para a direita da curva de dissociação da hemoglobina, a fim de manter a oxigenação tecidual (Frölich, 2018).

Na gravidez de termo, o volume sanguíneo aumentou em cerca de 1000 a 1500ml, permitindo que a mulher tolere uma perda sanguínea significativa durante o parto. A média de perda sanguínea no parto por cesariana é de cerca de 800 a 1000ml em comparação com os 400-500ml durante o parto por via vaginal (Frölich, 2018).

A hemorragia constitui a complicação mais frequente, durante e após, o parto por cesariana, sendo responsável por uma grande morbidade materna. A hemorragia pós-parto (HPP) é comumente definida como uma perda sanguínea de 1000ml ou superior. No intraoperatório, há mistura de sangue com líquido amniótico no volume total aspirado para os reservatórios de aspiração e o volume de sangue contido nas compressas é normalmente estimado, podendo haver uma sub estimação das perdas sanguíneas (Fawcus & Moodley, 2013).

A HPP é, normalmente, resultado de atonia uterina. Contudo, pode também ser consequência de hemorragia do local de inserção da placenta, principalmente na presença de placenta *previa* e *acreta*. Ainda que menos frequente, pode ocorrer hemorragia proveniente dos vasos sanguíneos no ângulo da incisão uterina, podendo contribuir para uma maior perda hemática vaginal (Fawcus & Moodley, 2013).

Digestão

As alterações fisiológicas a nível do sistema gastrointestinal, desencadeadas pela gravidez, consistem na redução da motilidade gástrica e na movimentação do estômago, anteriormente e para cima, pelo útero gravídico. A incapacidade do esfíncter gastroesofágico, consequência destas alterações, propicia o refluxo gastroesofágico e a esofagite, aumentando o risco de regurgitação e de aspiração pulmonar (Frölich, 2018).

Na mulher grávida, a associação dos mecanismos de hipotensão com a ocorrência de náuseas e vômitos é um fenómeno relevante (Pirenne et al., 2023).

A etiologia das náuseas e vômitos é multifatorial e está associada aos fármacos anestésicos e analgésicos utilizados, ao tipo de procedimento cirúrgico e aos fatores intrínsecos da pessoa (Butterworth et al., 2018). Embora as técnicas anestésicas locorregionais pareçam contribuir para a diminuição da incidência de náuseas e vômitos pós-operatórios, a administração intratecal de opióides pode promover o seu desenvolvimento numa relação dose-dependente (Gan et al., 2020). Além disso, o BSA, em particular, reduz, em cerca de 20%, o fluxo sanguíneo esplénico, o qual se agrava com a hipotensão sistémica. A hipoperfusão esplénica conduz à

libertação de substâncias emetogénicas, como a serotonina, resultando em náuseas e vômitos (Pirrenne et al., 2023).

Eliminação Urinária

A função normal da bexiga resulta da coordenação entre os sistemas nervoso somático e nervoso autónomo. Os procedimentos anestésico e cirúrgico podem alterar, de várias formas, os mecanismos funcionais do sistema urinário, tornando a retenção urinária pós-operatória uma ocorrência relativamente comum (Pomajzl & Siref, 2023).

A retenção urinária pós-operatória consiste na incapacidade para esvaziar a bexiga após um procedimento cirúrgico mesmo quando esta se encontra cheia, podendo levar a complicações e ao atraso na alta hospitalar (Jackson et al., 2018). Na pessoa submetida a um bloqueio sequencial, o bloqueio das várias fibras nervosas a nível visceral (S2-S4) provoca uma atonia vesical que, conjuntamente com o bloqueio simpático e com o aumento do tónus do esfíncter, propicia a retenção urinária (Sousa & Ambrósio, 2013).

Tal como referido anteriormente, a inserção de um cateter urinário constitui parte integrante, e ainda vastamente aceitável, do procedimento cirúrgico (Abdel-Aleem et al., 2014). Contudo, assim que a mulher apresentar reversão total do bloqueio motor e recuperar a mobilidade após uma anestesia locorregional, o cateter urinário deve ser removido, nas 12 a 24 horas pós-operatórias (NICE 2021b).

Metabolismo - Glicemia

As alterações a nível do metabolismo dos carboidratos, gorduras e proteínas, decorrentes da gravidez, favorecem o crescimento e o desenvolvimento fetais. Contudo, simulam, também, um estado de privação nutricional em que os níveis sanguíneos maternos de glicose e aminoácidos são baixos e os níveis de ácidos gordos livres, corpos cetónicos e triglicéridos são elevados (Frölich, 2018).

Durante a gravidez, os níveis de insulina vão aumentando, verificando-se uma hiperplasia das células beta pancreáticas. Pensa-se, também, que a secreção, pela placenta, de lactogénio placentário humano ou somatomatotropina coriónica humana é o mecanismo responsável pela resistência relativa à insulina associada à gravidez (Frölich, 2018).

O procedimento cirúrgico induz uma resposta metabólica de stress que influencia a homeostasia corporal (Gillis & Carli, 2015). Desta forma, a disglícemia perioperatória encontra-se, assim, associada a outcomes cirúrgicos negativos. Por um lado, a hiperglicemia está associada a um maior risco de infeção do local cirúrgico e conseqüente prolongamento do internamento e mortalidade. Por outro, a hipoglicemia pode causar danos a nível neuronal levando a défices

cognitivos significativos e, em situações extremas à morte (Sreedharan et al., 2023).

Termorregulação

A termorregulação é descrita pelo *International Council of Nurses* (ICN) como o controlo da produção e da perda de calor através de mecanismos fisiológicos ativados pelo hipotálamo, pele e temperatura corporal (ICN, 2019).

Na pessoa acordada, as respostas autonómicas são mediadas pela redução da temperatura e resultam inicialmente numa vasoconstrição periférica dos *shunts* arteriovenosos da pele, mantendo a temperatura central à custa do fluxo sanguíneo cutâneo, o qual pode aumentar um elevado número de vezes, sem alterar o débito cardíaco (Santos, 2013). Porém, durante o procedimento anestésico, a temperatura corporal pode descer abaixo dos 36°C (hipotermia), consequência da perda da resposta comportamental ao frio e à diminuição dos mecanismos fisiológicos de termorregulação e preservação da temperatura corporal; assim como da vasodilatação periférica induzida pela anestesia (NICE, 2016).

A anestesia locorregional, em particular, inibe o controlo central da temperatura através do bloqueio do sistema nervoso simpático e dos nervos motores. Uma vez instalada, o fenómeno de redistribuição fica restrito aos membros inferiores, diminuindo a temperatura central (SPA, 2017). Estes fenómenos, juntamente com a exposição da área cirúrgica ao ambiente da sala de operações podem contribuir para a hipotermia perioperatória inadvertida (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas [AESOP], 2017). Esta é uma complicação comum, contudo evitável, dos procedimentos cirúrgicos e anestésicos e que se encontra associada a um aumento do risco de infeção do local cirúrgico, alterações na farmacodinâmica, hemorragia e coagulopatia, desconforto térmico, prolongamento do recobro e do internamento (Ruetzler & Kurz, 2018).

Pele e Mucosas - Ferida Cirúrgica

A ferida cirúrgica consiste num corte de tecido produzido por um instrumento cirúrgico cortante, de modo a criar uma abertura num espaço do corpo ou num órgão, produzindo drenagem de soro e sangue, que se espera que seja limpa, ou seja, sem mostrar quaisquer sinais de infeção ou pus (ICN, 2019).

Este procedimento cirúrgico em particular envolve uma incisão abdominal inferior que permite a exposição do útero e a exteriorização do feto, sendo posteriormente encerradas as camadas de tecido envolventes. O encerramento da pele, dependendo das preferências do cirurgião, é realizado com sutura intradérmica contínua ou com agrafes (Caughey et al., 2018).

No período pós-operatório, os cuidados adequados à ferida cirúrgica promovem a cicatrização e

diminuem o risco de infeção. O conhecimento da pessoa sobre a identificação de sinais e sintomas locais de infeção como o rubor, calor, dor e o edema; assim como sinais e sintomas sistémicos como a hipertermia são fundamentais para a procura de assistência imediata e tratamento, reduzindo a morbilidade associada à infeção do local cirúrgico (NICE, 2013).

Parto & Pós-Parto

Imediatamente após o parto, inicia-se um processo fisiológico de adaptação da mulher e do recém-nascido a uma nova realidade. Este processo envolve alterações físicas e emocionais.

Índice de Apgar

O índice de Apgar constitui um importante indicador de saúde e performance do recém-nascido e deve ser avaliado e documentado ao minuto 1, 5 e 10 após o parto (Caughey et al., 2018). Este foi inicialmente criado no sentido de avaliar a necessidade de intervenção no estabelecimento da respiração do recém-nascido no primeiro minuto e respetiva ressuscitação quando adequada.

Este consiste na avaliação de cinco sinais de vitalidade nomeadamente a cor, a frequência cardíaca, os reflexos, o tónus muscular e a respiração. A cada um destes elementos é atribuída uma classificação de 0 a 2, consoante a informação colhida, o que resulta num índice de Apgar de 0 a 10 (Simon et al., 2024).

Involução Uterina e Lóquios

Uma vez extraído o feto e suturada a parede uterina, espera-se que o útero retorne progressivamente ao seu tamanho original. Tal como referido anteriormente, a involução uterina é estimulada através da administração de uterotónicos como a ocitocina, imediatamente após a dequitação (Paliulyte et al., 2017).

Após o parto é expectável a ocorrência de perdas hemáticas vaginais, denominadas por lóquios. Estas incluem para além de glóbulos vermelhos, células epiteliais e bactérias. Ao longo do tempo, a sua composição e aspecto vai-se alterando sendo por isso importante a sua vigilância (Chauhan & Tadi, 2022).

A monitorização destes aspectos no pós-operatório imediato permitem identificar precocemente situações de atonia uterina e, conseqüentemente, de HPP (Paliulyte et al., 2017).

Contacto Pele com Pele

O contacto pele com pele após o parto constitui uma prática fisiológica internacionalmente recomendada e que apresenta uma importância bem fundamentada para o recém-nascido e para a mulher (Guala et al., 2017).

Define-se como o contacto entre a pele da mulher e a do recém-nascido, no momento do nascimento, sem interrupções, durante pelo menos uma hora ou até que a amamentação seja estabelecida (Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), 2023). Este contacto contribui para a prevenção da hipotermia, estabilidade cardiorrespiratória, diminuição do tempo de choro, estabelecimento de vínculos e início da amamentação. Embora esta seja uma prática habitual após o parto por via vaginal, nem sempre é viável após o parto por cesariana (Guala et al., 2017).

Contudo, independentemente do tipo de parto, a WHO (2017) recomenda o contacto pele com pele imediatamente após o parto. Um estudo realizado por Pérez-Jiménez et al. (2022) demonstra que as mulheres que experienciaram contacto pele com pele após o parto por cesariana atingiram uma contração uterina mais rápida na UCPA e recuperaram a hemoglobina plasmática mais rapidamente ao terceiro dia pós-parto.

Para além dos benefícios fisiológicos maternos e do recém-nascido, a mulher vê o contato pele com pele como uma oportunidade para manter o controlo sobre os seus desejos e escolhas pessoais e não se separar do recém-nascido. Habitualmente a mulher quer ver, segurar e amamentar o recém-nascido imediatamente após o parto, contudo após um parto por cesariana esta tem dificuldade em fazê-lo de forma independente (Deys et al., 2021).

Secreção e Excreção de Leite

A amamentação é reconhecida pelos seus benefícios para o recém-nascido e para a mulher, e é recomendado o seu estabelecimento nos 30 minutos a 1 hora após o parto (NICE, 2021b).

A OMS (2022) preconiza o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de vida, pois o leite materno está sempre disponível e na temperatura ideal, para além de conter nutrientes e substâncias imunoprotetoras necessárias ao desenvolvimento saudável do recém-nascido.

A amamentação contribui, também, para o estabelecimento de vínculos afetivos entre a mulher e o recém-nascido e, constitui um acontecimento relevante na vida da mulher, implicando um ajustamento emocional e físico considerável. É importante ter em consideração que a decisão de amamentar é uma decisão pessoal e que pode ser influenciada por vários fatores físicos, psicológicos e sociais (NICE, 2021b).

3.6. Conceção de Cuidados

Sensações somáticas

11-10-2024 08:30

11-10-2024 08:30 - Sem manifestação de dor.

11-10-2024 08:30 - Determinar sinais de dor

11-10-2024 08:30 - Avaliar evolução de sinais de dor [AGORA, SOS]

11-10-2024 09:15

11-10-2024 09:15 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

11-10-2024 10:00

11-10-2024 10:00 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

11-10-2024 11:15

11-10-2024 11:15 - Manifesta dor [PIOROU].

11-10-2024 11:15 - Dor

11-10-2024 11:15 - Localização da dor

11-10-2024 11:15 - Abdómen Inferior

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

11-10-2024 11:15 - frequência da dor - contínua.

11-10-2024 11:15 - duração da dor - aguda.

11-10-2024 11:15 - dor de tipo - moedeira.

12-10-2024 09:00 - Localização da dor

12-10-2024 09:00 - Abdómen Inferior

12-10-2024 09:00 - Intensidade da dor - 2.

12-10-2024 09:00 - frequência da dor - intermitente.

12-10-2024 09:00 - duração da dor - aguda.

12-10-2024 09:00 - dor de tipo - moedeira.

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

11-10-2024 11:15 - Avaliar evolução da dor [AGORA, SOS]

11-10-2024 11:15 - Promover autocontrolo: dor

11-10-2024 11:15 - Conhecimento sobre analgesia controlada pelo cliente: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

12-10-2024 09:00 - Conhecimento sobre analgesia controlada pelo cliente: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

11-10-2024 11:15 - Capacidade para autocontrolar analgesia: facilitadora.

12-10-2024 09:00 - Capacidade para autocontrolar analgesia: facilitadora [MANTEVE].

11-10-2024 11:15 - Potencial para melhorar conhecimento sobre analgesia controlada pelo cliente

11-10-2024 11:15 - Avaliar evolução do autocontrolo da dor [AGORA, SOS]

11-10-2024 11:15 - Ensinar sobre uso de analgesia controlada pelo cliente

[AGORA, SOS]

12-10-2024 09:00

12-10-2024 09:00 - Manifesta dor [PIOROU].

Sistema respiratório

11-10-2024 08:30

11-10-2024 08:30 - Frequência respiratória: 15 ciclos/min.

11-10-2024 08:30 - Ritmo respiratório regular.

11-10-2024 08:30 - Movimento respiratório simétrico.

11-10-2024 08:30 - Saturação do oxigénio no sangue

11-10-2024 08:30 - Periférico(a): 99 %.

11-10-2024 08:30 - Determinar evolução da ventilação

11-10-2024 08:30 - Avaliar evolução da ventilação [AGORA, SOS]

11-10-2024 09:15

11-10-2024 09:15 - Frequência respiratória: 14 ciclos/min.

11-10-2024 09:15 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

11-10-2024 09:15 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

11-10-2024 09:15 - Saturação do oxigénio no sangue

11-10-2024 09:15 - Periférico(a): 98 %.

11-10-2024 10:00

11-10-2024 10:00 - Frequência respiratória: 14 ciclos/min.

11-10-2024 10:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

11-10-2024 10:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

11-10-2024 10:00 - Saturação do oxigénio no sangue

11-10-2024 10:00 - Periférico(a): 98 %.

11-10-2024 11:15

11-10-2024 11:15 - Frequência respiratória: 14 ciclos/min.

11-10-2024 11:15 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

11-10-2024 11:15 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

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

11-10-2024 11:15 - Periférico(a): 99 %.

12-10-2024 09:00

12-10-2024 09:00 - Frequência respiratória: 15 ciclos/min.

12-10-2024 09:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

12-10-2024 09:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

12-10-2024 09:00 - Saturação do oxigénio no sangue

12-10-2024 09:00 - Periférico(a): 99 %.

Sistema cardiovascular

11-10-2024 08:30

11-10-2024 08:30 - Localização do Pulso

11-10-2024 08:30 - Antebraço Direita(o)

11-10-2024 08:30 - Frequência do pulso: 100 pulsações por minuto.

11-10-2024 08:30 - Pulso de grande amplitude (magnus) e regular.

11-10-2024 08:30 - Pulso rítmico.

11-10-2024 08:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

11-10-2024 08:30 - Membro superior Direita(o)

11-10-2024 08:30 - Pressão sanguínea sistólica: 80 mmHg.

11-10-2024 08:30 - Pressão sanguínea diastólica: 52 mmHg.

11-10-2024 08:30 - Determinar evolução da pressão sanguínea

11-10-2024 08:30 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [AGORA, SOS]

11-10-2024 08:30 - Referenciar hipotensão ao médico [AGORA, SOS]

11-10-2024 09:15

11-10-2024 09:15 - Localização do Pulso

11-10-2024 09:15 - Antebraço Direita(o)

11-10-2024 09:15 - Frequência do pulso: 86 pulsações por minuto.

11-10-2024 09:15 - Pulso de grande amplitude (magnus) e regular.

11-10-2024 09:15 - Pulso rítmico.

11-10-2024 09:15 - Local de avaliação da pressão sanguínea

11-10-2024 09:15 - Membro superior Direita(o)

11-10-2024 09:15 - Pressão sanguínea sistólica: 115 mmHg.

11-10-2024 09:15 - Pressão sanguínea diastólica: 76 mmHg.

11-10-2024 09:15 - Determinar evolução de sinais de hemorragia

11-10-2024 09:15 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia [AGORA, SOS]

11-10-2024 09:15 - Referenciar hemorragia ao médico [SOS]

11-10-2024 10:00

11-10-2024 10:00 - Localização do Pulso

11-10-2024 10:00 - Antebraço Direita(o)

11-10-2024 10:00 - Frequência do pulso: 95 pulsações por minuto.

11-10-2024 10:00 - Pulso de grande amplitude (magnus) e regular.

11-10-2024 10:00 - Pulso rítmico.

11-10-2024 10:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

11-10-2024 10:00 - Membro superior Direita(o)

11-10-2024 10:00 - Pressão sanguínea sistólica: 110 mmHg.

11-10-2024 10:00 - Pressão sanguínea diastólica: 52 mmHg.

11-10-2024 11:15

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

11-10-2024 11:15 - Antebraço Direita(o)

11-10-2024 11:15 - Frequência do pulso: 77 pulsações por minuto.

11-10-2024 11:15 - Pulso de grande amplitude (magnus) e regular.

11-10-2024 11:15 - Pulso rítmico.

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

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

11-10-2024 11:15 - Pressão sanguínea sistólica: 117 mmHg.

11-10-2024 11:15 - Pressão sanguínea diastólica: 53 mmHg.

12-10-2024 09:00

12-10-2024 09:00 - Localização do Pulso

12-10-2024 09:00 - Antebraço Direita(o)

12-10-2024 09:00 - Frequência do pulso: 75 pulsações por minuto.

12-10-2024 09:00 - Pulso de grande amplitude (magnus) e regular.

12-10-2024 09:00 - Pulso rítmico.

12-10-2024 09:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

12-10-2024 09:00 - Membro superior Direita(o)

12-10-2024 09:00 - Pressão sanguínea sistólica: 121 mmHg.

12-10-2024 09:00 - Pressão sanguínea diastólica: 62 mmHg.

Digestão

11-10-2024 08:30

11-10-2024 08:30 - Com sensação de enjoo.

11-10-2024 08:30 - Sem vômitos.

11-10-2024 08:30 - Determinar vômitos

11-10-2024 08:30 - Avaliar evolução do vomitar [AGORA, SOS]

11-10-2024 08:30 - Referenciar o vomitar ao médico [SOS]

11-10-2024 08:30 - Náusea [RESOLVIDO] 11-10-2024 09:15

11-10-2024 08:30 - Gravidade da náusea: ligeira.

11-10-2024 08:30 - Determinar evolução da náusea

11-10-2024 08:30 - Avaliar evolução da náusea [AGORA, SOS]

11-10-2024 08:30 - Referenciar náusea ao médico [AGORA, SOS]

11-10-2024 09:15

11-10-2024 09:15 - Sem sensação de enjoo [MELHOROU].

11-10-2024 09:15 - Sem vômitos.

11-10-2024 10:00

11-10-2024 10:00 - Sem sensação de enjoo [MELHOROU].

11-10-2024 10:00 - Sem vômitos.

11-10-2024 11:15

11-10-2024 11:15 - Sem sensação de enjoo [MELHOROU].

11-10-2024 11:15 - Sem vômitos.

12-10-2024 09:00

12-10-2024 09:00 - Sem sensação de enjoo [MELHOROU].

12-10-2024 09:00 - Sem vômitos.

Eliminação urinária

11-10-2024 08:30

11-10-2024 08:30 - Determinar evolução da eliminação urinária [FIM] 12-10-2024 09:00

11-10-2024 08:30 - Avaliar evolução da eliminação urinária [AGORA, SOS] [FIM]

12-10-2024 09:00

11-10-2024 09:15

11-10-2024 09:15 - Quantidade de urina: 400 ml.

11-10-2024 09:15 - Cor da urina: âmbar.

11-10-2024 09:15 - Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].

11-10-2024 10:00

11-10-2024 10:00 - Quantidade de urina: 450 ml.

11-10-2024 10:00 - Cor da urina: âmbar.

11-10-2024 10:00 - Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].

11-10-2024 11:15

11-10-2024 11:15 - Quantidade de urina: 550 ml.

11-10-2024 11:15 - Cor da urina: âmbar.

11-10-2024 11:15 - Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].

12-10-2024 09:00

12-10-2024 09:00 - Reconhece a vontade de urinar.

12-10-2024 09:00 - Sensação de esvaziamento completo da bexiga.

12-10-2024 09:00 - Sem globo vesical.

12-10-2024 09:00 - Determinar evolução de sinais de retenção urinária

12-10-2024 09:00 - Avaliar evolução de sinais de retenção urinária [AGORA, SOS]

12-10-2024 09:00 - Referenciar retenção urinária ao médico [SOS]

Pele e mucosas

11-10-2024 09:15

11-10-2024 09:15 - Ferida cirúrgica

11-10-2024 09:15 - Localização da ferida cirúrgica

11-10-2024 09:15 - Abdómen Inferior

11-10-2024 09:15 - Comprimento da lesão tegumentar: 13.00 cm.

11-10-2024 09:15 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: contínua.

11-10-2024 09:15 - Material de sutura da lesão tegumentar: fio absorvível.

11-10-2024 09:15 - Determinar evolução da ferida cirúrgica

11-10-2024 09:15 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica [SOS]

11-10-2024 09:15 - Promover cicatrização da ferida cirúrgica

11-10-2024 09:15 - Executar tratamento da ferida cirúrgica [SOS]

11-10-2024 09:15 - Aplicar penso de ferida [AGORA]

Metabolismo

11-10-2024 08:30

11-10-2024 08:30 - Glicemia capilar: 80 mg/dl.

11-10-2024 08:30 - Determinar evolução da glicemia [FIM] 12-10-2024 09:00

11-10-2024 08:30 - Avaliar evolução da glicemia [AGORA, SOS] [FIM] 12-10-2024 09:00

11-10-2024 11:15

11-10-2024 11:15 - Glicemia capilar: 91 mg/dl.

Termorregulação

11-10-2024 08:30

11-10-2024 08:30 - Determinar evolução da temperatura corporal [FIM] 12-10-2024 09:00

11-10-2024 08:30 - Avaliar evolução da temperatura corporal [AGORA, SOS] [FIM]

12-10-2024 09:00

11-10-2024 08:30 - Promover termorregulação [FIM] 12-10-2024 09:00

11-10-2024 08:30 - Aplicar manta de aquecimento [AGORA] [FIM] 12-10-2024 09:00

11-10-2024 08:30 - Aplicar sistema de aquecimento de fluidos [AGORA] [FIM]

11-10-2024 09:15

11-10-2024 09:15

11-10-2024 09:15 - Temperatura corporal periférica

11-10-2024 09:15 - Ouvido: 36.50 °C.

11-10-2024 10:00

11-10-2024 10:00 - Temperatura corporal periférica

11-10-2024 10:00 - Ouvido: 36.60 °C.

11-10-2024 11:15

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

11-10-2024 11:15 - Ouvido: 36.50 °C.

Parto

11-10-2024 09:15

11-10-2024 09:15 - Hora do nascimento: 08:55:00.

11-10-2024 09:15 - Nascimento [RESOLVIDO] 12-10-2024 09:00

11-10-2024 09:15 - Índice de Apgar - score ao 1.º minuto: 9.

11-10-2024 09:15 - Índice de Apgar - score ao 5.º minuto: 10.

11-10-2024 09:15 - Índice de Apgar - score ao 10.º minuto: 10.

11-10-2024 09:15 - Promover adaptação à vida extrauterina [FIM] 12-10-2024 09:00

11-10-2024 09:15 - Executar técnica de pele com pele [AGORA] [FIM] 12-10-2024 09:00

Pós-parto

11-10-2024 09:15

11-10-2024 09:15 - Hora da dequitação: 08:58:00.

11-10-2024 09:15 - Puerpério

11-10-2024 09:15 - Contração do útero pós-parto: útero contraído.

11-10-2024 10:00 - Contração do útero pós-parto: útero contraído.

11-10-2024 11:15 - Contração do útero pós-parto: útero contraído.

11-10-2024 09:15 - Quantidade de lóquios: conforme a esperada.

11-10-2024 10:00 - Quantidade de lóquios: conforme a esperada.

11-10-2024 11:15 - Quantidade de lóquios: conforme a esperada.

11-10-2024 09:15 - Determinar evolução da recuperação pós-parto

11-10-2024 09:15 - Avaliar evolução da recuperação pós-parto [AGORA, SOS]

Secreção e excreção de leite

11-10-2024 10:00

11-10-2024 10:00 - Tem a intenção de aleitar com leite materno.

11-10-2024 10:00 - Lactação

11-10-2024 10:00 - Mamas moles antes da lacto-extração.

11-10-2024 10:00 - Ausência de leite na mama.

11-10-2024 10:00 - Sinais de ingurgitamento mamário: ausentes.

11-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da lactação [AGORA, SOS]

11-10-2024 10:00 - Determinar evolução da lactação

11-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da lactação [AGORA, SOS]

3.7. Síntese relativa ao caso

Os Cuidados de Enfermagem Perioperatórios exigem um conjunto de intervenções específicas,

adequadas às necessidades da pessoa que experiencia processos de saúde/doença e que necessita de procedimentos cirúrgicos e anestésicos. A concepção de cuidados, enquanto processo indissociável do exercício profissional da enfermagem, permite fundamentar a tomada de decisão com base no conhecimento proveniente da evidência científica. Este processo, ordenado e sistematizado, permite colher dados, identificar focos de atenção, formular diagnósticos e implementar intervenções com vista à identificação e resolução de problemas individuais, de acordo com as necessidades de cada pessoa e família/pessoa significativa (OE, 2011).

Assim, com base nos enunciados descritivos dos padrões de qualidade da prática clínica especializada na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, o enfermeiro estabelece o padrão de excelência do exercício profissional, que orienta a reflexão profissional e a tomada de decisão, e que posteriormente se define em indicadores que permitem reconhecer o contributo para ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de Enfermagem Perioperatória (OE, 2018).

A presente conceção de cuidados teve como foco a preparação e recuperação cirúrgica da mulher submetida a cesariana e, de forma a permitir compreensão dos cuidados prestados neste contexto em específico, foram desenvolvidas seis sessões na plataforma *E4Nursing*.

A primeira sessão representou o período pré-operatório, no qual foi realizado o acolhimento no bloco operatório e respetiva colheita de dados para completar as verificações da lista de cirurgia segura, antes do início do procedimento anestésico e cirúrgico. Nesta fase destacam-se os procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica onde se inserem os domínios “Atitudes Terapêuticas” - procedimento invasivo e bloqueio sequencial (BSA e PCA) - e “Sondas, Drenos e Cateteres”. Embora as intervenções neste domínio em específico sejam de carácter interdependente, a sua implementação e avaliação é fundamental para a prestação de cuidados de enfermagem perioperatórios holísticos.

Posteriormente, realizado o bloqueio sequencial e já na fase intra-operatória identificaram-se duas sessões - imediatamente antes do procedimento cirúrgico e antes da saída da sala operatória. Nestas foram identificados vários domínios dos quais se destacam o da “Termorregulação”, “Pele e Mucosas” e o do “Pós-Parto”, na medida em que permitiram a implementação de intervenções de enfermagem de carácter autónomo, com vista à segurança e qualidade dos cuidados prestados. Destaca-se a promoção do contacto pele com pele e do início precoce da amamentação como fatores essenciais na humanização de um parto que, por razões de segurança da mulher e do recém-nascido, necessita de ser realizado num ambiente frio e menos familiar.

Por fim, na fase pós-operatória, foram identificadas três sessões onde a colheita de dados foi realizada na UCPA em dois momentos (na admissão na UCPA e antes da alta para o serviço de internamento) e, posteriormente, no dia seguinte, no serviço de internamento, na visita da

UFDA. Nestas sessões o foco principal dos cuidados de enfermagem prestados prendeu-se com a recuperação cirúrgica da mulher, sendo relevantes os domínios “Sensações Somáticas”, “Digestão”, “Termorregulação” e “Pele e Mucosas”. As intervenções de enfermagem neste âmbito procuraram contribuir para o conforto e bem-estar da mulher, permitindo que esta fosse capaz de cuidar do recém-nascido de forma independente.

Em suma, a presente conceção de cuidados permitiu operacionalizar o processo de raciocínio clínico subjacente à prestação de cuidados de enfermagem à mulher submetida a cesariana, em contexto perioperatório. Procurou-se fundamentar a tomada de decisão na melhor evidência disponível, assim como assegurar uma colheita de dados, identificação de focos de atenção/diagnósticos e planeamento/implementação de intervenções rigorosa e que pudesse traduzir o conhecimento específico da Enfermagem neste contexto.

4. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O cuidar, desde a concepção da vida à sua manutenção e finitude, demonstrou, desde sempre, especial relevância na sobrevivência das espécies, na promoção da vida e na preservação do planeta (Boff & Collière citado por Pires, 2009). Para o ser humano, este constitui uma atitude fundamental, que implica um modo de ser mediante o qual a pessoa sai de si e se centra no outro e que provoca sentimentos de preocupação, inquietação e sentido de responsabilidade por ela (Boff, 2005).

Para além de representar parte da vida quotidiana humana, o cuidar tornou-se um elemento fundamental da enfermagem. Em meados da segunda metade do século XIX, Florence Nightingale reconheceu-o como um conjunto de atividades especializadas e benéficas para a sociedade e que, para o seu exercício, exigiam uma formação específica associada a uma produção de conhecimento que o fundamentasse, enquanto profissão (Pires, 2009).

A evolução do conhecimento da enfermagem, enquanto disciplina científica, e a diversificação das suas áreas de investigação, tem contribuído para a construção de um corpo científico próprio e autónomo, com um maior grau de diferenciação profissional e um maior reconhecimento do papel do enfermeiro nos sistemas de saúde, traduzido no referencial de competências profissionais (OE, 2022).

O aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais permitiu o desenvolvimento de um conjunto de competências especializadas comuns, aplicáveis em todos os contextos da prestação de cuidados de saúde e que se traduzem pela elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados dos enfermeiros especialistas. Assim, independentemente da área de especialidade, estes partilham um grupo de domínios de competências, designadas de competências comuns e que se traduzem na responsabilidade profissional, ética e legal; na melhoria contínua da qualidade; na gestão dos cuidados e no desenvolvimento de aprendizagens profissionais (OE, 2019b).

Para além de integrar as competências comuns anteriormente mencionadas, o perfil do EEEMCEPSPE inclui um conjunto de competências clínicas especializadas e concretizadas de acordo com o seu alvo e contexto de intervenção. Espera-se que este cuide da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa; e que maximize a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica.

Com base no referido anteriormente, nesta parte do relatório, serão abordadas as competências

comuns e específicas do EEEMCEPSPE assim como uma análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas em contexto de ENP para a sua aquisição.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica - na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

O domínio da responsabilidade profissional ética e legal, do enfermeiro especialista, integra duas competências: o desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; e a garantia de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

O enfermeiro especialista deve demonstrar, assim, um corpo de conhecimentos que permite um exercício seguro, profissional e ético, empregando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica na avaliação sistemática das melhores práticas e tendo por base as preferências da pessoa. Este deve demonstrar também uma prática que respeita os direitos humanos, analisando e interpretando situações específicas de cuidados especializados, no sentido de gerir situações potencialmente comprometedoras para a pessoa (OE, 2019b).

O centro de ação e o eixo estruturante da ação do enfermeiro é a pessoa, isto é, no seu exercício profissional, o desempenho do enfermeiro realiza-se com a pessoa, para ela e, em algumas situações, por ela (Nunes, L., 2016).

A pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados em valores, crenças e desejos de natureza individual, o que a torna um ser único, com dignidade própria e com direito à autodeterminação. A saúde constitui uma das condições mais decisivas para o desenvolvimento do plano de vida da pessoa (OE, 2002). Esta atribui-lhe um significado próprio e uma representação cognitiva, sendo que cada projeto, individual ou coletivo, exige uma procura pelo equilíbrio e bem-estar nas vertentes física, emocional, sociocultural e espiritual (Nunes, L., 2016).

Tal como a pessoa alvo dos cuidados de enfermagem, o enfermeiro possui também um quadro de valores, crenças e desejos de natureza individual. No entanto, este adota uma conduta responsável e ética, atuando no respeito pela *legis artis*, pela deontologia profissional e pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos, responsabilizando-se pelas suas decisões, pelos atos que pratica e pelas tarefas que delega (OE, 2022). O Código Deontológico, orienta, assim, o seu exercício profissional, e exige uma prestação de cuidados de saúde

alicerçada no respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da pessoa/família/comunidade, assim como no respeito pelas capacidades da pessoa e na valorização do seu papel enquanto interveniente no seu próprio cuidado.

O desenvolvimento da medicina, das ciências da vida e das tecnologias aplicáveis ao ser humano tem vindo, ao longo do tempo, a levantar questões morais e éticas, suscitando incerteza e ambiguidade. Posto isto, a ética profissional sentiu necessidade de acompanhar esta evolução e conseguiu-o através da elaboração de um conjunto de princípios orientadores, de aplicação sistemática na prática clínica e na investigação em seres humanos (Nunes, R., 2017). Em sequência do Código de Nuremberga e do *Belmont Report*, os princípios da ética biomédica - autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça - formulados por Beauchamp e Childress contribuíram para a evolução para uma ética atual, centrada na dignidade da pessoa e no seu direito à liberdade de autodeterminação. A indissociável relação entre a ética e os direitos humanos, excedendo os limites da ética biomédica, culminou na criação de um instrumento universal que os defendesse - a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (*United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* [UNESCO], 2006) e que complementasse as lacunas existentes nas deontologias profissionais para lidar com os dilemas éticos experienciados nos cuidados de saúde modernos.

Refletindo sobre o contexto onde decorreu o ENP, este proporcionou inúmeras oportunidades de desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

O respeito pela pessoa e pelo princípio da sua autonomia, permitiu observar, ao longo do ENP, que a pessoa, exercendo o seu direito e, após ter sido devidamente informada, pôde tomar as suas próprias decisões de forma livre e autónoma, quando proposta para um procedimento cirúrgico e anestésico. O consentimento informado, esclarecido e livre, é uma forma de manifestação desta autonomia e que se destina a respeitar o direito da pessoa a decidir sobre a sua saúde, sendo fundamental que haja adequada informação para que este seja verdadeiramente esclarecido. É importante que a pessoa esteja ciente de que este pode ser retirado a qualquer momento e por qualquer razão, sem que daí resulte qualquer desvantagem ou prejuízo para ela.

Antes da entrada para o bloco operatório, o consentimento informado, necessário à realização de procedimentos cirúrgicos e/ou anestésicos deve estar assinado (Ordem dos Médicos, 2009). Para além desta verificação, foi importante percepcionar o conhecimento da pessoa acerca do procedimento cirúrgico e anestésico e, quando necessário, solicitar a intervenção do profissional adequado para prestar qualquer esclarecimento adicional que saísse do domínio da competência.

Esta verificação, independentemente do tipo de cirurgia, assumiu especial relevância em contexto de cirurgia urgente ou emergente, onde dada a sua tipologia e possível ameaça à vida

da pessoa o consentimento informado foi expresso ou presumido. A vivência destas situações suscitou uma reflexão sobre estes conceitos permitindo a compreensão da adequação de cada um deles à situação específica, respeitando os princípios da beneficência e não-maleficência.

Na prestação de cuidados de enfermagem, em particular, à pessoa em situação perioperatória, foi fundamental compreender a etiologia da sua vulnerabilidade. Esta advém essencialmente do procedimento anestésico (sedação/anestesia geral) a que é submetida ou da alteração do estado de consciência inerente a uma condição de saúde que requeira um procedimento cirúrgico urgente/emergente. Independentemente da situação, este estado impossibilita-a de responder com os seus próprios recursos aos riscos inerentes aos procedimentos a que está sujeita, estando, desta forma, incapaz de tomar decisões relacionadas com os seus cuidados da saúde (Ferrito, 2014). Assim, foi assumido um papel de especial relevância, no sentido de advogar pela dignidade da pessoa e assegurar que os seus direitos e vontades fossem respeitados, quando esta não o pôde fazer.

Ao longo deste período, em consequência dos fenómenos de globalização, prestaram-se também, cuidados de enfermagem a pessoas em situação perioperatória de diferentes nacionalidades e que apresentavam culturas, costumes e valores distintos. A barreira linguística constituiu um desafio importante quer no impacto que esta teve numa comunicação eficaz quer na compreensão da informação fornecida, por parte da pessoa. Por vezes foi necessário recorrer à língua inglesa para comunicar eficazmente, assim como recorrer a colegas com conhecimento de determinada língua específica, ou mesmo, em situações extremas, recorrer a ferramentas de tradução *online*. O respeito pela diversidade cultural e pelo pluralismo, assim como a utilização de estratégias de adaptação, foi fundamental para atingir o melhor nível de satisfação com os cuidados de saúde prestados.

Experienciou-se também a prestação de cuidados de enfermagem a pessoas que, de acordo com as suas convicções espirituais e religiosas, apresentaram uma postura de recusa de determinado tratamento ou intervenção cirúrgica. Destacaram-se as Testemunhas de Jeová na medida em que estas recusam transfusões sanguíneas por defenderem que o sangue é inseparável do corpo e uma vez separado, este não deve “ingerido” sob a pena de castigo divino (Almeida & Almeida, 2004). Embora o procedimento cirúrgico da pessoa que apresentou as convicções previamente descritas ter decorrido sem complicações, a situação é suscetível de reflexão na medida em que a ocorrência de uma complicação do procedimento cirúrgico, como a hemorragia, iria constituir um dilema ético para a equipa multidisciplinar. Ao optar por realizar a transfusão sanguínea, tendo por base o princípio da beneficência e não maleficência, a equipa procuraria o bem-estar da pessoa, contudo não iria respeitar a decisão da pessoa, desvalorizando o princípio da autonomia.

Perante esta reflexão, compreende-se a importância dos valores, das normas legais, dos princípios éticos e da deontologia profissional na tomada de decisão que orienta o exercício

profissional do enfermeiro especialista, especificamente quando confrontado com determinadas situações ou dilemas éticos. Este exerce um papel fundamental na promoção e na preservação da dignidade e da autonomia da pessoa alvo dos seus cuidados, advogando por esta sempre que esta não o possa fazer.

Competências do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

A especificidade e a complexidade da prestação de cuidados de saúde atuais, associado ao aumento da esperança média de vida e às expectativas das pessoas/famílias/comunidades tem constituído um desafio público global. A visão de uma cobertura universal de saúde pretende que todas as pessoas possam usufruir de serviços promotores de saúde, preventivos, curativos, de reabilitação e paliativos de que necessitam, com qualidade e sem ficar expostos a dificuldades financeiras. Posto isto, e acreditando que os cuidados de saúde representam um bem público, a procura constante pela formulação e desenvolvimento de políticas e estratégias para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e conseqüentemente, a saúde das populações tem-se demonstrado prioritária (OMS, 2020).

Os cuidados de saúde de qualidade podem ser definidos de várias formas, contudo, na sua globalidade, devem contribuir para influenciar positivamente os *outcomes* em saúde da pessoa e da população, realçando a importância da evidência científica e dos conhecimentos profissionais (OMS, 2020).

A OE, reconhecendo a importância do envolvimento de diferentes intervenientes e a necessidade de criação de sinergias entre estes, defende que a qualidade em saúde constitui uma tarefa multiprofissional, sendo que cada associação de profissionais da área da saúde deve refletir sobre a sua prática e assumir um papel na definição dos padrões de qualidade em cada domínio específico da profissão (OE, 2002).

É importante considerar que cada passo do processo de prestação de cuidados, apresenta, também, riscos inerentes. A natureza e a gravidade deste risco varia consoante o contexto da prestação de cuidados, a disponibilidade, as infra-estruturas e os recursos existentes. Assim, para além de fomentar a qualidade dos cuidados, é fundamental que as organizações e sistemas de saúde apresentem um elevado conhecimento de deteção de riscos e de gestão de potenciais fontes de incidentes (DGS, 2022a). A governação clínica - *Clinical Governance* - constitui um sistema de responsabilização, liderança e controlo que visa assegurar a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde prestados por uma instituição ou sistema de saúde, baseados em evidência científica e com foco na pessoa, receptora desses cuidados. Teve a sua origem no Reino Unido, no final da década de 90, e foi apresentada como uma estratégia de modernização e melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados pelo *National Health Service* (NHS) e que, posteriormente, se expandiu a outros países (Sally & Donaldson, 1998).

Atualmente, é responsável pela definição de protocolos com vista à melhoria contínua; avaliação e processos de auditoria; monitorização de indicadores de qualidade; gestão de risco; promoção de um ambiente de trabalho colaborativo e cultura de aprendizagem com os eventos adversos.

O bloco operatório constitui um ambiente altamente especializado e tecnológico, exigente a nível da qualidade dos cuidados prestados, e onde as pessoas e os profissionais de saúde, pelos fatores ambientais, pelas técnicas rigorosas exigidas e pelo uso de inúmeros dispositivos médicos, estão constantemente expostos a riscos (AESOP, 2006). Compete ao enfermeiro especialista considerar a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes; atuar proactivamente na promoção da envolvimento adequada ao bem-estar e na gestão do risco (OE, 2019b).

Refletindo sobre as experiências proporcionadas pelo ENP, no primeiro módulo, identificaram-se oportunidades de melhoria e estabeleceram-se objetivos no sentido de contribuir para a qualidade e segurança dos cuidados prestados, permitindo o desenvolvimento de competências neste domínio em específico. Definiu-se como foco principal do projeto de desenvolvimento profissional, a melhoria da qualidade dos cuidados da mulher submetida a cesariana e integrando a visão da equipa do bloco operatório em melhorar a experiência da mulher neste contexto, e, planeando vir a integrar a formação de preparação para o parto, elaborou-se, no módulo II, um guia de preparação e recuperação cirúrgica da mulher submetida a cesariana (Anexo I). Este documento foi baseado numa extensa pesquisa bibliográfica acerca da informação relevante, assim como nas normas e recomendações nacionais e internacionais relacionadas com a temática, visando dotar a mulher grávida de conhecimento para exercer o seu direito à autonomia e autodeterminação perante a necessidade de realização de um parto por cesariana. A par deste guia, foi desenvolvida, também, uma norma/instrução de trabalho denominada “Protocolo de Preparação e Recuperação Cirúrgica da Mulher submetida a Cesariana” (Anexo II), no sentido de contribuir para a consistência dos cuidados de enfermagem em contexto perioperatório.

Ao longo do ENP, destacou-se a adesão e a importância que a equipa demonstrou relativamente à implementação da lista de verificação cirúrgica, no âmbito do programa “Cirurgia Segura Salva Vidas”. Este programa, desenvolvido em 2007, e aplicado nas salas operatórias portuguesas desde 2010, pretende garantir que as equipas, de forma coerente, seguindo algumas medidas de segurança críticas, minimizem os riscos mais comuns e evitáveis dos procedimentos cirúrgicos e anestésicos, promovendo o bem-estar da pessoa e contribuindo para a redução de comorbilidades associadas e/ou morte (OMS, 2010). Considerando a multidisciplinaridade e a rotatividade das equipas no bloco operatório, a implementação da *checklist* constituiu um elemento fundamental na dinâmica entre estas e na garantia da segurança da pessoa submetida a um procedimento cirúrgico e anestésico. Neste contexto, esta constituiu responsabilidade do enfermeiro circulante, embora qualquer membro da equipa

pudesse ser responsável pela sua implementação. Assim, sempre que a função de enfermeiro circulante foi atribuída durante o ENP, tomou-se a iniciativa de promover este processo de verificação, valorizando a sua importância na dinâmica da equipa e na promoção e gestão de cuidados de saúde seguros e de qualidade.

Ainda no âmbito da reflexão sobre a importância da gestão de risco e da promoção de um ambiente terapêutico seguro, o bloco operatório, enquanto local de realização de procedimentos cirúrgicos sob diferentes tipos de anestesia, envolve a gestão de uma variedade de medicamentos, por vezes em situações de urgência/emergência, sendo a possibilidade de ocorrência de incidentes com medicação, neste contexto, extremamente elevada. Reconhecendo a relevância da segurança do medicamento na prestação de cuidados de enfermagem e sendo a enfermeira tutora membro do círculo de anestesia e impulsionadora deste projeto no âmbito da segurança do doente, colaborou-se na verificação e manutenção da correta identificação e armazenamento dos diferentes fármacos, disponíveis no bloco operatório, de acordo com as normas institucionais respeitantes aos medicamentos de alto risco e medicamentos *look-alike sound-alike* (LASA).

A integração da visita pós-operatória no âmbito da UFDA, constituiu, do ponto de vista pessoal, uma experiência relevante, proporcionada pelo ENP. A abordagem e controlo da dor pós-operatória constitui uma prioridade na prestação de cuidados de saúde humanizados e de elevada qualidade em Portugal, desde a altura em que foi implementado o Programa Nacional de Luta Contra a Dor (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor [APED], s.d.). Segundo a IASP (2020), a dor aguda constitui uma dor de início recente e de provável duração limitada, havendo, normalmente, uma relação temporal e/ou causal bem definida. A dor pós-operatória pode, assim, inserir-se neste tipo de dor e pode ser definida como uma dor provocada pelo cirurgião, no decurso de um procedimento cirúrgico. O seu controlo requer a existência e a adequada aplicação de protocolos de atuação no período perioperatório, sendo a analgesia adequada fundamental para evitar um sofrimento desnecessário, para reduzir a morbilidade e o tempo de internamento, representando, assim, vantagens tanto para a pessoa como para os sistemas de saúde. O reconhecimento da multidimensionalidade da dor pós-operatória requer uma abordagem terapêutica multiprofissional e interdisciplinar organizada no que respeita aos cuidados cirúrgicos, sendo que a constatação do impacto do seu tratamento eficaz e da importância das unidades de dor aguda (UDA) como unidades funcionais em assegurar cuidados de alta qualidade, levou a que a sua existência fosse considerada um critério de boa prática hospitalar (DGS, 2012). A UDA é, assim, responsável pela elaboração e implementação de programas de informação à pessoa e família/pessoa significativa, de modo a assegurar conhecimentos que lhes permita tomar decisões e dar o seu consentimento informado à estratégia de tratamento da dor. Segundo a SPA (2018), as pessoas informadas sobre a relevância da avaliação da dor, dos riscos e efeitos laterais dos tratamentos e que reconhecem a importância de comunicar eficazmente terão melhor qualidade no alívio da dor,

independentemente da técnica analgésica a que sejam sujeitas. A participação na visita da UFDA exigiu um vasto conhecimento na área da fisiopatologia e avaliação da dor, assim como de técnicas e protocolos de tratamento, fundamentais na abordagem da dor aguda. Nos turnos de estágio em que se exerceu funções na UCPA, foi realizada a visita da UFDA às pessoas submetidas a procedimentos cirúrgicos nos dias anteriores e que tinham sido referenciadas à unidade, pelo anestesiológico. De forma a prestar cuidados de enfermagem individualizados e eficazes, previamente à realização da visita, foi consultado o processo clínico da pessoa no que respeita à monitorização, avaliação e intensidade da dor, administração de fármacos analgésicos prescritos e monitorização da sua eficácia e efeitos colaterais, nas últimas 24 horas, para que, posteriormente durante a visita, se pudesse discutir com a equipa e com a pessoa a adequação das estratégias de controlo da dor implementadas e realizar os respetivos ajustes. A UFDA apresenta um sistema de registo próprio e individualizado, onde constam dados essenciais e relevantes e que permitem o desenvolvimento de processos de auditoria. Estes incluem o diagnóstico que motivou o episódio de dor aguda; o tipo de procedimento anestésico e a caracterização da técnica analgésica locorregional, quando aplicável; o protocolo analgésico instituído; a intensidade da dor em repouso e movimento; e os efeitos laterais/complicações da terapêutica analgésica (SPA, 2018). Este sistema permitiu concentrar a informação pertinente colhida durante esta visita, assim como constituiu um meio de avaliação da eficácia das intervenções implementadas, permitindo contribuir para a produção de indicadores de qualidade. Conclui-se assim que esta experiência permitiu uma visão mais abrangente do impacto da gestão eficaz da dor na recuperação e/ou reabilitação da pessoa, contribuindo para a redução de complicações e para a diminuição do tempo de internamento hospitalar, melhorando a sua qualidade de vida e aumentando a sua satisfação com os cuidados prestados.

Considera-se, desta forma, ter participado na implementação de estratégias e políticas institucionais; ter contribuído para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, no contexto onde se realizou o ENP; ter proporcionado um ambiente terapêutico seguro às pessoas, alvo da prestação de cuidados durante este período; e, desta forma, ter desenvolvido as competências respetivas ao presente domínio.

Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados

A gestão, enquanto área de intervenção da enfermagem, apresenta uma importância estratégica na qualidade dos cuidados prestados pelas instituições de saúde. Desta forma, a qualidade e a segurança dos cuidados prestados às pessoas está diretamente relacionada com a qualidade da prática dos enfermeiros na área da gestão (Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança [APEGEL], 2009).

As competências do enfermeiro, no âmbito da gestão de cuidados, envolvem um conjunto de habilidades e responsabilidades fundamentais para gerir eficaz e eficientemente os recursos,

cada vez mais escassos, garantindo uma prestação de cuidados de qualidade. O enfermeiro gestor surge, assim, como um elemento fundamental, assumindo um compromisso com as organizações de saúde, com os profissionais e com as pessoas.

As organizações de saúde atuais, por serem tão complexas na sua estrutura, nos processos de trabalho, nos *stakeholders* envolvidos e na especificidade dos recursos materiais, requerem gestores que consideram a liderança uma ferramenta-chave no processo de gestão para superar os desafios impostos por este ambiente complexo e em constante mudança (Melo, 2011). Os gestores, segundo Leal et al. (2019), possuem um papel fundamental na organização do trabalho e na promoção de atitudes, caracterizando-se pela flexibilidade e inclusão dos trabalhadores, garantindo-lhes uma maior responsabilidade e autonomia no processo de decisão e no desenvolvimento pessoal e profissional, manifestando, conseqüentemente, efeitos positivos na prestação de cuidados. A participação e a aprendizagem coletiva das equipas, onde existe partilha de perspectivas e experiências é crucial para que os elementos se sintam incluídos e responsabilizados pelas suas ações e decisões, com vista à prestação de cuidados de saúde seguros e de qualidade. A capacidade de liderar surge, assim, como uma das principais competências a ser desenvolvida pelo enfermeiro, permitindo que este adquira as habilidades necessárias para assumir as transformações necessárias ao seu processo de trabalho (Sobrinho et al., 2018).

O bloco operatório, em particular, ocupa um lugar estratégico nas organizações de saúde, sendo que do seu funcionamento dependem uma série de serviços e a sua eficiência condiciona o funcionamento de uma rede complexa de prestação de cuidados. Este constitui também um serviço com grandes exigências técnicas, tanto a nível de instalações como dos procedimentos e dos profissionais que as realizam, representando um dos maiores consumidores de recursos das instituições de saúde (ACSS, 2011; Viegas & Névoa, 2014a).

A gestão do bloco operatório constitui, assim, uma atividade complexa, na medida em que o seu fluxo de trabalho é também ele significativamente complexo de controlar e os elementos que o constituem, cirurgiões, anestesistas, enfermeiros e administradores, têm pontos de vista muito diferentes acerca dos processos de melhoria (Pereira, 2014 como citado em Terras, 2017).

O enfermeiro gestor é o enfermeiro que detém um conhecimento efetivo no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e do domínio específico da gestão em enfermagem, considerando as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. Este gere as pessoas, a segurança dos cuidados, a adequação do recursos, a formação, o risco clínico, a mudança, as relações profissionais e os conflitos (OE, 2015b).

A prestação de cuidados eficientes e em tempo útil exige que o enfermeiro gestor uniformize a disposição dos recursos, assegure a manutenção do bom estado de funcionamento dos equipamentos, assim como a existência de material suficiente para dar resposta às necessidades de prestação de cuidados de saúde. Este é responsável pela gestão dos recursos

humanos no que respeita à equipa de enfermagem, definindo a distribuição dos meios, através da elaboração de horários, planos de trabalho e planos de férias, gerindo também as ausências, e substituindo o elemento em falta para que os cuidados sejam assegurados. Para além disso, cabe-lhe gerir os assistentes operacionais e organizar a logística do bloco operatório, garantindo a informação relacionada com o nível de produção, incluindo o agendamento das cirurgias e os recursos materiais necessários para cada uma delas (Terras, 2017).

No bloco operatório da ULS onde decorreu o ENP, observou-se que dois enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica exercem funções de colaboração com o enfermeiro chefe, substituindo-o se necessário. A estes é-lhes atribuída, diariamente, a função de responsável de turno, competindo-lhe efetuar o plano de trabalho, através da distribuição dos enfermeiros da equipa pelas áreas de trabalho. No que respeita às salas operatórias de cirurgia programada e urgente são distribuídos três enfermeiros por sala, com conhecimentos e qualificações para exercerem as seguintes funções: enfermeiro de anestesia, enfermeiro circulante e enfermeiro instrumentista. Para a UCPA, são alocados dois enfermeiros (OE, 2019a).

Para além da gestão de recursos humanos, a gestão de recursos materiais é igualmente importante neste contexto. O bloco operatório apresenta uma das maiores e mais variadas listas de material de um hospital. Para além do mobiliário e respetivos equipamentos, este inclui material estéril, instrumentos cirúrgicos, material consignado, material de anestesia, material de desinfeção, material de esterilização e material de gestão ambiental e de resíduos. A disposição e organização destes num único espaço de armazenamento contribuí para aumentar a eficácia e a eficiência do bloco operatório, contudo, a diversidade de material e de instrumentos pode exigir a distribuição em vários espaços (Brooks, 2010, como citado em Viegas & Névoa, 2014b). Os materiais de consumo clínico, no bloco operatório onde decorreu o ENP, encontram-se organizados por especialidade e estão localizados em duas áreas de armazenamento principais. A sua reposição é responsabilidade da equipa de logística da ULS, com recurso a um sistema de reposição por níveis, sendo que diariamente, é efetuada uma contagem do material gasto, por um assistente operacional, para, posteriormente este ser repostado. A utilização desta metodologia de reposição apresenta algumas vantagens sendo que a principal permite dispensar o enfermeiro gestor para a realização de outras funções. Além disso, permite a simplificação e otimização de processos e a diminuição do desperdício, contribuindo para a melhoria do serviço (Lopes, 2017). Contudo, importa referir que existem alguns materiais de consumo clínico específicos e que são considerados extra *stock*, pelo que o enfermeiro gestor é responsável pelo seu pedido atempado, ao serviço de aprovisionamento e logística.

No que respeita à gestão de material esterilizado, existem enfermeiros responsáveis por cada área de especialidade cirúrgica, assegurando a organização e a manutenção destes. Durante o ENP, colaborou-se com a enfermeira tutora na gestão e organização dos recursos materiais respetivos ao "Círculo de Anestesia", realizando inventários do material existente e assegurando a qualidade e o seu bom funcionamento através de inspeções regulares. É importante enfatizar

que a articulação do bloco operatório com os departamentos responsáveis pela manutenção dos equipamentos é maioritariamente realizada pelos enfermeiros, sendo que estes constituem a equipa residente do bloco operatório e que, na maioria das vezes, reportam ou lhes são reportadas as avarias, permitindo uma manutenção e reposição adequada destes equipamentos (Viegas & Névoa, 2014b).

Refletindo sobre as experiências vivenciadas no ENP, observou-se que o enfermeiro chefe e os enfermeiros responsáveis de turno demonstraram um conhecimento situacional e uma elevada capacidade de antecipação, essencial num contexto em constante mudança. Os desafios, no bloco operatório, ao nível da gestão são abundantes dado o elevado número de profissionais envolvidos, o elevado consumo de recursos materiais e as necessidades constantes de articulação com os serviços que cooperam com ele. Assim, a delegação e atribuição de funções no âmbito da gestão de recursos materiais e de consumo clínico aos enfermeiros dos diferentes círculos de especialidade permite que estes desenvolvam competências neste âmbito e, conseqüentemente, sejam responsabilizados e incluídos nestes processos. A colaboração, a par da enfermeira tutora, nestas funções contribuiu para o desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências neste âmbito.

Em suma, considera-se ter demonstrado uma postura proativa a nível da gestão e organização dos recursos essenciais à prestação de cuidados. Salienta-se a importância da pesquisa bibliográfica e da unidade curricular Princípios de Gestão em Enfermagem Avançada no aprofundamento de conhecimentos relativamente a este domínio e que contribuíram para o desenvolvimento de competências nesta área em contexto de estágio.

Competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

As competências do enfermeiro especialista, no que respeita ao domínio das aprendizagens profissionais, centram-se numa *praxis* clínica especializada, baseada em evidência científica, assim como no desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade no seu exercício profissional.

A aprendizagem é um processo contínuo, tanto para a sociedade quanto para a pessoa, abrangendo todas as áreas e fases da vida. Esta representa uma estratégia que, por um lado visa atender às necessidades de formação das pessoas, decorrentes da evolução sociocultural e científico-tecnológica, e, por outro pretende dar resposta às crescentes exigências do mercado no que respeita às qualificações e competências dos profissionais (Parlamento Europeu, 2008).

A área da saúde não é exceção e, encontrando-se em constante mudança, pressupõe uma atualização contínua do conhecimento e dos saberes dos profissionais de saúde. A OMS lançou, em 2019, através do *Global Learning Strategy for Health*, uma estratégia “que pretende ampliar e intensificar, de forma colaborativa, o futuro da aprendizagem ao longo da vida para os

trabalhadores em saúde, visando contribuir para a necessidade de proteção e promoção da saúde pública”, acreditando, assim, que o “acesso à aprendizagem ao longo da vida dos profissionais envolvidos nos cuidados de saúde e saúde pública refletirá diretamente na equidade e qualidade do acesso à saúde da população mundial” (Gamhewage et al., 2022; OMS, 2020).

As equipas multiprofissionais que integram as instituições de saúde, tendo em consideração a sua especificidade, exigem, assim, um constante aperfeiçoamento através de métodos inovadores de aprendizagem, no sentido de atingir resultados sinérgicos relevantes e seguros, através da aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes que contribuam para a tomada de decisão compartilhada e para o alcance de metas institucionais (OMS, 2020).

Os enfermeiros desempenham um papel ativo nas equipas e nos diferentes contextos onde se inserem e reconhecem a importância da complexidade e da dimensão da aprendizagem na sua *praxis* clínica diária, constituindo este um processo de adaptação mútua entre os envolvidos e o ambiente que os envolve. Desta forma, na procura pela excelência do seu exercício profissional, estes adotam “(...) uma atitude reflexiva sobre as suas práticas, identificando áreas de maior necessidade de formação, procurando manter-se na vanguarda da qualidade dos cuidados num aperfeiçoamento contínuo das suas práticas (...)” (OE, 2015a).

A formação contínua é, segundo a AESOP (2006), uma das formas de garantir a qualidade dos cuidados prestados no bloco operatório e apresenta como objetivo principal melhorar os conhecimentos e competências profissionais no que respeita ao saber-ser, saber-estar e saber-fazer, capacitando os enfermeiros para responderem às constantes mudanças nos sistemas de saúde. Importa refletir que esta deve ir além de um simples processo de aquisição e acumulação de conhecimentos, incitando a introspeção, a reflexão e o pensamento crítico sobre os mesmos. Desta forma, no desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista deve demonstrar uma capacidade de autoconhecimento, central na prática de enfermagem, reconhecendo que esta interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais, destacando a dimensão de si e da relação com o outro, em contexto singular, profissional e organizacional (OE, 2019b).

O enfermeiro presta cuidados à pessoa e família/pessoa significativa, orientando-os e envolvendo-os ativamente no seu projeto de saúde. Assim, no contexto da prática, os valores pessoais e a conduta profissional do enfermeiro são constantemente colocados à prova, resultado da elevada carga de trabalho e das mudanças nos sistemas de saúde. O autoconhecimento, a empatia e a capacidade para manter um nível reduzido de *stress* constituem componentes essenciais no exercício profissional para garantir a prestação de cuidados de qualidade (Haley et al., 2017). O autoconhecimento ou consciência de si envolve um exercício de introspeção na medida em reflete uma atividade cognitiva de exploração dos seus próprios pensamentos, sentimentos, crenças, valores e comportamentos. Este processo,

contínuo e dinâmico, envolve um escrutínio das visões e perspectivas resultantes de aprendizagens prévias, analisando-as no sentido de validar novas situações e perspectivar novas aprendizagens (Eckroth-Bucher, 2010).

A literatura contemporânea em enfermagem sugere que a mentalidade do enfermeiro influencia a sua disponibilidade emocional para o estabelecimento de relações interpessoais e terapêuticas. Destas relações surgem, por vezes, conflitos, isto é, choques de opiniões ou valores divergentes, entre pessoas e profissionais, tanto intraprofissionalmente como interprofissionalmente, e que podem ter potencial para prejudicar a dinâmica da equipa e, conseqüentemente, a instituição de saúde (Nikitara et al., 2024).

Os conflitos no ambiente de trabalho são inevitáveis, e na área da saúde tendem a ser mais complicados na medida em que envolvem relações contínuas e complexas, baseadas em emoções. Para além disso, um conflito é composto por dimensões substantivas, processuais e psicológicas às quais os intervenientes no conflito respondem com base nas suas percepções, sendo também essa percepção repleta de pensamentos e emoções que irá orientar o indivíduo para a resolução do mesmo (Webne-Behrman, H., 1998 como citado em Johansen, M. L., 2012). O empenho dos gestores, líderes e membros da equipa na gestão eficaz de conflitos, é fundamental para um ambiente de trabalho favorável, na medida em que os próprios conflitos podem constituir uma ferramenta eficaz na reestruturação, melhoria de processos, estabelecimento de novas metas e formulação de estratégias institucionais (Johansen, 2012).

O ENP, constituiu um elemento impulsionador e facilitador do processo de aprendizagem em contexto da prestação de cuidados, no sentido do desenvolvimento e aprofundamento das competências de enfermeiro especialista, anteriormente mencionadas. O bloco operativo sendo "(...) um ambiente dinâmico e estimulante, tendo por base as relações que se estabelecem entre a equipa multidisciplinar (...)" (Viegas & Névoa, 2014a), exigiu, numa fase inicial, um processo de integração e adaptação à equipa multidisciplinar. A receptividade por parte da equipa constituiu um fator facilitador neste processo, assim como o estabelecimento de uma relação interpessoal e interprofissional positiva com a enfermeira tutora foi fundamental para o sucesso deste percurso. A partilha de conhecimentos, a discussão e a reflexão sobre os cuidados prestados com esta e com a restante equipa multiprofissional, constituíram momentos favoráveis ao processo de aprendizagem.

Ao longo do ENP, procurou-se manter uma conduta assertiva, reconhecendo os limites pessoais e profissionais; solicitando ajuda, quando necessário e evitando que a vida pessoal e relações profissionais interferissem na prestação de cuidados. O exercício do autoconhecimento, enquanto percepção de si mesmo, dos conhecimentos, habilidades, pontos fortes e fraquezas; assim como das crenças e valores pessoais foi essencial no sentido de respeitar e compreender os intervenientes no processo de prestação de cuidados de saúde, assim como dos intervenientes no processo de aprendizagem.

Embora não se tenham verificado situações de conflito propriamente dito, experienciaram-se algumas divergências de pensamento e de intervenção que careceram de reflexão. Uma dessas circunstâncias decorreu no contexto da visita pós-operatória da UFDA. Frequentemente observou-se que as mulheres submetidas a cesariana sob anestesia locorregional e que permaneceram com cateter epidural para controlo e gestão da dor pós-operatória referiam que a analgesia tinha sido administrada via endovenosa ou *per os*, quando questionadas. Através da consulta dos registos de enfermagem verificou-se igualmente que era dada preferência a outras vias de administração de analgesia, em detrimento da via epidural. A par da enfermeira tutora e, respeitando a possibilidade de diferentes perspectivas, estabeleceu-se uma comunicação eficaz com os enfermeiros do serviço no sentido de compreender a escolha de determinada via em detrimento do cateter epidural. Concluiu-se que, embora a analgesia por via epidural seja bastante eficaz nesta fase do pós-operatório, a sua especificidade pode influenciar o resultado das intervenções de enfermagem planeadas, isto é, a administração de medicação por via epidural condiciona, por vezes, a mobilização precoce da mulher assim como a sua independência no cuidado ao recém-nascido. Para além disso, os seus efeitos secundários podem ter impacto a nível dos sinais vitais (exemplo hipotensão) e do bloqueio motor, exigindo intervenções adicionais por parte destes. A reflexão e compreensão da perspectiva dos enfermeiros do serviço de internamento em comparação com as perspectivas pessoais e profissionais foi fundamental para desmistificar ideias pré-concebidas, assim como desenvolver uma capacidade de aceitação de ideias divergentes no âmbito da prestação de cuidados de saúde, evitando conflitos e promovendo o respeito interprofissional.

Na procura pelo desenvolvimento da prática baseada em evidência e no âmbito do projeto de desenvolvimento profissional, como já mencionado ao longo do relatório, foi elaborado um guia de preparação para o parto por cesariana assim como um documento de suporte à formação e uma norma/instrução de trabalho com vista à uniformização dos cuidados de enfermagem (Anexo I, II e III respetivamente). O desenvolvimento destes documentos exigiu a utilização de meios de pesquisa que proporcionassem informações fidedignas e atualizadas. Desta forma, foram realizadas pesquisas em bases de dados científicas e em *websites* de entidades reguladoras nacionais e internacionais. Para a realização deste projeto foi relevante reconhecer as capacidades e respetivas limitações pessoais no sentido de conseguir realizar as atividades planeadas no *timing* pretendido. Considera-se que, ainda que não tenha sido possível pôr em prática o projeto propriamente dito, pois este ainda se encontra em fase de planeamento na ULS, a realização das atividades descritas contribuiu para o desenvolvimento das competências neste domínio.

Destaca-se, igualmente, a contribuição das unidades curriculares integrantes do curso de mestrado para a aquisição de conhecimentos, na medida em que forneceram conteúdos e oportunidades de reflexão pertinentes sobre temáticas inerentes à prestação de cuidados de saúde especializados, assim como permitiram o desenvolvimento de competências no âmbito

da investigação científica. O desenvolvimento de trabalhos ao longo do curso de mestrado permitiu empregar estes conhecimentos e, posteriormente, materializá-los sob a forma de *posters* que, enquanto co-autora, foram divulgados em diversos congressos (Anexos IV e V).

Refletindo sobre o ENP, é relevante mencionar que, embora já se possuísse uma experiência profissional significativa no contexto perioperatório, este proporcionou uma experiência inigualável na aquisição de competências de autoconhecimento pessoal e profissional com vista à aprendizagem contínua, e contribuindo assim para o desenvolvimento das competências supracitadas.

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica - na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

As competências do enfermeiro especialista integram, para além das competências comuns previamente abordadas, um conjunto de "(...) 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" (OE, 2019b).

Os cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com vista à melhoria da qualidade de vida da pessoa, "(...) exigem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias (...) com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos (...)", promovendo a saúde e prevenindo a doença em diversos contextos de ação (OE, 2018).

Considerando a vasta abrangência destes cuidados, reconheceu-se a necessidade de especificar as competências de acordo com a pessoa alvo dos cuidados e com o contexto de intervenção do enfermeiro, emergindo assim, entre outras, a área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória (OE, 2018).

Contextualizando a Enfermagem Perioperatória, acredita-se que esta tenha sido a primeira especialidade a surgir em enfermagem. Esta remonta ao século XIX, altura em que, resultado das descobertas científicas de Pasteur e Lister, houve um aumento do número de doentes nos hospitais, pois com base nessas descobertas (antissépsia), estes providenciavam um ambiente mais seguro para a realização de procedimentos cirúrgicos que, até então, eram realizados em casa das pessoas. Estas mudanças vieram exigir conhecimentos e competências específicas, resultado das necessidades de cuidados dos doentes cirúrgicos, requerendo que as enfermeiras

fossem treinadas para preparar e colaborar numa cirurgia, assim como prestar cuidados antes e após esta. Estes conhecimentos foram incluídos na escola de enfermagem de Florence Nightingale e, posteriormente, expandiram-se a escolas de outros países (*Australian College of Perioperative Nurses* [ACORN], 2020).

O conceito de *operating room nurse* - enfermeiro de sala de operações - começa a ser empregue, por volta de 1900, nos Estados Unidos da América e as enfermeiras começaram a passar algum tempo no bloco operatório enquanto parte integrante da sua formação, porém aprendiam apenas por meio da observação (Clemons, 1973; Armstrong, 1965 como citado em ACORN, 2020).

Numa das primeiras edições do *British Journal of Nursing* é feita uma primeira referência aos papéis existentes numa sala de operações, nomeadamente uma *instrument nurse* (enfermeira de instrumento), uma *sponge nurse* (enfermeira esponja) e uma *nurse assistant* (enfermeira assistente) (Morison, 1912).

A partir do século XX, os conteúdos teóricos e conceitos associados à prestação de cuidados de enfermagem no bloco operatório foram começando a ser introduzidos e ensinados, contribuindo para a evolução do *curriculum* da enfermagem perioperatória (ACORN, 2020).

Em 1969, a *Association of Operating Room Nurses* (AORN) define o cuidado à pessoa no bloco operatório como a "(...) identificação das necessidades fisiológicas, psicológicas e sociológicas (...)" da pessoa e "(...) o desenvolvimento e implementação de um programa de ações de enfermagem individualizado, com base no conhecimento das ciências naturais e comportamentais, para restabelecer ou manter a saúde e bem-estar do doente, antes, durante e após a intervenção cirúrgica (...)" e, posteriormente, em 1978, introduz a enfermagem perioperatória como um processo de prestação de cuidados durante o período perioperatório, período este que é temporário e contempla a fase pré-operatória, intra-operatória e pós-operatória (Benze et al., 2021).

A par da AORN, a criação de diversas entidades a nível mundial, contribuiu para o impacto significativo na prestação de cuidados perioperatórios, através do desenvolvimento de padrões de cuidados de qualidade e fomentando a educação (ACORN, 2020). Em Portugal, o exercício de uma enfermagem em contexto perioperatório pouco autónoma, baseada em saberes transmitidos oralmente e com fundamentação insuficiente, conduziu à fundação da AESOP, em 1986, cuja principal missão se prendia com a melhoria da qualidade dos cuidados prestados no bloco operatório através da formação continua dos enfermeiros e de uma prática baseada na ciência e na evidência (AESOP, 2023).

A definição e integração das competências especializadas na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, materializada no Regulamento n.º429/2018 da OE, surgiu do reconhecimento da complexidade e dos riscos

associados ao contexto perioperatório e da necessidade de regular a certificação de competências dos enfermeiros que exercem funções neste contexto, em Portugal. Este regulamento determina que “(...) os cuidados de enfermagem nesta área de especialização são dirigidos aos projetos de saúde da pessoa e família/pessoa significativa a vivenciarem processos de saúde/doença que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, em ambiente perioperatório, à promoção da saúde, à prevenção de eventos adversos e ao tratamento da doença (...)”. Assim, espera-se que o EEEMCEPSPE, de forma geral, cuide “(...) da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa (...)” e maximize “(...) a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica (...)” (OE, 2018).

Conclui-se, assim, que o exercício profissional no âmbito da enfermagem perioperatória exige a mobilização de inúmeros conhecimentos teóricos e práticos, através de um processo bem delineado. Contudo, não menos relevante, é fundamental que esse exercício se interligue com teorias e modelos de enfermagem que sustentem a prestação de cuidados e, conseqüentemente, a satisfação das necessidades da pessoa e família/pessoa significativa neste contexto (Breda & Cerejo, 2020). Nesta linha de pensamento Afaf Meleis expõe que os enfermeiros, na prática do seu exercício profissional, se deparam com pessoas a vivenciar processos de transição, processos estes que envolvem alterações na saúde, nas relações, nas expectativas e nos papéis e que podem constituir oportunidades para melhorar o seu bem-estar e saúde ou, por outro lado, constituir situações de vulnerabilidade, expondo as pessoas a riscos que podem afetar o seu projeto de saúde (Meleis, 2012 como citado em Breda & Cerejo, 2020).

A vida é a maneira como cada pessoa enfrenta os momentos de transição que fazem parte da sua existência. Não pode ser interpretada apenas de forma individual, pois cada ser é fruto da sua família, do contexto em que está inserido, da sua capacidade de adaptação, dos recursos pessoais e externos, das experiências vividas e do significado atribuído aos acontecimentos experienciados (Meleis, 2010). Com base neste pressuposto, a enfermagem centra-se nas respostas humanas às transições decorrentes de eventos relacionados com os processos de vida e/ou com os processos de saúde/doença das pessoas. O enfermeiro tende a ser aquele que prepara a pessoa para transições emergentes, atuando como facilitador do processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com a saúde e/ou com as experiências de doença. O procedimento cirúrgico constitui um processo de transição para a pessoa e respetiva família/pessoa significativa, devendo o enfermeiro em contexto perioperatório, identificar e compreender os significados atribuídos por estes à situação, planeando e implementando intervenções que lhes permitam vivenciar este processo com o menor impacto na sua vida. Assim, como refere a OE no Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE, 2018), o enfermeiro especialista “(...) concebe planos de intervenção tendo como objetivo a adaptação aos processos de transição saúde/doença aguda ou crónica, perante situações decorrentes de processos médicos e/ou

cirúrgicos complexos (...)" . As transições constituem um processo inerente ao ambiente perioperatório e a avaliação pré-operatória permite ao enfermeiro identificar, documentar e comunicar fatores de risco ou de vulnerabilidade da pessoa, antecipando potenciais consequências relacionadas com o procedimento anestésico e cirúrgico. A consulta pré-operatória de enfermagem constitui, assim, uma atividade autónoma, essencial para o estabelecimento de uma relação entre o enfermeiro e a pessoa, facilitando a comunicação e a preparação pré e pós-operatória, na medida em que providencia uma oportunidade para avaliar, planear e intervir de acordo com a individualidade e com as necessidades informativas da pessoa, diminuindo o impacto emocional subjacente às alterações consequentes do procedimento cirúrgico e/ou anestésico (Breda & Cerejo, 2020). A enfermagem perioperatória contribui, assim, para o sucesso das transições na prestação de cuidados, permitindo lidar com a ambiguidade criada por vulnerabilidades pouco definidas ou deficientemente comunicadas. Os enfermeiros trabalham com a incerteza e com as necessidades constantes de cuidados das pessoas ao longo da sua situação perioperatória (Malley, 2015).

No bloco operatório onde foi realizado o ENP ainda não se encontrada implementada a consulta pré-operatória de enfermagem, pelo que não foi possível realizar atividades neste contexto. No entanto, quer por meio da experiência profissional prévia, quer por meio da pesquisa bibliográfica efetuada ao longo deste processo de aprendizagem, considera-se que esta é, sem dúvida um elemento basilar da enfermagem perioperatória, na medida em que permite o estabelecimento de um ponto de contacto com a pessoa que vai ser submetida a um procedimento cirúrgico e/ou anestésico, permitindo que esta manifeste preocupações, medos e dúvidas, com vista ao seu esclarecimento, dotando-a de informações que permitam desenvolver estratégias de resposta adequadas às diferentes situações que irão vivenciar ao longo deste processo (Breda & Cerejo, 2020).

O enfermeiro perioperatório para além de contribuir para a adaptação da pessoa e família/pessoa significativa aos processos de transição através da preparação da pessoa, intervém igualmente no sentido de promover o conforto e bem-estar desta, ao longo das fases do perioperatório. Katharine Kolcaba, na sua Teoria de Conforto, defende que o conforto é uma componente essencial na saúde e na recuperação da pessoa, constituindo em si mesmo um objetivo na prática de enfermagem. O conforto, embora seja um conceito subjetivo de pessoa para pessoa, pode ser definido genericamente como um estado de satisfação das necessidades físicas, psíquicas, sociais e ambientais da pessoa e que se traduz numa sensação de alívio, tranquilidade e bem-estar (Boudiab & Kolcaba, 2015).

No contexto perioperatório, o enfermeiro providencia conforto à pessoa no pré-operatório, através da forma como a acolhe no bloco operatório, através do estabelecimento de uma comunicação eficaz e de apoio emocional; no intra-operatório, através de um posicionamento adequado, dando ênfase às situações em que a pessoa é submetida a um procedimento anestésico locorregional e poderá estar consciente durante o procedimento cirúrgico, através da

utilização de sistemas de aquecimento corporal; e no pós-operatório, através da gestão e controlo da dor (administração de analgesia e implementação de técnicas e estratégias não farmacológicas como o posicionamento e crioterapia), gestão de sintomas (administração de anti-eméticos, gestão do ambiente de cuidados em termos de temperatura, iluminação, privacidade e higiene) e promoção do repouso. Estudos como o publicado por Deng et al. (2024) demonstram que intervenções de enfermagem com base na teoria de conforto de Kolcaba demonstraram benefícios nos *outcomes* pós-operatórios de pessoas submetidas a procedimentos cirúrgicos.

Assim, refletindo sobre o papel do enfermeiro perioperatório, este é o “(...) responsável por todas as atividades e intervenções relacionadas com o cuidado (...)” à pessoa e para as quais “(...) necessita de aplicar o conhecimento científico e as suas competências específicas em todas as fases do perioperatório, desde o acolhimento e ensino (...) até ao planeamento e implementação das intervenções de suporte, passando pelos procedimentos pré e pós-cirúrgicos, até à sua preparação para a transferência ou alta (...)” (Ferrito, 2014).

A intervenção do EEMCEPSPE desenvolve-se, assim, em cinco áreas de atuação complementares entre si, consulta pré-operatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós-anestésicos, num período que comporta as fases pré, intra e pós-operatória (OE, 2018).

Ao longo do ENP, exerceram-se funções em todas as áreas de atuação do EEMCEPSPE, excepto, tal como referido anteriormente, no âmbito da consulta pré-operatória de enfermagem. Neste sentido será realizada uma reflexão sobre cada função exercida, assim como a sua relevância e contributo para o desenvolvimento das competências específicas.

Enfermeiro de Anestesia

O enfermeiro de anestesia exerce funções de colaboração com o anestesiolologista, desde a indução, à manutenção e reversão anestésica. Este procura proporcionar conforto e tranquilidade à pessoa, garantindo a vigilância das suas funções vitais, a segurança da medicação administrada e um posicionamento, para os procedimentos anestésicos e cirúrgicos adequado e seguro (AESOP, 2006).

No decorrer do ENP, nos turnos em que se exerceram funções de enfermeiro de anestesia, procurou-se consultar o programa cirúrgico e posteriormente, em função deste, proceder à preparação da sala operatória. Esta incluiu, primeiramente, o teste de todos os equipamentos e materiais respetivos à anestesia (ventilador, monitor de sinais vitais, material de entubação endotraqueal); verificação da existência, no carro de apoio, dos consumíveis necessários; e posteriormente, depois de discutido com o anestesiolologista, a preparação dos fármacos e dispositivos necessários ao procedimento anestésico planeado.

Seguiu-se o acolhimento da pessoa no bloco operatório, no qual os profissionais se apresentaram e seguidamente se confirmou a identidade da pessoa; a intervenção cirúrgica a ser realizada; o consentimento informado; a lateralidade, se aplicável; o cumprimento do jejum pré-operatório; a remoção de adornos e próteses; a existência de alergias; e a necessidade de hemoderivados; no sentido de completar o *Sign In* da lista de verificação cirúrgica (OMS, 2010).

Na sala operatória, uma vez transferida a pessoa para a marquesa cirúrgica, procedeu-se à sua monitorização e verificou-se a permeabilidade do CVP. A profilaxia antibiótica cirúrgica foi administrada seguindo as orientações da norma n.º031/2013 de 31/12/2013, atualizada a 17/11/2022 da DGS, no sentido de atuar na prevenção da infeção do local cirúrgico e, simultaneamente, cingir a utilização da profilaxia antibiótica cirúrgica às intervenções em que esta medida tem um impacto documentado, evitando a sua utilização desnecessária (DGS, 2022c).

Posteriormente, posicionou-se a pessoa para a realização do procedimento anestésico, quando foram utilizadas técnicas anestésicas de neuroeixo ou de plexos nervosos, fornecendo, em parceria com o anestesiológista, informação à pessoa sobre os procedimentos a serem realizados e que sensações poderia esperar ou experienciar no seu decorrer. Colaborou-se também com o enfermeiro circulante e restante equipa no posicionamento da pessoa para o procedimento cirúrgico, assegurando que a extubação e a exteriorização do CVP acidentais são evitadas e prevenindo lesões associadas. Procurou-se igualmente respeitar a privacidade e a dignidade da pessoa ao longo deste processo, expondo apenas a zona corporal necessária à realização do procedimento cirúrgico.

Reconhecendo que o procedimento cirúrgico induz uma resposta metabólica de *stress* que influencia a homeostasia corporal (Gillis & Carli, 2015), implementaram-se medidas no sentido de promover a homeostasia perioperatória da pessoa, de acordo com a norma clínica n.º020/2015 atualizada a 17/11/2022 da DGS (DGS, 2022b), nomeadamente na manutenção da normoglicemia, através da monitorização da glicemia capilar e gestão da fluidoterapia juntamente com o anestesiológista; e na manutenção da normotermia, através da monitorização da temperatura corporal; da limitação da exposição corporal ao estritamente necessário; e da utilização de mantas de aquecimento por ar forçado, disponíveis nas salas operatórias, assim como de dispositivos de aquecimento de fluidoterapia EV, quando adequado (SPA, 2018).

Após o procedimento cirúrgico e nas pessoas submetidas a anestesia geral, colaborou-se na emergência e reversão anestésica, assistindo o anestesiológista na extubação.

Posteriormente participou-se na transferência da pessoa para a UCPA. A UCPA é um dos locais do bloco operatório mais suscetíveis ao desenvolvimento de falhas na comunicação interprofissional, resultado da sua dinâmica e complexidade, assim como do envolvimento de múltiplos profissionais, especialidades e funções, culminando em transferências de informação

deficitárias (Viegas & Névoa, 2014a). Assim, enquanto enfermeiro a exercer funções de anestesia, assumiu-se a responsabilidade da transmissão da informação essencial acerca da pessoa, do procedimento cirúrgico e anestésico realizado e dos cuidados intraoperatórios prestados, contribuindo para uma comunicação eficaz e para a continuidade dos cuidados de qualidade à pessoa.

Enfermeiro Circulante

O enfermeiro circulante identifica as necessidades individuais da pessoa em situação perioperatória, planeando, organizando, coordenando, intervindo e avaliando as atividades da restante equipa de enfermagem e de outros profissionais funcionalmente dependentes (OE, 2004). Este é também responsável por criar um ambiente seguro para a pessoa, gerindo as atividades fora da área esterilizada e prestando cuidados de enfermagem diretos à pessoa (AORN, 2021).

A função de enfermeiro circulante foi uma das quais se atribuiu mais ênfase no processo de aprendizagem individual, no sentido do desenvolvimento de competências. Quando atribuída esta função, no início do turno, verificou-se e assegurou-se a temperatura, humidade e ventilação adequadas da sala operatória alocada, assim como se verificou a limpeza das superfícies de trabalho e de apoio, documentando o seu cumprimento na *checklist* de abertura da sala operatória. Estas verificações permitem assegurar um ambiente seguro para a realização do procedimento cirúrgico (Madaleno, 2014).

Após consultar o plano cirúrgico para a sala operatória atribuída, preparou-se, juntamente com o enfermeiro instrumentista, o material e equipamentos necessários ao procedimento cirúrgico, confirmando a disponibilidade e o adequado funcionamento destes. Foi importante refletir que a gestão do material exige um conhecimento dos vários dispositivos médicos e instrumentais disponíveis no bloco operatório de forma a dar resposta às necessidades de cada procedimento cirúrgico. Por vezes observou-se que a mesma especialidade possuía planos cirúrgicos em duas salas operatórias, no mesmo período de tempo, pelo que o estabelecimento de uma comunicação eficaz com a equipa de enfermagem da outra sala operatória foi essencial no sentido de rentabilizar os recursos existentes e assegurar o material para cada intervenção cirúrgica. Por vezes esta situação exigiu articulação com os restantes membros da equipa, nomeadamente cirurgiões e serviço de esterilização, tendo por vezes que se recorrer à alteração da ordem dos procedimentos cirúrgicos evitando elevados tempos de *turnover* cirúrgico e até mesmo o cancelamento de procedimentos. Compreendeu-se, assim, que o funcionamento do bloco operatório se encontra francamente dependente de uma adequada articulação dos recursos existentes e necessários ao seu funcionamento, exigindo que os elementos da equipa estejam devidamente alinhados, permitindo a plena utilização dos recursos disponíveis (Penedo et al., 2015).

Uma vez reunidas as condições necessárias à realização do procedimento cirúrgico, acompanhou-se o enfermeiro de anestesia no acolhimento à pessoa, colaborando nas verificações pré-cirúrgicas - *Sign In* - e, seguidamente, na transferência da pessoa para a sala operatória.

O posicionamento para o procedimento cirúrgico é fundamental para a sua realização de forma segura e eficaz. Contudo, este exige uma capacidade para manusear o corpo da pessoa de forma a permitir a melhor exposição do local cirúrgico, com o menor compromisso das funções fisiológicas da pessoa e evitando lesões associadas (Almeida & Pacheco, 2014). Assim, manuseou-se adequadamente a marquesa operatória, providenciou-se o equipamento adjuvante necessário aos procedimentos cirúrgicos realizados, colaborando com a restante equipa no posicionamento pretendido para os diferentes procedimentos cirúrgicos realizados. Ainda que o posicionamento cirúrgico seja uma necessidade específica do cirurgião, procurou-se manter o alinhamento corporal; otimizar as funções respiratórias e circulatórias; evitar o compromisso de estruturas neuromusculares e cutâneas no sentido do máximo conforto e segurança da pessoa. Recorreu-se, neste sentido, à utilização de placas de gel nas proeminências ósseas, à colocação de cintas de segurança e à proteção ocular (Beckett, 2010).

Uma vez posicionada a pessoa, e numa lógica de continuidade das respetivas funções, assistiu-se o enfermeiro instrumentista na colocação das mesas cirúrgicas; na colocação das batas e luvas da equipa cirúrgica; na desinfeção da pele da pessoa e na colocação dos campos cirúrgicos; na ligação de dispositivos médicos estéreis a equipamentos não estéreis; no posicionamento dos *pantoffs*; e no fornecimento de dispositivos médicos adicionais ao procedimento, estando vigilante para situações de comprometimento da assésia.

Imediatamente antes da incisão cirúrgica, realizou-se o *Time Out*, abordando os membros da equipa no sentido de antecipar potenciais eventos críticos anestésicos e/ou cirúrgicos, assim como verificar a administração da profilaxia antibiótica e/ou tromboembólica, se adequada, perdas sanguíneas expectáveis, possíveis problemas com equipamentos e a necessidade de exames imagiológicos estarem visíveis (*European Operation Room Nurses Association [EORNA]*, 2023; OMS, 2010).

Ao longo de todo o procedimento cirúrgico, enquanto enfermeiro circulante assumiu-se um papel preponderante na sala operatória, sendo responsável por manter um ambiente calmo e livre de ruídos desnecessários; supervisionando o número de elementos na sala cirúrgica e limitando-os ao mínimo possível; e assegurando o fornecimento de qualquer equipamento ou dispositivos médicos adicionais. No âmbito da realização de procedimentos cirúrgicos que exigiram a utilização de radiação ionizante, nomeadamente o raio X intraoperatório, actuou-se como exemplo para a equipa cirúrgica, fomentando a utilização de equipamentos de proteção individual contra a radiação ionizante.

Aproximando-se o final do procedimento cirúrgico, juntamente com o enfermeiro instrumentista

foi efetuada a contagem de compressas, instrumentos cirúrgicos e corto-perfurantes e quando apropriado, acondicionou-se, rotulou-se e registou-se adequadamente as peças para anatomia patológica, citologia, microbiologia e/ou outros exames complementares, completando-se, assim, o *Sign Out* (OMS, 2010).

No final do procedimento cirúrgico, assistiu-se o enfermeiro instrumentista na realização do penso cirúrgico e nos cuidados de higiene necessários, à pessoa, promovendo seu conforto e respeitando a sua dignidade.

Findo o procedimento cirúrgico, contribuiu-se para a colocação do material cirúrgico nos contentores apropriados e para a realização da triagem adequada de resíduos.

Por fim, mas não menos importante, enquanto enfermeiro circulante registaram-se as intervenções efetuadas no que diz respeito à identificação da equipa cirúrgica; ao cumprimento da Lista de Verificação Cirurgia Segura; aos cuidados prestados à pessoa; e à contagem de instrumentos, compressas e material corto-perfurante no processo clínico eletrónico (Viegas & Névoa, 2014a). Os registos de enfermagem assumem assim uma componente essencial da prestação de cuidados, na medida em que fornecem evidência legal deste processo, asseguram a sua continuidade e sustentam o sistema de avaliação desses mesmos cuidados, através dos quais se podem extrair indicadores (Pinheiro & Costa, 2014).

Enfermeiro Instrumentista

O enfermeiro instrumentista, em estreita colaboração com o cirurgião, instrumenta de forma eficaz e segura, diminuindo os riscos de infeção, de hemorragia e de retenção de corpos estranhos, tendo ainda a preocupação de que a pessoa sofra o mínimo possível com a agressão cirúrgica (AESOP, 2016). Este tem também como função principal “(...) cumprir e fazer cumprir os protocolos estabelecidos no âmbito da técnica asséptica cirúrgica (...)” (AESOP, 2006).

Sendo esta a função em que menor experiência se possuía previamente à realização do ENP, deu-se particular ênfase à lavagem e antissépsia das mãos, assim como à correta colocação da bata cirúrgica e luvas pelo método fechado. Estas ainda que constituam precauções básicas essenciais ao procedimento cirúrgico, se não forem realizadas corretamente podem pôr em risco a assépsia de todo o procedimento cirúrgico (Oliveira, 2016). A antissépsia cirúrgica das mãos tem como objetivo eliminar a flora transitória, reduzir a flora residente e inibir o crescimento de microrganismos, sendo recomendada pela OMS (2010) e pela DGS (2019). As luvas estéreis são utilizadas de forma complementar à antissépsia das mãos, contudo, ambas são imprescindíveis na prevenção da infecção do local cirúrgico. A antissépsia cirúrgica das mãos deve preceder a colocação das luvas cirúrgicas na medida em se houver perfuração das luvas, não haja transferência de organismos patogénicos presentes nas mãos, para o local cirúrgico. No que respeita ao método de colocação das luvas estéreis, o método fechado

constitui o método recomendado, na medida em se procede à colocação das luvas cirúrgicas estéreis enquanto os dedos, as mãos e os punhos se encontram dentro das mangas, evitando a sua contaminação (Oliveira, 2016).

Para além destas atividades, adquiriram-se e desenvolveram-se conhecimentos e competências na colocação das mesas cirúrgicas e na colocação das batas e luvas da equipa cirúrgica utilizando o método assistido. Praticou-se a montagem da mesa cirúrgica de forma lógica e funcional, inspecionando e verificando a funcionalidade do instrumental cirúrgico antes de colocar na mesa, agrupando-o e organizando-o pela ordem de utilização na seguinte sequência - diérese, hemostase, preensão e síntese - comum à realização de todos os procedimentos cirúrgicos.

Ao longo dos procedimentos cirúrgicos, adotou-se uma postura assertiva e vigilante, aquando da disposição do instrumental cirúrgico na mesa, obedecendo a princípios de organização, assépsia, segurança e conservação dos mesmos. Além de antecipar e prestar cuidados relevantes para a segurança da pessoa e dos profissionais que integram a equipa cirúrgica, o enfermeiro instrumentista deve conhecer as técnicas cirúrgicas e os instrumentais específicos usados em cada cirurgia no sentido de fornecer corretamente os instrumentos cirúrgicos, conhecendo e respeitando os tempos operatórios e sempre que possível, antecipando as necessidades do cirurgião (AESOP, 2006). Para tal, ao longo do ENP, após consultar o plano cirúrgico atempadamente, houve necessidade de recorrer à pesquisa das técnicas cirúrgicas no sentido de desenvolver conhecimentos neste âmbito. A colaboração com o enfermeiro circulante na preparação do material e instrumental necessário aos procedimentos cirúrgicos constituiu também uma oportunidade para identificar e analisar o material necessário, promovendo a familiarização com os mesmos. Embora se tenha exercido funções enquanto enfermeiro instrumentista nas especialidades de Ortopedia e Cirurgia Geral, constatou-se que existem princípios universais subjacentes a todos os instrumentais na medida em que permitem uma resposta eficaz em situações inesperadas, permitindo a resolução rápida de problemas.

Considera-se igualmente relevante o desenvolvimento de estratégias de comunicação e de gestão, neste contexto. O estabelecimento de uma comunicação eficaz, verbal e não-verbal, com a equipa permitiu identificar necessidades, antecipar passos e articular as intervenções com a restante equipa. Esta comunicação foi essencial para momentos como o da contagem de compressas, instrumentos cirúrgicos e corto-perfurantes, sendo este um importante meio de assegurar a segurança da pessoa submetida a um procedimento cirúrgico e salvaguardar a responsabilidade pelos itens utilizados durante o mesmo, evitando a sua retenção inadvertida e complicações associadas (aderências, encapsulação, infeção, abscesso, obstrução, fístula, perfuração, complicações vasculares, dor e morte) (OMS, 2010; EORNA, 2023).

Assim, de acordo com a EORNA (2023) e com a OMS (2010) foram realizadas contagens antes do início do procedimento; sempre que se adicionaram compressas, lâminas de bisturi ou

agulhas; antes do encerramento de uma cavidade; e antes do encerramento cirúrgico. Contudo, sempre que surgiram dúvidas ou contagens incongruentes voltaram-se a realizar as contagens assim como sempre que o enfermeiro instrumentista foi substituído na mesa cirúrgica.

No final de cada procedimento, ainda mantendo a técnica asséptica, realizou-se o penso cirúrgico em colaboração com o enfermeiro circulante.

Uma vez completado o procedimento, rejeitaram-se primeiramente os materiais cortopercutantes nos respetivos contentores de segurança, certificando-se que estes não se encontravam cheios mais do que dois terços da sua capacidade, na medida em que este é um momento propício à ocorrência de acidentes ocupacionais (EORNA, 2023). Posteriormente, conferiu-se o instrumental cirúrgico e procedeu-se ao seu acondicionamento nos respetivos contentores de transporte assim como se procedeu à triagem dos diferentes tipos de resíduos, nos respetivos sacos, de acordo com a classificação dos resíduos hospitalares. Uma incorreta triagem dos resíduos poderá comprometer os processos seguintes (acondicionamento, armazenamento, recolha, transporte e tratamento final), propiciando o contacto dos profissionais e/ou pessoas com material biológico contaminado/perigoso, bem como acidentes de trabalho (Faia, 2014).

Enfermeiro na UCPA

O enfermeiro a exercer funções na UCPA, acolhe a pessoa após o procedimento cirúrgico e procede à monitorização e vigilância contínua, desde o pós-operatório imediato até que esta reúna critérios de alta. No exercício profissional no âmbito da UCPA, tal como preconizado para a unidade em questão, procedeu-se à monitorização das funções respiratória, cardiovascular, neurológica e neuromuscular, assim como da temperatura e da dor. Foi também vigiada a presença de náuseas e/ou vômitos, de hemorragia e de alterações cutâneas (decorrentes do posicionamento, queimaduras, reações alérgicas), assumindo a responsabilidade de analisar os resultados obtidos e intervir com base no conhecimento especializado, evidência científica e experiência profissional (Viegas & Névoa, 2014a).

Dando continuidade às intervenções implementadas na sala operatória no que respeita à normotermia, procurou-se, na UCPA, gerir a manutenção de uma temperatura corporal adequada. Para tal, no momento de admissão da pessoa nesta unidade, procedeu-se à avaliação da temperatura corporal por meio de um termómetro timpânico e, sempre que se verificou uma temperatura abaixo de 36°C, a pessoa verbalizou desconforto térmico ou manifestou *shivering*, foram implementadas medidas de aquecimento ativo, por meio de sistemas de ar forçado. A existência, no contexto de ENP, de recursos materiais adequados e em níveis suficientes permitiu a implementação destas intervenções sempre que necessárias.

A dor aguda pós-operatória consiste na dor presente na pessoa, após ser submetida a um

procedimento cirúrgico e é resultado direto da agressão cirúrgica ou de complicações associadas. Esta constitui uma das principais preocupações pré-operatórias da pessoa relativamente ao pós-operatório (Quadros & Borges, 2016). Considerando que a inadequada gestão e controlo da dor afeta negativamente a qualidade de vida e a recuperação pós-operatória da pessoa, o enfermeiro especialista, com base no seu conhecimento, apresenta competências para a gestão da dor associada ao procedimento cirúrgico. Neste sentido preparou-se e administrou-se analgesia de acordo com a prescrição médica, incluindo perfusões de dispositivos de PCA via endovenosa e epidural, de acordo com os protocolos criados pela equipa da UFDA; implementaram-se estratégias não farmacológicas como por exemplo a otimização do posicionamento e o alívio de zonas de pressão; e comunicou-se eficazmente com os restantes membros da equipa, cirurgião e anestesiológista, com vista à identificação precoce de complicações e promovendo o bem-estar da pessoa.

A UCPA constituiu também, o local, no âmbito do perioperatório, onde o processo de enfermagem se evidenciou ao longo do ENP. Desta forma, de acordo com os dados colhidos, foram identificados focos de atenção/diagnósticos e planeadas intervenções, devidamente documentados no processo clínico da pessoa.

O enfermeiro a exercer funções na UCPA de um bloco operatório central, inicia a transição de cuidados da pessoa, para a equipa de enfermagem responsável pela prestação de cuidados em contexto de internamento (Malley, 2015). Contudo, e com vista à segurança e qualidade dos cuidados prestados, devem estar protocolados critérios de alta da UCPA, permitindo a uniformização de práticas e auxiliando no processo de tomada de decisão. Os critérios de alta da UCPA incluíram, assim, nesta unidade em específico, a estabilidade dos sinais vitais; o controlo satisfatório da dor e respetiva referenciação para a UFDA se aplicável; o controlo satisfatório das náuseas e vómitos; e a reversão completa do bloqueio neuromuscular residual. Estando reunidas estas condições, procedeu-se à transferência da pessoa e respetiva continuidade dos cuidados da UCPA para o serviço de internamento, comunicando eficazmente e transmitindo a informação acerca do processo experienciado pela pessoa, assim como dados relevantes para a continuidade dos cuidados. Embora o enfermeiro, com base nas condições previamente mencionadas, possa assumir autonomamente que a pessoa cumpre os critérios para ter alta da UCPA, deve ser explícito que a responsabilidade final é sempre do anestesiológista responsável, sendo que nesta unidade em específico, essa responsabilidade se materializou através da assinatura da alta, na folha de registo anestésico.

A par do desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências e habilidades no âmbito das diferentes funções, em contexto perioperatório, e com o intuito de desenvolver a competência específica - **cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa** (OE, 2018) - foi delineado um projeto individual de desenvolvimento profissional

que fosse relevante para a aplicação integrada dos conhecimentos inscritos no domínio da Enfermagem Perioperatória. Assim, no decorrer do primeiro módulo, percepcionou-se a atribuição de uma conotação negativa, pelas mulheres grávidas à necessidade de realização de um parto por cesariana, no bloco operatório. Estas manifestavam, essencialmente, sentimentos de medo, ansiedade e de falta de controlo. Após discussão com o enfermeiro chefe, enfermeiros coordenadores e com a enfermeira tutora constatou-se que estes partilhavam, também, esta perceção e consideravam que a informação fornecida à mulher grávida, na preparação para o parto era, essencialmente direccionada para o parto por via vaginal.

Através da pesquisa bibliográfica constatou-se que o parto constitui um evento de carácter único, complexo e multidimensional na vida da mulher e que o tipo de parto e o local onde este ocorre influencia a sua experiência; que por razões tanto maternas como fetais, o parto por via vaginal pode não ser possível ou desejável, sendo necessário recorrer ao parto por cesariana; e que a cesariana é um dos procedimentos cirúrgicos abdominais major, de carácter eletivo ou urgente, mais comumente realizados na mulher (Frölich, 2018). Para além disso, entidades como o NICE (2024) recomendam que a mulher grávida deve ser informada e apoiada na tomada de decisão acerca do parto e que esta informação deve incluir o facto de que aproximadamente 25 a 30% das mulheres tem um parto por cesariana; existem fatores preditores para a necessidade de uma cesariana (idade materna, índice de massa corporal); de que existem condições que podem levar à necessidade de uma cesariana; de que o local onde decorre o parto pode afetar o desenrolar do mesmo; em que consiste o parto por cesariana e de que forma este pode ter impacto no período pós-operatório e as implicações para gravidezes futuras. Autores como Jolien & Yves (2018) defendem também que, mesmo em unidades de saúde onde a cesariana é realizada em contexto de bloco de partos, o procedimento exige a intervenção do EEMCEPSPE, na medida em que este é o profissional com formação e competência para gerir e proteger a experiência da pessoa, apoiando as suas opiniões e crenças e agindo como o seu defensor durante todo o percurso de cuidados; para avaliar, planear, coordenar, implementar e avaliar a prestação de cuidados individualizados; para promover e manter um ambiente seguro através de uma gestão de risco eficaz; e para promover e manter um conhecimento profissional e habilidades técnicas por meio de educação, supervisão clínica, prática reflexiva e prática baseada em evidência, mantendo a consciencialização sobre questões éticas e legais (EORNA, 2023).

Com base nestes pressupostos, a equipa de enfermagem do bloco operatório onde foi realizado o ENP, tinha a intenção de desenvolver um projeto cujo objetivo principal se prendia com a capacitação da mulher grávida e família/pessoa significativa para gerir a experiência cirúrgica da cesariana. Assim, com o objetivo de impulsionar o desenvolvimento deste projeto e adquirir competências na capacitação da pessoa e família/pessoa significativa, para a gestão da experiência cirúrgica, foi desenvolvido um guia de preparação e recuperação cirúrgica da mulher submetida a cesariana (Anexo I), assim como documento base para a respetiva

formação (Anexo III).

A elaboração da conceção de cuidados sob a forma de caso clínico, parte integrante do presente relatório, contribuiu igualmente para um exercício de reflexão acerca das necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa em situação perioperatória, assim como sobre o processo de tomada de decisão subjacente às necessidades identificadas, permitindo desenvolver e atingir esta competência específica.

No que respeita à competência específica - **maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar congruente com a consciência cirúrgica** - as suas unidades de competência foram desenvolvidas e atingidas ao longo do desempenho das várias funções do enfermeiro em contexto perioperatório. Assim, ao longo do ENP e no âmbito da segurança da pessoa em situação perioperatória, procurou-se promover um ambiente seguro tanto para a pessoa como para os profissionais; gerir os riscos associados ao contexto de prestação de cuidados; prevenir complicações associadas à administração de terapêutica; prevenir complicações associadas ao posicionamento cirúrgico; prevenir a retenção inadvertida de itens no local cirúrgico; gerir tecidos e fluidos para análise, colheita, transplante e eliminação; prevenir a infeção do local cirúrgico; e gerir os dispositivos médicos (no âmbito da sua aquisição, disponibilidade integridade, funcionalidade, utilização de acordo com as normas do fabricante, rastreabilidade; reprocessamento e eliminação) (OE, 2018).

Em suma, e refletindo sobre as competências específicas, conclui-se que o ambiente perioperatório está em constante mudança, num clima de segurança, gestão de risco, profissionalismo, responsabilidade e consumismo, o que tem influência no exercício de qualquer umas das funções neste contexto. A capacidade para trabalhar num ambiente extremamente diferenciado e tecnológico, enquanto providenciando e supervisionando a prestação de cuidados à pessoa submetida a um procedimento cirúrgico, é assim essencial para reduzir o risco e promover a segurança da pessoa (EORNA, 2023). A segurança do doente constitui uma componente essencial e transversal da qualidade dos cuidados de saúde, assumindo uma grande relevância quer para as pessoas, que pretendem sentir-se seguras e confiantes, quer para os profissionais, que almejam prestar cuidados com um elevado nível de rigor e eficiência, baseados na evidência científica (DGS, 2022a).

5. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

O presente relatório de estágio representa o culminar de um processo de aprendizagem profissional e pessoal. Este advém de uma análise e reflexão crítica das experiências proporcionadas pelo ENP, enquanto contexto de prestação de cuidados diferenciados e extremamente fértil no que respeitou a oportunidades de aprendizagem e de aplicação de conhecimentos adquiridos ao longo do curso de mestrado.

Ao longo da sua elaboração, analisou-se e refletiu-se sobre a prática de enfermagem especializada num contexto extremamente tecnológico e em constante evolução. Reconheceu-se que esta exige uma atualização constante de conhecimentos e técnicas no sentido de acompanhar os desenvolvimentos científicos e tecnológicos inerentes aos procedimentos cirúrgicos e anestésicos atuais. Porém não descurando a crescente exigência no que respeita à segurança e qualidade destes cuidados por parte das pessoas, alvo dos cuidados de enfermagem, assim como respeitando a sua autonomia, dignidade e privacidade.

A conceção de cuidados, sob a forma de caso clínico, permitiu uma abordagem sistemática e fundamentada em evidência científica do raciocínio inerente à prestação de cuidados da pessoa em situação perioperatória, mais em específico da mulher submetida a cesariana. Através deste processo identificaram-se necessidades de cuidados de enfermagem individualizados, na área de Enfermagem Perioperatória, no que respeita à preparação da pessoa para o procedimento cirúrgico e anestésico; à monitorização, vigilância e prevenção de complicações e à capacitação da pessoa como elemento ativo na sua recuperação. Este exercício contribuiu para um aprofundamento de conhecimentos essenciais para o atingimento das competências específicas do EEEMCEPSPE.

O desenvolvimento e aperfeiçoamento de relações interpessoais e interprofissionais foi essencial para o estabelecimento de uma comunicação eficaz quer com as pessoas às quais se prestaram cuidados, quer com os membros da equipa multidisciplinar. Esta assumiu especial relevância na medida em que a omissão de informação ou a transmissão de uma informação deficitária, neste contexto em específico, pode contribuir para falhas na comunicação e representar consequências negativas para as pessoas e para as instituições.

A experiência profissional prévia, em contexto perioperatório, constituiu um fator facilitador na integração na equipa do bloco operatório da ULS onde se realizou o ENP, na medida em que já se possuía um conhecimento sobre a complexidade, o dinamismo e a multidisciplinariedade característicos deste ambiente de cuidados. Contudo, sendo essa mesma experiência profissional orientada essencialmente para o exercício de funções como enfermeiro de anestesia

e enfermeiro de UCPA, o ENP proporcionou uma oportunidade valiosa para o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades no âmbito das funções de enfermeiro circulante e enfermeiro instrumentista, correspondendo ao ponto alto deste processo de aprendizagem profissional.

A conciliação do ENP com a atividade profissional e pessoal constituiu um fator dificultador ao longo deste processo de aprendizagem, assim como a gestão eficaz do tempo para o desenvolvimento das atividades propostas. Contudo, o apoio, compreensão e companheirismo da enfermeira tutora, da equipa em geral assim como o apoio incondicional da família e dos colegas de trabalho foi essencial para o sucesso deste processo de desenvolvimento profissional e pessoal.

No que respeita aos objetivos propostos para o ENP e para a elaboração do presente relatório, nomeadamente o desenvolvimento de uma prática clínica baseada em evidência científica; o desenvolvimento de competências de otimização do processo de tomada de decisão e o desenvolvimento de competências de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, considera-se que estes foram atingidos.

Em suma, e perspectivando tudo o que foi mencionado anteriormente, este processo de aprendizagem constituiu um desafio relevante enquanto pessoa e profissional, porém constituiu igualmente uma experiência extremamente positiva e enriquecedora no processo de transição para enfermeiro especialista.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abdel-Aleem, H., Aboelnasr, M. F., Jayousi, T. M. & Habib, F. A. (2014). Indwelling bladder catheterisation as part of intraoperative and postoperative care for caesarean section. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2014(4), CD010322. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010322.pub2>

Administração Central do Sistema de Saúde. (2011). Recomendação Técnica n.º05/2011: Recomendações Técnicas para Bloco Operatório. *UONIE/ACSS*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Bloco-Operatorio_2011.pdf

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

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2023). História. *Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses*. <https://aesop-enfermeiros.org/historia/>

Association of periOperative Registered Nurses (1969). Definition and Objective for Clinical Practice of Professional Operating Room Nursing. *AORN Journal*, 10(5), 43-48. [https://aornjournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/S0001-2092\(08\)70818-4](https://aornjournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/S0001-2092(08)70818-4)

Afonso, C. T., Silva, A. L. D., Fabrini, D. S., Afonso, C. T., Côrtes, M. G. W. & Sant'Anna, L. L. (2010). Risco do uso do eletrocautério em pacientes portadores de adornos metálicos. *ABCD. Arquivos Brasileiros De Cirurgia Digestiva*, 23(3), 183-186. <https://doi.org/10.1590/s0102-67202010000300010>

Almeida, A. C. & C. C. Almeida, (2004). Recusa de Transfusões Sanguíneas em Tratamentos e Intervenções Médico-Cirúrgicas - Perspectiva médica e jurídica. *Separata Do Boletim Da Ordem Dos Advogados. Ordem dos Advogados*. <http://www.oa.pt/Uploads/{8FA6829C-57CD-4BBD-8D90-F0AFBB4E662F}.pdf>

Almeida, F. & Pacheco, C. (2014). Posicionamentos em Cirurgia. In Duarte, A. & Martins, O. (Eds.) *Enfermagem em Bloco Operatório* (10/94-95). LIDEL.

American Society of Anesthesiologists. (2020). ASA Physical Status Classification System. *American Society of Anesthesiologists*.

<https://www.asahq.org/standards-and-practice-parameters/statement-on-asa-physical-status-classification-system>

Argenta, C., Adamy, E. K., & Bitencourt, J. V. O. V. (2020). *Processo de enfermagem: história e teoria*. <https://doi.org/10.7476/9786586545234>

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2006). *Enfermagem Perioperatória - Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Lusodidacta.

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2012). *Enfermagem Perioperatória - Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Lusodidacta.

Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório (s.d.). Recomendações para Anestesia Regional em Cirurgia Ambulatória. *Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório*. <https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacoesAnestesiaRegional.pdf>

Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança. (2009). Referencial de Competências para Enfermeiros na Área da Gestão. *APEGEL*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/norte/informacao/Documents/Referencial de Competencias.pdf>

Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (s.d.) Definições. *Associação Portuguesa para o Estudo da Dor*. <https://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/definicoes>

Association of periOperative Registered Nurses. (2021). Perioperative Nursing - Scope and Standards of Practice. *AORN*. 15-18. <https://www.aorn.org/docs/default-source/guidelines-resources/periop-nursing-scope-standards-of-practice.pdf>

Australian College of Perioperative Nurses. (2020). From Theatre to Perioperative: A Brief History of Early Surgical Nursing. *Journal of Perioperative Nursing* 33(4). <https://www.journal.acorn.org.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1107&context=jpn>

Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P. (2006). Formulário Nacional de Medicamentos. *INFARMED*. <https://www.infarmed.pt/documents/15786/1594079/Anexo+formulario/a995d754-90dd-4474-9203-eb396a0737a0>

Bannwarth, B., & Péhourcq, F. (2003). Pharmacological Rationale for the Clinical Use of Paracetamol. *Drugs*, 63(2), 5-13. <https://doi.org/10.2165/00003495-200363992-00003>

Batchelor, N., (2016). Fasting. In Allman, K. G. & Wilson, I. H. (Eds.) *Oxford Handbook of Anaesthesia* (1/9). Oxford University Press.

Beckett, A. E. (2010). Are We Doing Enough to Prevent Patient Injury Caused by Positioning for Surgery? *Journal of Perioperative Practice*, 20(1), 26-29.

<https://doi.org/10.1177/175045891002000104>

Beecham, G. B., & Tackling, G. (2023). Peripheral Line Placement. In StatPearls. *StatPearls Publishing*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539795/>

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

Boff, L. (2005). O Cuidado Essencial: Princípio de um Novo Ethos. *Inclusão Social*, 1(1). <https://revista.ibict.br/inclusao/article/view/1503>

Boudiab, L. D. & Kolcaba, K. (2015). Comfort Theory: Unraveling the Complexities of Veterans' Health Care Needs. *Advances in Nursing Science*. 38(4), 270-278. https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/abstract/2015/10000/comfort_theory_unraveling_the_complexities_of.2.aspx

Breda, L. F. T. F. & Cerejo, M. N. R. (2020). Influência da Consulta Pré-Operatória de Enfermagem na Satisfação das Necessidades Informativas do Doente. *Revista de Enfermagem Referência* 5(5), 1-8. https://www.researchgate.net/publication/348898611_Influencia_da_consulta_pre-operatoria_de_enfermagem_na_satisfacao_das_necessidades_informativas_do_doente

Brown, E. N., Pavone, K. J., & Naranjo, M. (2018). Multimodal general anesthesia: Theory and practice. *Anesthesia and Analgesia*, 5127, 1246-1258. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000003668>

Butterworth, J. F., Mackey, D. C. & Wasnick, J. D. (2018). Analgesic Agents. In Butterworth, J. F., Mackey, D. C. & Wasnick, J. D. (Eds.) *Morgan & Mikhail's Clinical Anesthesiology*. (10/343-344). McGraw-Hill Education.

Butterworth, J. F., Mackey, D. C. & Wasnick, J. D. (2018). Postanesthesia Care. In Butterworth, J. F., Mackey, D. C. & Wasnick, J. D. (Eds.) *Morgan & Mikhail's Clinical Anesthesiology*. (56/2191-2193). McGraw-Hill Education.

Campos, R. S. (2013) Analgésicos Não Opióides e Anestésicos Locais. In Machado, H. (Ed.) *Manual de Anestesiologia* (18/265-266). LIDEL.

Caughey, A. B., Wood, S. L., Macones, G. A., Wrench, I. J., Huang, J., Norman, M., Pettersson, K., Fawcett, W. J., Shalabi, M. M., Metcalfe, A., Gramlich, L., Nelson, G., & Wilson, R. D. (2018). Guidelines for intraoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery Society Recommendations (Part 2). *American journal of obstetrics and gynecology*, 219(6), 533-544. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.08.006>

Centre for Perioperative Care. (2023). National Safety Standards for Invasive Procedures 2 (NatSSIPs). *Centre for Perioperative Care*. https://cpoc.org.uk/sites/cpoc/files/documents/2023-02/1.%20CPOC_NatSSIPs_FullVersion_2023_0.pdf

Centre for Perioperative Care. (2023) What is Perioperative Care?. *Centre for Perioperative Care*. <https://www.cpoc.org.uk/about-cpoc/what-perioperative-care>

Chauhan, G. & Tadi, P. (2022). Physiology, Postpartum Changes. In: StatPearls. *StatPearls Publishing*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555904/>

Choi, J., Germond, L., & Santos, A. C. (2018). Obstetric Regional Anesthesia. *NYSORA*. https://www.nysora.com/topics/sub-specialties/obstetric/obstetric-regional-anesthesia/#toc_SUMMARY

Dashfield, A. (2016). Acute Pain. In Allman, K. G. & Wilson, I. H. (Eds.) *Oxford Handbook of Anaesthesia* (40/1064). Oxford University Press.

Deng, Y., Tian, Y., Guo, C., Fan, Y., Guan, J., & Wang, Y. (2024). The Application of Concept Map Thinking Combined with Kolcaba's Comfort Nursing in the Perioperative Care of Patients Undergoing Nasal Deformity Correction. *British Journal of Hospital Medicine*, 85(12), 1-17. <https://doi.org/10.12968/hmed.2024.0562>

Desai, N. M., & Tsukerman, A. (2023). Vaginal Delivery. In StatPearls. *StatPearls Publishing*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559197/>

Deys, L., Wilson, P. V. & Meedya, D. S. (2021). What are women's experiences of immediate skin-to-skin contact at caesarean section birth? An integrative literature review. *Midwifery*, 101, 103063. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103063>

Direção Geral da Saúde. (2011). Orientação da Direção-Geral da Saúde n.º018/2011: Mecanismos e Procedimentos de Identificação Inequivoca dos Doentes em Instituições de Saúde. *Direção-Geral da Saúde*. <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/identificacao-doentes-orientacao-identificacao-inequivoca-de-doentes.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2012). Norma n.º003/2012: Organização das Unidades Funcionais de Dor Aguda. *Direção-Geral da Saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2012/10/29/organizacao-das-unidades-funcionais-de-dor-aguda/>

Direção-Geral da Saúde (2015). Norma Clínica 001/2015 de 19/01/2015: Registo de Indicações de Cesariana. *Direção-Geral da Saúde*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012015-de-19012015-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2019) Norma n.º007/2019: Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. *Direção-Geral da Saúde*. 4-6. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>

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

Direção-Geral da Saúde (2022b). Norma clínica 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022: “Feixe de Intervenções” para a Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico. *Direção-Geral da Saúde*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2022c). Norma n.º031/2013 de 31/12/2013 atualizada a 17/11/2022: Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto. *Direção-Geral da Saúde*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2013/12/norma_031_2013_atualizada_17_11_2022_prof_atb_cx_crianca_adulto_corrigida_29_03_2023.pdf

Eckroth-Bucher, M. (2010). Self-Awareness: A Review and Analysis of a Basic Nursing Concept. *Advances in Nursing Science*, 33(4), 297-309. <https://doi.org/10.1097/ans.0b013e3181fb2e4c>

Eldridge, J., & Jaffer, M. (2016). Obstetric Anaesthesia and Analgesia. In Allman, K. G. & Wilson, I. H. (Eds.) *Oxford Handbook of Anaesthesia* (33, 720-721). Oxford University Press.

Entidade Reguladora da Saúde. (2023). Acesso e atividade dos prestadores de cuidados de saúde de obstetrícia - partos. *Entidade Reguladora da Saúde*. https://www.ers.pt/media/micix0ed/im_obstetrícia_02-2023.pdf

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

Faia, A. (2014). Descontaminação do Material Cirúrgico. In Duarte, A. & Martins, O. (Eds.) *Enfermagem em Bloco Operatório* (20/191-194). LIDEL.

Fawcus, S. & Moodley, J. (2013). Postpartum haemorrhage associated with caesarean section and caesarean hysterectomy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 27(2), 233-249. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2012.08.018>

Feng, L. S., Hong, G., Yan, Z., Qiu, L. Y., & Liang, L. A. (2016). Intrathecal Sufentanil Does Not Reduce Shivering During Neuraxial Anesthesia: A Meta-Analysis. *International Medical Journal of*

Experimental and Clinical Research, 22, 258–266. <https://doi.org/10.12659/msm.897293>

Ferreira, M. & Ferreira, C. M. (2018). Promoção do Regime Terapêutico. In Ferreira, M. & Ferreira, C. M. (Eds.) *Intervenções e Procedimentos em Enfermagem* (9/196). LIDEL .

Ferrito, C. (2014). Conceitos Básicos da Enfermagem Perioperatória. In Duarte, A. & Martins, O. (Eds.) *Enfermagem em Bloco Operatório* (1/3-9) LIDEL.

Frölich, M. A. (2018). Obstetric Anesthesia. In Butterworth, J. F., Mackey, D. C. & Wasnick, J. D. (Eds.) *Morgan & Mikhail's Clinical Anesthesiology*. (41/1454-1516). McGraw-Hill Education.

Gamhewage, G., Mylonas, C., Mahmoud, M., & Stucke, O. (2022). Developing the first-ever global learning strategy to frame the future of learning for achieving public health goals. *Journal of Oral Biology and Craniofacial Research*, 12(1), 74-76. <https://doi.org/10.1016/j.jobcr.2021.09.016>

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

Gillis, C. & Carli, F. (2015) Promoting Perioperative Metabolic and Nutritional Care. *Anesthesiology* 123, 1455–1472. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000000795>

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

Guala, A., Boscardini, L., Visentin, R., Angellotti, P., Grugni, L., Barbaglia, M., Chapin, E., Castelli, E. & Finale, E. (2017). Skin-to-Skin Contact in Cesarean Birth and Duration of Breastfeeding: A Cohort Study. *The Scientific World Journal*, 2017, 1940756. <https://doi.org/10.1155/2017/1940756>

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

Haley B., Heo S., Wright P., Barone G., Rettiganti M. & Anders M. (2017). Relationships among active listening, self-awareness, empathy, and patient-centered care in associate and baccalaureate degree nursing students. *Nurs PlusOpen*, 3, 11–6. <https://doi.org/10.1016/j.npls.2017.05.001>

Hamilton, C., Stany, M., Gregory, W. T., & Kohn, E. C. (2015). Gynecology. In Brunnicardi, F. C., Andersen, D. K., Billiar, T. R., Dunn, D. L., Hunter, J. G., Matthews, J. B. & Pollock, R. E. *Schwartz's Principles of Surgery*. McGraw-Hill Education.

- Harris, M., & Chung, F. (2013). Complications of general anesthesia. *Clinics in plastic surgery*, 40(4), 503–513. <https://doi.org/10.1016/j.cps.2013.07.001>
- Hocking, G. (s.d.). Assessment of spinal anaesthetic block. *Anaesthesia UK*. https://e-safe-anaesthesia.org/e_library/09/Assessment_of_spinal_anaesthetic_spread_TOTW_036_2006.pdf
- Holladay, J. & Sage, K. (2023) Epidural Catheter. In StatPearls. *StatPearls Publishing*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559115/>
- Horsch, A., Garthus-Niegel, S., Ayers, S., Chandra, P., Hartmann, K., Vaisbuch, E., & Lalor, J. (2024). Childbirth-related post-traumatic stress disorder: definition, risk factors, pathophysiology, diagnosis, prevention, and treatment. *American journal of obstetrics and gynecology*, 230(3), 1116–1127. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.09.089>
- Internacional Council of Nurses (2019). Navegador CIPE. *Internacional Council of Nurses*. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- International Association for the Study of Pain (2020). IASP Revises Its Definition of Pain for the First Time Since 1979. *International Association for the Study of Pain*. https://www.iasp-pain.org/wp-content/uploads/2022/04/revised-definition-flysheets_R2-1-1-1.pdf
- Jackson, J., Davies, P., Leggett, N., Nugawela, M. D., Scott, L. J., Leach, V., Richards, A., Blacker, A., Abrams, P., Sharma, J., Donovan, J. & Whiting, P. (2018). Systematic review of interventions for the prevention and treatment of postoperative urinary retention. *BJS Open*, 3(1), 11–23. <https://doi.org/10.1002/bjs5.50114>
- Johansen, M. L. (2012). Keeping the peace: Conflict management strategies for nurse managers. *Nursing Management* 43(2), 50-54. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000410920.90831.96>
- Jolien, J., & Yves, J. (2018). Cesarean Section in the Delivery Room: An Exploration of the Viewpoint of Midwives, Anaesthesiologists, and Obstetricians. *Journal of Pregnancy*. <https://doi.org/10.1155/2018/1017572>
- Kuthiala, G., & Chaudhary, G. (2011). Ropivacaine: A review of its pharmacology and clinical use. *Indian Journal of Anaesthesia*, 55(2), 104-110. <https://doi.org/10.4103/0019-5049.79875>
- Leal, L. A., Henriques, S. H., Brito, L. J. S., Celestino, L. C., Ignácio, D. S., & Silva, A. T. (2019). Modelos de atenção à saúde e sua relação com a gestão de enfermagem hospitalar. *Revista Enfermagem UERJ*, 27, 1-5.
- Lopes, J. (2017). *Aplicação de Técnicas Lean no Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano*. (Tese de Mestrado). Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/108805/2/230181.pdf>
- Macones, G. A., Caughey, A. B., Wood, S. L., Wrench, I. J., Huang, J., Norman, M., Pettersson, K.,

- Fawcett, W. J., Shalabi, M. M., Metcalfe, A., Gramlich, L., Nelson, G. & Wilson, R. D. (2019). Guidelines for postoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations (part 3). *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 221(3), 247.e1-247.e9. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.04.012>
- Madaleno, S. (2014). Limpeza e Desinfecção do Bloco Operatório. In Duarte, A. & Martins, O. (Eds.) *Enfermagem em Bloco Operatório* (8/59-67). LIDEL.
- Mahajan A. & Derian A. (2023) Local Anesthetic Toxicity. StatPearls. *StatPearls Publishing*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499964/>
- Malley, A., Kenner, C., Kim, T., & Blakeney, B. (2015). The Role of the Nurse and the Preoperative Assessment in Patient Transitions. *AORN Journal*, 102(2). <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2015.06.004>
- Martins, F. (2013). Unidade de Cuidados Pós-anestésicos. In Machado, H. (Ed.) *Manual de Anestesiologia* (39/636-639). LIDEL.
- Martins, M. & Matos, F. M. (2013). Fisiologia Essencial para a Anestesiologia. In Machado, H. (Ed.) *Manual de Anestesiologia* (3/32). LIDEL.
- Marujão, N. (2013). Anestésicos Intravenosos, Opióides e Agentes Inalatórios. In Machado, H. (Ed.) *Manual de Anestesiologia* (16/241). LIDEL.
- Mcdonnell, N. J., Keating, M. L., Muchatuta, N. A., Pavy, T. J. G. & Paech, M. J. (2009). Analgesia after Caesarean Delivery. *Anaesthesia and Intensive Care*, 37(4), 539-551. doi:10.1177/0310057x0903700418
- McNicol, E. D., Ferguson, M. C. & Hudcova, J. (2015). Patient controlled opioid analgesia versus non-patient controlled opioid analgesia for postoperative pain. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2015(6), CD003348. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003348.pub3>
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: middle range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company
- Melo, D. (2011). A performance nos serviços de saúde: Influência da fiabilidade, aprendizagem organizacional e coordenação relacional (Dissertação de Mestrado). Universidade da Beira Interior
- Morison R. (1912). The instrument nurse. *British Journal of Nursing* 48, 46-47. rcn.org.uk/data/VOLUME048-1912/page048- volume48-20thjanuary1912.pdf.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2013). Quality Standard [QS49] Surgical Site Infection. *National Institute for Health and Care Excellence*. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs49/resources/surgical-site-infection-pdf-2098675107781>

National Institute for Health and Care Excellence. (2016). Clinical guideline [CG65] - Hypothermia: prevention and management in adults having surgery. *National Institute for Health and Care Excellence*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg65>

National Institute for Health and Care Excellence. (2021a). NICE Guideline [NG192] - Caesarean Birth. *National Institute for Health and Care Excellence*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng192/resources/caesarean-birth-pdf-66142078788805>

National Institute for Health and Care Excellence. (2021b). NICE guideline [NG194] Postnatal Care. *National Institute for Health and Care Excellence*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194/resources/postnatal-care-pdf-66142082148037>

National Institute for Health and Care Excellence (2024). Caesarean Birth - Guideline. *National Institute for Health and Care Excellence*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng192/resources/caesarean-birth-pdf-66142078788805>

Nikitara, M., Dimalibot, M. R., Latzourakis, E., & Constantinou, C. S. (2024). Conflict Management in Nursing: Analyzing Styles, Strategies, and Influencing Factors: A Systematic Review. *Nursing reports* 14(4), 4173–4192. <https://doi.org/10.3390/nursrep14040304>

Nunes, L. (2016). Os Limites do Agir Ético no Dia-a-Dia do Enfermeiro. *Servir*, 59(2), 7-17. <https://doi.org/10.48492/servir022.23674>

Nunes, R. (2017). Estudo n.ºE/33/APB/17 sobre Consentimento Informado. *Associação Portuguesa de Bioética*. https://upbioetica.org/wp-content/uploads/2021/01/Estudo-No-E_33_APB_17_Consentimento-informado.pdf

Oliveira, A. C. & Gama, C. S. (2016). Antisepsis Cirúrgica e Utilização de Luvas Cirúrgicas como Potenciais Fatores de Risco para Contaminação Transoperatória. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem* 20(2). 370-377. <https://www.scielo.br/j/ean/a/dKYDrrVkY4kXGY9TLmR4xTG/?format=pdf&lang=pt>

Ordem dos Enfermeiros. (2002). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2004). Enfermagem em Bloco Operatório: Orientações Relativas às Atribuições do Enfermeiro Circulante. *Ordem dos Enfermeiros*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao_7Set2004.pdf

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

Ordem dos Enfermeiros. (2021). Recomendações para o Estágio da Componente Clínica dos Ciclos de Estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do Título Profissional de Enfermeiro Especialista. *Ordem dos Enfermeiros*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomendacoes-para-estagio-e-relatorio-da-componente-clinica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2024). Notícias: Aprovada terceira versão da Ontologia de Enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/3ª-versão-ontologia/](https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/3a-versao-ontologia/)

Organização Mundial da Saúde. (2010). Manual de Implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS: Cirurgia Segura Salva Vidas. *Direção-Geral da Saúde*. <https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/9789241598590-por.pdf>

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

Organização Mundial da Saúde. (2022). Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva: sumário executivo. *Organização Mundial da Saúde*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354560/9789240048515-por.pdf>

Ousley, R., Egan, C., Dowling, K., & Cyna, A. M. (2012). Assessment of block height for satisfactory spinal anaesthesia for caesarean section. *Anaesthesia*, 67(12), 1356–1363. <https://doi.org/10.1111/anae.12034>

Paliulyte, V., Drasutiene, G. S., Ramasauskaite, D., Bartkeviciene, D., Zakareviciene, J. & Kurmanavicius, J. (2017). Physiological Uterine Involution in Primiparous and Multiparous Women: Ultrasound Study. *Obstetrics and gynecology international*, 2017, 6739345. <https://doi.org/10.1155/2017/6739345>

Pastino, A. & Lakra, A. (2023). Patient-Controlled Analgesia. In StatPearls. *StatPearls Publishing*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551610/>

Penedo, J. M. V. S., Gonçalves, G. F. C., Ormonde, L. P. C., Barros, M. J. D. M. M., Carvalho, M. G. B., Gomes, P. P. S. A., Sá, R. A. M. V. & Ribeiro, V. I. C. (2015) Avaliação da Situação Nacional dos Blocos Operatórios: Relatório Final. *Ministério da Saúde*. https://www.apca.com.pt/documentos/2015/Avaliacao_situacao_nacional_blocos_operatorios_Outubro2015.pdf

Pérez-Jiménez, J. M., Luque-Oliveros, M., Gonzalez-Perez, D., Rivera-Sequeiros, A. & Rodriguez-Blanco, C. (2022). Does immediate skin-to-skin contact at caesarean sections promote uterine contraction and recovery of the maternal blood haemoglobin levels? A randomized clinical trial. *Nursing Open*, 10(2), 649–657. <https://doi.org/10.1002/nop2.1331>

Pinheiro, T. & Costa, I. (2014). Registos de Enfermagem no Bloco Operatório. In Duarte, A. & Martins, O. (Eds.) *Enfermagem em Bloco Operatório* (6/47-51). LIDEL.

Pirenne, V., Dewinter, G., & Van de Velde, M. (2023). Spinal anaesthesia in obstetrics: Best practice & research. *Clinical anaesthesiology*, 37(2), 101-108. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2023.03.006>

Pires, D. (2009). A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(5), 739-744. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672009000500015>

Pomajzl, A. J., & Siref, L. E. (2023). Postoperative Urinary Retention. PubMed. *StatPearls Publishing*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549844>

Quadros, L. & Borges, R. (2016) Dor Pós-Operatória. In Sampaio, A., Almeida, A. L., Bernardino, A., Campos, A. C., Raimundo, A., Marques, A., Moura, A., Martins, A. A., Silva, C., Novera, C., Dourado, C., Carreira, C., Pereira, C., Ferreira, C., Loureiro, C., Madeira, D., Chaló, D., Chieira, D., Catré, D., Segura, E., Pereira, E., Silva, E., Madeira, F., Pinheiro, F. & Donato, H. *Manual de Cuidados Pós-Anestésicos* (13/120-129) Pantone 4. http://www.simcoimbra.org/files/cursos/04_29_16_02_manual_cpa.pdf

Ranasinghe, J. S., Davidson, E., & Birnbach, D. J. (2018). Combined Spinal-Epidural Anesthesia. *NYSORA*. <https://www.nysora.com/topics/abdomen/combined-spinal-epidural-anesthesia/>

Regulamento (CE) n.º452/2008 do Parlamento Europeu e do Conselho relativamente à Produção e ao Desenvolvimento de Estatísticas sobre Educação e Aprendizagem ao Longo da Vida. *Jornal Oficial da União Europeia* (145/227). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32008R0452>

Regulamento n.º190/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Regulamento das Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Diário da República: II Série, n.º79/2015. 10087-10090. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/04/079000000/1008710090.pdf>

Regulamento n.º101/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. Diário da República, II Série, n.º48, 5948-5952. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_101_2015_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf

Regulamento n.º429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, II Série, n.º135/2018. 19359-19370. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Regulamento n.º140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento das Competências

Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, II Série, n.º26/2019. 4744-4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º743/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, II Série, n.º184/2019. 142-143. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>

Regulamento n.º613/2022 da Ordem dos Enfermeiros. (2022). Regulamento que Define o Ato do Enfermeiro. Diário da República, II Série, n.º131/2022. 179-182. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2022/07/131000000/0017900182.pdf>

Regulamento n.º14/2009 da Ordem dos Médicos. (2009). Código Deontológico dos Médicos. Diário da República, II Série, n.º8/2009. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2009/01/008000000/0135501355.pdf>

Ribeiro, O. M., Martins, M. M., & Tronchin, D. M. (2016). Modelos de prática profissional de enfermagem: Revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(10), 125-133. <https://doi.org.10.12707/RIV16008>

Richards, E., & Maani, C. V. (2019). Phenylephrine. Nih.gov; *StatPearls Publishing*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534801/>

Romão, J. & Santos, R. V. (2013). Dor. In Machado, H. (Ed.) *Manual de Anestesiologia* (41/668-682). LIDEL.

Ruetzler, K. & Kurz, A. (2018). Consequences of perioperative hypothermia. *Thermoregulation: From Basic Neuroscience to Clinical Neurology*(2),157687-697. <https://doi.org/10.1016/b978-0-444-64074-1.00041-0>

Saldanha, L., Pinto, N. & Franco, S. (2013). Anestesia para Obstetrícia. In Machado, H. (Ed.) *Manual de Anestesiologia* (34/565-589). LIDEL.

Santos, H. G. (2013). Resolução de Problemas Intraoperatórios e Controlo Hemodinâmico. In Machado, H. (Ed.) *Manual de Anestesiologia* (22/331). LIDEL.

Scally, G., & Donaldson, L. J. (1998). The NHS's 50 anniversary. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ*, 317(7150), 61-65. <https://doi.org/10.1136/bmj.317.7150.61>

Scrutton, M., & Kinsella, M. (2009). Obstetrics. In Allman, K. G., McIndoe, A. K. & Wilson, I. H. (Eds.) *Emergencies in Anaesthesia* (5/153). Oxford University Press.

Shafiei, F. T., McAllister, R. K., & Lopez, J. (2020). Bupivacaine. PubMed. *StatPearls Publishing*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532883/>

Silva, G. (2020). Interprofessional education and faculty training in health. *Revista de*

- Enfermagem Referência*, 4(1), 1-4. https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=2776&codigo=
- Simon, L. V., Shah, M. & Bragg, B. N. (2024). APGAR Score. In StatPearls. *StatPearls Publishing*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470569/>
- Singh, S., Kerndt, C. C., & Davis, D. (2023). Ringer's Lactate. In StatPearls. *StatPearls Publishing*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK500033/>
- Smith, I., Kranke, P., Murat, I., Smith, A., O'Sullivan, G., Sreide, E., Spies, C. & Veld, B. (2011). Perioperative fasting in adults and children. *European Journal of Anaesthesiology*, 28(8), 556-569. <https://doi.org/10.1097/eja.0b013e3283495ba1>
- Sobrinho, A. B., Bernardo, J. M. S., Alexandre, A. S., Leite-Salgueiro, C. D., & Oliveira, V. (2018). Liderança do Enfermeiro: Reflexões sobre o papel do enfermeiro no contexto hospitalar. *Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, 12(41), 693-710. <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1238/1851>
- Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (2017). Recomendações da SPA para Manutenção de Normotermia no Período Perioperatório. *Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*. <http://www.spanestesiologia.pt/ficheiros/Consensos%20normotermia.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (2018). Recomendações Portuguesas para as Unidades de Dor Aguda. *Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*. http://www.spanestesiologia.pt/ficheiros/Recomendacoes_Portuguesas_para_as_Unidades_de_Dor_Aguda.pdf
- Sousa, M. C. & Ambrósio, R. (2013). Anestesia do Neuroeixo. In Machado, H. (Ed.) *Manual de Anestesiologia* (20/298-307). LIDEL.
- Sreedharan, R., Khanna, S. & Shaw, A. (2023). Perioperative glycemic management in adults presenting for elective cardiac and non-cardiac surgery. *Perioper Med* 12(13). <https://doi.org/10.1186/s13741-023-00302-6>
- Sung S., Mikes, B. A., Mahdy, H. (2024). Cesarean Section. In StatPearls. *StatPearls Publishing*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546707/>
- Taheri, A., Mansoori, P., Sandoval, L. F., Feldman, S. R., Pearce, D. & Williford, P. M. (2014). Electrosurgery. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 70(4), 591.e1-591.e14. doi:10.1016/j.jaad.2013.09.056
- Tavares, J. (2013). Farmacologia Essencial para a Anestesiologia. In Machado, H. (Ed.) *Manual de Anestesiologia* (4/80-81). LIDEL.
- Terras, H. M. B. (2017). *Gestão de Bloco Operatório*. (Tese de Mestrado). Universidade da Beira Interior. <http://hdl.handle.net/10400.6/9569>

Viegas, C. & Névoa, I. (2014a). Recursos Humanos. In Duarte, A. & Martins, O. (Eds.) *Enfermagem em Bloco Operatório* (4/29-30). LIDEL.

Viegas, C. & Névoa, I. (2014b). Recursos Materiais. In Duarte, A. & Martins, O. (Eds.) *Enfermagem em Bloco Operatório* (3/21-22). LIDEL.

United Nations Children's Fund (UNICEF). (2023). Skin-to-skin Contact. *United Nations Children's Fund*.

<https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/implementing-standards-resources/skin-to-skin-contact/>

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (2006). Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. UNESCO. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por

Wilson, J., & Ballisat, B. (2016). Drug Formulary. In Allman, K. G. & Wilson, I. H. (Eds.) *Oxford Handbook of Anaesthesia* (43/1161, 1188). Oxford University Press.

World Health Organization. (2017). Guideline: Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services, 9. *World Health Organization*.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259386/9789241550086-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization. (2022). Learning Strategy. *World Health Organization*. <https://www.who.int/about/who-academy/learning-strategy>

Yentis, S. M., Lucas, D. N., Brigante, L., Collis, R., Cowley, P., Denning, S., Fawcett, W. J. & Gibson, A. (2020). Safety guideline: neurological monitoring associated with obstetric neuraxial block. *Anaesthesia*, 75(7), 913-919. <https://doi.org/10.1111/anae.14993>

Zingg, W., Barton, A., Bitmead, J., Eggimann, P., Pujol, M., Simon, A. & Tatzel, J. (2023). Best practice in the use of peripheral venous catheters: A scoping review and expert consensus. *Infection Prevention in Practice*, 5(2), 100271. <https://doi.org/10.1016/j.infpip.2023.100271>

7. ANEXOS

Anexo I

Cesariana

Guia de Preparação para o Procedimento Cirúrgico



Fonte: RTP

1.

O que preciso de saber sobre a **cesariana**?



A cesariana é um procedimento cirúrgico em que é realizada uma incisão na região inferior do abdômen e do útero para retirar o feto.

O parto por via vaginal é considerado o método preferível e mais seguro para o feto e para a mulher. Contudo, **aproximadamente 25 a 30% das mulheres grávidas tem um parto por cesariana.**

Existem algumas condições maternas e/ou fetais que podem contraindicar o parto por via vaginal, como a existência de uma doença infecciosa ativa (HIV e herpes genital), doença cardiovascular ou pulmonar grave, doença inflamatória intestinal, cirurgia uterina anterior, anomalias placentárias, gravidez múltipla, anomalias fetais, restrição de crescimento intra-uterino e situações ou apresentações fetais anómalas.

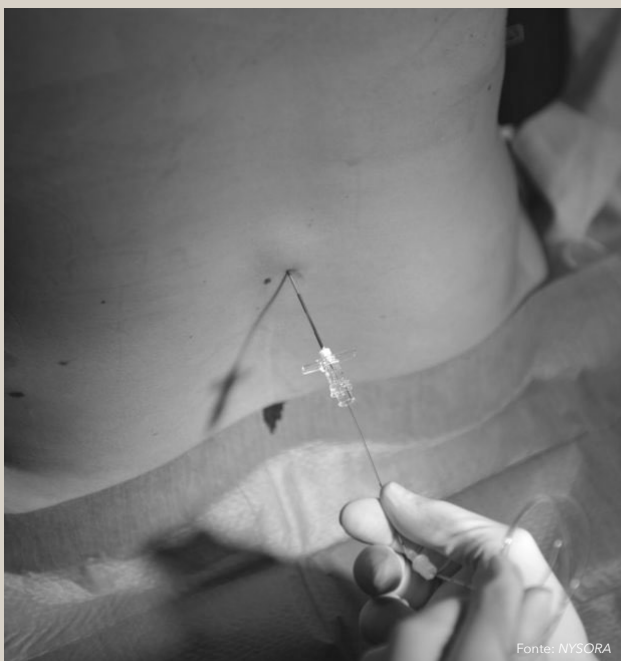
Como qualquer outro procedimento cirúrgico, apresenta **riscos e complicações:**

- Lesão do útero, bexiga, ureteres e intestino;
- Hemorragia;
- Infecção;
- Tromboembolismo.

2.

O que preciso de saber sobre a **anestesia**?

Dependendo do tipo de cesariana - *programada, urgente* ou *emergente* - a anestesia pode ser:



Fonte: NYSORA

Locorregional

É realizada uma injeção de medicação, através da coluna vertebral, no espaço subaracnoideu e/ou pode também ser colocado um cateter epidural para administração de medicação durante e após a cesariana. Esta técnica anestésica permite que esteja sem dor e acordada para assistir ao nascimento do seu bebê. Contudo pode sentir mexer e puxar no abdômen, durante o procedimento.



Fonte: CUF

Geral

Em algumas situações específicas, pode ser necessária uma anestesia geral, isto é, "estar a dormir" para a realização da cesariana. Normalmente deve-se ao insucesso da técnica anterior ou à preocupação relativamente ao seu estado de saúde e/ou do feto, necessitando a cesariana de ser realizada rapidamente.

3.

Cuidados Pré-Operatórios

- Realizar um **banho pré-operatório** com sabão à base de clorexidina 2-4%, na véspera e no dia do procedimento cirúrgico (no caso da cesariana programada);
- **Jejum** de **2 horas** para líquidos claros (água, sumos sem polpa, chá e café sem leite) e de **6 horas** para sólidos (incluindo o leite de vaca);
- A **tricotomia** (remoção do pêlo) se for necessária, é realizada no serviço, antes da transferência para o bloco operatório;
- **Remover** todos os adornos corporais metálicos (fios, brincos, *piercings*) e próteses;
- **Trazer** consigo o boletim da grávida, assim como todos os exames e/ou documentos/medicação relevantes;
- **Trazer** a mala que preparou para si e para o recém-nascido.



Fonte: Observador

Uma vez realizada a admissão no Serviço de Obstetrícia:

- Irá trocar a sua roupa por uma **bata**;
- O enfermeiro irá inserir um **cateter** numa veia da mão ou do braço para colocar um soro em perfusão.

Perto da hora agendada para o parto por cesariana, será acompanhada até ao bloco operatório, onde será recebida pela equipa.

4.

Cuidados Intraoperatórios

- Após entrada na sala operatória, são colocados cabos de monitorização - tensão arterial, frequência cardíaca e saturações de oxigénio - e é administrada uma dose de **antibiótico** para prevenir infeções associadas ao procedimento cirúrgico;
- Posteriormente é realizada a técnica anestésica, previamente discutida com o anestesiológista. Se a anestesia for **locorreional** é necessário deitar-se de lado, com os joelhos fletidos e com o queixo encostado ao peito, para que seja possível administrar a medicação/introduzir o cateter epidural. Uma vez terminada a técnica anestésica, será auxiliada a deitar-se de barriga para cima;
- É frequente ocorrer **hipotensão** (tensão arterial baixa) e **náuseas** e/ou **vómitos** após esta técnica anestésica. Poderá ser necessário administrar medicação adicional para ficar mais confortável;
- Segue-se, então, a desinfecção da pele e a inserção de um cateter urinário cujo objetivo é esvaziar a bexiga e diminuir o risco de lesão desta durante o procedimento cirúrgico. Se a anestesia já estiver instalada, é normal que não sinta desconforto aquando da sua inserção;
- Posteriormente, colocam-se os campos cirúrgicos e, se pretendido, entra o pai/acompanhante na sala operatória. Um dos campos cirúrgicos é colocado na vertical, entre si e a equipa cirúrgica. Aquando do nascimento do bebé, este é retirado para que possa assistir;
- Após o nascimento, é habitual aguardar 1 minuto antes da clampagem do cordão umbilical. Durante este minuto o bebé é aquecido com um lençol, enquanto é mostrado à mãe e ao pai/acompanhante.
- Uma vez clampado o cordão umbilical, o bebé é examinado pelo(a) pediatra e, posteriormente é envolvido numa manta de aquecimento, sendo novamente mostrado à mãe e ao pai/acompanhante. O bloco operatório tem um ambiente frio e, por essa razão, o bebé terá que ser transferido posteriormente para um ambiente mais ameno, com o pai/acompanhante, enquanto o procedimento cirúrgico termina.



5.

Cuidados Pós-Operatórios Imediatos

- Após o procedimento cirúrgico será transferida para a unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA) onde ficará em observação durante cerca de 30 a 60 minutos;
- Nesta unidade será monitorizada a tensão arterial, a frequência cardíaca e as saturações de oxigénio;
- Se a cesariana for realizada sob anestesia locorregional é, também, verificada a reversão da sensação e da mobilidade das pernas, assim como a presença de **dor**. Poderá ser necessário administrar medicação para ficar mais confortável;
- No período pós-operatório podem ocorrer períodos de **náuseas** e/ou **vómitos**, para os quais poderá ser administrada medicação adicional;
- Será realizada uma avaliação da **contração do útero** e das **perdas sanguíneas** vaginais/penso cirúrgico abdominal;
- Estando a dor controlada e não havendo complicações cirúrgicas/anestésicas imediatas, será transferida para o Serviço de Obstetrícia, para junto do recém-nascido e do pai/acompanhante.



Fonte: Hospital da Luz

- Uma vez no serviço de internamento, as vigilâncias referidas anteriormente são mantidas;
- Se necessário, terá apoio na amamentação e nos cuidados ao recém-nascido;
- No dia seguinte ao procedimento cirúrgico, receberá uma visita da **Unidade Funcional da Dor Aguda** (UFDA), para avaliar a dor e aspectos relacionados com a medicação prescrita;
- A alta hospitalar ocorre, normalmente, ao fim de **72 horas**.

6.

O impacto da cesariana no pós-parto

Dor

A dor após um parto por cesariana é mais centrada no **abdómen** (local de extração do bebé) em detrimento da dor perineal do parto por via vaginal. Esta pode ser moderada a intensa.

Será implementado um plano de medicação para a dor que pode incluir medicação por via oral (comprimidos), medicação injetável (na veia ou no músculo das nádegas) ou através do cateter epidural.

A medicação é normalmente prescrita pelo anestesiológista e é selecionada de forma a ter o menor impacto na amamentação, se esta for desejável.

É importante que a dor esteja controlada para poder retomar à sua vida normal e cuidar do recém-nascido.

Dieta

Não existindo complicações pós-operatórias imediatas e assim que se sentir preparada, pode iniciar a dieta normalmente.

Micção

Assim que houver reversão total do efeito da anestesia locorregional e fizer o primeiro levante, o cateter urinário será retirado e é expectável que sinta necessidade de urinar e consiga esvaziar a bexiga adequadamente.

Perdas vaginais

No parto por cesariana, após extração do recém-nascido, é efetuada uma revisão e limpeza da cavidade uterina, pelo que as perdas sanguíneas vaginais são, normalmente, menores quando comparado com um parto por via vaginal. Contudo é importante vigiar estas perdas, assim como a contração adequada do útero, para despistar complicações.

Retorno às atividades normais de vida diária

O retorno às atividades normais de vida diária é realizado progressivamente à medida que se vai sentindo preparada para tal. Desta forma não existe uma janela temporal ideal para voltar a conduzir, a fazer exercício ou retomar a atividade sexual. A recuperação é individual, contudo, podem existir recomendações específicas do seu médico a ter em consideração.

7.

Cuidados após a alta

- Manter o penso cirúrgico abdominal limpo e seco;
- Vestir roupa confortável, idealmente de fibras naturais como o algodão;
- Evitar fazer esforços físicos;
- Fazer uma alimentação adequada;
- Repousar sempre que possível.

Uma vez removido o penso cirúrgico:

- Monitorizar o aspecto da ferida cirúrgica para **vermelhidão, calor, dor, inchaço e pús**;
- Limpar e secar a ferida cirúrgica, delicadamente;
- Agendar remoção de sutura/agafes, se necessário.



Sinais de Alarme!

- Febre
- Hemorragia vaginal abundante
- Desconforto a urinar
- Penso da ferida cirúrgica com 'pús'

Na presença de qualquer um dos sinais de alarme contactar:

xxxxxxxxxx



Bibliografia

Caughey, A. B., Wood, S. L., Macones, G. A., Wrench, I. J., Huang, J., Norman, M., Pettersson, K., Fawcett, W. J., Shalabi, M. M., Metcalfe, A., Gramlich, L., Nelson, G., & Wilson, R. D. (2018). Guidelines for intraoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery Society Recommendations (Part 2). *American journal of obstetrics and gynecology*, 219(6), 533–544. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.08.006>

Choi, J., Germond, L., & Santos, A. C. (2018). Obstetric Regional Anesthesia. *NYSORA*. https://www.nysora.com/topics/sub-specialties/obstetric/obstetric-regional-anesthesia/#toc_SUMMARY

Direção-Geral da Saúde (2015). Norma Clínica 001/2015 de 19/01/2015: Registo de Indicações de Cesariana. *Direção-Geral da Saúde*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012015-de-19012015-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2022). Norma clínica 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022: “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção. *Direção-Geral da Saúde*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf

National Institute for Health and Care Excellence. (2021). NICE Guideline [NG192] - Caesarean Birth. *National Institute for Health and Care Excellence*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng192/resources/caesarean-birth-pdf-66142078788805>

Anexo II

Protocolo de Preparação e Recuperação Cirúrgica da Mulher submetida a Cesariana

1. Âmbito

Preparação e recuperação cirúrgica da mulher submetida a cesariana.

2. Objetivo(s)

Melhorar a consistência e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à mulher submetida a cesariana.

3. Destinatários

Enfermeiros que integram o circuito da mulher submetida a cesariana.

4. Aplicabilidade

As presentes recomendações aplicam-se a todas as mulheres submetidas a cesariana.

5. Introdução

O parto constitui um evento de carácter único, complexo e multidimensional na vida da mulher e o local onde este ocorre influencia a sua experiência (Jolien & Yves, 2018). O método preferível e mais seguro para o feto de termo e para a mulher é o parto por via vaginal (Desai & Tsukerman, 2023), contudo, existem condições, tanto maternas como fetais, que o contra-indicam, sendo necessário recorrer a um parto por cesariana (DGS, 2015).

A cesariana define-se como a extração de um ou mais fetos, após as 22 semanas e 0 dias de gravidez, do útero ou da cavidade abdominal através de uma incisão abdominal e uterina. Esta é classificada quanto à sua urgência em cesariana programada (não requer a realização da mesma no próprio dia em que é tomada a decisão clínica), cesariana urgente (requer a sua realização até 180 minutos após decisão clínica) ou cesariana emergente (requer a sua realização até 15 minutos após a decisão clínica, por existir perigo eminente da saúde da grávida e do feto) (DGS, 2015).

Como qualquer procedimento médico ou cirúrgico, a cesariana exige cuidados específicos e individualizados no âmbito da enfermagem perioperatória, cujo objetivo é a promoção de um ambiente seguro e de uma experiência pessoal positiva e humanizada.

6. Fluxograma

Não aplicável.

A. Cuidados Pré-Operatórios

Preparação da mulher para a cesariana

As pessoas têm o direito de ser envolvidas no processo de prestação de cuidados, assim como de tomar decisões informadas sobre os mesmos. Assim, a mulher e o companheiro/cuidador têm o direito de ser envolvidos no planejamento e na tomada de decisões sobre a saúde e cuidados ao recém-nascido, e de receber informações e apoio que lhes permitam tomar essas mesmas decisões. Esta informação deve incluir aspectos relacionados com o procedimento cirúrgico, o procedimento anestésico e riscos inerentes aos mesmos; a preparação pré-operatória específica; e o circuito no bloco operatório, e deve ser fornecida aquando da preparação para o parto.

Preparação pré-operatória específica

- Banho pré-operatório, na cesariana programada, com sabão à base de clorexidina 2-4%, na véspera e no dia do procedimento cirúrgico;
- Jejum de 2 horas para líquidos claros (água, sumos sem polpa, chá e café sem leite) e de 6 horas para sólidos (incluindo o leite de vaca);
- Se absolutamente necessária, a tricotomia deve ser realizada, antes da ida para o bloco operatório, com uma máquina de corte de uso único;
- Remoção de todos os adornos corporais metálicos (fios, brincos, *piercings*) e próteses.

Admissão no Bloco Operatório

- Acolhimento;
- Verificação da correta identificação através do nome e da data de nascimento, confirmando com a informação visível na pulseira e etiquetas de identificação;
- Verificação dos consentimentos informados;
- Verificação de antecedentes pessoais, médicos e/ou cirúrgicos relevantes, medicação habitual e alergias e/ou intolerâncias.
- Verificação do cumprimento do jejum pré-operatório;
- Verificação da remoção de todos os adornos corporais metálicos e próteses;
- Verificação da presença de cateter venoso periférico e respetiva permeabilidade.

Preparação da sala operatória

A preparação da sala operatória garante a presença e o correto funcionamento de todos os equipamentos e materiais necessários ao procedimento cirúrgico. Esta inclui:

- Dispositivos de posicionamento: suportes de braço, protetores de gel para proeminências ósseas e/ou almofadas;
- Equipamentos: ventilador, sistema de monitorização dos sinais vitais, bisturi elétrico, sistema de aspiração por vácuo, ressuscitador neonatal;
- Material cirúrgico: Caixa de instrumental de cesariana, instrumental adicional necessário, campos cirúrgicos, sonda vesical e saco colector, batas, luvas, solutos de desinfeção, solutos de irrigação, suturas e/ou agrafes, pensos cirúrgicos.

B. Cuidados Intraoperatórios

Monitorização

- Monitorização contínua da pressão arterial (PA), eletrocardiograma (ECG) e frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR) e saturações periféricas de oxigénio (SpO2);
- Monitorização da glicemia capilar;
- Monitorização da temperatura corporal;
- Monitorização da perda sanguínea (compressas e reservatório de aspiração).

Posicionamento

- Decúbito dorsal, respeitando o alinhamento corporal;
- Membros superiores em abdução, em apoio de braço;
- Membros inferiores em extensão, com protetores de gel nas proeminências ósseas.

Manutenção da homeostasia

- Manter normoglicemia (≤ 180 mg/dl);
- Manter normotermia ($\geq 36^\circ\text{C}$):
 - Se hipotermia e/ou *shivering*:
 - ▶ Administrar fluidos, através de sistemas de aquecimento adequados, a uma temperatura de 37°C ;
 - ▶ Utilizar fluidos de irrigação intraoperatórios a $38-40^\circ\text{C}$, previamente aquecidos num armário com controlo termostático;
 - ▶ Considerar a colocação de uma manta de aquecimento de ar forçado na mulher que sente frio, apresenta *shivering* ou cuja temperatura é inferior a 36°C durante o procedimento cirúrgico.
- Manter SpO2 $\geq 95\%$ e perfusão adequada.

Controlo de infeção

- Profilaxia antibiótica com 2g Cefazolina endovenosa, antes da incisão cirúrgica, de acordo com a *Norma Clínica 031/2013* da Direção-Geral da Saúde (DGS). Se alergia à penicilina com alto risco de anafilaxia deve ser administrada Clindamicina 900mg e Gentamicina (5mg/kg);
- Realizar antissépsia da pele, imediatamente antes da incisão, com solução de clorexidina a 2% em álcool a 70%;
- Na presença de rutura de membranas, deve ser utilizada iodopovidona aquosa na preparação vaginal para reduzir o risco de infeção no endométrio;
- Técnica asséptica na inserção do cateter urinário;
- Técnica asséptica na realização do penso cirúrgico;
- Contagem de compressas e instrumentos cirúrgicos.

Cuidados específicos

- Administração lenta de 5-10 UI de ocitocina endovenosa, após clampagem do cordão umbilical, por indicação médica;
- Administração de 10-20 UI de ocitocina em 1000ml de NaCl 0.9% para perfusão endovenosa contínua, por indicação médica.

Cuidados humanizados

- Incorporar, se possível e adequado, as preferências maternas como colocar música na sala operatória ou, por outro lado, se desejável, reduzir o ruído excessivo; baixar o campo cirúrgico vertical para que a mulher e o acompanhante possam assistir ao momento do nascimento e de clampagem do cordão umbilical;
- Facilitar o contacto pele a pele entre a mulher e o recém-nascido;
- Facilitar o início da amamentação, se possível e desejável pela mulher.

C. Cuidados Pós-Operatórios

Monitorização

Na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA):

- Monitorização de 5 em 5 minutos, nos primeiros 15 minutos - PA, ECG, FC, FR. Posteriormente de 10 em 10 minutos até à alta da UCPA;
- Monitorizar a dor e a temperatura corporal;
- Monitorizar o nível de bloqueio motor (escala de *Bromage*) e sensitivo, se anestesia locorregional;
- Monitorizar o nível de sedação, se anestesia geral ou administração de fármacos opióides;
- Monitorizar débito urinário e características da urina, de forma a detetar precocemente complicações.

Tromboprofilaxia

- A tromboprofilaxia não está indicada por rotina, contudo, em algumas situações específicas pode ser recomendada (ex: cesariana com histerectomia, história de trombose venosa profunda e existência de fatores de risco para tromboembolismo).

Mobilização precoce

- É recomendada a mobilização dos membros inferiores no leito assim que houver reversão da anestesia locorregional e/ou a dor estiver controlada;
- O primeiro levante deve ocorrer nas 6 a 24 horas após o procedimento cirúrgico, contudo deve ter em consideração o estado clínico da mulher.

Dieta

- Se cesariana realizada sob técnica locorregional (BSA e/ou cateter epidural) e sem complicações, uma dieta líquida pode ser iniciada 2 horas após o procedimento cirúrgico;
- Se cesariana realizada sob anestesia geral e sem complicações, uma dieta líquida pode ser iniciada 4 horas após o procedimento cirúrgico;
- Independente da técnica anestésica, se a cesariana decorrer sem complicações, pode ser realizada uma refeição ligeira, 6 horas após a mesma.

Cuidados Específicos

- Vigiar a involução uterina;
- Vigiar as perdas sanguíneas vaginais;
- Vigiar as características da mama;
- Vigiar penso cirúrgico abdominal;
- Vigiar penso e local de inserção do cateter epidural.

8. Registos

Os registos devem ser efetuados pela equipa de enfermagem no processo clínico.

9. Bibliografia

Caughey, A. B., Wood, S. L., Macones, G. A., Wrench, I. J., Huang, J., Norman, M., Pettersson, K., Fawcett, W. J., Shalabi, M. M., Metcalfe, A., Gramlich, L., Nelson, G., & Wilson, R. D. (2018). Guidelines for intraoperative

care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery Society Recommendations (Part 2). *American journal of obstetrics and gynecology*, 219(6), 533–544. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.08.006>

Direção-Geral da Saúde (2011). Norma clínica 018/2011 de 23/05/2011: Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde. *Direção-Geral da Saúde*. <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/identificacao-doentes-orientacao-identificacao-inequivoca-de-doentes.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2015). Norma Clínica 001/2015 de 19/01/2015: Registo de Indicações de Cesariana. *Direção-Geral da Saúde*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012015-de-19012015-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2022). Norma clínica 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022: “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção. *Direção-Geral da Saúde*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf

Jolien, J., & Yves, J. (2018). Cesarean Section in the Delivery Room: An Exploration of the Viewpoint of Midwives, Anaesthesiologists, and Obstetricians. *Journal of Pregnancy*. <https://doi.org/10.1155/2018/1017572>

National Institute for Health and Care Excellence. (2021). NICE Guideline [NG192] - Caesarean Birth. *National Institute for Health and Care Excellence*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng192/resources/caesarean-birth-pdf-66142078788805>

National Institute for Health and Care Excellence. (2021). NICE Guideline [NG194] - Postnatal care. *National Institute for Health and Care Excellence*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194/resources/postnatal-care-pdf-66142082148037>

Anexo III

O que deve saber, a mulher grávida, acerca da cesariana?

Documento formativo

Objetivo da Formação

Melhorar a consistência e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à mulher submetida a cesariana.

Justificação da pertinência da formação

As pessoas têm o direito de ser envolvidas no processo de prestação de cuidados, assim como de tomar decisões informadas sobre os mesmos. Desta forma, a mulher e o companheiro/cuidador têm o direito de estar envolvidos no planeamento e na tomada de decisões sobre a saúde e os cuidados do seu bebé, e de receber informações e apoio que lhes permitam tomar essas mesmas decisões.

O fornecimento de informação é essencial para tomar decisões informadas acerca do tipo de parto, e esta informação deve:

- Ser baseada em evidência;
- Ser acessível e numa linguagem e formato adequado à sua compreensão;
- Ter em consideração fatores pessoais, culturais e religiosos;
- Ter em consideração as preferências e preocupações pessoais inerentes ao processo de tomada de decisão.

Informação relevante sobre a cesariana para transmitir à mulher e ao companheiro/cuidador

1. Aproximadamente 25 a 30% das mulheres grávidas tem um parto por cesariana.
2. Apesar do parto por via vaginal ser o método preferível e mais seguro para o feto e para a mulher, existem algumas condições maternas e fetais que o podem contraindicar.
3. As condições maternas que podem contraindicar um parto por via vaginal são:
 - Doenças infecciosas ativas (HIV e herpes genital);
 - Doença cardiovascular ou pulmonar grave;
 - Doença inflamatória intestinal ou carcinoma invasor do colo do útero (com envolvimento vaginal e/ou anal);
 - Cirurgia uterina anterior;
 - Anomalias placentárias.

4. As condições fetais que podem contraindicar um parto por via vaginal são:

- Gravidez múltipla;
- Anomalias fetais;
- Restrição de crescimento intra-uterino;
- Situações ou apresentações fetais anómalas (situação transversa em trabalho de parto, apresentação pélvica, apresentação de face).

5. Pode ser necessário um parto por cesariana de urgência ou emergência se ocorrer um trabalho de parto estacionário ou se houver preocupações relativamente ao estado do feto e/ou da mulher.

6. Em que consiste a cesariana?

A cesariana é um procedimento cirúrgico e consiste na extração do(s) feto(s) através de uma incisão no abdómen e no útero.

7. Riscos e complicações

A cesariana, como qualquer outro procedimento cirúrgico, apresenta riscos e pode comportar complicações como:

- Lesão do útero, bexiga, ureteres e intestino;
- Hemorragia;
- Infeção;
- Tromboembolismo.

8. Preparação específica para o parto por cesariana:

- Banho pré-operatório, na cesariana programada, com sabão à base de clorexidina 2-4%, na véspera e no dia do procedimento cirúrgico;
- Jejum de 2 horas para líquidos claros (água, sumos sem polpa, chá e café sem leite) e de 6 horas para sólidos (incluindo o leite de vaca);
- A tricotomia (remoção do pêlo) não está indicada, contudo, se for necessária, será realizada antes da ida para o bloco operatório;
- Remoção de todos os adornos corporais metálicos (fios, brincos, *piercings*) e próteses.

9. Procedimento anestésico

Dependendo do tipo de cesariana (programada ou urgente/emergente), o tipo de anestesia pode ser diferente.

- Anestesia Locorregional: é realizada uma injeção de medicação, através da coluna vertebral, no espaço subaracnoideu e/ou pode também ser colocado um cateter epidural para administrar medicação. Esta técnica anestésica permite ficar sem dor no abdómen e estar acordada para assistir ao nascimento do bebé.

- Anestesia geral: em situações de emergência, pode ser necessária uma anestesia geral, isto é, “estar a dormir” para a realização da cesariana. Isto acontece porque a técnica anterior pode demorar tempo a ser efetuada com sucesso e o feto pode estar em sofrimento.

10. O impacto da cesariana no período pós-parto

Dor

A dor após um parto por cesariana é mais centrada no abdómen (local de extração do bebé) em detrimento da dor perineal do parto por via vaginal. Esta pode ser moderada a intensa.

Será implementado um plano de medicação para a dor que pode incluir medicação por via oral (comprimidos), medicação injetável (na veia ou no músculo das nádegas) ou através do cateter epidural.

A medicação é normalmente prescrita pelo anestesiológista e é selecionada de forma a ter o menor impacto na amamentação, se esta for desejável.

É importante que a dor esteja sob controlo para poder retomar à vida normal e cuidar do recém-nascido independentemente.

Dieta

Não existindo complicações pós-operatórias imediatas e assim que se sentir preparada, pode iniciar a dieta normalmente.

Micção

Assim que passar o efeito da anestesia locorregional e fizer o primeiro levante, o cateter urinário será retirado e é expectável que sinta necessidade de urinar e consiga esvaziar a bexiga adequadamente.

Perdas vaginais

No parto por cesariana, após extração do recém-nascido, é efetuada uma revisão e limpeza da cavidade uterina, pelo que as perdas sanguíneas vaginais são, normalmente, menores quando comparado com um parto por via vaginal. Contudo é importante vigiar estas perdas assim como a contração adequada do útero para detetar precocemente complicações.

Cuidados à ferida cirúrgica e sinais de alerta

A ferida cirúrgica na região inferior do abdómen pode conter agrafes ou uma sutura contínua com fio absorvível, dependendo da preferência do obstetra. Ainda no período de internamento, o penso da ferida irá ser vigiado pela equipa de enfermagem de forma a detetar complicações.

Após a alta hospitalar é importante:

- Manter o penso cirúrgico abdominal limpo e seco;
- Vestir roupa confortável, idealmente de fibras naturais como o algodão;
- Evitar fazer esforços físicos;

- Fazer uma alimentação adequada;
- Repousar sempre que possível.

Uma vez removido este penso:

- Monitorizar o aspecto da ferida cirúrgica para vermelhidão, calor, dor, inchaço e pús;
- Limpar e secar a ferida cirúrgica, delicadamente após o banho;
- Agendar remoção de sutura/agrafes, se necessário.

Os sinais de alarme a que deve estar atenta e procurar ajuda, se necessário, são:

- Febre;
- Hemorragia vaginal abundante;
- Desconforto a urinar;
- Ferida cirúrgica com 'pús' ou outras alterações (vermelhidão, calor, dor, inchaço).

Retorno às atividades normais de vida diária

O retorno às atividades normais de vida diária é realizado progressivamente à medida que se vai sentindo preparada para tal. Desta forma não existe uma janela temporal ideal para voltar a conduzir, a fazer exercício ou retomar a atividade sexual. Tudo depende da recuperação individual.

Contudo, podem existir recomendações específicas do seu médico a ter em consideração.

11. Implicações em gravidezes futuras

A realização de um parto por cesariana, não implica obrigatoriamente a sua realização em partos subsequentes. Contudo, é importante ter em consideração o risco de rutura uterina durante o trabalho de parto, o que pode exigir uma monitorização mais cuidadosa da mulher.

Também o risco de apresentações placentárias anormais - placenta *acreta*, *increta* e *percreta* - aumenta em cesarianas subsequentes.

Referências Bibliográficas

Caughey, A. B., Wood, S. L., Macones, G. A., Wrench, I. J., Huang, J., Norman, M., Pettersson, K., Fawcett, W. J., Shalabi, M. M., Metcalfe, A., Gramlich, L., Nelson, G., & Wilson, R. D. (2018). Guidelines for intraoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery Society Recommendations (Part 2). *American journal of obstetrics and gynecology*, 219(6), 533–544. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.08.006>

Choi, J., Germond, L., & Santos, A. C. (2018). Obstetric Regional Anesthesia. *NYSORA*. https://www.nysora.com/topics/sub-specialties/obstetric/obstetric-regional-anesthesia/#toc_SUMMARY

Direção-Geral da Saúde (2015). Norma Clínica 001/2015 de 19/01/2015: Registo de Indicações de Cesariana. *Direção-Geral da Saúde*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012015-de-19012015-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2022). Norma clínica 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022: “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção. *Direção-Geral da Saúde*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf

National Institute for Health and Care Excellence. (2021). NICE Guideline [NG192] - Caesarean Birth. *National Institute for Health and Care Excellence*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng192/resources/caesarean-birth-pdf-66142078788805>

Anexo IV

Intervenções de enfermagem pré-operatórias não farmacológicas que contribuem para a diminuição da ansiedade das crianças

Margarida Gonçalves, *Unidade Local de Saúde Tâmega e Sousa*
Assunção Mendes, *Hospital Lusíadas Braga*
Margarida Marques, *Hospital da Luz Póvoa de Varzim*

Paula Quezada, *Unidade Local de Saúde de Santo António*
Marina Pereira, *Unidade Local de Saúde de São João*
Luís Delgado, *Unidade Local de Saúde de São João*



Introdução

Os procedimentos cirúrgicos são um evento significativo na vida das crianças, causadores de ansiedade, o que se associa a alterações fisiológicas e psicológicas que se estendem até ao pós-operatório. Deste modo, as intervenções de Enfermagem não farmacológicas no pré-operatório poderão contribuir para a diminuição da ansiedade das crianças submetidas a cirurgia, traduzindo-se numa prestação de cuidados de qualidade.

(Instituto de Apoio à Criança, 2006) (Moura et al., 2016) (Broering & Crepaldi, 2008; Moro & Módolo, 2004) (Park et al., 2020) (Akca et al., 2014) (Karimi et al., 2014)

Objetivo

Conhecer a evidência científica sobre as intervenções de enfermagem não farmacológicas existentes que contribuem para a diminuição da ansiedade das crianças que irão ser submetidas a um procedimento cirúrgico.

Metodologia

Revisão da literatura, com recurso ao acrónimo PCC para a questão de investigação: “Que intervenções de enfermagem pré-operatórias não farmacológicas contribuem para a diminuição da ansiedade das crianças?”, desenvolvida através do agregador de conteúdo EBSCO, nas bases de dados CINAHL Complete e Medline Complete, resultando numa análise de 6 artigos, após a aplicação de critérios de inclusão e exclusão.

Metodologia da pesquisa disponível através do QR CODE ou link:
<https://qrco.de/bfaR7z>



Resultados

Intervenções de Enfermagem não farmacológicas:

- Redução significativa da ansiedade de crianças submetidas a cirurgia.
- Complemento à consulta de Enfermagem pré-operatória no sentido de melhorar a experiência das crianças e dos pais/pessoa significativa durante este processo.



Discussão

O método de avaliação da ansiedade utilizado pela maioria dos autores foi a escala de Ansiedade Pré-Operatória de Yale modificada (mYPAS).

As estratégias de distração reduzem a ansiedade pré-operatória e contribuem para a mobilização de emoções positivas nas crianças, desviando o foco na cirurgia e facilitando a cooperação na indução anestésica (Wang et al., 2022).

Liguori et al. (2016) e Nilsson et al. (2016) focaram-se na preparação pré-operatória através da utilização de um vídeo de uma visita guiada à sala de operações e de um livro ilustrado. As crianças demonstraram-se menos ansiosas e os pais relataram uma experiência positiva.

As intervenções apresentadas mostraram ser eficientes, económicas, de fácil utilização e sem efeitos secundários, pelo que os enfermeiros em contexto perioperatório podem integrá-las na prestação de cuidados (Forouzandeh et al., 2020; Golitaleb et al., 2023; Franzoi et al., 2016).

Conclusão

O conhecimento sobre intervenções de Enfermagem pré-operatórias não farmacológicas permitirá aos enfermeiros implementar intervenções diferenciadas no sentido de reduzir a ansiedade pré-operatória das crianças submetidas a cirurgia, assim como minimizar as suas consequências.

QUALIDADE
DOS
CUIDADOS



Intervenções de
Enfermagem não
farmacológicas

Referências bibliográficas disponíveis através do QR CODE ou link:
<https://qrco.de/bfaR9w>



Anexo V

ENCONTRO DE BENCHMARKING DA MCEEMC 2024

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

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

AUTORES: Silva, Tânia¹; Mendes, Assunção²; Marques, Margarida³; Araújo, Silva⁴; ULS Tâmega e Sousa¹; Hospital Lusíadas Braga³; Hospital da Luz Póvoa de Varzim⁴; Hospital António Lopes



ENQUADRAMENTO

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

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



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

Questão de Investigação
"Qual o impacto da utilização da metodologia *Lean Six Sigma* no *turnover* cirúrgico?"

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

METODOLOGIA

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

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

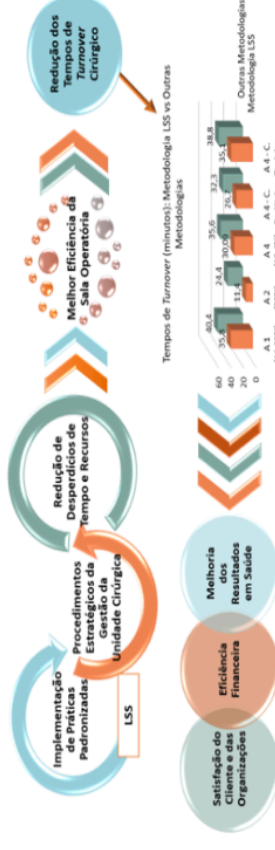
Tabela 1 – Metodologia PCC

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

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

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

RESULTADOS



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

CONCLUSÃO

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

BIBLIOGRAFIA

