

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM AO CLIENTE COM LIMITAÇÕES SENSORIAIS

Projeto de Desenvolvimento de Competências Clínicas especializadas
em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa
em Situação Perioperatória

PREOPERATIVE NURSING VISIT TO THE CLIENT WITH SENSORY LIMITATIONS

Project of Development of clinical skills in Medical-Surgical Nursing for
the Person in Perioperative Situation

Autor

Verónica Sofia Silva Gomes

Porto, 2024

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

Orientador(es)

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

Maria de Fátima Segadães Moreira
Professor Adjunto, Mestre

Autor

Verónica Sofia Silva Gomes

Porto, 2024

RESUMO

O presente relatório pretende demonstrar de forma, crítica e reflexiva, as competências adquiridas durante todo o processo de aprendizagem clínica e a sua importância no desempenho de funções enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

O Estágio referente ao Módulo I foi realizado no Bloco Operatório Central de um hospital da região centro, permitindo mobilizar e adquirir conhecimentos e competências comuns da Enfermagem Médico-Cirúrgica e competências específicas na área de prestação de cuidados à pessoa/família em situação perioperatória.

O Estágio alusivo ao Módulo II decorreu no Serviço de Oftalmologia, no Bloco Operatório de Especialidade, do mesmo centro hospitalar da região centro, permitindo mobilizar e consolidar alguns conhecimentos adquiridos no módulo I e adquirir competências acrescidas na área dos cuidados prestados ao cliente perioperatório, nomeadamente, em contexto de urgência cirúrgica.

No decorrer dos estágios de natureza profissional, prestaram-se cuidados especializados ao cliente em situação perioperatória, fomentou-se a formação em serviço, emergindo a importância de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, no que diz respeito ao desenvolvimento do processo de comunicação entre enfermeiro e cliente com limitações sensoriais, sublinhando a importância da adoção de estratégias de comunicação adaptadas às especificidades de cada cliente.

Como parte integrante do processo de aquisição de competências, foi desenvolvido e implementado um projeto de estágio focalizado na Visita Pré-Operatória de Enfermagem (VPOE) à pessoa com limitações sensoriais.

A VPOE assume-se como uma intervenção autónoma de enfermagem que decorre no período pré-operatório, mais concretamente na véspera da cirurgia. Têm como principal objetivo estabelecer contato prévio entre o enfermeiro do bloco operatório e a pessoa que irá ser submetida a cirurgia, na intencionalidade de diminuir a ansiedade, receios ou medos inerentes ao processo cirúrgico permitindo, de igual forma, adquirir um conhecimento sobre o cliente que servirá de suporte no planeamento das intervenções em contexto de perioperatório.

Palavras-chave: Competências, Pessoa em Situação perioperatória; Enfermagem Médico-Cirúrgica; Comunicação; Visita Pré-Operatória de Enfermagem; Clientes com limitações sensoriais.

ABSTRACT

This report aims to demonstrate, in a critical and reflective way, the skills acquired throughout the clinical learning process and their importance in performing functions as a Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the area of nursing people in a perioperative situation.

The Internship of Module I was carried out in the Central Operating Room of a hospital from the centre, allowing the mobilization and acquisition of common knowledge and skills in Medical-Surgical Nursing and specific skills in the area of providing care to the person/family in a perioperative situation.

The Internship related to Module II took place in the Specialty Operating Room of the Ophthalmology Service, in the same hospital, allowing to mobilize and consolidate some knowledge acquired in module I and acquiring additional skills in the area of the care provided to perioperative clients, namely, in the context of surgical urgency.

During the professional internships, specialized care was provided to the client in a perioperative situation, in-service training was encouraged, highlighting the importance of contributing to the improvement of the quality of nursing care, with regard to the development of the communication process between nurse and client with sensory limitations, highlighting the importance of adopting communication strategies adapted to the specificities of each client.

As an integral part of the skills acquisition process, an internship project focused on the Pre-Operative Nursing Visit (PONV) for people with sensory limitations was developed and implemented.

PONV is assumed to be an autonomous nursing intervention that occurs in the preoperative period, more specifically on the day before the surgery. Its main objective is to establish prior contact between the operating room nurse and the person who will be submitted to surgery, with the intention of reducing anxiety, prescriptions or fears inherent to the surgical process and allowing, simultaneously, to acquire knowledge about the client which will serve as support in planning interventions in the perioperative context.

Keywords: Skills, Person in perioperative situation; Medical-Surgical Nursing; Communication; Pre-Operative Nursing Visit; Clients with sensory limitations.

ABREVIATURAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

AESOP - Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas

AG - Anestesia Geral

AORN - *Association of periOperative Registered Nurses*

APCA - Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória

BIAP - *Bureau International D'Audiophonologie*

BO - Bloco Operatório

CVP - Cateter Venoso Periférico

DA - Deficiência Auditiva

dB - decibéis

DGS - Direção Geral da Saúde

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

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

ENP - Estágio de Natureza profissional

EVA - Escala Visual Analógica

GCAA - Glaucoma Crónico de Ângulo Aberto

IECA - Inibidor da Enzima de Conversão da Angiotensina

ILC - Infecção do Local Cirúrgico

JCAHO - *Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations*

LASA - *Look alike sound alike*

LPP - Lesões por Pressão

LVSC - Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

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

Situação Perioperatória

MS - Ministério da Saúde

NVPO - Náuseas e Vômitos Pós-Operatórios

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização mundial da Saúde

OT - Orientação Tutorial

PIO - Pressão Intra-Ocular

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

SGLT2 - cotransportador sódio-glicose 2

SNS - Sistema Nacional de Saúde

TJC - *The Joint Commission*

UC - Unidade Curricular

UCPA - Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

VPOE - Visita Pré-Operatória de Enfermagem

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	13
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	17
3. CASO CLÍNICO 1: CIRURGIA DE IMPLANTE COCLEAR DO OUVIDO DIREITO	23
3.1. Enquadramento teórico	23
3.2. Clientes	27
3.3. Medicação	27
3.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	27
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	30
3.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	35
3.5. Domínios	38
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	39
3.6. Conceção de Cuidados	43
3.7. Especificação das intervenções	46
3.8. Síntese relativa ao caso	48
4. CASO CLÍNICO 2: CIRURGIA DE GLAUCOMA DO OLHO DIREITO	51
4.1. Enquadramento teórico	51
4.2. Clientes	54
4.3. Medicação	54
4.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	55
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	58
4.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	61
4.5. Domínios	64
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	64
4.6. Conceção de Cuidados	68
4.7. Especificação das intervenções	73
4.8. Síntese relativa ao caso	74
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	77
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	105
7. BIBLIOGRAFIA	109
ANEXOS	127

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Diferentes sessões e respetiva fase perioperatória em que se inserem, no caso clínico 1	27
QUADRO 2: Diferentes sessões e respetiva fase perioperatória em que se inserem, no caso clínico 2	52

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Ciclo de drenagem de humor aquoso	50
FIGURA 2: Perioperative Patient Focused Model	87

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

O setor da saúde, tendo em conta as suas especificidades, é considerado um dos que mais depende de recursos humanos qualificados. Apesar dos constantes avanços tecnológicos, também verificados neste setor, os cuidados de saúde continuam a ser predominantemente assegurados por profissionais, contrastando com outros setores, em que a evolução tecnológica provocou a substituição de muito do trabalho realizado por humanos (Lopes et al., 2018).

Essa realidade enfatiza a importância crucial do investimento em capital humano para qualquer iniciativa que vise melhorar a qualidade, eficiência ou produtividade dos cuidados de saúde. Isso implica capacitar os profissionais não apenas com conhecimento, mas também dotá-los com competências e ferramentas que lhes permitam incorporar responsabilidades acrescidas, enfrentando processos de decisão mais complexos, garantindo uma prestação de cuidados de saúde mais eficaz (Lopes et al., 2018).

Os profissionais de enfermagem desempenham uma parte significativa e essencial na prestação de cuidados de saúde, sendo uma peça fundamental em qualquer sistema de saúde, justificando-se plenamente o investimento na qualificação desses profissionais permitindo uma maior exigência técnica e científica através da diferenciação e especialização em enfermagem (Lopes et al., 2018; Regulamento nº 140/2019).

Segundo o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (2019), o enfermeiro especialista define-se nesse caso, como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento nº 140/2019, p. 4744).

Tendo em consideração a definição anteriormente apresentada e perante a abrangência inerente da especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) , bem como, as carências de cuidados de enfermagem especializados em áreas emergentes, em 2018, através do regulamento 429/2018, surgiu a imperativa necessidade de especificar as competências de enfermagem de acordo com o destinatário dos cuidados e o contexto de intervenção, destacando-se de entre as diferentes áreas de enfermagem criadas, a área de enfermagem médico-cirúrgica, no âmbito da enfermagem à pessoa em situação perioperatória, sendo finalmente reconhecida a complexidade e os riscos associados ao contexto perioperatório levando à certificação das competências dos enfermeiros que exercem as suas funções nesta área (Regulamento nº 429/2018).

O referido 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” (Regulamento nº 429/2018, p.19366).

Segundo a *Association of PeriOperative Registered Nurses [AORN]* (2022), o foco principal do enfermeiro perioperatório é a garantia da segurança do cliente, sendo que uma das áreas de intervenção do enfermeiro especialista prende-se pela promoção de um ambiente seguro para o cliente e profissionais.

Considerando o elevado risco associado aos cuidados perioperatórios, particularmente na ocorrência de eventos adversos decorrente da vulnerabilidade da pessoa, dos procedimentos realizados e da complexidade do ambiente e dos recursos, o Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (EEMCPSPE) mobiliza conhecimentos e habilidades que garantam a segurança da pessoa, profissionais e ambiente, agindo de acordo com a ética profissional (AORN, 2022).

A intervenção do EEMCPSPE desenvolve-se em cinco áreas de atuação que interagem e se complementam entre si. Destas fazem parte a consulta perioperatória, as funções de anestesia, circulação e instrumentação e a atuação nos cuidados pós anestésicos (Regulamento nº 429/2018).

Percebendo que o período pré-operatório é o ponto de partida para todo o processo de tomada de decisão de enfermagem, pois através de uma correta colheita de dados é possível ir ao encontro das reais necessidades de cuidados do cliente, surgiu a necessidade e o interesse, durante os contextos de estágio clínico, de desenvolver um projeto no âmbito da Visita Pré-Operatória de Enfermagem (VPOE) à pessoa com limitações sensoriais.

O estágio clínico subdividiu-se em dois módulos e este tema surgiu, no módulo I, que decorreu no Bloco Operatório (BO) central de um hospital da região centro. Foi verificada a existência de uma VPOE, para algumas especialidades cirúrgicas, bem estruturada e implementada com resultados estatísticos bastante satisfatórios, através da realização por parte dos clientes de um questionário de satisfação da VPOE em tempo diferido (clientes respondiam ao questionário após alta do hospital, permitindo perceber o impacto da VPOE no decorrer de todo o processo cirúrgico), contudo especialidades como otorrinolaringologia ainda não tinham essa abordagem implementada devido às barreiras de comunicação que alguns clientes dessa especialidade apresentavam e que dificultavam o sucesso da VPOE.

O II módulo decorreu no BO de especialidade de oftalmologia desse mesmo centro hospitalar da região centro e, percebendo que as limitações visuais também afetavam o conforto e bem-estar do cliente, e limitavam a sua capacidade de interagir e funcionar dentro do ambiente do BO, foi

sugerido também o desenvolvimento do projeto neste contexto, apesar das limitações processuais e de recursos humanos intrínsecas a esse contexto clínico.

Santos et al. (2014) refere-nos que o processo cirúrgico é considerado pela maioria dos clientes como sendo um evento paradoxal, pois, apesar de permitir aliviar a sintomatologia da doença apresentada, provoca alterações profundas na vida dos clientes, sendo percebido como um acontecimento stressante (Santos et al., 2014). Este acontecimento é exacerbado em clientes com alterações sensoriais (auditivas e visuais) que afetem a capacidade de comunicação em ambiente hospitalar (Khan & Khan, 2022).

Na intencionalidade de diminuir essa ansiedade e medos inerentes ao processo cirúrgico, a VPOE permite estabelecer um contato prévio com o enfermeiro do BO e assim conhecer as necessidades do cliente (Melo et al., 2013).

Comunicar-se com efetividade com um cliente que apresenta alterações sensoriais e perceptivas torna-se por isso fundamental, permitindo promover a troca ideal de informações sobre a condição do mesmo e facilitar a realização de um plano de cuidados individualizado (Khan & Khan, 2022).

O objetivo deste relatório ambiciona detalhar todo o processo de aprendizagem clínica realizado com o propósito de obter o grau de mestre em EMC, na área da pessoa em situação perioperatória. Nele, serão apresentadas e discutidas as aprendizagens adquiridas em contexto prático, através da descrição da aquisição das respetivas competências comuns e específicas da referida área.

O presente relatório apresenta-se subdividido em seis capítulos. Primeiramente é realizada uma introdução ao relatório, onde é explanado o enquadramento teórico, são explicados os objetivos deste documento e respetiva estruturação do mesmo.

No segundo capítulo, será apresentada a caracterização dos contextos clínicos, com o intuito de oferecer uma visão detalhada e uma análise reflexiva das atividades desenvolvidas em cada momento de estágio que fomentaram o processo de aprendizagem clínica em contexto perioperatório.

O terceiro e quarto capítulos dizem respeito aos dois Casos Clínicos desenvolvidos, denominados de “Caso Clínico 1: Cirurgia de Implante Coclear do ouvido direito” e “Caso Clínico 2: Cirurgia de Glaucoma do olho direito”, respetivamente, desenvolvidos durante os contextos clínicos. Com estes casos procura-se explanar o processo de tomada de decisão clínica de enfermagem, que refletem a colheita de dados, a definição dos objetivos da ação e o planeamento das intervenções e conseqüente avaliação efetuada para cada uma das situações apresentadas.

O quinto capítulo pretende abordar os contributos para o desenvolvimento de competências

comuns e específicas do EEMCPSPE e os aspetos mais relevantes que resultaram do projeto de estágio intitulado “VPOE à pessoa com limitações sensoriais”.

Finalmente, no último capítulo, será apresentada a síntese final do relatório, onde serão discutidas as principais reflexões sobre as implicações para a prática clínica do presente documento, bem como as limitações sentidas durante a realização do mesmo. Por fim é apresentada a bibliografia consultada e respetivos anexos pertinentes ao enriquecimento do presente relatório.

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

O curso de Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (MEMCPSPE) apresenta na sua estrutura como unidade curricular (UC) de opção de terceiro semestre do curso o “Estágio de natureza profissional (ENP) com relatório - Módulo II” que tem como precedente a UC de “ENP - Módulo I” (Ribeiro, 2023).

O MEMCPSPE, complementado por estágios, surge assim como uma ferramenta essencial para a aquisição de conhecimentos, reflexão, análise e tomada de decisão clínica de enfermagem, permitindo fortalecer as competências necessárias para promover cuidados de enfermagem baseados em evidências científicas, focados no cliente em situação perioperatória. Assim, os estágios desempenham um papel crucial na promoção da reflexão e na integração entre os conceitos teóricos e a prática clínica, contribuindo para a construção do conhecimento científico da profissão (Cunha et al., 2017).

O ENP módulo II decorreu em dois contextos clínicos diferentes. O primeiro num serviço de bloco operatório central, com início a 18 de setembro e término a 22 de dezembro de 2023. O segundo momento de estágio decorreu num bloco operatório de especialidade, nomeadamente oftalmologia, com início a 3 de janeiro e término a 31 de janeiro de 2024.

Os estágios foram realizados no mesmo centro hospitalar, mas em polos distintos, uma vez que este é constituído por 6 polos hospitalares (dois hospitais gerais, duas maternidades, um hospital pediátrico e um hospital psiquiátrico). A sua missão focaliza-se na prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade e diferenciação, num contexto de formação, ensino, investigação, conhecimento científico e inovação, constituindo-se num ponto de referência nacional e internacional (Deveza, 2020).

Primeiro momento de estágio: Bloco Central

O primeiro contexto clínico, de bloco operatório central, caracteriza-se pela realização de procedimentos cirúrgicos e anestésicos diferenciados no âmbito das especialidades de cirurgia geral, ortopedia, ginecologia, neurocirurgia, otorrinolaringologia e oftalmologia.

A coordenação do BO é constituída por um diretor de serviço e um enfermeiro gestor, que garantem o normal funcionamento e cumprimento dos regulamentos existentes. A enfermeira gestora, desempenha igualmente funções na gestão dos respetivos recursos humanos,

nomeando diariamente 1 dos 35 enfermeiros que constituem o serviço para coordenar o turno, dando preferência aos EEMC existentes no serviço.

No que diz respeito à estrutura física, este serviço, é constituído por 7 salas operatórias e uma Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA). O bloco funciona com cirurgia programada de segunda a sexta-feira, das 8 às 20h. Existe uma sala de urgência que funciona 24h/dia e 7 dias por semana, com uma equipa de prevenção não presencial das 20h às 8h de segunda a sexta-feira e das 8h às 24h, durante fins-de-semana e feriados.

Nas 7 salas do BO estão adstritas as respetivas salas de descontaminação, e para cada duas salas operatórias existe uma sala de indução anestésica que permite a maximização do número de cirurgias por tempo disponível para cada sala operatória. Neste local é realizada a preparação de fármacos e outros materiais consumíveis necessários ao procedimento anestésico.

A nível estrutural pelo que foi possível diagnosticar existem algumas limitações, na medida em que a sala de descontaminação referida, não permite a existência de um circuito específico para a recolha de resíduos e materiais contaminados, pelo que estes são transportados pelo corredor central onde circulam os clientes e respetivo material esterilizado.

Existe um corredor de acesso à parte de trás das salas que faria sentido ser o local de saída e tratamento de resíduos, contudo esse local está equipado com os respetivos lavatórios de cada sala, onde é realizada a lavagem cirúrgica das mãos pela equipa cirúrgica.

Segundo as recomendações técnicas de BO do Ministério da Saúde (MS), em situações em que o BO é de corredor único, o depósito de sujos deve ficar na extremidade menos limpa do corredor e os resíduos inerentes a uma determinada sala são ensacados e selados antes da saída destes dos espaços concomitantes à respetiva sala (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2011). Estas práticas são realizadas corretamente e de forma rigorosa neste contexto clínico que presenciei.

A UCPA encontra-se equipada com 9 unidades individuais, 2 ventiladores e um transfere para clientes provenientes das salas operatórias. A equipa de enfermagem, sendo a mesma adstrita às salas, é composta por 3 elementos durante os turnos da manhã e da tarde e por um elemento à noite. O Recobro dá resposta às fases de recuperação I, II e III (imediate, intermédia e tardia, respetivamente) dos programas de cirurgia programada convencional, cirurgia programada em regime ambulatorio e de cirurgia de urgência.

Tendo presente que grande parte das cirurgias realizadas neste serviço são em contexto de ambulatorio, com ou sem pernoita, a UCPA está em constante comunicação com um serviço concomitante, mas com gestão e equipa de enfermagem diferente. Clientes de ambulatorio, com ou sem pernoita, habitualmente após terem alta da fase I do recobro, são transferidos para essa unidade, designada de Pernoita.

No BO desta instituição hospitalar, para além das duas fases anteriormente descritas (intra e pós-operatório), o enfermeiro de perioperatório tem também um papel fundamental no período pré-operatório, uma vez que especialidades como cirurgia geral e ortopedia, têm de forma estruturada e bem consolidada uma visita pré-operatória de enfermagem realizada na véspera da cirurgia (ou em situações de fim de semana ou feriado, são concretizadas no dia da cirurgia a todos os clientes destas duas especialidades, à exceção dos que são operados em 1º tempo cirúrgico, uma vez que serão transferidos para o bloco no início do turno).

Neste contexto surgiu também a questão de tentar perceber o porquê de esta visita pré-operatória de enfermagem ser só implementada nestas duas especialidades cirúrgicas, sendo que foi referido que esta introdução foi realizada de forma faseada e nessa altura eram as únicas duas especialidades que tinham os clientes em contexto de internamento (todos os outros seriam em regime de ambulatório). Atualmente, essa situação encontra-se bastante desfasada da realidade, sendo que as diferentes especialidades cirúrgicas referidas anteriormente têm clientes internados em enfermaria que dão entrada no dia anterior permitindo a implementação de igual forma da respetiva VPOE.

Foi possível constatar também, que em BO existia uma grande dificuldade de comunicação com os clientes submetidos a cirurgia de implante coclear, tendo em conta as limitações auditivas que estes apresentavam, associadas ao desconhecimento por parte da equipa de enfermagem/equipa clínica das estratégias de comunicação adotadas por cada cliente, porque não existe uma entrevista clínica prévia com os mesmos, com respetivo registo nos sistemas informáticos.

Deste ponto de partida surgiu a relevância do projeto implementado, incluindo estes clientes no grupo de especialidades em que é realizada a visita pré-operatória de enfermagem, permitindo uma adaptação do profissional de enfermagem aos contextos pessoais e clínicos do cliente com limitação auditiva, transformando-se numa mais-valia para o sucesso de todo o processo cirúrgico.

Segundo momento de estágio: Bloco de especialidade

O bloco de especialidade de oftalmologia do mesmo centro hospitalar caracteriza-se por ter uma equipa de enfermagem, com 17 elementos, que assumem vários postos de trabalho distintos. Para além das funções inerentes às três salas operatórias (anestesia, circulação e instrumentação), são também distribuídos no recobro/indução, na urgência de oftalmologia, na pequena cirurgia e na esterilização, permitindo uma abrangência bastante relevante de todo o processo perioperatório.

É importante ressaltar que só existe distribuição de enfermeiro instrumentista nas salas

referentes ao segmento posterior (cirurgias de vitrectomia), sendo que as restantes duas salas funcionam apenas com enfermeiro de anestesia e circulante. A Ordem dos Enfermeiros (OE), no regulamento nº 743/2019 sobre dotações seguras, recomenda que para se conseguir garantir a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem e, conseqüentemente, a satisfação dos clientes e profissionais, as equipas de enfermagem devem ser dotadas com o número de elementos adequado (Regulamento nº 743/2019).

No referido parecer sobre dotação de enfermeiros no BO, a OE partilha o preconizado pela Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas [AESOP] (2012), ou seja, em contexto de BO, a existência de três enfermeiros por sala, aptos a assumir qualquer uma das funções, enfermeiro circulante, enfermeiro instrumentista ou enfermeiro de anestesia, é essencial para garantir a segurança e qualidade dos cuidados (Regulamento nº 743/2019).

A segurança e qualidade dos cuidados referidos, destaca a relevância que o enfermeiro instrumentista assume, nomeadamente, no que diz respeito à sua preponderância na prevenção da Infeção do Local Cirúrgico (ILC), pois, segundo a Direção Geral da Saúde [DGS] (2022a), cerca de 60% das ILC estima-se que sejam evitáveis através da aplicabilidade de normas baseadas em evidência e do “feixe de intervenção de prevenção de ILC”, sendo que uma das principais competências do enfermeiro instrumentista passa por identificar eventuais quebras de assepsia por parte dos profissionais envolvidos no processo cirúrgico (DGS, 2022a).

Tendo presente os conceitos anteriormente referidos e percebendo o impacto positivo que o enfermeiro instrumentista teria na prestação do cuidados ao cliente cirúrgico, vários elementos da equipa de enfermagem do referido serviço, tem procurado sensibilizar a equipa de gestão de enfermagem sobre a importância de manter as dotações seguras em todas as cirurgias, promovendo uma maior segurança cirúrgica e eventualmente uma melhor gestão e acondicionamento do material cirúrgico.

Foi possível verificar que, por vezes, a contagem de material cirúrgico e material cortante, como agulhas de sutura, pode ser colocada em causa, porque nem todos os cirurgiões e respetivos internos fazem uma correta contagem e separação dos materiais, podendo colocar em causa a integridade de outros elementos da equipa, que posteriormente procedem à recolha e descontaminação do material cirúrgico.

Neste serviço, é realizada também, uma consulta de enfermagem pré-operatória, que é implementada por um elemento do bloco que se encontra atualmente apenas alocado a esta função. Efetua os contactos telefónicos para os clientes que serão submetidos a cirurgia, faz uma pequena colheita de informação e avalia o conhecimento sobre os cuidados pré-operatórios relevantes para a respetiva cirurgia e instrui nesse sentido.

É importante refletir sobre os possíveis contributos de um maior envolvimento de toda a equipa de enfermagem do BO para a concretização desta consulta de enfermagem em detrimento de

um único elemento que não faz parte da dinâmica do bloco e, por conseguinte, tem uma visão diferente das necessidades que o cliente apresenta durante o período perioperatório.

Brunner e Suddarth (2015) sugerem que a enfermeira de anestesia deverá realizar a consulta de enfermagem pré-operatória aquando da realização dos exames complementares de diagnóstico pré-cirúrgicos e a AESOP e Pinheiro (2012) referem que a consulta constitui-se num momento de grande relevância para a equipa do BO, permitindo que estes adquiram todas as informações que considerem relevantes, com vista a detetar problemas e eventuais necessidades do cliente, passíveis de surgir no período perioperatório, permitindo à equipa de enfermagem, agir de forma antecipatória na prestação dos cuidados cirúrgicos ao cliente (AESOP & Pinheiro, 2012).

A partilha de informação tem por base a necessidade de dotar o cliente de informações relevantes às diferentes fases do perioperatório, devendo o profissional de enfermagem adotar estratégias que permitam personalizar e adequar a informação transmitida a cada cliente, permitindo desta forma um aumento da satisfação dos cuidados de enfermagem prestados, e atuando na diminuição do nível de perturbação emocional, nomeadamente da ansiedade característica do período perioperatório (Melo, 2005).

O serviço de oftalmologia, relativamente ao estágio anterior apresenta como particularidade que todos os clientes que são submetidos a cirurgia, só dão entrada no hospital no próprio dia da cirurgia, à exceção dos clientes submetidos a colocação de placa de braquiterapia e eventuais urgências.

Esta características do serviço pode originar dificuldades na implementação de uma visita pré-operatória de enfermagem, contudo, percebendo neste contexto clínico que vários clientes também apresentavam alguma dificuldades de comunicação com a equipa cirúrgica, devido à sua limitação visual e muitas das vezes também auditiva (tendo em conta a faixa etária de grande parte da população intervencionada neste bloco de especialidade), considera-se pertinente explorar de forma mais específica o desenvolvimento de estratégias de comunicação junto dos clientes submetidos a cirurgia de glaucoma, pois, segundo a Organização Mundial de Saúde [OMS] (2019a) a patologia de glaucoma caracteriza-se por ser a causa mais frequente de cegueira irreversível nos países desenvolvidos.

Perante o descrito o projeto de estágio vai incidir sobre uma pesquisa na evidência científica sobre as principais barreiras de comunicação e estratégias a implementar que facilitem o processo de comunicação com o cliente com limitações sensoriais (auditivas e visuais) no período perioperatório.

Tendo presente, as eventuais dificuldades na implementação da visita pré-operatória neste segundo campo de estágio, dada as limitações de recursos humanos e dinâmicas já instituídas no serviço, torna-se relevante atuar com vista a sensibilizar os colegas de enfermagem para

esta problemática, sendo este um ponto de partida para integração da visita nos cuidados pré-operatórios, aumentando desta forma, a segurança cirúrgica e o grau de satisfação dos clientes.

3. CASO CLÍNICO 1: CIRURGIA DE IMPLANTE COCLEAR DO OUVIDO DIREITO

O Sr. D. M. é um cliente do sexo masculino com 39 anos, sendo a sua atividade profissional, operário fabril. Diagnosticado com surdez profunda bilateral desde criança (detetada aos 3 anos de idade). Usou aparelhos auditivos durante vários anos, contudo à cerca de 5 anos a situação clínica agravou-se, referindo surdez completa (cofose) do ouvido esquerdo. No ouvido direito usa prótese auditiva que lhe permite ouvir alguns sons. Segundo o audiograma realizado a 19/09/2023, tem algum audio preservado (ouve), mas com perda de discriminação (não percebe os sons), fazendo essencialmente leitura labial, para comunicar com terceiros. Vive com a esposa e com a filha de 2 anos, que refere que tem sido uma ajuda crucial no último ano no desenvolvimento da sua linguagem verbal, sendo esta a principal motivação que levou o cliente a finalmente avançar para a cirurgia de implante coclear do ouvido direito realizada a 24/10/2023. Sem outros antecedentes relevantes.

3.1. Enquadramento teórico

O presente caso clínico diz respeito a um cliente com limitações sensoriais, nomeadamente auditivas. A deficiência auditiva (DA), caracteriza-se por uma alteração na quantidade ou padrão de estímulos recebidos, juntamente com respostas reduzidas, exageradas, distorcidas ou prejudicadas aos estímulos, afetando perentoriamente a capacidade de comunicação do cliente (Khan & Khan, 2022).

A audição tem a função de ambientar a pessoa quanto ao meio circundante, permitindo a sua identificação e interação através das experiências sonoras, assim como facilitar a comunicação e a interação social. A ausência ou dificuldade auditiva pode-se tornar um obstáculo para se experienciar todas essas funcionalidades causando prejuízos sociais, educacionais e emocionais (OMS, 2019b).

A forma como a pessoa com perda auditiva se adapta à falta ou dificuldade de audição depende de pessoa para pessoa, contudo segundo a OMS (2024) podemos referir que essa perda auditiva se torna incapacitante, quando esta é superior a 35 decibéis (dB) no ouvido com melhor audição.

A prevalência da perda auditiva aumenta com a idade, entre aqueles com mais de 60 anos,

mais de 25% são afetados por perda auditiva incapacitante (OMS, 2024).

Os fatores predisponentes, para além do envelhecimento centram-se essencialmente na exposição crónica a volumes elevados de ruído. No entanto, também podemos ter causas ligadas a fatores pré-natais (exposição da mãe a doenças como rubéola, citomegalovírus, sífilis, herpes, toxoplasmose ou dependência de drogas ou álcool) (OMS, 2024).

Outros dos fatores predisponentes que aumentam a possibilidade de surdez são a prematuridade, estar sujeito a patologias como meningite, encefalite, parotidite ou eventuais lesões/traumatismos no ouvido interno, otites, assim como causas ligadas à hereditariedade (OMS, 2024).

Segundo a classificação do grau de hipoacusia proposta pelo *Bureau International D'Audiophonologie* [BIAP] (2017), existem quatro graus de surdez. A surdez leve (de 21 a 40 dB), cujo reconhecimento de palavras é afetado pela distância e barulho ambiente. A surdez moderada (41 a 70 dB em adultos), que dificulta o entendimento de discursos em distâncias próximas. A fala é ouvida se levantarmos a voz e alguns ruídos familiares ainda são perceptíveis. A surdez severa (de 71 a 90 dB), em que apenas sons altos, gerados por pessoas ou ambientais, são mais facilmente reconhecíveis e a surdez profunda (acima de 91 dB), na qual os sons altos podem ser notados como vibrações. A partir dos 120dB é considerada uma perda auditiva total, em que nada é percebido (BIAP, 2017).

O grau de surdez tem grande influência sobre a experiência de vida numa sociedade oralizada. Assim, é possível notar que com essa divisão se formem dois grupos distintos: o de pessoas com DA, que são afetadas no dia a dia, mas que não são impedidas, por completo, de se comunicar sob condições favoráveis, e o de pessoas surdas, incapazes de utilizar sua própria audição para fins comunicacionais (Kvam et al., 2007). No caso desses últimos, a aquisição da linguagem gestual, desde a infância é a estratégia mais efetiva de se garantir o desenvolvimento da linguagem (Chaveiro & Barbosa, 2004).

Uma das principais opções cirúrgicas para correção de hipoacusia/limitações auditivas, surge através da colocação de implante coclear, que se caracteriza por ser um dispositivo que permite substituir a cóclea (estrutura do ouvido interno), e desta forma transformar os estímulos auditivos em estímulos elétricos que serão enviados diretamente ao nervo vestibulococlear (nervo auditivo). Este dispositivo tem sido recomendado principalmente para condições de deficiência auditiva severa/profunda neurossensorial bilateral (que não obtiveram ganhos com aparelhos auditivos convencionais), que é o caso do cliente D.M. (Gifford, 2020).

ABORDAGEM CIRÚRGICA

A cirurgia de implante coclear tem a duração média de 2 a 3 horas e é realizada sob anestesia

geral. Realiza-se uma incisão na face posterior da orelha (sendo necessária tricotomia do couro cabeludo nessa zona) e através de recurso a microscópio e de um micromotor é realizada um orifício na região mastoideia permitindo inserir o componente interno do implante através da cóclea, que irá permitir transformar o sinal sonoro em sinal elétrico transmitido diretamente ao nervo auditivo (McJunkin & Buchman, 2018).

O segundo componente do implante, o receptor/estimulador de sinal é colocado internamente, junto à orelha, ficando próximo o suficiente da pele para permitir a transmissão do sinal, funcionando com um processador de som externo via antena (McJunkin & Buchman, 2018).

A cirurgia de implante coclear é uma cirurgia relativamente segura. No entanto, todas as cirurgias oferecem alguns riscos.

As complicações mais comuns pode incluir:

- Atraso na cicatrização da ferida cirúrgica, associado ao risco de ILC junto ao local do implante;
- Hematoma.

As complicações menos comuns incluem:

- Lesão do nervo facial, afetando os movimentos do rosto do lado da operação;
- Extravasamento de líquido cefalorraquídeo;
- Infecção do líquido cefalorraquídeo (meningite);
- perda de líquido na região coclear (perilínfa e endolínfa), que irá afetar o equilíbrio causando um quadro de vertigens e tonturas;
- Falha no funcionamento do dispositivo;
- Alteração do paladar;
- Otites de repetição, que podem aumentar o risco de aquisição secundária de colesteatoma (McJunkin & Buchman, 2018).

Recuperação após a cirurgia

Habitualmente esta cirurgia carece de um internamento de 24h, uma vez que, apesar de o pós-operatório ser muito bem tolerado, ocasionalmente podem ocorrer vertigens, desequilíbrios ou mesmo vômito. O cliente deve por isso, manter repouso no leito com a cabeceira elevada a 30º nas primeiras 24 horas e aquando do levante do leito deve ser constantemente monitorizado pela equipa de enfermagem (McJunkin & Buchman, 2018).

Nas primeiras 24h o cliente tem alta com a ligadura compressiva que deve manter até às 72h de pós operatório. Após este período é colocado um penso impermeável na região da sutura,

contudo o cliente não deve lavar a cabeça até a incisão estar completamente cicatrizada. Deve ter o máximo cuidado para que não entre água no ouvido, nem no penso e deve evitar dormir para o lado do ouvido operado durante cerca de 2 semanas (McJunkin & Buchman, 2018).

Uma vez que o local cirúrgico se encontre cicatrizado (3 a 4 semanas após a cirurgia) e o implante esteja fixado no processador externo, o cliente começa a ter sensações auditivas, contudo o desenvolvimento da percepção da fala não é imediato. É necessário um período de treino audio-verbal que pode durar várias semanas ou meses, para que o cérebro interprete o som que recebe através do implante coclear. É iniciado, por isso, um processo multidisciplinar com diferentes especialistas: audiologistas, otorrinolaringologistas e terapeutas da fala (McJunkin & Buchman, 2018).

Conceção de Cuidados de Enfermagem

Ao longo do percurso cirúrgico do cliente, o papel do enfermeiro centra-se na preparação e recuperação cirúrgica, que envolve a antecipação e planeamento de cuidados de acordo com as necessidades, tendo como finalidade promover a adaptação do mesmo ao processo cirúrgico, seja por via da aquisição de conhecimento ou de capacidades. Este papel tem início no pré-operatório, com a consulta de enfermagem, prossegue no período intraoperatório, quando o cliente é acolhido na sala operatória e posteriormente na UCPA, sendo mantido após a alta clínica, através da realização da consulta pós-operatória de enfermagem, garantindo que todas as necessidades pós-operatórias foram acauteladas e que os planos estabelecidos para a continuidade dos cuidados pós cirúrgicos se mantêm (AESOP & Pinheiro, 2012) .

Sendo esta cirurgia realizada em contexto convencional, com necessidade de internamento cirúrgico, e encontrando-me a estagiar numa unidade de bloco operatório central, não foi possível a realização de uma consulta pré-operatória de enfermagem, pelo que esta conceção de cuidados irá ter início na véspera da cirurgia aquando da visita pré-operatoria de enfermagem (VPOE).

Os benefícios da VPOE são inúmeros e indiscutíveis na medida em que a mesma pressupõe uma avaliação individualizada e reflexiva das necessidades identificadas para a pessoa proposta a cirurgia, facilita o processo de conhecer o cliente, permite um acolhimento personalizado no BO, atende à individualidade da pessoa e reforça ainda o cliente enquanto sujeito ativo dos seus cuidados, quer através da promoção da validação do consentimento informado, quer através de estratégias de promoção e minimização de ansiedade e colaboração na planificação dos cuidados (Bastos & Fernandes, 2013).

Preferencialmente, a VPOE deve ser efetuada pelo enfermeiro do BO que irá acolher a pessoa no serviço no dia da sua cirurgia, ou que a acompanhe durante o ato cirúrgico, assegurando a continuidade dos cuidados perioperatórios (Lourenço, 2004).

No quadro seguinte é apresentado de forma simplificada as várias sessões elaboradas na conceção de cuidados de enfermagem do cliente tendo em conta a fase do perioperatório a que corresponde, e respetivo horário em que decorre.

Sessões	Fase do perioperatório
1ª sessão 23/10 17h	Pré-operatório (véspera da cirurgia)
2ª sessão 24/10 09h	Pré-operatório (45 min antes da cirurgia)
3ª sessão 24/10 09h45	Intraoperatório (Início da indução anestésica)
4ª sessão 24/10 11h45	Intraoperatório (Fim da cirurgia/acordar do cliente)
5ª sessão 24/10 12h00	Pós-operatório (imediato -UCPA)
6ª sessão 24/10 14h00	Pós-operatório (intermédio - UCPA)

QUADRO 1: Diferentes sessões criadas e respetiva associação com a fase perioperatória em que se inserem, no caso clínico 1.

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 39 anos | Masculino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-10-24 09:00:00	Polieletrólítico Simples 500ml Ev (perfusão)	
2023-10-24 09:45:00	Fentanil 0,15mg EV	2023-10-24 11:45:00
2023-10-24 09:45:00	Propofol 200mg Ev	2023-10-24 11:45:00
2023-10-24 09:45:00	Rocurónio 50mg EV	2023-10-24 11:45:00
2023-10-24 09:45:00	Dexametasona 4mg Ev	2023-10-24 11:45:00
2023-10-24 09:45:00	Ceftazidima 1 gr Ev	2023-10-24 11:45:00
2023-10-24 09:45:00	Sevoflurano a 2,5% em O2 por via inalatória	2023-10-24 11:45:00
2023-10-24 11:45:00	Ondansetron 4 mg Ev	2023-10-24 12:00:00
2023-10-24 11:45:00	Hidrocortisona 100mg Ev	2023-10-24 12:00:00
2023-10-24 11:45:00	Metilprednisolona 125mg Ev	2023-10-24 12:00:00
2023-10-24 11:45:00	Sugamadex 200mg Ev	2023-10-24 12:00:00
2023-10-24 12:00:00	Paracetamol 1 gr Ev	2023-10-24 14:00:00

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

O enfermeiro perioperatório, como parte integrante da equipa multidisciplinar de cuidados ao cliente no período perioperatório, deve deter conhecimentos acerca dos princípios e práticas de anestesia, garantindo a segurança dos cuidados ao cliente (Rothrock, 2021).

A sua prática deve ir além da preparação e administração de fármacos. O processo terapêutico exige a intervenção, mas também a responsabilização do enfermeiro perioperatório pela terapêutica prescrita monitorizando os seus efeitos e atuando adequadamente em situações de emergência, garantindo a segurança do procedimento anestésico (Rothrock, 2021).

A técnica anestésica de eleição para a cirurgia de implante coclear, é como já referido, a anestesia geral balanceada. Nesta cirurgia em particular, os cuidados associados à terapêutica prendem-se com a técnica anestésica e com a prevenção e correção das complicações pós-operatórias tais como a dor e as náuseas/vómitos.

Seguidamente serão apresentados os fármacos administrados e possíveis alterações fisiológicas que podem condicionar o foco de atenção de enfermagem durante o processo cirúrgico.

Na sala de indução foi cateterizada uma veia periférica e colocado em curso um **polieletrólítico simples** de 500ml. Esta é uma solução de substituição de eletrólitos que contém: cloreto de sódio, cloreto de potássio, cloreto de magnésio, cloreto de cálcio e acetato de sódio. Administrada por via intravenosa, tem como objetivo promover a hidratação e homeostasia do cliente em situações de desidratação, hipovolémia e acidose metabólica ligeira. Também permite a manutenção da permeabilidade dos acessos venosos e é coadjuvante da administração de terapêutica, dada a sua elevada compatibilidade com os restantes fármacos (Deglin & Vallerand, 2016).

O ritmo de perfusão é mediado pela condição do cliente (idade, peso e condição física) pela terapêutica concomitante e pela evolução do cliente ao longo da cirurgia e período pós-operatório (Deglin & Vallerand, 2016).

No que diz respeito à profilaxia antibiótica, esta tem como objetivo criar um obstáculo à proliferação bacteriana, com a manutenção de níveis adequados tecidulares de antibiótico durante todo o ato cirúrgico e assim diminuir o risco e incidência de ILC (DGS, 2022b).

Segundo a norma da DGS 031/2013, atualizada em 2022, sobre a profilaxia antibiótica cirúrgica em crianças e adultos, sempre que existe a colocação de material de implante existe um risco acrescido de ILC pelo que deve ser considerada a administração de profilaxia antibiótica (DGS, 2022b).

A cirurgia de implante coclear é considerada uma cirurgia limpa e não existem estudos

randomizados comparando a incidência de infecção local em clientes com e sem antibiótico (Piltcher & Scarton, 2005). Existe um nível de evidência C que recomenda o uso de antibióticos sistêmicos peri operatórios em implante coclear, pois reduzem a incidência de meningite (Obeso et al., 2010).

A **ceftazidima** é um antibiótico betalactâmico do grupo das Cefalosporinas de 3ª geração que tem um espectro de ação muito mais amplo para as bactérias gram negativas, comparativamente com as cefalosporinas de 1ª e 2ª geração (Deglin & Vallerand, 2016).

A ceftazidima é o antibiótico de eleição para cirurgia do ouvido por apresentar como principais indicações terapêuticas a meningite bacteriana, otites ou infecções da pele e dos tecidos moles (Ottoline et al., 2013).

Na indução anestésica foram administrados **fentanil** e **propofol**. O fentanil é um fármaco analgésico opióide com início de ação rápido (2-5 minutos) e duração entre 30 minutos a uma hora (Duarte & Martins, 2014). Tem como efeitos adversos depressão respiratória, broncospasmo, laringospasmo, arritmias, bradicardia, hipotensão, prurido, rigidez muscular, náuseas e vômitos (Deglin & Vallerand, 2016).

O propofol é um anestésico com rápido início de ação (cerca de 30 segundos) e tem uma curta duração de ação (entre 5 a 10 minutos). Tem como efeito adversos apneia, hipotensão e dor/ardor aquando da administração endovenosa. Existe evidência que os opióides potenciam o efeito do propofol, o que permite reduzir a dose de propofol necessária para produzir perda de consciência e, em particular, para bloquear o movimento e as respostas hemodinâmicas a estímulos dolorosos (Nimmo et al., 2019).

Ainda durante a indução anestésica foi usado o **rocurónio**, fármaco que permite um profundo relaxamento muscular sem o recurso ao aumento da profundidade anestésica. É um antagonista da succinilcolina não originando despolarização ou fasciculações. Tem um tempo de início de ação rápido de 60 a 90 segundos e com uma duração de ação variável que depende da capacidade de metabolização do organismo do cliente, mas habitualmente varia entre 10 a 40 min. Tem como principal efeito adverso a taquicardia moderada (Sousa & Marques, 2014).

A **dexametasona** é um corticóide, no entanto, é frequentemente administrada no momento da indução anestésica, graças à sua ação anti-emético para prevenção de náuseas e vômitos (principal complicação do cliente cirúrgico no pós-operatório). Tem como efeitos adversos a hiperglicémia e a hipertensão e tem como contraindicação relativa clientes com antecedentes de diabetes mellitus (Deglin & Vallerand, 2016).

Sendo realizada uma anestesia geral balanceada, o gás utilizado foi o **sevoflurano**. Este caracteriza-se por ser um anestésico inalatório de metil-isopropil-éter halogenado que provoca uma indução e uma fase de recuperação rápidas. O sevoflurano provoca a perda de consciência, abolição reversível da dor e da atividade motora, diminuição dos reflexos autonómicos,

depressão respiratória e cardiovascular (Duarte & Martins, 2014).

Apresenta alguns efeitos cardiovasculares, provocando uma diminuição da pressão sanguínea associada à concentração. Para além disso, apresenta como efeitos secundários mais frequentes a agitação/desorientação, bradicardia, tosse, náuseas e vômitos (Duarte & Martins, 2014).

Perto do final da cirurgia é administrado o **ondansetron**, que como antagonista da 5HT3 está envolvido no controlo e prevenção de náuseas e vômitos inerentes ao pós-operatório (Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória [APCA], 2012). Os efeitos adversos mais frequentes são: hipotensão e cefaleias (Deglin & Vallerand, 2016).

Por indicação do cirurgião foram administrados dois corticosteroides, a **hidrocortisona** e a **metilprednisolona**. A corticoterapia é muito usada na cirurgia de implante coclear porque permite que o seu potencial anti-inflamatório, reduza significativamente a inflamação e o edema associados à cirurgia (Lawrence & Thevasagayam, 2015).

O **sugamadex** é o antagonista do brometo de rocurónio e é utilizado no final da cirurgia, para reversão do bloqueio neuromuscular. Tem como principal efeito adverso a bradicardia acentuada (Deglin & Vallerand, 2016).

O **paracetamol** é um analgésico antipirético não opióide de ação central indicado para dor ligeira a moderada e pirexia. Recomenda-se a administração de paracetamol, no período do intra-operatório, iniciando profilaxia analgésica (Wang et al., 2015). Quando administrado sob a forma endovenosa o seu início de ação é rápido e se a sua infusão ocorrer a ritmo rápido provoca hipotensão (Deglin & Vallerand, 2016).

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

23-10-2023 17:00

23-10-2023 17:00 - Procedimento invasivo

24-10-2023 09:00 - Tipo de procedimento invasivo: Cirurgia de Implante coclear do ouvido direito (a 24/10/2023 às 09:45h) Sala de indução - pré-operatório.

24-10-2023 09:45 - Tipo de procedimento invasivo: Cirurgia de Implante coclear do ouvido direito (a 24/10/2023 às 09:45h) Início da Cirurgia (intraoperatório).

24-10-2023 14:00 - Tipo de procedimento invasivo: Cirurgia de Implante coclear do ouvido direito Alta da UCPA (Pós-operatório).

24-10-2023 12:00 - Tipo de procedimento invasivo: Cirurgia de Implante coclear do ouvido direito Admissão na UCPA (pós-operatório).

24-10-2023 11:45 - Tipo de procedimento invasivo: Cirurgia de Implante coclear do

ouvido direito (a 24/10/2023 às 09:45h) Fim da cirurgia (intraoperatório).

23-10-2023 17:00 - Tipo de procedimento invasivo: Cirurgia de Implante coclear do ouvido direito (a 24/10/2023 às 09:45h) Visita pré-operatória de Enfermagem.

23-10-2023 17:00 - Verificado: antecedentes clínicos, alergias, consentimento informado, identificação do doente.

24-10-2023 09:00 - Verificado: alergias, próteses, identificação do doente, jejum, preparação pré-operatória.

24-10-2023 12:00 - Perda sanguínea

24-10-2023 12:00 - Ouvido Direita(o): Sem perda sanguínea aparente [MANTEVE].

24-10-2023 14:00 - Perda sanguínea

24-10-2023 14:00 - Ouvido Direita(o): Sem perda sanguínea aparente [MANTEVE].

24-10-2023 11:45 - Perda sanguínea

24-10-2023 11:45 - Ouvido Direita(o): Sem perda sanguínea aparente.

24-10-2023 09:00 - Localização do Pulso

24-10-2023 09:00 - Braço Direita(o)

24-10-2023 09:00 - Frequência do pulso: 68 pulsações por minuto.

24-10-2023 09:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

24-10-2023 12:00 - Localização do Pulso

24-10-2023 12:00 - Braço Direita(o)

24-10-2023 12:00 - Frequência do pulso: 66 pulsações por minuto.

24-10-2023 12:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

24-10-2023 11:45 - Localização do Pulso

24-10-2023 11:45 - Braço Direita(o)

24-10-2023 11:45 - Frequência do pulso: 157 pulsações por minuto.

24-10-2023 11:45 - Pulso de amplitude mediana e regular.

24-10-2023 14:00 - Localização do Pulso

24-10-2023 14:00 - Braço Direita(o)

24-10-2023 14:00 - Frequência do pulso: 55 pulsações por minuto.

24-10-2023 14:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

24-10-2023 09:45 - Localização do Pulso

24-10-2023 09:45 - Braço Direita(o)

24-10-2023 09:45 - Frequência do pulso: 68 pulsações por minuto.

24-10-2023 09:45 - Pulso de amplitude mediana e regular.

24-10-2023 09:45 - Local de avaliação da pressão sanguínea

24-10-2023 09:45 - Membro superior Direita(o)

24-10-2023 09:45 - Pressão sanguínea sistólica: 97 mmHg.

24-10-2023 09:45 - Pressão sanguínea diastólica: 52 mmHg.

24-10-2023 09:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

24-10-2023 09:00 - Membro superior Direita(o)

24-10-2023 09:00 - Pressão sanguínea sistólica: 119 mmHg.

24-10-2023 09:00 - Pressão sanguínea diastólica: 77 mmHg.

24-10-2023 12:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

24-10-2023 12:00 - Membro superior Direita(o)

24-10-2023 12:00 - Pressão sanguínea sistólica: 135 mmHg.

24-10-2023 12:00 - Pressão sanguínea diastólica: 79 mmHg.

24-10-2023 11:45 - Local de avaliação da pressão sanguínea

24-10-2023 11:45 - Membro superior Direita(o)

24-10-2023 11:45 - Pressão sanguínea sistólica: 96 mmHg.

24-10-2023 11:45 - Pressão sanguínea diastólica: 57 mmHg.

24-10-2023 14:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

24-10-2023 14:00 - Membro superior Direita(o)

24-10-2023 14:00 - Pressão sanguínea sistólica: 127 mmHg.

24-10-2023 14:00 - Pressão sanguínea diastólica: 69 mmHg.

24-10-2023 12:00 - Temperatura corporal periférica

24-10-2023 12:00 - Ouvido: 36.30 °C.

24-10-2023 11:45 - Temperatura corporal periférica

24-10-2023 11:45 - Ouvido: 35.90 °C.

24-10-2023 09:00 - Temperatura corporal periférica

24-10-2023 09:00 - Ouvido: 36.20 °C.

24-10-2023 09:45 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o procedimento invasivo

24-10-2023 11:45 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia [4ª, 5ª e 6ª sessão]

24-10-2023 09:45 - Avaliar evolução da temperatura corporal [2ª, 4ª e 5ª sessão]

23-10-2023 17:00 - Promover autogestão: procedimento invasivo [FIM]

24-10-2023 09:00

23-10-2023 17:00 - Conhecimento sobre procedimento invasivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2023 09:00 - Conhecimento sobre procedimento invasivo: facilitador [MELHOROU].

23-10-2023 17:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre procedimento invasivo [RESOLVIDO] 24-10-2023 09:00

23-10-2023 17:00 - Ensinar sobre circuito [1ª sessão] [FIM] 24-10-2023 09:00

23-10-2023 17:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre procedimento invasivo [1ª e 2ª sessão] [FIM] 24-10-2023 09:00

23-10-2023 17:00 - Ensinar sobre procedimento anestésico [1ª sessão] [FIM]

24-10-2023 09:00

23-10-2023 17:00 - Ensinar sobre procedimento cirúrgico [1ª sessão] [FIM]

24-10-2023 09:00

24-10-2023 09:00 - Avaliar evolução da autogestão: procedimento invasivo [FIM]

24-10-2023 09:00

24-10-2023 09:45 - Anestesia Geral [FIM] 24-10-2023 11:45

24-10-2023 09:45 - Executar penso de proteção da córnea [3ª sessão] [FIM]

24-10-2023 11:45

24-10-2023 09:45 - Avaliar evolução da integridade da pele nas possíveis zonas de pressão por dispositivos médicos [3ª, 4ª e 5ª sessão] [FIM] 24-10-2023 11:45

24-10-2023 09:45 - Otimizar posicionamento para o procedimento anestésico/cirúrgico [3ª sessão] [FIM] 24-10-2023 11:45

23-10-2023 17:00 - Repouso no leito [RESOLVIDO] 24-10-2023 14:00

23-10-2023 17:00 - Promover adesão: repouso no leito [FIM] 24-10-2023 14:00

23-10-2023 17:00 - Conhecimento sobre necessidade de manter-se em repouso no leito: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2023 09:00 - Conhecimento sobre necessidade de manter-se em repouso no leito: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

24-10-2023 12:00 - Conhecimento sobre necessidade de manter-se em repouso no leito: facilitador [MELHOROU].

23-10-2023 17:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre necessidade de manter-se em repouso no leito [RESOLVIDO] 24-10-2023 12:00

23-10-2023 17:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre necessidade de manter-se em repouso no leito [1ª, 2ª e 5ª sessão] [FIM] 24-10-2023 12:00

23-10-2023 17:00 - Ensinar sobre necessidade de manter-se em repouso no leito [1ª sessão e 5ª sessão] [FIM] 24-10-2023 12:00

24-10-2023 09:00 - Avaliar evolução da adesão ao repouso no leito [2ª e 5ª sessão] [FIM] 24-10-2023 14:00

23-10-2023 17:00 - Regime de nada pela boca [RESOLVIDO] 24-10-2023 09:00**23-10-2023 17:00 - Promover adesão: regime de nada pela boca** [FIM]

24-10-2023 09:00

23-10-2023 17:00 - Conhecimento sobre necessidade de manter regime de nada pela boca: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2023 09:00 - Conhecimento sobre necessidade de manter regime de nada pela boca: facilitador [MELHOROU].

23-10-2023 17:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre necessidade de manter regime de nada pela boca [RESOLVIDO] 24-10-2023 09:00

23-10-2023 17:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre necessidade de manter regime de nada pela boca [1ª e 2ª sessão] [FIM] 24-10-2023 09:00

23-10-2023 17:00 - Ensinar sobre necessidade de manter regime de nada pela boca [1ª sessão] [FIM] 24-10-2023 09:00

24-10-2023 09:00 - Avaliar evolução da adesão ao regime de nada pela boca [FIM] 24-10-2023 09:00

24-10-2023 09:45

24-10-2023 09:45 - Ventilação invasiva [RESOLVIDO] 24-10-2023 11:45

24-10-2023 09:45 - Tipo de ventilação invasiva: ventilação controlada por volume.

24-10-2023 09:45 - Ventilação invasiva - FiO2: 50 %.

24-10-2023 09:45 - Ventilação invasiva - volume corrente: 650 ml.

24-10-2023 09:45 - Ventilação invasiva - frequência respiratória (programada): 12 cr/min.

24-10-2023 09:45 - Ventilação invasiva - PEEP: 5 cm H2O.

24-10-2023 09:45 - Prevenir complicações da ventilação invasiva [FIM]

24-10-2023 11:45

24-10-2023 09:45 - *Aplicar colchão de alívio de pressão [3ª sessão] [FIM]*

24-10-2023 11:45

24-10-2023 09:45 - *Posicionar para prevenir úlcera de pressão [3ª sessão] [FIM]*

24-10-2023 11:45

24-10-2023 11:45

24-10-2023 11:45 - Oxigenoterapia [RESOLVIDO] 24-10-2023 14:00

24-10-2023 11:45 - Débito de oxigénio: 2.00 L/min.

24-10-2023 11:45 - Assegurar oxigenoterapia [FIM] 24-10-2023 14:00

24-10-2023 11:45 - *Manter oxigenoterapia [4ª e 5ª sessão] [FIM]* 24-10-2023 14:00

Sondas, Drenos e Cateteres

24-10-2023 09:00

24-10-2023 09:00 - Cateter venoso periférico

24-10-2023 09:00 - Localização do cateter venoso periférico

24-10-2023 09:00 - Mão Esquerda(o)

24-10-2023 09:00 - Características do dispositivo: CVP nº 18.

24-10-2023 09:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter

24-10-2023 09:00 - *Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico [todas as sessões]*

24-10-2023 09:00 - Assegurar funcionamento do cateter

24-10-2023 09:00 - *Otimizar cateter venoso periférico [SOS]*

24-10-2023 09:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico

24-10-2023 09:00 - *Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [todas as sessões]*

24-10-2023 09:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico

24-10-2023 09:00 - *Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [SOS]*

24-10-2023 09:45

24-10-2023 09:45 - Tubo endotraqueal [RESOLVIDO] 24-10-2023 11:45

24-10-2023 09:45 - Nível de inserção do tubo endotraqueal

24-10-2023 09:45 - Cavidade oral: 22.00 cm.

24-10-2023 09:45 - Pressão do cuff: 25 cmH2O.

24-10-2023 09:45 - Características do dispositivo: Tubo endotraqueal aramado com cuff nº 7,5.

24-10-2023 09:45 - Assegurar funcionamento do tubo endotraqueal [FIM]

24-10-2023 11:45

24-10-2023 09:45 - *Otimizar tubo endotraqueal [3ª sessão] [FIM]* 24-10-2023 11:45

24-10-2023 09:45 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o tubo endotraqueal [FIM] 24-10-2023 11:45

24-10-2023 09:45 - *Avaliar evolução do nível de inserção do tubo endotraqueal [3ª sessão] [FIM]* 24-10-2023 11:45

24-10-2023 09:45 - *Avaliar evolução da pressão do cuff [3ª sessão] [FIM]*

24-10-2023 11:45

24-10-2023 09:45 - Prevenir complicações relacionadas com tubo endotraqueal [FIM] 24-10-2023 11:45

24-10-2023 09:45 - Manter cuff insuflado [3ª sessão] [FIM] 24-10-2023 11:45

24-10-2023 09:45 - Gerir a pressão do cuff [3ª sessão] [FIM] 24-10-2023 11:45

24-10-2023 09:45 - Insuflar cuff [3ª sessão] [FIM] 24-10-2023 11:45

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

Neste capítulo serão abordadas questões relativas ao procedimento invasivo e atitudes terapêuticas, pretendendo-se perceber a relevância que os aspetos inerentes aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica têm no plano de cuidados de enfermagem, tendo em consideração o seu carácter interdependente.

Na fase de pré-operatório o enfermeiro avalia o cumprimento e aquisição de conhecimentos do cliente para que este chegue nas melhores condições possíveis à cirurgia, não colocando em causa a realização do procedimento anestésico-cirúrgico.

Segundo AESOP e Pinheiro (2012), a visita pré-operatória de enfermagem é um momento privilegiado de partilha de informações. É considerada o primeiro elo da cadeia do processo de cuidados perioperatórios, sendo um momento fundamental no que diz respeito ao esclarecimento de dúvidas e ao planeamento das atividades a serem realizadas, com a premissa de desenvolver um processo personalizado dos cuidados de enfermagem, com vista a preparar o cliente para uma experiência cirúrgica mais segura (Ramos et al., 2003).

Procedimento Invasivo

Na primeira sessão, na véspera da cirurgia, foi realizada a colheita de dados inicial do cliente, onde foram verificados os antecedentes clínicos, alergias, consentimento informado e respetiva identificação do cliente.

Nesta fase inicial, deve ser avaliado sempre o conhecimento pré-existente que o cliente tem sobre o procedimento invasivo a que vai ser submetido, permitindo desta forma que a informação transmitida seja o mais real, clara e precisa, de modo que o cliente consiga esclarecer as suas dúvidas e não faça uma interpretação errada dos acontecimentos (Gomes, 2009).

Durante a VPOE foi realizada uma adaptação da linguagem ao cliente, tendo em conta a sua condição clínica, sendo usadas palavras simples e frases curtas, com um discurso pausado que permitisse a leitura labial dando tempo ao cliente de se expressar e fazendo o esforço para conseguir esclarecer todas as dúvidas que surgissem.

Tendo em conta as dificuldades de comunicação sentidas durante a VPOE, foi possível perceber que o cliente apresentava necessidade de melhorar o seu conhecimento no que diz respeito ao procedimento anestésico e ao procedimento cirúrgico e relativamente a todo o circuito que este teria que realizar no dia da cirurgia.

Segundo AESOP e Pinheiro (2012), durante a VPOE deve ser partilhado o conhecimento sobre o circuito do bloco operatório com o cliente de forma que este se sinta mais seguro e confiante durante a cirurgia, reduzindo a ansiedade e o medo que muitos clientes experienciam antes de uma cirurgia, por não conhecerem o espaço físico e dinâmicas do serviço.

Foi disponibilizado um folheto informativo com várias imagens do bloco operatório, e foi informado o cliente que no dia seguinte antes da cirurgia se faria nova avaliação do conhecimento e esclarecimento de novas dúvidas que surjam.

No dia da cirurgia (sala de indução) foi validado novamente o conhecimento do cliente sobre o procedimento invasivo. Este mostrava-se facilitador, sendo por isso dado termo a todas as intervenções referentes a esse diagnóstico.

Foi ainda avaliada a evolução da autogestão do procedimento invasivo, permitindo perceber de que forma é que o cliente geriu o conhecimento adquirido relativamente ao procedimento invasivo. O cliente referiu satisfação com a preparação para a autogestão do procedimento invasivo e após verificação do cumprimento dessa autogestão foi dado termo a esta intervenção.

Nessa mesma sessão foi iniciada a monitorização do cliente a fim de verificar a sua tensão arterial, a sua frequência cardíaca, saturação de oxigénio e temperatura periférica. Na chegada à sala operatória, mantiveram-se as intervenções relativas à monitorização contínua do cliente, permitindo determinar sinais de complicações relacionadas com o procedimento invasivo.

Anestesia Geral (AG)

A AG caracteriza-se pela perda de consciência reversível induzida por fármacos, permitindo analgesia, imobilidade e atenuação dos reflexos neuromusculares para a realização de determinados procedimentos cirúrgicos (American Society of Anesthesiologists, 2018).

O enfermeiro deve ter como intervenção posicionar para a prevenção de úlceras de pressão uma vez que o uso de anestésicos e sedativos durante a cirurgia estão associados a uma maior incidência de lesões por pressão (LPP) porque diminuem a pressão arterial e causam hipoperfusão dos tecidos, o que afeta o seu metabolismo e a sua resposta à dor. Desta forma no período perioperatório os clientes cirúrgicos apresentam alto risco para o desenvolvimento de LPP devido à sua imobilidade e a alteração da sua percepção sensorial (Munro et al, 2010).

Ezeamuzie et al. (2019), sugere que a utilização de colchão de pressão alterna de baixo perfil é uma prevenção eficaz de LPP, uma vez que distribui o peso do cliente através de pequenos

pontos nodais de contacto alternado em cada zona corporal, com inflação periódica e desinflação num ciclo de cinco minutos, durante todo o procedimento cirúrgico.

Também as intervenções de prevenção de úlcera/ lesão de córnea são necessárias, uma vez que a abolição do reflexo protetor da córnea, a diminuição da produção basal de lágrima e a ausência de percepção da dor causados pela AG são os fatores contribuintes para este tipo de lesão (Prakash, 2013). Segundo George et al. (2017) os olhos do cliente devem ser fechados após a indução da anestesia com a utilização de lubrificante ocular à base de parafina e colocado penso ocular até o final do procedimento.

Segundo Júnior et al. (2010) uma das principais complicações da cirurgia de implante coclear é o risco de hematoma pós-operatório, pelo que é fundamental durante a cirurgia avaliar em conjunto com o cirurgião e anestesista as perdas sanguíneas de forma a perceber se existe alguma repercussão hemodinâmica, mas também a fim de serem tomadas medidas para prevenir/gerir eventuais perdas sanguíneas. Neste caso clínico, a perda sanguínea foi residual, pelo que não foi necessária nenhuma medida compensatória.

Repouso no leito

Relativamente à necessidade de repouso no leito no pós operatório imediato (primeiras 24 horas), segundo Pereira et al. (2017) após o procedimento cirúrgico, é necessário manter repouso absoluto, uma vez que durante a cirurgia são manipuladas estruturas responsáveis pelo equilíbrio, o que pode culminar em tonturas e eventuais quedas. A associação deste fator com a utilização de anestésicos, que podem causar sonolência ou alterações de percepção aumenta a propensão à ocorrência de quedas, aumentando a incidência de traumas, tempo de internamento e custos associados (Pereira et al., 2017).

Foi verificado que existia necessidade de melhorar o conhecimento do cliente relativamente ao repouso no leito ainda no pré-operatório, para desta forma conseguirmos no pós operatório imediato que o cliente apresente esse conhecimento e assim consiga respeitar as indicações que lhe são fornecidas.

Para tal durante a visita pré-operatória foram realizados esses devidos esclarecimentos ao cliente. Foi verificado no dia da cirurgia que esse conhecimento poderia ainda ser melhorado, contudo o cliente não se manifestou recetivo para novo esclarecimento antes da cirurgia, referindo preferir abordar esse tema após realização da mesma.

No pós operatório imediato foi novamente esclarecido o cliente da importância para realizar o repouso no leito, que este percebeu e cumpriu. Foi avaliada a evolução da adesão ao repouso no leito, que se mostrou facilitador, permitindo dar termo aos respetivos diagnósticos e intervenções.

Regime de nada pela boca

Tendo por base a cirurgia eletiva abordada, as intervenções de enfermagem relativamente ao período de jejum pré-operatório baseiam-se nas recomendações da *American Society of Anesthesiologists* (2018) que deve ser respeitado de forma a evitar o risco de aspiração associado à anestesia geral. Desta forma, recomenda-se que o jejum pré-operatório seja de 2 horas para líquidos sem resíduos e de 6 horas para sólidos.

O cliente apresentava necessidade de melhorar conhecimento sobre o regime de nada pela boca, pelo que na primeira sessão foi partilhado esse conhecimento com cliente e posteriormente avaliada a evolução do mesmo, permitindo uma correta adesão ao regime de nada pela boca.

Após nova avaliação do conhecimento que se mostrava facilitador, e uma avaliada da efetiva evolução da adesão ao regime nada pela boca na segunda sessão, permitiu dar termo ao diagnóstico e respetivas intervenções.

Oxigenoterapia

Na fase pós-operatória, na 5ª sessão, foi considerada a atitude terapêutica oxigenoterapia com o objetivo de minimizar o risco de hipoxemia no pós-operatório imediato, reduzindo também o risco de ILC e a incidência de náuseas e vômitos (Maciel et al., 2017).

Sondas, Drenos e Cateteres

A cateterização endovenosa é indicada no período perioperatório para a administração de fluídos, medicamentos e hemoderivados. O enfermeiro apresenta a responsabilidade de executar, avaliar e acompanhar o processo de cateterização venosa periférica e a manutenção do acesso para cumprimento dos objetivos previamente definidos (Arreguy-Sena & Carvalho, 2009).

A AG implica que o cliente seja sedado e entubado e a sua ventilação controlada através do ventilador (American Society of Anesthesiologists, 2018).

Existem algumas intervenções interdependentes necessárias, como o registo da posição do tubo endotraqueal na comissura labial. Este registo é uma referência para determinar o possível deslocamento do tubo (Alvarado e Panakos, 2022).

Aquando da entubação deve ser insuflado o cuff, sendo que a pressão deve ser mantida entre 20 a 30 mmHg. O cuff do tubo endotraqueal serve para garantir ventilação adequada e fornecimento do volume corrente desejado e para diminuir o risco de aspiração, protegendo desta forma a via aérea (Amitai et al., 2020). Foram identificadas e realizadas as respetivas intervenções para dar resposta a estas necessidades.

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
23-10-2023 17:00	Audição	
23-10-2023 17:00	Comunicação verbal	
23-10-2023 17:00	Emoção	24-10-2023 09:45
23-10-2023 17:00	Memória	24-10-2023 09:00
23-10-2023 17:00	Atitudes terapêuticas	
24-10-2023 09:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
24-10-2023 09:00	Sistema cardiovascular	
24-10-2023 09:00	Termorregulação	
24-10-2023 11:45	Pele e mucosas	
24-10-2023 11:45	Consciência	24-10-2023 14:00
24-10-2023 12:00	Sensações somáticas	

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

A intervenção autónoma de enfermagem no período perioperatório apresenta um papel fundamental na preparação e recuperação cirúrgica do cliente. Para que este seja capaz de lidar e responder à situação vivenciada, envolvendo-se de forma esclarecida e autónoma em todo o processo cirúrgico é crucial estar munido da informação necessária ao período perioperatório (Breda et al., 2021).

Os domínios da ontologia da enfermagem são o pilar do processo de tomada de decisão do enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2024). No contexto do perioperatório, ainda que menos explorado, os domínios têm a mesma aplicabilidade e regem-se pelos mesmos princípios de qualquer outro contexto de ação mais aprofundado. Desta forma, neste caso clínico, os domínios identificados vão de encontro ao plano de cuidados requerido como forma de garantia de uma prestação de cuidados perioperatórios de enfermagem com qualidade e segurança baseados na evidência.

Domínios relevantes no pré-operatório:

- Audição e Comunicação verbal

Os problemas auditivos e a surdez provocam vários problemas de integração. A dificuldade de comunicação é uma das questões mais impactantes, uma vez que condiciona a capacidade de a pessoa se relacionar com o outro e o mundo.

Estudos apontam que as principais dificuldades enfrentadas pela pessoa com défice auditivo no atendimento em contextos de saúde advêm da barreira comunicacional que enfrentam quando necessitam de atendimento (Magrini & Santos, 2014; Araújo et al., 2015; Santos & Portes, 2019; Souza et al., 2017; Nunes & Macêdo, 2022).

Segundo Ianni e Pereira (2009); Nóbrega et al. (2017) as principais estratégias de comunicação utilizadas por alguns profissionais de saúde no atendimento à pessoa surda, são o recurso à escrita e leitura labial, contudo alguns termos técnicos da área, utilizados pelos profissionais, não são conhecidos pelos clientes, devendo também o tipo de linguagem ser adaptado à pessoa.

Outra estratégia utilizada em contexto de saúde é o acompanhamento de um terceiro que realize a mediação entre as partes. Porém, o fato de estar acompanhado de um familiar, ou pessoa de referência no processo, pode negligenciar a autonomia do paciente surdo e sua decisão sobre o que está sendo recomendado (Cardoso et al., 2006).

Em contexto de bloco operatório o cliente não pode ir acompanhado por nenhum familiar de referência que facilite o processo de comunicação com as diferentes equipas de saúde, contudo durante a VPOE foi possível perceber que apesar das limitações auditivas que dificultam o processo de comunicação, o cliente consegue fazer uma leitura labial bastante eficiente, percebendo toda a mensagem que é transmitida. Foram por isso adotadas intervenções por parte do enfermeiro de falar de frente para o cliente, sem máscara e com uma linguagem simples e pausada.

No que diz respeito à comunicação verbal existiu maior dificuldade por parte da restante equipa de enfermagem em perceber os desconfortos/ dúvidas identificadas pelo cliente, contudo através das intervenções identificadas, foi possível colmatar essas dificuldades e a comunicação foi conseguida com sucesso, dando resposta a todas as necessidades do cliente.

- Memória e Emoção

Segundo Marcus (2014) a recolha de dados relativos ao conhecimento é um processo que deve ter em conta aquilo que o cliente já sabe (literacia), de onde obteve a informação (fontes) e o que espera saber (expectativas, motivação, envolvimento).

A avaliação da literacia em saúde do cliente é uma etapa fundamental no processo de recolha de dados sobre o conhecimento, assim como a avaliação da motivação, do envolvimento e da capacidade para aprender (cognição e memória) (Marcus, 2014). Estes fatores podem influenciar os resultados das intervenções relacionadas com o conhecimento e podem colocar em causa este foco de atenção de enfermagem.

Perante o descrito, no pré-operatório foi identificado o domínio da memória. Foram colhidos os dados, em que o cliente demonstrou capacidade cognitiva e vontade de aprender pelo que foi posteriormente identificado diagnósticos no âmbito do conhecimento. Na segunda sessão foi dado termo a este domínio porque o cliente demonstrou que adquiriu os conhecimentos pretendidos.

O Domínio da emoção foi identificado uma vez que o cliente verbalizou durante a VPOE que se encontrava bastante ansioso. Segundo Gezer & Arslan (2019), muitos estudos que investigam o nível de ansiedade pré-operatório demonstram que a hospitalização para a cirurgia, o significado atribuído pelo cliente à cirurgia e a antecipação das complicações perioperatórias estão associadas a elevados níveis de ansiedade.

A cirurgia causa ansiedade em muitos clientes por vivenciarem experiências desconhecidas, a anestesia, o ficar longe de casa, a possibilidade de ter dor e desconforto, e o risco de ocorrência

de complicações (Nicholson et al., 2013).

Esse estado de ansiedade é agravado em clientes com limitações auditivas, pois segundo Santos e Silva (2019) a presença de ansiedade é considerada uma característica inerente dos clientes com déficit auditivo, devido às dificuldades de comunicação.

Perante o descrito devem ser adotadas estratégias comunicacionais eficazes e maior habilidade linguística para lidar com os efeitos ansiogênicos do cliente, dotando-o de capacidades para conseguir lidar com os fatores concorrentes com a ansiedade.

- Sistema Cardiovascular e Termorregulação

O domínio do sistema cardiovascular foi selecionado na segunda sessão do pré-operatório, e apesar de o cliente não apresentar um diagnóstico referente ao mesmo, é necessário ter como foco de atenção uma monitorização contínua conforme as recomendações para padrões de monitorização durante a anestesia e recuperação para atuar de forma atempada e antecipatória no caso de complicações/alterações, tais como hipotensão e/ou hipertensão (Klein et al., 2021).

Na cirurgia de implante coclear, no intra-operatório é induzido por parte do anestesista uma hipotensão controlada para permitir um campo operatório “limpo” (baixas perdas sanguíneas), sendo que a vigilância do sistema cardiovascular deve ser apertada evitando hipotensões mais marcadas.

Na UCPA a instabilidade do sistema cardiovascular é frequentemente verificada devido ao efeito dos anestésicos administrados, pelo que a vigilância do cliente ao nível do sistema cardiovascular é um aspeto essencial dos cuidados no período pós-operatório, centrando-se na observação e vigilância de sinais e sintomas (Silva, 2016a).

No que diz respeito ao foco da termorregulação, o enfermeiro perioperatório deve manter a normotermia no intraoperatório: temperatura central $\geq 35,5^{\circ}\text{C}$ (DGS, 2022a).

Pelo risco de desenvolvimento de hipotermia associado aos procedimentos anestésico e cirúrgico, identificou-se este foco de atenção. Durante o procedimento, a temperatura deverá ser avaliada de modo contínuo ou intermitente a cada 15 a 30 minutos até ao final da cirurgia (Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, 2017).

Sendo esta uma cirurgia que tem um tempo estimado de 2 horas a evidência (Torossian et al., 2015; Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, 2017) diz-nos que procedimento cirúrgico em que se preveja um tempo anestésico acima dos 30 minutos o cliente deve ser aquecidos ativamente, através por exemplo de mantas de aquecimento.

Domínio relevante no intraoperatório:

- Pele e Mucosas

O domínio Pele foi identificado neste caso tendo em conta o tempo estimado de cirurgia (2 horas), sendo que existe uma relação estatisticamente significativa entre a presença de LPP e a duração da anestesia e da cirurgia, bem como o tipo de dispositivos de posicionamento (Graça et al., 2017). Desta forma, é necessário verificar a presença de zonas de rubor/maceração/úlceras de pressão que poderão resultar do posicionamento e do tempo cirúrgico.

Neste domínio, insere-se ainda a ferida cirúrgica que resulta da ocorrência de uma incisão, que consiste na abertura pela qual é possível executar o procedimento cirúrgico. Assim, este foco irá necessitar de uma resposta com cuidados de enfermagem específicos, pois a cicatrização da ferida cirúrgica segundo Rothrock (2021) caracteriza-se por uma resposta complexa do organismo à rutura tecidual provocada pela incisão cirúrgica.

Domínio relevante no pós-operatório:

- Consciência

O cliente sujeito a anestesia geral experiencia várias alterações fisiológicas que podem originar complicações a curto ou longo prazo. Os cuidados de enfermagem de vigilância e intervenção precoce permitem evitar ou minimizar essas complicações, promovendo um retorno do cliente ao seu estado basal (Doherty et al., 2011).

Na última fase do intra-operatório e na UCPA, o principal transtorno causado pela anestesia geral é a alteração do estado de consciência (Caple, 2023).

No período pós-operatório imediato, o cliente pode apresentar um quadro de agitação, sonolência profunda ou confusão mental provocado pela administração dos diferentes fármacos anestésicos, cuja atuação deprime o sistema nervoso central causando diferentes níveis de inconsciência (Martins, 2013; Caple, 2023).

Deste modo, o domínio consciência foi considerado nesta conceção de cuidados atendendo ao diagnóstico identificado de consciência comprometida, na última fase do intra-operatório e no pós-operatório imediato.

Após o cliente retomar estado de consciência e de perceber a importância de manter repouso no leito conforme anteriormente descrito, foi dado termo ao diagnóstico “consciência comprometida” e respetivo foco consciência, no pós-operatório intermédio.

- Sensações somáticas

Apesar dos avanços farmacológicos e tecnológicos, a dor mantém-se o sintoma pós-operatório mais referido pelos clientes (Nunes et al., 2018).

Ainda que se verifique a interferência de fatores não cirúrgicos, a dor pós-operatória é causada maioritariamente por fatores de ordem cirúrgica, nomeadamente, a cirurgia em si e complicações associadas, lesões nervosas secundárias à cirurgia ou derivadas do posicionamento cirúrgico e relativas à ferida cirúrgica (Leaper & Whitaker, 2010).

A inadequada gestão da dor acarreta perdas em saúde significativas, atrasando todo o processo de recuperação cirúrgica. Estes pressupostos permitiram quem em 2003 a DGS, considerasse a dor como o 5º sinal vital (DGS, 2003).

A dor passou a ter expressão formal e regular nos padrões de documentação de cuidados de enfermagem sendo uma das competências específicas do enfermeiro perioperatório a sua avaliação e respetiva intervenção na gestão da dor associada aos procedimentos cirúrgicos utilizando medidas farmacológicas e não farmacológicas (Regulamento nº 429/2018).

As medidas farmacológicas para autogestão da dor são a primeira linha de atuação, mas também devem ser complementadas com estratégias não farmacológicas nomeadamente, alterações de posicionamento, uso de almofadas, exercícios de relaxamento, distração (Linton &

Matteson, 2020).

Neste caso clínico a dor foi abordada ainda no período pré-operatório aquando dos ensinamentos sobre o procedimento anestésico, onde foi explicada ao cliente a utilização da escala numérica da dor no pós-operatório e a sua importância numa correta gestão da dor.

O cliente apresentou dor no pós-operatório que foi minimizada com a adoção das respetivas estratégias farmacológicas e não farmacológicas apresentadas.

3.6. Conceção de Cuidados

Consciência

24-10-2023 11:45

24-10-2023 11:45 - Determinar sinais de alteração da consciência [FIM] 24-10-2023 14:00

24-10-2023 11:45 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência [4ª e 5ª sessão] [FIM] 24-10-2023 14:00

24-10-2023 11:45 - Consciência comprometida [RESOLVIDO] 24-10-2023 12:00

24-10-2023 11:45 - Abertura dos olhos: à dor.

24-10-2023 12:00 - Abertura dos olhos: espontânea [MELHOROU].

24-10-2023 11:45 - Resposta verbal: confusa.

24-10-2023 12:00 - Resposta verbal: orientada [MELHOROU].

24-10-2023 11:45 - Resposta motora: movimento de retirada à dor.

24-10-2023 12:00 - Resposta motora: obedece a ordens simples [MELHOROU].

24-10-2023 11:45 - Ausência de vômito em jato.

24-10-2023 12:00 - Ausência de vômito em jato [MANTEVE].

24-10-2023 11:45 - Determinar evolução da consciência [FIM] 24-10-2023 12:00

24-10-2023 11:45 - Avaliar evolução da consciência [4ª e 5ª sessão] [FIM]

24-10-2023 12:00

24-10-2023 11:45 - Referenciar compromisso da consciência ao médico [SOS]

[FIM] 24-10-2023 12:00

24-10-2023 12:00

24-10-2023 12:00 - Consciente.

Sensações somáticas

24-10-2023 12:00

24-10-2023 12:00 - Manifesta dor.

24-10-2023 12:00 - Dor

24-10-2023 12:00 - Expressão facial: Parcialmente contraída ou sobranceiras franzidas.

24-10-2023 14:00 - Expressão facial: Relaxada [MELHOROU].

24-10-2023 12:00 - Movimento dos membros: Membros superiores parcialmente fletidos.

24-10-2023 14:00 - Movimento dos membros: Sem movimento dos membros superiores [MELHOROU].

24-10-2023 12:00 - Score da escala numérica da dor: 4

24-10-2023 14:00 - Escala numérica da dor: 0

24-10-2023 12:00 - Determinar evolução da dor

24-10-2023 12:00 - Avaliar evolução da dor [5ª e 6ª sessão]

24-10-2023 12:00 - Diminuir dor

24-10-2023 12:00 - Gerir analgesia [5ª e 6ª sessão]

24-10-2023 12:00 - Posicionar para aliviar a dor [5ª e 6ª sessão]

24-10-2023 14:00

24-10-2023 14:00 - Sem manifestação de dor [MELHOROU].

Audição

23-10-2023 17:00

23-10-2023 17:00 - Acuidade auditiva

23-10-2023 17:00 - Esquerda(o): perda total crónica.

23-10-2023 17:00 - Direita(o): perda parcial crónica.

23-10-2023 17:00 - Audição comprometida

23-10-2023 17:00 - Promover comunicação

23-10-2023 17:00 - Implementar estratégias facilitadoras da audição (Direita(o)) [1ª, 2ª, 5ª e 6ª sessão]

23-10-2023 17:00 - Promover autogestão: audição

23-10-2023 17:00 - Conhecimento sobre estratégias facilitadoras da audição: facilitador.

Comunicação verbal

23-10-2023 17:00

23-10-2023 17:00 - Tem dificuldade em expressar as palavras .

23-10-2023 17:00 - Dificuldade na compreensão da mensagem.

23-10-2023 17:00 - Comunicação verbal expressiva comprometida

23-10-2023 17:00 - Promover comunicação

23-10-2023 17:00 - Implementar estratégias facilitadoras da comunicação [1ª, 2ª, 5ª e 6ª sessão]

23-10-2023 17:00 - Comunicação verbal recetiva comprometida

23-10-2023 17:00 - Promover comunicação

23-10-2023 17:00 - Implementar estratégias facilitadoras da comunicação [1ª, 2ª, 5ª e 6ª sessão]

24-10-2023 12:00

24-10-2023 12:00 - Tem dificuldade em expressar as palavras [MANTEVE].

24-10-2023 12:00 - Dificuldade na compreensão da mensagem [MANTEVE].

Sistema cardiovascular

24-10-2023 09:00

24-10-2023 09:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

24-10-2023 09:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [todas as sessões]

Pele e mucosas

24-10-2023 11:45

24-10-2023 11:45 - Alterações da integridade dos tecidos.

24-10-2023 11:45 - Ferida cirúrgica

24-10-2023 11:45 - Localização da ferida cirúrgica

24-10-2023 11:45 - Região temporal Direita(o)

24-10-2023 11:45 - Comprimento da lesão tegumentar: 5.00 cm.

24-10-2023 11:45 - Largura da lesão tegumentar: 1.00 cm.

24-10-2023 11:45 - Diâmetro da lesão tegumentar: 1.00 cm.

24-10-2023 11:45 - Profundidade da lesão tegumentar: 1.00 cm.

24-10-2023 11:45 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: descontínua.

24-10-2023 11:45 - Material de sutura da lesão tegumentar: fio não absorvível.

24-10-2023 11:45 - Número de pontos de sutura da lesão tegumentar: 6.

24-10-2023 11:45 - Determinar evolução da ferida cirúrgica

24-10-2023 11:45 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica [4ª, 5ª e 6ª sessão]

24-10-2023 11:45 - Promover cicatrização da ferida cirúrgica

24-10-2023 11:45 - Executar tratamento da ferida cirúrgica [4ª sessão e SOS]

24-10-2023 11:45 - Aplicar penso de ferida [4ª sessão]

Termorregulação

24-10-2023 09:00

24-10-2023 09:00 - Determinar evolução da temperatura corporal

24-10-2023 09:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [2ª, 4ª e 5ª sessão]

Emoção

23-10-2023 17:00

23-10-2023 17:00 - Sem indícios de humor depressivo.

23-10-2023 17:00 - Sem indícios de euforia.

23-10-2023 17:00 - Verbaliza ansiedade.

23-10-2023 17:00 - Manifestação de inquietação.

23-10-2023 17:00 - Sem manifestação de irritabilidade.

23-10-2023 17:00 - Sem manifestação de pânico .

23-10-2023 17:00 - Ansiedade [RESOLVIDO] 24-10-2023 09:45

23-10-2023 17:00 - Determinar evolução da ansiedade [FIM] 24-10-2023 09:45

23-10-2023 17:00 - Avaliar evolução da ansiedade [todas as sessões] [FIM]

24-10-2023 09:45

23-10-2023 17:00 - Referenciar ansiedade ao médico [SOS] [FIM] 24-10-2023

09:45

23-10-2023 17:00 - Diminuir ansiedade [FIM] 24-10-2023 09:45

23-10-2023 17:00 - Assistir cliente no treino do autocontrolo da ansiedade [1ª e 2ª sessão] [FIM] 24-10-2023 09:45

23-10-2023 17:00 - Promover autocontrolo: ansiedade [FIM] 24-10-2023 09:00

23-10-2023 17:00 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2023 09:00 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: facilitadora [MELHOROU].

23-10-2023 17:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2023 09:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade:

facilitador [MELHOROU].

23-10-2023 17:00 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: facilitadora.

23-10-2023 17:00 - Consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade: facilitadora.

23-10-2023 17:00 - Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitadora.

23-10-2023 17:00 - Significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade: não dificultador.

23-10-2023 17:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade [RESOLVIDO] 24-10-2023 09:00

23-10-2023 17:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade [1ª e 2ª sessão] [FIM] 24-10-2023 09:00

23-10-2023 17:00 - Assistir o cliente a identificar os fatores concorrentes com a ansiedade [1ª e 2ª sessão] [FIM] 24-10-2023 09:00

23-10-2023 17:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [RESOLVIDO] 24-10-2023 09:00

23-10-2023 17:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [1ª e 2ª sessão] [FIM] 24-10-2023 09:00

23-10-2023 17:00 - Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [1ª sessão] [FIM] 24-10-2023 09:00

24-10-2023 09:00

24-10-2023 09:00 - Não verbaliza ansiedade [MELHOROU].

24-10-2023 09:00 - Sem manifestação de inquietação [MELHOROU].

Memória

23-10-2023 17:00

23-10-2023 17:00 - Sem dificuldade em reter nova informação.

23-10-2023 17:00 - Sem dificuldade em recuperar informação.

23-10-2023 17:00 - Sem desorientação face às pessoas.

23-10-2023 17:00 - Sem desorientação no espaço.

23-10-2023 17:00 - Sem desorientação no tempo.

24-10-2023 09:00

24-10-2023 09:00 - Sem dificuldade em reter nova informação.

24-10-2023 09:00 - Sem dificuldade em recuperar informação.

3.7. Especificação das intervenções

Implementar estratégias facilitadoras da comunicação

- Retirar máscara para permitir ao cliente compreender a mensagem através da leitura labial
- Realizar um discurso simples e pausado
- Repetir informação sempre que necessário

- Fazer uma escuta ativa dos desconfortos/dúvidas do cliente
- Pedir ao cliente para repetir a mensagem sempre que esta não é percebida
- Repetir a mensagem transmitida pelo cliente para validar que a compreensão foi correta

Implementar estratégias facilitadoras da audição

- Permitir ao cliente levar prótese auditiva para o bloco se facilitar audição
- Realizar um discurso simples e pausado
- Repetir informação sempre que necessário
- Falar com o cliente do lado direito (ouvido com perda parcial da audição)

Ensinar sobre necessidade de manter regime de nada pela boca

- Ensinar sobre necessidade de jejum pré-operatório

Assistir cliente no treino do autocontrolo da ansiedade

- Assistir o treino do pensamento positivo
- Incentivar a expressão de emoções
- Esclarecer dúvidas do utente

Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

- Fornecimento de informação processual (sobre o local onde irá acordar, o recobro, as condições que se encontrará ao acordar)
- Fornecimento de informação sensorial (sensações que poderá experimentar no período pós-operatório)
- Ensinar sobre estratégias de coping cognitivo
- Ensinar sobre técnicas de relaxamento

Ensinar sobre circuito

- Fornecer um panfleto informativo sobre circuito que o utente irá realizar no dia da cirurgia
- Informar sobre o circuito que o utente realiza no dia da cirurgia e das características do bloco

Ensinar sobre procedimento anestésico

- Ensinar sobre necessidade monitorização
- Ensinar sobre necessidade de administração de fármacos
- Ensinar sobre necessidade de cateterização periférica
- Ensinar sobre recuperação anestésica
- Ensinar sobre utilização/ significado da Escala numérica da dor

Ensinar sobre procedimento cirúrgico

- Ensinar sobre cuidados pré-operatórios (Ensinar sobre necessidade de remoção próteses (exceção para auditiva), adornos e acessórios; Ensinar sobre a necessidade de banho com esponja de clorexidina 2% no dia da cirurgia, 2 horas antes)
- Ensinar sobre necessidade de tricotomia do couro cabeludo no intra-operatório
- Ensinar sobre penso cirúrgico (colocação de ligadura)
- Ensinar sobre estratégias de comunicação de dor no pós-operatória

Gerir a pressão do cuff

- Ajustar pressão de cuff entre 20 e 30 cmH₂O através de medidor de cuff

Executar penso de proteção da córnea

- Fechar as pálpebras do utente
- Aplicar gel oftálmico em ambos os olhos
- Aplicar penso oftálmico

Otimizar posicionamento para o procedimento anestésico/cirúrgico

- posicionar o utente com a cabeça na ponta da maca e mais chegado para o lado direito
- colocação de prolongador venoso e torneira distal permitindo acesso ao CVP durante procedimento cirúrgico
- posicionar membros superiores ao longo do corpo, com faixas de imobilização dos mesmos
- Rotação da cabeça para a esquerda para exposição da área cirúrgica (ouvido direito)

Executar tratamento da ferida cirúrgica

- Penso com terricil e ligadura elástica em forma de capacete

3.8. Síntese relativa ao caso

A ontologia de enfermagem permite contribuir para a representação da ação do enfermeiro na prestação de cuidados ao cliente e o efeito dessa ação sob a forma de resultados em saúde (Bastos et al., 2021). Constitui-se como um recurso fundamental no processo interno de desenvolvimento dos sistemas de informação em enfermagem, ao suportar a descrição dos cuidados e o processo de tomada de decisão (Bastos et al., 2021).

O enfermeiro especialista assume um papel preponderante no exercício das suas funções, colocando em prática as habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. As competências acrescidas deste, assentam num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente (Regulamento nº 140/2019).

O presente caso clínico apresenta algumas limitações relativamente à continuidade do processo de tomada de decisão, pois tendo em conta o fator transitório característico do contexto de bloco operatório, dificulta a explanação completa dessa continuidade neste documento.

No contexto clínico em que se encontrava inserido este caso clínico, só foi possível acompanhar o cliente até à UCPA, existindo alguns diagnósticos que se mantém ativos no internamento, sendo necessário explorar novos focos de atenção nomeadamente no que diz respeito ao conhecimento que o cliente apresenta sobre cuidados a ter após a alta.

A elaboração do presente caso clínico demonstrou ser uma mais-valia no processo de

aprofundamento/desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista, permitindo melhorar todo o processo de tomada de decisão, tendo por base a evidência científica disponível.

4. CASO CLÍNICO 2: CIRURGIA DE GLAUCOMA DO OLHO DIREITO

A Sra M.F. é uma cliente do sexo feminino de 69 anos, reformada e que vive em casa própria com o marido. Apresenta perda da acuidade visual à direita, que se tem agravado no tempo. Diagnosticada com glaucoma bilateral de ângulo aberto, estando medicada com antihipertensores oculares (Ganfort+dorcilfree+carbinib 250mg 2 id), contudo não apresenta adesão terapêutica, sendo que há 1 mês que não cumpre medicação/colírios. Apresenta como antecedentes de saúde Diabetes Mellitus tipo II, HTA e dislipidémia. Medicada com metformina, dapagliflozina e perindopril+indapamida. Nega alergias e apresenta como antecedentes cirúrgicos uma colecistectomia em 2005. Tendo em consideração o avançado estado da doença, foi proposta para cirurgia de Trabeculectomia do olho direito a 15/01/2024.

4.1. Enquadramento teórico

O presente caso clínico diz respeito a uma cliente com limitações sensoriais, nomeadamente visuais.

A deficiência visual ocorre quando uma doença ocular afeta o sistema visual em uma ou mais funções visuais, provocando sérias consequências para o indivíduo ao longo da vida. Muitas dessas consequências podem, no entanto, ser mitigadas pelo acesso atempado a cuidados oftalmológicos e reabilitação de qualidade (OMS, 2019a).

Segundo a OMS (2019a), cerca de 2,2 mil milhões de pessoas têm uma deficiência visual ou cegueira. É importante realçar que qualquer pessoa com uma esperança de vida suficientemente longa, poderá vivenciar uma doença ocular durante a vida.

A causa mais frequente de cegueira irreversível nos países desenvolvidos, é a patologia de glaucoma, que consiste numa neuropatia ótica progressiva. Estima-se que existem 64 milhões de pessoas no mundo, com patologia de glaucoma, das quais 6,9 milhões (10,9%) apresentam dificuldade de visão ao longe moderada/grave ou cegueira, resultantes de formas mais graves da doença, que não foram precocemente detetadas e convenientemente tratadas (OMS, 2019a). Em Portugal, aproximadamente cem mil clientes foram diagnosticados com glaucoma, sendo que destes, seis mil apresentam critérios de cegueira (Lopes, 2015).

Fisiopatologia

A patologia de glaucoma surge quando existe um gradiente de pressão positivo no espaço intraocular (humor aquoso) comparativamente ao espaço retrobulbar (líquido cefalorraquidiano e no espaço tecidual do nervo ótico). Estes dois compartimentos são separados pela cabeça do nervo ótico, por uma estrutura denominada lâmina cribosa. Existe por isso um aumento da pressão no nervo ótico (provocando lesão) se a pressão intraocular for elevada e/ou se a pressão do líquido cefalorraquidiano for reduzida, o que provoca aquilo a que genericamente se designa de “hipertensão ocular” (Jonas, 2010).

Em condições normais, o humor aquoso, que nutre o olho, é produzido pelo corpo ciliar atrás da íris (câmara posterior) e flui pela pupila para a frente do olho (câmara anterior), onde sai pelos canais de drenagem entre a íris e a córnea (o "ângulo"), como exemplificado na figura 1. O equilíbrio entre a produção do líquido e a drenagem, mantém o líquido fluindo livremente e evita que a pressão ocular aumente (Douglas, 2023).

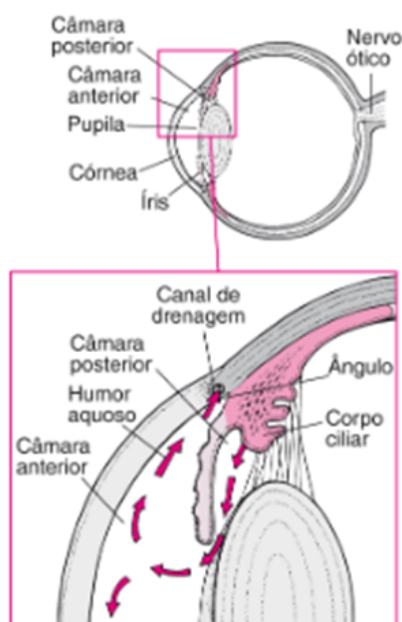


FIGURA 1: Ciclo de drenagem de humor aquoso (Merck & Co, 2024).

O glaucoma pode surgir em qualquer idade, mas a incidência aumenta a partir dos quarenta anos e em alguns grupos de risco, tais como indivíduos com hipertensão ocular (principal fator de risco), história familiar de glaucoma, raça negra, diabetes, alta miopia, inflamação e trauma ocular, ou uso prolongado de corticoides (Lopes, 2015).

Existem dois grandes tipos de glaucoma, o mais frequente chamado de ângulo aberto (em que os canais de drenagem do olho vão sendo gradualmente obstruídos por partículas minúsculas e microscópicas ao longo de meses ou anos) e o outro, menos comum chamado de ângulo

fechado (em que os canais de drenagem ficam bloqueados ou fechados porque o ângulo entre a íris e a córnea é muito estreito). Ambos podem ocorrer como complicações de outras doenças oculares (glaucomas secundários) mas a grande maioria dos casos (glaucomas primários) ocorre sem causa conhecida (Grupo Português de Glaucoma, 2014).

A distinção do tipo de glaucoma pode ser feita pelo médico oftalmologista na consulta, através do exame da gonioscopia. Para além deste exame, para se chegar ao diagnóstico de glaucoma deve ser medida a pressão ocular (maior do que 21 mmHg é considerada elevada); deve ser avaliado o nervo ótico; é realizado um teste de campo visual e é medida a espessura da córnea (Douglas, 2023).

A cliente foi diagnosticada com Glaucoma Crónico de Ângulo Aberto (GCAA), que como referido, é o mais frequente e caracteriza-se pela presença de tensão ocular elevada. Quando não controlada, esta hipertensão intraocular provoca perda das fibras nervosas da retina, com perda progressiva dos campos visuais. Numa primeira fase as alterações campimétricas são periféricas, mas posteriormente evoluem para a região central com perda irreversível da visão. A evolução da doença dá-se quase sempre de forma silenciosa, sem sintomatologia. Esta característica, associada ao desconhecimento da doença, leva a que frequentemente o diagnóstico seja tardio e a intervenção terapêutica fora de tempo (OMS, 2019a).

Tratamento

O tratamento do GCAA é habitualmente realizado com colírios (anti-hipertensores oculares), nas fases mais precoces da doença. Tendo em conta a evolução e a gravidade (disfunção visual), pode estar indicado tratamento cirúrgico, com LASER (frequente no glaucoma de ângulo fechado) ou com cirurgia convencional (OMS, 2019a).

Neste caso clínico, como não existiu uma correta adesão, por parte da cliente, à terapêutica anti-hipertensora prescrita e tendo em conta as limitações visuais bilaterais que a mesma já apresenta, correndo o risco de cegar completamente se continuar com a parca medicação que administra, a equipa médica em consenso com a cliente optaram pela realização de cirurgia convencional de glaucoma, denominada de Trabeculectomia (Douglas, 2023) .

Abordagem cirúrgica

Na Trabeculectomia é realizado um pequeno orifício interno (fístula) com o objetivo de drenar o humor aquoso em excesso e dessa forma reduzir a pressão intraocular. O humor aquoso é direcionado pelo orifício, infiltrando-se sob a conjuntiva, para um reservatório chamado de "bolha filtrante", localizada na junção da córnea e da esclera (limbo) onde essa válvula produzida cirurgicamente é feita (Douglas, 2023).

Esta cirurgia tem a duração média de uma hora e pode ser realizada apenas sob anestesia local ou com uma ligeira sedação, contudo por indicação médica, a técnica anestésica realizada para a presente cirurgia foi a anestesia geral, em contexto ambulatorio.

Principais complicações cirúrgicas

A cirurgia de trabeculectomia pode provocar diversas complicações, sendo algumas sérias, como perda de visão, desenvolvimento de catarata, endoftalmite (infecção bacteriana), ptose leve (queda da pálpebra) ou desconforto (Douglas, 2023).

O processo de cicatrização natural tentará fechar o orifício ou fístula de trabeculectomia, contudo o oftalmologista deve fazer um controlo rigoroso destes doentes, permitindo atrasar o processo de cicatrização e manter a drenagem pelo orifício durante o maior tempo possível. O período pós-operatório é de máxima importância para diminuir complicações e falência do procedimento, evitando necessidade de nova cirurgia, num curto espaço de tempo (Douglas, 2023).

No quadro seguinte é apresentado de forma simplificada as várias sessões elaboradas na conceção de cuidados de enfermagem da cliente tendo em conta a fase do perioperatório a que corresponde, e respetivo horário em que decorre.

Sessões	Fase do perioperatório
1ª sessão 15/01/2024 08h30	Pré-operatório (30 min antes da cirurgia)
2ª sessão 15/01/2024 09h00	Intraoperatório (Início da indução anestésica)
3ª sessão 15/01/2024 10h00	Pós-operatório (imediato)
4ª sessão 15/01/2024 11h00	Pós-operatório (intermédio)
5ª sessão 15/01/2024 14h00	Pós-operatório (tardio)

QUADRO 2: Diferentes sessões e respetiva fase perioperatória em que se inserem, no caso clínico 2.

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 69 anos | Feminino

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-01-15 08:30:00	Plasma-lyte 500ml IV em perfusão	2024-01-15 11:00:00
2024-01-15 09:00:00	Propofol 150mg IV	2024-01-15 10:00:00
2024-01-15 09:00:00	Fentanil 0,10mg IV	2024-01-15 10:00:00
2024-01-15 09:00:00	Sevoflurano a 2,5% em O2 por via inalatória	2024-01-15 10:00:00
2024-01-15 09:00:00	Ondansetron 4 mg IV	2024-01-15 10:00:00
2024-01-15 10:00:00	Paracetamol 1 gr IV	2024-01-15 11:00:00

4.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Neste capítulo, como referido no caso clínico 1, pretende-se explorar os aspectos de enfermagem relativos à preparação e administração de medicação prescrita, bem como os principais efeitos secundários/adversos a ter em consideração, permitindo ao enfermeiro de perioperatório atuar adequadamente, com o intuito de antecipar eventuais situações de emergência e promovendo a segurança de todo o processo anestésico (Rothrock, 2021).

A cliente em estudo, apresentava como terapêutica de base os seguintes medicamentos:

A **metformina**, também denominada de cloridrato de metformina é um antidiabético oral que pertence ao grupo de fármacos chamado biguanidas. É considerado o tratamento de primeira linha para o controle da glicemia nos clientes com diabetes mellitus tipo 2 (Rothrock, 2021).

Apresenta como mecanismos de ação, a redução da produção de glicose pelo fígado, aumentando a sensibilidade dos tecidos à insulina, otimizando a sua ação e diminuindo a absorção de glicose no trato gastrointestinal. Está contraindicada em clientes com insuficiência renal avançada, doença hepática e insuficiência cardíaca grave e apresenta como principais efeitos adversos problemas digestivos como náusea, vômito, diarreia, perda de apetite ou alterações no paladar (Atanes et al., 2022).

A **dapagliflozina** é indicada como terapêutica de combinação inicial com a metformina, como adjuvante de uma dieta adequada e prática de exercício físico, para melhorar o controle glicémico da cliente portadora de diabetes mellitus tipo 2 (NatJus, 2022).

A dapagliflozina é um inibidor do cotransportador sódio-glicose 2 (SGLT2) que permite reduzir a absorção de glicose do filtrado glomerular no túbulo renal proximal, com redução concomitante da reabsorção de sódio, levando à excreção urinária da glicose e diurese osmótica. Os efeitos secundários da inibição do SGLT2 pela dapagliflozina incluem ligeira hipotensão, desidratação, redução de peso e aumento do hematócrito. Pode ocorrer um aumento da incidência de

infecções fúngicas genitais e infecções do trato urinário, que afetam cerca de 8% a 9% dos utilizadores desta terapêutica (NatJus, 2022).

Para controlo da HTA a cliente apresenta como medicação do domicílio, a associação do **perindopril** com a **indapamida**. O perindopril é um inibidor da enzima de conversão da angiotensina (IECA). Ele age bloqueando a conversão da angiotensina I em angiotensina II, promovendo a constrição dos vasos sanguíneos e a retenção de água e sódio. Ao bloquear esse processo, o perindopril ajuda a dilatar os vasos sanguíneos e reduzir a pressão arterial. Por outro lado, a indapamida é um diurético tiazídico que atua nos túbulos renais, aumentando a excreção de sódio e água, o que leva a uma redução na quantidade de fluido circulante e, conseqüentemente, à redução da pressão arterial (Patel et al., 2007).

Segundo Ghiadoni (2010), a associação perindopril/indapamida revelou-se eficaz na redução da mortalidade e da ocorrência de eventos micro e macrovasculares em doentes com diabetes mellitus tipo 2. Este estudo mostrou também que essa associação beneficia a função vascular através da melhoria da função endotelial (em doentes hipertensos a dilatação mediada por fluxo é 3,2% menor do que em normotensos, existindo um balanço negativo de regeneração de células epiteliais), permitindo melhorar o prognóstico de hipertensão (Ghiadoni, 2010; Oliveira, et al., 2021).

Relativamente aos colírios que a cliente apresenta na sua tabela terapêutica e que como referiu não tem existido uma correta adesão, todos tem como finalidade o tratamento do glaucoma através da diminuição da pressão intraocular.

O colírio **ganfort** é a combinação de dois princípios ativos: o bimatoprost e o maleato de timolol. O bimatoprost é uma prostaglandina análoga que atua aumentando o fluxo de fluido para fora do olho, diminuindo assim a pressão intraocular. Por outro lado o timolol (beta-bloqueador não seletivo) reduz a produção de humor aquoso e, portanto, ajuda a diminuir a pressão intraocular, complementando estes dois mecanismos de ação (Sambhara & Aref, 2014).

Como efeitos secundários pode causar vermelhidão dos olhos, escurecimento da cor da íris e alongamento das pestanas. O efeito beta-bloqueante pode agravar doenças pulmonares (como asma e DPOC), reduzir a pressão arterial e a frequência cardíaca, causar tonturas e insónia e, em situações mais esporádicas provocar depressão, impotência e diminuição da libido. Pode inibir os sintomas de hipoglicemia em diabéticos e alterar o perfil lipídico (Sambhara & Aref, 2014).

Relativamente ao colírio **dorcilfree** (dorzolamida), pertence à classe dos inibidores da anidrase carbónica, enzima envolvida na produção do humor aquoso, permitindo diminuir a pressão intraocular. Apresenta como efeitos adversos mais comuns o ardor ou irritação ocular, sabor metálico na boca e visão turva temporária após a aplicação (Sambhara & Aref, 2014).

A nível sistémico a cliente também apresenta na sua tabela de terapêutica outro inibidor da

anidrase carbónica, o **carbinib** (acetazolamida). Este atua inibindo esta enzima, que provoca a diminuição de produção de fluido corporal (líquido cefalorraquidiano) resultando na consequente diminuição de formação de humor aquoso no olho (Sambhara & Aref, 2014).

A acetazolamida é frequentemente prescrita para tratar condições como glaucoma, edema cerebral e como parte de tratamentos para certos distúrbios metabólicos, sendo que apresenta como principais efeitos colaterais o aumento da frequência urinária, alterações no paladar, náuseas e tonturas. Pode provocar alterações ácido-base no organismo, sendo que é importante monitorizar os níveis de eletrólitos (Sambhara & Aref, 2014).

Para a realização da cirurgia de trabeculectomia, as principais técnicas anestésicas são a anestesia geral, a local (peribulbar, retrobulbar e subtenoniana) e a tópica. Todas as técnicas anestésicas visam à realização de uma cirurgia com serenidade, proporcionando a analgesia do cliente, o conforto, sangramento mínimo e prevenção da hipertensão ocular.

As equipas cirúrgica e anestésica optaram pela realização de uma anestesia geral, uma vez que esta permite ao cliente não apresentar qualquer desconforto, permitindo de igual forma diminuir o risco de existir qualquer movimento brusco da cabeça, durante a cirurgia. Esta técnica anestésica permite também um maior controlo da pressão intra-ocular (PIO), diminuindo o risco de variação durante a cirurgia. Por outro lado, a técnica peribulbar comprovadamente causa variação da PIO pelo aumento do volume intraorbitário causado pela injeção do anestésico local (McGoldrick & Foldes, 2006).

Seguidamente serão apresentados os fármacos administrados durante a cirurgia em estudo, alguns já explorados no decorrer do caso clínico 1, com o objetivo de perceber possíveis alterações fisiológicas que podem condicionar o foco de atenção de enfermagem durante o processo cirúrgico.

Na sala de indução foi cateterizada uma veia periférica e colocado em curso uma solução **Plasma-Lyte 148** de 500ml. Esta caracteriza-se por ser uma solução cristalóide tamponada isotónica com uma composição físico-química semelhante ao plasma humano (Weinberg et al., 2016).

No contexto de cirurgia de glaucoma, o Plasma-Lyte ou outras soluções intravenosas podem ser administrados para manter a hidratação, equilíbrio eletrolítico e compensar perdas durante o procedimento. Tendo em conta a sua composição semelhante ao plasma esta é considerada a solução de eleição para a cirurgia de glaucoma, permitindo que não existam grandes alterações de osmolaridade, fator importante em cirurgias oculares, com o intuito de manter a pressão intraocular estável ao longo de todo o procedimento cirúrgico (Weinberg et al., 2016).

Na indução anestésica foram administrados **fentanil** e **propofol**. O fentanil é um analgésico opióide de ação rápida (2-5 minutos com duração de ação que não ultrapassa 1 hora), bastante utilizado para fornecer analgesia intraoperatória (Duarte & Martins, 2014). O Propofol é um

hipnótico intravenoso de ação curta, que proporciona uma recuperação rápida e completa da anestesia. Estes dois agentes anestésicos, são administrados frequentemente em combinação, permitindo alcançar um plano anestésico equilibrado, proporcionando sedação e analgesia, bem como uma redução da incidência de náuseas, vômitos e depressão respiratória, comum na administração destes fármacos em separado, devido à necessidade de aumentar a dosagem (Usta et al., 2011; Chan et al., 2014).

Chang et al. (2020) sugere que o propofol pode estar associado a uma diminuição transitória na pressão intraocular (PIO), especialmente durante a indução anestésica, tendo em conta os seus mecanismos de ação. Provoca uma vasodilatação sistémica que diminui a resistência vascular periférica, contribuindo para uma redução da pressão intraocular e diminuição do metabolismo cerebral, através de uma redução do consumo de oxigénio e do fluxo sanguíneo cerebral (Chang et al., 2020).

Por outro lado, um estudo de Gofman et al. (2017) refere que tanto na anestesia com propofol como com **sevoflurano**, a PIO não diferiu significativamente da medida realizada durante o estado de vigília (sem anestesia).

O sevoflurano é um anestésico inalatório amplamente utilizado para indução e manutenção da anestesia geral. Administrado por inalação, tem início rápido e proporciona uma recuperação suave. Sua administração é ajustável para controlar a profundidade anestésica, e é conhecido por ser estável cardiovascularmente. O sevoflurano tem alta biodisponibilidade pulmonar, baixa irritação respiratória e é frequentemente utilizado para procedimentos cirúrgicos em pacientes pediátricos (De Hert & Moerman, 2015).

Para controlo de náuseas e vômitos, no final da cirurgia, foi administrado **ondansetron**, que se caracteriza por ser um antiemético antagonista do receptor 5-HT₃ da serotonina, sendo altamente eficaz na profilaxia e tratamento de náuseas e vômitos pós-operatórios [NVPO] (Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória [APCA], 2012).

A prática clínica foi de encontro à evidência consultada, pois segundo o estudo de Cruz et al. (2008) a administração tardia de ondansetron, idealmente 30 minutos antes do término da cirurgia, é significativamente mais eficaz na prevenção de NVPO tardia do que quando é administrado durante a indução anestésica.

O **paracetamol** foi administrado no recobro devido à presença de dor moderada no olho direito e como já referido no caso clínico 1, este é um analgésico/ antipirético não opióide de ação central indicado para dor ligeira a moderada (Wang et al., 2015). É considerado o analgésico de primeira linha em contexto pós-operatório, pois tem como principal vantagem a capacidade de induzir apirexia e analgesia com poucos efeitos adversos associados (Butterworth et al., 2022).

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

15-01-2024 08:30

15-01-2024 08:30 - Procedimento invasivo [RESOLVIDO] 15-01-2024 11:00

15-01-2024 08:30 - Tipo de procedimento invasivo: Cirurgia de Glaucoma do olho direito (a 15/01/2024 às 09:00h) - pré-operatório sala de indução anestésica.

15-01-2024 11:00 - Tipo de procedimento invasivo: Cirurgia de Glaucoma do olho direito (a 15/01/2024) - pós-operatório tardioto.

15-01-2024 09:00 - Tipo de procedimento invasivo: Cirurgia de Glaucoma do olho direito (a 15/01/2024 às 09:00h) - intraoperatório.

15-01-2024 10:00 - Tipo de procedimento invasivo: Cirurgia de Glaucoma do olho direito (a 15/01/2024) - pós-operatório imediato.

15-01-2024 08:30 - Verificado: antecedentes clínicos, alergias, consentimento informado, toma de medicação pré-operatória, próteses, identificação do doente, jejum, preparação pré-operatória.

15-01-2024 10:00 - Perda sanguínea

15-01-2024 10:00 - Olho Direita(o): Sem perda sanguínea aparente.

15-01-2024 11:00 - Localização do Pulso

15-01-2024 11:00 - Braço Esquerda(o)

15-01-2024 11:00 - Frequência do pulso: 65 pulsações por minuto.

15-01-2024 11:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

15-01-2024 10:00 - Localização do Pulso

15-01-2024 10:00 - Braço Esquerda(o)

15-01-2024 10:00 - Frequência do pulso: 68 pulsações por minuto.

15-01-2024 10:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

15-01-2024 08:30 - Localização do Pulso

15-01-2024 08:30 - Braço Direita(o)

15-01-2024 08:30 - Frequência do pulso: 75 pulsações por minuto.

15-01-2024 08:30 - Pulso de amplitude mediana e regular.

15-01-2024 09:00 - Localização do Pulso

15-01-2024 09:00 - Braço Esquerda(o)

15-01-2024 09:00 - Frequência do pulso: 72 pulsações por minuto.

15-01-2024 09:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

15-01-2024 08:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

15-01-2024 08:30 - Membro superior Direita(o)

15-01-2024 08:30 - Pressão sanguínea sistólica: 171 mmHg.

15-01-2024 08:30 - Pressão sanguínea diastólica: 88 mmHg.

15-01-2024 09:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

15-01-2024 09:00 - Membro superior Esquerda(o)

15-01-2024 09:00 - Pressão sanguínea sistólica: 157 mmHg.

15-01-2024 09:00 - Pressão sanguínea diastólica: 79 mmHg.

15-01-2024 11:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

15-01-2024 11:00 - Membro superior Esquerda(o)

15-01-2024 11:00 - Pressão sanguínea sistólica: 135 mmHg.

15-01-2024 11:00 - Pressão sanguínea diastólica: 72 mmHg.

15-01-2024 10:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

15-01-2024 10:00 - Membro superior Esquerda(o)

15-01-2024 10:00 - Pressão sanguínea sistólica: 135 mmHg.

15-01-2024 10:00 - Pressão sanguínea diastólica: 72 mmHg.

15-01-2024 11:00 - Temperatura corporal periférica

15-01-2024 11:00 - Ouvido: 36.20 °C.

15-01-2024 10:00 - Temperatura corporal periférica

15-01-2024 10:00 - Ouvido: 36.00 °C.

15-01-2024 08:30 - Temperatura corporal periférica

15-01-2024 08:30 - Ouvido: 36.50 °C.

15-01-2024 09:00 - Temperatura corporal periférica

15-01-2024 09:00 - Ouvido: 36.40 °C.

15-01-2024 08:30 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o procedimento invasivo [FIM] 15-01-2024 11:00

15-01-2024 08:30 - Avaliar evolução da temperatura corporal [1ª sessão e 3ª sessão] [FIM] 15-01-2024 11:00

15-01-2024 09:00

15-01-2024 09:00 - Ventilação invasiva [RESOLVIDO] 15-01-2024 10:00

15-01-2024 09:00 - Tipo de ventilação invasiva: ventilação controlada por volume.

15-01-2024 09:00 - Ventilação invasiva - FiO2: 40 %.

15-01-2024 09:00 - Prevenir complicações da ventilação invasiva [FIM]

15-01-2024 10:00

15-01-2024 09:00 - Aplicar colchão de alívio de pressão [2ª sessão] [FIM]

15-01-2024 10:00

15-01-2024 09:00 - Posicionar para prevenir úlcera de pressão [2ª sessão] [FIM]

15-01-2024 10:00

15-01-2024 10:00

15-01-2024 10:00 - Oxigenoterapia [RESOLVIDO] 15-01-2024 11:00

15-01-2024 10:00 - Débito de oxigénio: 2.00 L/min.

15-01-2024 10:00 - Assegurar oxigenoterapia [FIM] 15-01-2024 11:00

15-01-2024 10:00 - Manter oxigenoterapia [3ª sessão] [FIM] 15-01-2024 11:00

Sondas, Drenos e Cateteres

15-01-2024 08:30

15-01-2024 08:30 - Cateter venoso periférico [RESOLVIDO] 15-01-2024 14:00

15-01-2024 08:30 - Localização do cateter venoso periférico

15-01-2024 08:30 - Mão Esquerda(o)

15-01-2024 08:30 - Características do dispositivo: ch 20.

15-01-2024 08:30 - Determinar evolução da administração pelo cateter [FIM]

15-01-2024 14:00

15-01-2024 08:30 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso

periférico [todas as sessões] [FIM] 15-01-2024 14:00

15-01-2024 08:30 - Assegurar funcionamento do cateter [FIM] 15-01-2024 14:00

15-01-2024 08:30 - Otimizar cateter venoso periférico [SOS] [FIM] 15-01-2024 14:00

15-01-2024 08:30 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico [FIM] 15-01-2024 14:00

15-01-2024 08:30 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [todas as sessões] [FIM] 15-01-2024 14:00

15-01-2024 08:30 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico [FIM] 15-01-2024 14:00

15-01-2024 08:30 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [SOS] [FIM] 15-01-2024 14:00

15-01-2024 08:30 - Trocar cateter venoso periférico [SOS] [FIM] 15-01-2024 14:00

15-01-2024 09:00

15-01-2024 09:00 - Tubo endotraqueal [RESOLVIDO] 15-01-2024 10:00

15-01-2024 09:00 - Características do dispositivo: Máscara Laríngea Auragain nº4.

15-01-2024 09:00 - Assegurar funcionamento da máscara laríngea [FIM]

15-01-2024 10:00

15-01-2024 09:00 - Otimizar máscara laríngea [2ª sessão] [FIM] 15-01-2024 10:00

15-01-2024 10:00

15-01-2024 10:00 - Sonda de oxigénio [RESOLVIDO] 15-01-2024 11:00

15-01-2024 10:00 - Características do dispositivo: óculos nasais.

15-01-2024 10:00 - Assegurar funcionamento da sonda [FIM] 15-01-2024 11:00

15-01-2024 10:00 - Otimizar sonda de oxigénio [SOS] [FIM] 15-01-2024 11:00

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

Neste capítulo, será explorada a relevância do procedimento invasivo e das atitudes terapêuticas no âmbito dos cuidados de enfermagem.

Ao analisar a interdependência entre os procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica, procura-se compreender a magnitude desses elementos no planeamento e execução do cuidado ao cliente.

A abordagem integrada desses aspetos contribui para a qualidade dos cuidados de enfermagem e para uma experiência mais abrangente e personalizada dos cuidados de saúde, com a finalidade última de otimizar o bem-estar e a recuperação do cliente.

Procedimento invasivo

A primeira sessão do plano de cuidados teve início na sala de indução 30 minutos antes do procedimento invasivo, uma vez que no serviço em questão, não existe uma visita de enfermagem prévia à cirurgia, contudo, foi realizada por via telefónica uma consulta de enfermagem pré-operatória, uma semana antes do procedimento cirúrgico.

Apesar da consulta de enfermagem não ter sido realizada pela equipa de enfermagem do BO, existe evidência de que uma avaliação de enfermagem pré-operatória traz benefícios tanto para os clientes como para os profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, auxiliando todo o processo de tomada de decisão de cuidados ao cliente (Bray, 2006; Levett et al., 2016; Turunen et al., 2017).

Nessa primeira sessão, foi realizada a verificação da check list cirúrgica, permitindo validar toda a informação transmitida à cliente e o seu cumprimento, respeitando os critérios de segurança cirúrgica.

Como abordado no caso clínico 1, segundo AESOP e Pinheiro (2012) e Ramos et al. (2003), a visita pré-operatória de enfermagem seria o momento privilegiado no que diz respeito ao esclarecimento de dúvidas e ao planeamento das atividades a serem realizadas com vista a preparar a cliente para uma experiência cirúrgica mais segura. Na impossibilidade da sua realização e tendo em conta o carácter ambulatorio da cirurgia em estudo, irá ser abordado o conhecimento da cliente sobre os cuidados após a alta, apenas no período pós-operatório.

Procedeu-se de seguida à avaliação hemodinâmica da cliente, assim sendo, na admissão foi iniciada a monitorização a fim de verificar a sua tensão arterial, frequência cardíaca, saturação de oxigénio no sangue e a temperatura periférica.

Relativamente às perdas sanguíneas, um estudo clínico sobre as principais complicações intra e pós-operatórias da cirurgia de trabeculectomia, realizado num hospital da Roménia, observou que em 21% dos casos existiu hemorragia da câmara anterior no período intraoperatório, tendo sido constatado que esta complicação aparece frequentemente em clientes com glaucoma neovascular, hipertensão arterial e diabetes mellitus (Ramona et al., 2015).

Apesar da cliente apresentar os antecedentes clínicos referidos anteriormente, as perdas sanguíneas no intraoperatório foram residuais, não se verificando qualquer hemorragia no período pós-operatório.

Anestesia Geral

A anestesia realizada durante o procedimento cirúrgico foi a anestesia geral balanceada, já descrita no caso clínico 1, com suporte ventilatório (ventilação invasiva) através de um dispositivo supraglótico (máscara laríngea igel nº4).

Tendo em consideração a perda de consciência, amnésia, antinociceção e imobilidade induzida

pela anestesia geral, que provoca uma diminuição da pressão arterial e consequente hipoperfusão dos tecidos, durante o período perioperatório o cliente enfrenta um maior risco de desenvolver LPP (Brown et al., 2010).

O enfermeiro desempenha um papel crucial na prevenção de LPP, com uma intervenção chave no posicionamento adequado do cliente, adotando estratégias que podem incluir mudanças frequentes de posição (quando possível), uso de superfícies de suporte apropriadas e elaboração de planos individualizados de cuidados. Essas práticas são essenciais para mitigar os riscos de lesão e promover a integridade cutânea durante todo o processo perioperatório (Munro et al., 2010).

A prevenção de úlcera ou lesão da córnea é fundamental devido aos efeitos da AG que incluem a abolição do reflexo protetor da córnea, diminuição da produção basal de lágrimas e ausência de percepção da dor (Prakash, 2013). Recomendações de George et al. (2017) destacam a importância de encerrar o olho contralateral a operar, após a indução da anestesia, utilizando lubrificante ocular à base de parafina e aplicando um penso ocular até o final do procedimento.

Oxigenoterapia

Na fase pós-operatória (3ª sessão) foi fornecido oxigenioterapia à cliente, uma vez que a evidência demonstra que existe uma diferença marginalmente significativa de saturação periférica de oxigênio para clientes com aporte de oxigênio comparativamente com a ausência de oxigenioterapia durante a permanência na UCPA (Filho et al., 2001; Popov & Peniche, 2009; Maciel et al., 2017).

Segundo o estudo de Maciel et al. (2017) o grupo de clientes sem oxigenioterapia apresentaram casos de hipoxemia leve aos 60 minutos de pós-operatório, atrasando a recuperação cirúrgica (maior incidência de sonolência e NVPO). A utilização da oxigenioterapia deve por isso ser protocolada na admissão do cliente à UCPA, como medida de prevenção de hipoxemia.

Sondas, Drenos e Cateteres

Os cuidados de enfermagem a clientes portadores de cateteres venosos periféricos (CVP) são uma necessidade constante devido à frequência com que estes dispositivos são utilizados (O'Grady et al., 2002).

Segundo O'Grady et al. (2002), milhões de punções intravasculares são realizadas a cada ano, pelo que, o uso de cateteres venosos periféricos pode originar complicações locais ou sistêmicas, com aumento da morbidade e do tempo de hospitalização (Lopez et al., 2004), sendo a flebite a mais frequente (Lanbeck et al., 2004).

Segundo uma revisão sistemática da literatura sobre a intervenção de enfermagem decorrente do CVP, para além da importância dos cuidados de enfermagem na inserção do cateter, é fundamental a manutenção dos cuidados durante todo o tempo de permanência do dispositivo. Foi demonstrada também a importância dos conhecimentos e da formação contínua sobre *guidelines*, para a prática de cuidados e para redução de complicações (Oliveira & Parreira, 2010).

A cliente foi puncionada na sala de indução, com um CVP nº 20 no dorso da mão esquerda, sendo iniciada a anestesia geral, que como referido anteriormente provoca uma perda concomitante dos principais reflexos de proteção tornando-se necessário preservar as vias aéreas, através da inserção de uma máscara laríngea ou tubo endotraqueal (Siddiqui & Kim, 2023).

Em 2010, Yu e Beirne, realizaram uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de perceber as complicações das vias aéreas com utilização de máscara laríngea em comparação com a intubação endotraqueal. Foi verificado que os clientes que receberam anestesia geral, com o uso de máscara laríngea tiveram menor incidência estatisticamente e clinicamente significativa de laringospasmo durante o despertar, menos voz rouca no pós-operatória e menos acesso de tosse do que quando se usou um tubo endotraqueal (Yu & Beirne, 2010).

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
15-01-2024 08:30	Visão	
15-01-2024 08:30	Sistema cardiovascular	15-01-2024 11:00
15-01-2024 08:30	Metabolismo	15-01-2024 11:00
15-01-2024 08:30	Termorregulação	15-01-2024 11:00
15-01-2024 08:30	Atitudes terapêuticas	15-01-2024 11:00
15-01-2024 08:30	Sondas, Drenos e Cateteres	15-01-2024 14:00
15-01-2024 10:00	Consciência	15-01-2024 11:00
15-01-2024 10:00	Pele e mucosas	
15-01-2024 10:00	Sensações somáticas	15-01-2024 14:00
15-01-2024 11:00	Pensamento	15-01-2024 14:00
15-01-2024 11:00	Memória	15-01-2024 14:00
15-01-2024 11:00	Autogestão do regime medicamentoso	
15-01-2024 11:00	Padrão de exercício	15-01-2024 14:00

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

A ontologia de enfermagem pretende representar todas as áreas específicas do conhecimento em enfermagem que vão desde aspetos dos processos corporais (Neves & Parente, 2019; Gomes et al., 2021), passando pelo autocuidado nos seus requisitos universais (Queirós et al., 2021), até à autogestão do regime terapêutico (Cruz et al., 2016).

Perante o descrito anteriormente, neste capítulo do presente caso clínico pretende-se apresentar fundamentação teórica de acordo com a evidência existente, que corrobore a seleção dos domínios identificados e a sua relação com o processo cirúrgico que a cliente atravessa.

Domínios relevantes no pré e intraoperatório:

- Visão

O primeiro domínio identificado neste caso clínico foi o domínio da visão, tendo em conta a deficiência visual bilateral acentuada, que a cliente apresenta desencadeada pela patologia em estudo.

O termo deficiência visual é bastante abrangente, sendo que segundo Masini et al. (2006) pode incluir clientes com cegueira total (em que não existe perceção da luz) até à baixa visão ou visão subnormal.

Perante o descrito, numa fase inicial o enfermeiro de perioperatório deve fazer uma avaliação da visão, tendo em consideração duas vertentes: a acuidade visual (aquilo que a cliente vê a determinada distância) e o campo visual (a amplitude da área alcançada pela visão), com vista a perceber as limitações que a cliente apresenta, adaptando as estratégias de comunicação à condição clínica da mesma (Jarvis, 2002; Porto, 2017).

Após a avaliação de enfermagem, a cliente apresenta uma perceção visual bastante limitada, mais acentuada à direita. Perceciona a luz e descreve a presença do enfermeiro no seu campo visual como um vulto. Deambula com auxílio de uma bengala que utiliza de forma eficiente para se orientar no espaço.

Tendo em consideração a fisiopatologia da doença de glaucoma é importante relembrar que a visão da cliente é essencialmente central (o seu campo visual é bastante reduzido) daí a importância de o enfermeiro se posicionar de frente para a cliente sempre que pretenda falar com a mesma.

Após a cirurgia é colocado um penso oclusivo no olho direito da cliente, o que agrava a limitação

visual que por si só já era bastante reduzida. Perante isso, o enfermeiro deve ter presente o aumento do risco de queda que a cliente apresenta, pois, vários estudos referem que existe uma correlação positiva entre a limitação visual significativa e o aumento de quedas (Klein et al., 2003; De Boer et al., 2004; Squirrell et al., 2005).

Perante o descrito anteriormente, foram adotadas estratégias de prevenção de quedas durante o período perioperatório e foi promovido a autogestão para a prevenção de quedas, capacitando a cliente de conhecimento sobre a prevenção de quedas e sobre promoção de orientação no ambiente físico.

- Sistema cardiovascular

O domínio do sistema cardiovascular foi identificado na primeira sessão uma vez que a cliente apresenta como antecedentes de saúde HTA e como vai ser submetida a uma anestesia geral para a realização da cirurgia é necessário por razões de segurança cirúrgica a monitorização contínua da tensão arterial não invasiva com vista a antecipar eventuais complicações/alterações, atuando atempadamente em situações de hipotensão e/ou hipertensão, ou eventual hemorragia (Klein et al., 2021).

- Metabolismo

Tendo em consideração as recomendações de boas práticas clínicas no controlo peri-operatório do doente diabético publicadas na revista oficial da sociedade portuguesa de cirurgia, em 2009, doentes diabéticos tipo 2 controlados apenas com antidiabéticos orais (ADOS) sujeitos a cirurgia “minor” devem avaliar a glicémia capilar 1 hora antes da cirurgia, pelo menos uma vez no intraoperatório e após terminar período de jejum ou 4 horas após cirurgia (Pereira & Lisboa, 2009).

As recomendações referem ainda que se o cliente for dos primeiros do plano cirúrgico, podem “atrasar” a ingestão de ADOS até retomarem a ingestão oral no pós-operatório.(Pereira & Lisboa, 2009).

Em situações que o ADOS é a metformina, que é o caso da cliente em estudo, o *American Diabetes Association (2009)* recomenda que deve ser suspensa 24 horas antes do procedimento e reiniciada 48 a 72 horas após a cirurgia e se a função renal se mantiver dentro dos parâmetros normais, uma vez que este medicamento tem sido associada ao desenvolvimento de acidose láctica/metabólica (American Diabetes Association, 2009; Pereira & Lisboa, 2009).

- Termorregulação

A hipotermia é uma complicação frequente durante o procedimento anestésico-cirúrgico, sendo o enfermeiro de bloco operatório, determinante na garantia da normotermia no perioperatório, promovendo a segurança e conforto do doente cirúrgico (Penaforte et al., 2019).

Apesar de a presente cirurgia ter a duração média de apenas uma hora, tendo em conta o risco de desenvolver hipotermia, foi identificado este foco de atenção.

Durante o procedimento, a temperatura deverá ser avaliada de modo contínuo ou intermitente a cada 15 a 30 minutos até ao final da cirurgia e, como este procedimento cirúrgico excede os 30 minutos, a cliente deve ser aquecida ativamente, através de manta de aquecimento (Torossian et al, 2015; Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, 2017).

- Pele e mucosas

O domínio da pele e mucosas, foi identificado na última sessão do intraoperatório, com o intuito de contemplar a ferida cirúrgica, garantindo a continuidade dos cuidados à ferida.

A trabeculectomia, é uma cirurgia fistulante de glaucoma e tem como particularidade que a cicatrização da ferida não pode ser completa. Por isso, a maior limitação da trabeculectomia, é o desenvolvimento de fibrose na conjuntiva que impeça a continua drenagem de humor aquoso (Memarzadeh et al., 2009).

Perante o exposto a ferida cirúrgica dever ser continuamente avaliada pela equipa multidisciplinar, permitindo atrasar o processo de cicatrização, despistando eventuais sinais de ILC (como endoftalmite) ou outras complicações, mantendo este domínio ativo após o término do período pós-operatório.

Domínio relevante no pós-operatório:

- Consciência

O domínio consciência foi considerado nesta conceção de cuidados atendendo ao diagnóstico identificado de consciência comprometida, na última fase do intraoperatório e no pós-operatório imediato. Isto deve-se porque após a administração de fármacos anestésicos poderá haver alterações de resposta verbal e de abertura dos olhos, e pelo tipo de cirurgia poderá haver alguma lesão/complicação que altere a resposta motora (Klein et al., 2021; Sousa & Santos, 2021).

Após a cliente retomar estado de consciência foi dado termo ao diagnóstico “consciência comprometida” e respetivo foco consciência, no pós-operatório.

- Sensações somáticas

Apesar dos avanços farmacológicos e tecnológicos, a dor mantém-se o sintoma pós-operatório mais referido pelos clientes (Nunes et al., 2018).

A inadequada gestão da dor acarreta perdas em saúde significativas, atrasando todo o processo de recuperação cirúrgica. Estes pressupostos permitiram quem em 2003, a DGS, considerasse a

dor como o 5º sinal vital (DGS, 2003).

As medidas farmacológicas para autogestão da dor são a primeira linha de atuação, mas também podem ser complementadas com estratégias não farmacológicas nomeadamente, alterações de posicionamento com recurso a almofadas, exercícios de relaxamento e alteração do foco de atenção (Linton & Matteson, 2020).

Foram adotadas estratégias farmacológicas e não farmacológicas que surtiram efeito, a cliente referiu ausência de dor no pós-operatório tardio, pelo que foi dado termo a este diagnóstico.

- Pensamento e Memória

A avaliação da literacia em saúde da cliente é uma etapa fundamental no processo de recolha de dados sobre o conhecimento (Coelho, 2022). Assim deve ser avaliada a motivação, o envolvimento e a capacidade para aprender, através da identificação dos focos cognição e memória.

A equipa de enfermagem do Bloco Operatório só teve o primeiro contacto com a cliente meia hora antes da cirurgia, o que impossibilitou qualquer avaliação do conhecimento da cliente no período pré-operatório.

No pós-operatório intermédio, foram colhidos os dados, em que a cliente demonstrou capacidade cognitiva e vontade de aprender pelo que foi explorado o conhecimento que a cliente apresenta sobre autogestão do regime medicamentoso e padrão de exercício, sendo considerado que estes poderiam ser melhorados e que era o momento próprio para intervir.

- Autogestão do regime medicamentoso e padrão de exercício

O enfermeiro tem um papel fundamental na capacitação da cliente permitindo uma efetiva continuidade de cuidados e promovendo uma correta autogestão do regime medicamentoso (aplicação de colírios) e do padrão de exercício.

O conhecimento transmitido no pós-operatório tardio, apresenta-se descrito na especificação das intervenções. Na última sessão foi realizada nova avaliação do conhecimento que a cliente apresentou como facilitador, permitindo dar termo aos dois domínios aqui apresentados.

4.6. Conceção de Cuidados

Consciência

15-01-2024 10:00

15-01-2024 10:00 - Consciente.

15-01-2024 10:00 - Determinar sinais de alteração da consciência [FIM] 15-01-2024

11:00

15-01-2024 10:00 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência [3ª e 4ª sessão] [FIM] 15-01-2024 11:00

15-01-2024 11:00

15-01-2024 11:00 - Consciente.

Sensações somáticas

15-01-2024 10:00

15-01-2024 10:00 - Manifesta dor.

15-01-2024 10:00 - Dor [RESOLVIDO] 15-01-2024 14:00

15-01-2024 10:00 - Localização da dor

15-01-2024 10:00 - Olho Direita(o)

15-01-2024 10:00 - Intensidade da dor - 4.

15-01-2024 10:00 - frequência da dor - contínua.

15-01-2024 10:00 - duração da dor - aguda.

15-01-2024 10:00 - dor de tipo - moedeira.

15-01-2024 11:00 - Localização da dor

15-01-2024 11:00 - Olho Direita(o)

15-01-2024 11:00 - Intensidade da dor - sem dor.

15-01-2024 10:00 - Determinar evolução da dor [FIM] 15-01-2024 14:00

15-01-2024 10:00 - Avaliar evolução da dor [3ª e 4ª sessão] [FIM] 15-01-2024 14:00

15-01-2024 10:00 - Diminuir dor [FIM] 15-01-2024 11:00

15-01-2024 10:00 - Gerir analgesia [3ª e 4ª sessão] [FIM] 15-01-2024 11:00

15-01-2024 10:00 - Executar técnica não farmacológica de alívio da dor [3ª e 4ª sessão] [FIM] 15-01-2024 11:00

15-01-2024 10:00 - Aplicar restrição física da mobilidade [3ª e 4ª sessão] [FIM]

15-01-2024 11:00

15-01-2024 11:00

15-01-2024 11:00 - Sem manifestação de dor [MELHOROU].

15-01-2024 14:00

15-01-2024 14:00 - Sem manifestação de dor [MELHOROU].

Visão

15-01-2024 08:30

15-01-2024 08:30 - Acuidade visual

15-01-2024 08:30 - Bilateral: perda parcial crónica.

15-01-2024 08:30 - Visão comprometida

15-01-2024 08:30 - Determinar evolução da visão

15-01-2024 08:30 - Avaliar evolução da visão [todas as sessões]

15-01-2024 10:00 - Referenciar compromisso da visão ao médico [SOS]

15-01-2024 08:30 - Prevenir queda

15-01-2024 08:30 - Orientar o cliente no ambiente físico [todas as sessões]

15-01-2024 08:30 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [todas as sessões]

15-01-2024 11:00 - Promover autogestão: prevenção de quedas [FIM]

15-01-2024 14:00

15-01-2024 11:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

15-01-2024 14:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: facilitador [MELHOROU].

15-01-2024 11:00 - Conhecimento sobre promoção da orientação no ambiente físico: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

15-01-2024 14:00 - Conhecimento sobre promoção da orientação no ambiente físico: facilitador [MELHOROU].

15-01-2024 11:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda [RESOLVIDO] 15-01-2024 14:00

15-01-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de queda [4ª e 5ª sessão] [FIM] 15-01-2024 14:00

15-01-2024 11:00 - Ensinar sobre prevenção de quedas [4ª sessão] [FIM] 15-01-2024 14:00

15-01-2024 11:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da orientação no ambiente físico [RESOLVIDO] 15-01-2024 14:00

15-01-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção da orientação no ambiente físico [4ª e 5ª sessão] [FIM] 15-01-2024 14:00

15-01-2024 11:00 - Ensinar sobre promoção da orientação no ambiente físico [4ª sessão] [FIM] 15-01-2024 14:00

15-01-2024 11:00 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de quedas [4ª e 5ª sessão] [FIM] 15-01-2024 14:00

15-01-2024 11:00

Sistema cardiovascular

15-01-2024 08:30

15-01-2024 08:30 - Determinar evolução da pressão sanguínea [FIM] 15-01-2024 11:00

15-01-2024 08:30 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [todas as sessões] [FIM]

15-01-2024 11:00

15-01-2024 08:30 - Referenciar hipertensão ao médico [SOS] [FIM] 15-01-2024 11:00

Pele e mucosas

15-01-2024 10:00

15-01-2024 10:00 - Alterações da integridade dos tecidos.

15-01-2024 10:00 - Ferida cirúrgica

15-01-2024 10:00 - Localização da ferida cirúrgica

15-01-2024 10:00 - Olho Direita(o)

15-01-2024 10:00 - Comprimento da lesão tegumentar: 1.00 cm.

15-01-2024 10:00 - Largura da lesão tegumentar: 1.00 cm.

15-01-2024 10:00 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: descontínua.

15-01-2024 10:00 - Material de sutura da lesão tegumentar: fio absorvível.

15-01-2024 10:00 - Número de pontos de sutura da lesão tegumentar: 5.

15-01-2024 10:00 - Determinar evolução da ferida cirúrgica

15-01-2024 10:00 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica [3ª sessão e SOS]

15-01-2024 10:00 - Promover cicatrização da ferida cirúrgica

15-01-2024 10:00 - Aplicar penso de ferida [SOS]

15-01-2024 11:00 - Promover autogestão: cicatrização da ferida cirúrgica

[FIM] 15-01-2024 14:00

15-01-2024 11:00 - Conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

15-01-2024 14:00 - Conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica: facilitador [MELHOROU].

15-01-2024 11:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre

promoção da cicatrização da ferida cirúrgica [RESOLVIDO] 15-01-2024 14:00

15-01-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica [4ª e 5ª sessão] [FIM] 15-01-2024 14:00

15-01-2024 11:00 - Ensinar sobre cuidados à ferida cirúrgica [4ª sessão] [FIM]

15-01-2024 14:00

15-01-2024 11:00 - Ensinar sobre sinais de complicação da ferida cirúrgica [4ª sessão] [FIM] 15-01-2024 14:00

15-01-2024 11:00 - Avaliar evolução da autogestão da cicatrização da ferida cirúrgica [4ª e 5ª sessão] [FIM] 15-01-2024 14:00

15-01-2024 11:00

Metabolismo

15-01-2024 08:30

15-01-2024 08:30 - Glicemia capilar: 107 mg/dl.

15-01-2024 08:30 - Glicemia [RESOLVIDO] 15-01-2024 11:00

15-01-2024 08:30 - Determinar evolução da glicemia [FIM] 15-01-2024 11:00

15-01-2024 08:30 - Avaliar evolução da glicemia [1ª sessão e 3ª sessão] [FIM]

15-01-2024 11:00

15-01-2024 08:30 - Referenciar hiperglicemia ao médico [SOS] [FIM] 15-01-2024 11:00

15-01-2024 08:30 - Controlar glicemia [FIM] 15-01-2024 11:00

15-01-2024 08:30 - Gerir regime medicamentoso [todas as sessões] [FIM]

15-01-2024 11:00

15-01-2024 10:00

15-01-2024 10:00 - Glicemia capilar: 99 mg/dl.

15-01-2024 11:00

15-01-2024 11:00 - Glicemia capilar: 95 mg/dl.

Termorregulação

15-01-2024 08:30

15-01-2024 08:30 - Determinar evolução da temperatura corporal [FIM] 15-01-2024 11:00

15-01-2024 08:30 - Avaliar evolução da temperatura corporal [1ª sessão e 3ª sessão] [FIM] 15-01-2024 11:00

Pensamento

15-01-2024 11:00

15-01-2024 11:00 - Sem dificuldade em controlar os pensamentos e juízos formados.

15-01-2024 14:00

15-01-2024 14:00 - Sem dificuldade em controlar os pensamentos e juízos formados.

Memória

15-01-2024 11:00

15-01-2024 11:00 - Sem dificuldade em reter nova informação.

15-01-2024 11:00 - Sem dificuldade em recuperar informação.

15-01-2024 11:00 - Sem desorientação face às pessoas.

15-01-2024 11:00 - Sem desorientação no espaço.

15-01-2024 11:00 - Sem desorientação no tempo.

15-01-2024 11:00 - Determinar evolução da memória [FIM] 15-01-2024 14:00

15-01-2024 11:00 - Avaliar evolução da memória [4ª e 5ª sessão] [FIM] 15-01-2024 14:00

15-01-2024 14:00

15-01-2024 14:00 - Sem dificuldade em reter nova informação.

15-01-2024 14:00 - Sem dificuldade em recuperar informação.

Autogestão do regime medicamentoso

15-01-2024 11:00

15-01-2024 11:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

15-01-2024 11:00 - Não organiza a medicação conforme horário.

15-01-2024 11:00 - Autogestão do regime medicamentoso comprometida

15-01-2024 11:00 - Determinar evolução da autogestão do regime medicamentoso

15-01-2024 11:00 - Avaliar evolução do compromisso da autogestão do regime medicamentoso [4ª e 5ª sessão]

15-01-2024 11:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso

15-01-2024 11:00 - Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

15-01-2024 14:00 - Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: facilitadora [MELHOROU].

15-01-2024 11:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

15-01-2024 14:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: facilitador [MELHOROU].

15-01-2024 11:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: desvalorização.

15-01-2024 14:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador [MELHOROU].

15-01-2024 11:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO]

15-01-2024 14:00

15-01-2024 11:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso

na autogestão do regime medicamentoso [4ª e 5ª sessão] [FIM] 15-01-2024 14:00

15-01-2024 11:00 - Assistir o cliente a identificar compromisso na autogestão do regime medicamentoso [4ª e 5ª sessão] [FIM] 15-01-2024 14:00

15-01-2024 11:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre

autogestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 15-01-2024 14:00

15-01-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [4ª e 5ª sessão] [FIM] 15-01-2024 14:00

15-01-2024 11:00 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso [4ª sessão] [FIM] 15-01-2024 14:00

15-01-2024 11:00 - Ensinar sobre regime medicamentoso [4ª sessão] [FIM] 15-01-2024 14:00

15-01-2024 11:00 - Ensinar sobre resposta à medicação [4ª sessão] [FIM] 15-01-2024 14:00

15-01-2024 11:00 - Potencial para melhorar significado atribuído ao regime medicamentoso [RESOLVIDO] 15-01-2024 14:00

15-01-2024 11:00 - Avaliar evolução do significado atribuído ao regime medicamentoso [4ª e 5ª sessão] [FIM] 15-01-2024 14:00

15-01-2024 11:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [4ª e 5ª sessão] [FIM] 15-01-2024 14:00

15-01-2024 11:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso [4ª e 5ª sessão] [FIM] 15-01-2024 14:00

Padrão de exercício

15-01-2024 11:00

15-01-2024 11:00 - Autogestão do regime de exercício [RESOLVIDO] 15-01-2024 14:00

15-01-2024 11:00 - Determinar evolução do padrão de exercício [FIM]

15-01-2024 14:00

15-01-2024 11:00 - Avaliar evolução do padrão de exercício [4ª sessão] [FIM]

15-01-2024 14:00

4.7. Especificação das intervenções

Executar técnica não farmacológica de alívio da dor

- Elevar a cabeceira
- Assistir a utente a posicionar-se de forma confortável
- Gerir luminosidade do recobro
- Gerir ruído do recobro

Ensinar sobre prevenção de quedas

- Explicar à utente sobre o impacto da oclusão ocular e da limitação visual durante a sua utilização

Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso

- Ensinar a programar um horário de aplicação dos colírios compatível com as rotinas diárias
- Ensinar sobre estratégias que permitam lembrar da administração de medicação/colírios (Colocação de alarmes no telemóvel ou fazer uma marca no calendário após colocar cada colírio)
- Ensinar sobre a importância de manter um stock extra de medicação em casa e não esquecer de levá-las em viagens

Ensinar sobre resposta à medicação

- Ensinar que falhas repetidas na administração de anti-hipertensores oculares (colírios e medicação oral) resultam num baixo controlo da doença e em perda de visão.

Ensinar sobre regime medicamentoso

- Ensinar sobre doses e frequência de administração e sobre correta aplicação de colírios
- Explicar à utente que apesar da cirurgia pode ter que manter a aplicação de alguns colírios de manutenção
- Aplicar apenas 1 gota em cada olho (em caso de dúvida aplicar uma gota extra)
- Evitar que a ponta do colírio toque no olho, nos dedos ou qualquer outra superfície.
- Quando tem de administrar mais de um colírio deve esperar cerca de 5 minutos de intervalo entre cada um

Assistir cliente a analisar o significado dificultador

- Assistir a cliente a perceber quais os motivos que levaram à não adesão ao regime terapêutico

Assistir o cliente a identificar compromisso na autogestão do regime medicamentoso

- Explicar à utente que a fraca adesão ao regime terapêutico até ao momento, levou a um avanço mais acelerado da doença

Ensinar sobre cuidados à ferida cirúrgica

- Ensinar sobre aplicação de colírios conforme prescrição
- Ensinar sobre aplicação de penso oclusivo conforme prescrição
- Ensinar sobre presença de visão turva de 3 a 4 semanas devido ao uso de colírios e sutura corneana (pontos) que podem levar a erros de refração transitórios

Ensinar sobre sinais de complicação da ferida cirúrgica

- Ensinar sobre sinais de infeção ocular (vermelhidão, dor, sensibilidade à luz ou perda da visão)

Avaliar evolução do padrão de exercício

- Avaliar a realização de exercício da utente e informar sobre a importância de limitar esforços físicos durante 3 a 4 semanas

4.8. Síntese relativa ao caso

A ontologia de enfermagem refere-se à representação formal e explícita dos conceitos, relações e axiomas que compõem o domínio da enfermagem. Ela é uma estrutura conceptual que busca definir e organizar os elementos fundamentais relacionados à prática da enfermagem (Bastos et al., 2021).

A tomada de decisão clínica por parte dos enfermeiros tem por base 4 pilares fundamentais: os dados que resultam da apreciação do cliente; os focos/diagnósticos; os objetivos e as intervenções de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2024). Todos estes pilares foram abordados detalhadamente ao longo deste caso clínico.

O enfermeiro especialista desempenha um papel fulcral no processo de tomada de decisão em enfermagem. Com conhecimentos diferenciados, ele utiliza evidências, considera princípios éticos, colabora com equipas multidisciplinares, envolvendo-se na criação de protocolos e diretrizes clínicas que contribuem para a qualidade e segurança dos cuidados (Regulamento nº 140/2019)

A elaboração do presente caso clínico demonstrou ser uma mais-valia no processo de aprofundamento/desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista, permitindo melhorar todo o processo de tomada de decisão, tendo por base a mais recente evidência para fundamentar essa mesma decisão.

Apresentou como principal limitação a impossibilidade de realização de uma visita pré-operatória de enfermagem, por parte da equipa de enfermagem de bloco operatório, que permitisse explorar de forma mais aprofundada a condição clínica da cliente e das principais necessidades (nomeadamente as relacionadas com o conhecimento) que precisassem de ser colmatadas.

Em contrapartida, podemos concluir que os dois casos clínicos (Caso clínico 1 e Caso clínico 2) são um complemento do processo da tomada de decisão, na medida em que o primeiro caso tem maior enfoque no período pré-operatório e o segundo explora de forma mais exaustiva o período pós-operatório.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

No âmbito da UC “estágio de natureza profissional - módulo II” do curso de MEMCPSPE foi realizado um percurso que permitiu expandir e consolidar uma consciência profissional sobre o papel do EEMCPSPE.

Esse percurso possibilitou aprofundar e desenvolver competências de conceção, gestão e supervisão de cuidados. Permitiu, também, a promoção e desenvolvimento de aprendizagens profissionais significativas, tendo em vista uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem no âmbito do exercício profissional avançado em enfermagem médico-cirúrgica.

O presente capítulo tem como principais objetivos aprofundar e consolidar as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, refletindo sobre todo o processo de aquisição e desenvolvimento das mesmas ao longo do ENP nos domínios da prática profissional, ética e legal, prestação e gestão de cuidados no âmbito da enfermagem médico-cirúrgica, na área da enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

Entende-se por competência, a qualidade de ser capaz de resolver determinados problemas ou de exercer determinadas funções; aptidão. Define-se também como sendo a capacidade que uma pessoa tem para avaliar (algo ou alguém), idoneidade (Porto Editora, 2024).

O enfermeiro especialista apresenta competências científicas, técnicas e humanas que lhe permitem prestar cuidados de enfermagem especializados numa área de especialização em enfermagem. Assim, o enfermeiro especialista encontra-se numa posição privilegiada permitindo-lhe, tendo em conta a sua conceção de cuidados, ter um papel diferenciador no processo de tomada de decisão, organizando a prestação de cuidados por prioridades, incentivando de igual forma o trabalho coletivo numa perspetiva de fomentar a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, indo de encontro às reais necessidades de saúde dos clientes (Peres et al., 2013).

A certificação das competências clínicas especializadas tem a finalidade de garantir que o enfermeiro especialista tenha o conhecimento, habilidades e capacidades necessárias para atuar de forma eficaz em sua área de especialização, tendo em consideração todo o processo de tomada de decisão que vai de encontro às necessidades de saúde específicas de cada cliente (Regulamento nº 140/2019).

Isso implica que os enfermeiros especialistas adquiram competências especializadas que decorrem do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, concretizando-se, em competências comuns e em competências específicas inerentes a cada

área de especialidade (Regulamento nº 140/2019).

COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns são aquelas compartilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialização. Estas competências são demonstradas através da sua capacidade ampliada de conceber, gerir e supervisionar cuidados, bem como através do fornecimento de suporte eficaz ao exercício profissional especializado, incluindo atividades de formação, investigação e consultoria (Regulamento nº 140/2019).

As competências comuns do enfermeiro especialista subdividem-se em quatro domínios principais: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 140/2019). Seguidamente serão abordados detalhadamente, cada um desses domínios, explanando e refletindo, sobre o desenvolvimento das respetivas competências ao longo do ENP.

• Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal as competências do enfermeiro especialista centram-se no 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. Outra das competências focasse na garantia de uma prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento nº 140/2019).

A importância da prática segura, responsável e profissional na enfermagem, enfatizando a necessidade de um conjunto sólido de conhecimentos e da avaliação contínua das melhores práticas permite fornecer cuidados de alta qualidade, priorizando a segurança e o bem-estar dos clientes, tendo por base os mais altos padrões éticos e profissionais (OE, 2015).

O ENP permitiu desenvolver um conjunto de competências, técnicas e habilidades no que diz respeito à tomada de decisão de enfermagem, através do desenvolvimento da fundamentação teórica e prática, num processo de aprendizagem contínuo que fomentem práticas de enfermagem seguras e eficazes.

Permitiu-me também manter uma constante atualização, tendo por base a mais recente evidência, melhorando a minha fundamentação, nas diferentes práticas em enfermagem. Foi realizada uma avaliação crítica da literatura disponível, que me permitiu participar ativamente em congressos científicos e colaborar com a equipa de enfermagem dos locais de estágio no desenvolvimento de conhecimento que permite a melhoria constante da qualidade dos cuidados prestados.

Segundo a OE (2015), os enfermeiros devem ser capazes de tomar decisões clínicas informadas com base em evidências e julgamento clínico. Isso implica considerar cuidadosamente as necessidades individuais dos clientes, avaliar os riscos e benefícios de diferentes opções de tratamento e colaborar com outros profissionais de saúde para garantir a melhor assistência possível (OE, 2015).

Ao longo de todo o curso de MEMCPSPE foi desenvolvido um conhecimento sólido das normas éticas e legais que regem a prática da enfermagem na área da pessoa em situação peri operatória. Isso inclui o entendimento do código deontológico de enfermagem, regulamentações legais da profissão e direitos do cliente.

Durante as diferentes interações com o cliente, equipa de enfermagem e outros profissionais de saúde foram respeitados os padrões de conduta profissional definidos pelo código deontológico, nomeadamente o dever do sigilo (art. 106 da Lei 156/2015), em que foi mantida a confidencialidade do cliente e a sua autonomia, garantindo a prestação de cuidados de qualidade (Código deontológico, 2015).

O ENP permitiu enfrentar alguns dilemas éticos que levaram a tomadas de decisão complexas e que enriqueceram o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista. Foram identificados e avaliados potenciais riscos associados à prática clínica e discutidas eventuais responsabilidades legais no caso de eventos adversos ou litígios.

No contexto específico de BO, é imprescindível internalizar os princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão de enfermagem. É essencial que todos os cuidados prestados à pessoa/família estejam em conformidade com os princípios fundamentais da bioética, como a autonomia (através do respeito pelas escolhas e decisões verdadeiramente informadas e esclarecidas), a justiça (igualdade de tratamento em situações idênticas), a não maleficência (evitando intencionalmente causar danos, dolo) e a beneficência (maximizando os benefícios e minimizando os prejuízos, em prol dos interesses do cliente), reconhecendo assim a dignidade da vida humana (Martins, 2004; Sgreccia, 2009).

Tendo em conta as particularidades dos contexto clínico e as diversas necessidades da pessoa submetida a procedimento cirúrgico (com eventuais alterações do estado de consciência devido à sua condição clínica ou à administração de substâncias farmacológicas), foi crucial agir de acordo com o código de ética e com base em evidências científicas comprovadas, promovendo o conforto e segurança do cliente e respeitando a dignidade e privacidade da pessoa submetida a cirurgia, atuando como “advogado” de defesa dos verdadeiros interesses do cliente.

O projeto individual de comunicação com o cliente com limitações sensoriais, foi fundamental para exercer esse papel de defesa das necessidades do cliente, tendo em conta que foram adotadas estratégias de comunicação eficazes, que facilitaram a relação entre enfermeiro/cliente e permitiram perceber as reais necessidades individuais do cliente,

melhorando desta forma os cuidados de saúde prestados nesta população alvo.

- **Domínio da melhoria contínua da qualidade**

No domínio da melhoria contínua da qualidade, as competências do enfermeiro especialista focalizam-se em garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas e estratégicas institucionais na área da governação clínica; em desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e atuando na garantia de um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento nº 140/2019).

Em 2017, numa assembleia extraordinária do colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica foram criadas as diretrizes que enfocam os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica que permitem estruturar e orientar o exercício profissional dos enfermeiros. Este documento fomenta uma reflexão sobre os cuidados prestados, orientando a tomada de decisão de enfermagem, permitindo colocar em destaque a dimensão autónoma dos cuidados de enfermagem com o intuito desenvolver indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem (Colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica, 2017).

O enfermeiro especialista tem, por isso, um papel fundamental na melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem através da colaboração na conceção, operacionalização e disseminação de projetos que promovam a melhoria dos cuidados de saúde.

Durante o ENP foi possível participar, num dos contextos clínicos, no desenvolvimento da formação institucional sobre os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, o que me permitiu deter conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e melhoria contínua, incorporando esses conhecimentos na prestação de cuidados prestados.

O EEMCPSPE, na procura permanente da excelência no exercício profissional, persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes (pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa); ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde na vivência da situação perioperatória; previne complicações para a saúde dos clientes; maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais estes se encontram dependentes; conjuntamente com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação funcional aos problemas de saúde; contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem e procura o mais elevado nível de segurança à pessoa em situação perioperatória, minimizando o risco num ambiente que por si só, já é considerado de alto risco (Colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica, 2017).

Foi neste sentido, numa procura incessante pela melhoria da qualidade dos cuidados, concretamente no âmbito da comunicação no perioperatório, entre os enfermeiros e cliente com

limitações sensoriais que se desenvolveu uma *scoping review* com o intuito de perceber as principais barreiras de comunicação e quais as estratégias de comunicação a implementar nessa população alvo.

O projeto, para além de melhorar a qualidade da comunicação no perioperatório, permitiu também aumentar o grau de satisfação do cliente e respetiva família através da implementação da VPOE, onde foram adotadas as respetivas estratégias de comunicação, conseguindo, desta forma, tornar o ato cirúrgico-anestésico uma transição saudável e uma experiência positiva.

Na área da saúde, e especificamente em contexto de BO, a qualidade e a segurança são dois fatores indissociáveis que contribuem para a melhoria organizacional e dinâmica dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente (Waring et al., 2016).

No âmbito do ENP, integrei ainda, o grupo de trabalho responsável pela gestão de risco e pela Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (UL - PPCIRA), atuando na redução da incidência de infeção associada a cuidados de saúde, na promoção do uso correto e responsável de antimicrobianos e na diminuição da taxa de microrganismos com resistência adquirida a antimicrobianos.

Para tal, assisti um elemento da equipa de enfermagem, na promoção e supervisão das práticas locais de prevenção e controlo de infeção e de uso de antimicrobianos, atuando na sensibilização para o cumprimento obrigatório dos programas de vigilância epidemiológica de infeção associada a cuidados de saúde, de consumo de antimicrobianos e de resistências aos antimicrobianos. Foi realizada a vigilância e notificação de microrganismos-problema e de microrganismos alerta e pude presenciar a implementação de auditorias clínicas internas.

Foi garantido o cumprimento das precauções básicas de controlo de infeção e precauções baseadas nas vias de transmissão, através da realização de uma ação de formação e divulgação das orientações e das estratégias adotadas pela direção nacional do PPCIRA.

- **Domínio da gestão dos cuidados**

No domínio da gestão dos cuidados, as competências do enfermeiro especialista focalizam-se em gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa em articulação com as restantes equipas de saúde, adaptando as estratégias de liderança e gestão dos recursos às situações e aos contextos clínicos, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento nº 140/2019).

O enfermeiro especialista deve ser capaz de coordenar cuidados de forma integrada e colaborativa, garantindo que todas as necessidades do cliente sejam acauteladas numa abordagem holística. Isso envolve desenvolver planos de cuidados individualizados que atendam às necessidades específicas de cada cliente, tendo em consideração a sua condição de

saúde e as áreas de intervenção que necessitem de cuidados de enfermagem autónomos e interdependentes (Serra et al., 2021).

Durante o curso de MEMCPSPE foram desenvolvidos vários casos clínicos com base na ontologia de enfermagem que me permitiram desenvolver competências diferenciadas na colheita de dados, estabelecendo objetivos tendo por base a prioridade dos cuidados e desta forma criar diagnósticos que vão ao encontro das respetivas intervenções. A utilização da ontologia em enfermagem proporciona uma estrutura padronizada. A sua utilização permitiu-me refletir na prestação de cuidados, garantindo uma avaliação completa e fundamentada do cliente, traçando um plano de cuidados individualizado.

Ao seguir as etapas do processo, com recursos à plataforma e4nursing, desenvolvi habilidades de pensamento crítico e de tomada de decisão fundamentadas com base em evidência científica. A utilização desta plataforma apesar de desafiante mostrou vantagens não só por permitir melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos clientes, mas também permitindo desenvolver a minha capacitação para priorizar os cuidados de enfermagem prestados, melhorando substancialmente o meu processo de pensamento e fundamentação clínica.

No ENP foram realizados 4 casos clínicos na aplicação e4nursing desenvolvidos durante os contextos clínicos, sendo que 2 fazem parte integrante deste relatório, permitindo materializar as competências já referidas.

No que diz respeito à liderança, o enfermeiro especialista muitas vezes assume um papel de destaque na equipa de enfermagem, supervisionando outros membros da equipa e delegando responsabilidades de forma a otimizar a distribuição de tarefas, garantindo uma prestação de cuidados segura e eficaz. Isso inclui a alocação eficiente de recursos, como pessoal, equipamentos e suprimentos, para garantir a prestação de cuidados de alta qualidade dentro das restrições orçamentais e temporais (Mota et al., 2021).

Para garantir uma boa liderança, é essencial investir no desenvolvimento das capacidades de planeamento, organização e de tomada de decisão consciente e fundamentada. No ENP, em colaboração com a enfermeira tutora, foi possível tomar um papel ativo no estabelecimento de prioridades, na distribuição de tarefas de forma eficiente e articulação com as diferentes categorias de profissionais envolvidos no processo cirúrgico através do incentivo à adesão de normas e procedimentos baseados na mais recente evidência científica.

Foram aprimoradas as minhas competências na área de gestão e liderança, encontrando estratégias facilitadoras de comunicação com os diferentes elementos da equipa, o que permitiu contribuir para um ambiente seguro através da mobilização e coordenação de recursos materiais e humanos.

• **Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, as competências do enfermeiro especialista centram-se no desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, baseando a sua prática clínica especializada em evidência científica (Regulamento nº 140/2019).

Segundo o regulamento de formação profissional da ordem dos enfermeiros, revisto em 2021, a área da formação profissional assume um papel preponderante no reforço da capacidade de resposta de enfermagem aos desafios emergentes, e em particular para um exercício profissional de excelência, constituindo um fator diferenciador e determinante em matéria de empregabilidade, adaptabilidade, de desenvolvimento profissional e pessoal. A formação profissional permite dotar os profissionais de competências e conhecimentos que os preparem para novos desafios, maiores áreas de intervenção e de responsabilidade num contexto de constante atualização do conhecimento (Regulamento n.º 656/2021).

Vários autores corroboram que a prática baseada em evidências, é essencial na tomada de decisões durante a prestação de cuidados de enfermagem, fomentando uma prestação de cuidados que promova a qualidade e segurança dos mesmos. Isso se torna especialmente relevante no contexto perioperatório, uma vez que pode contribuir significativamente para a redução dos riscos associados à prestação de cuidados, resultando numa maior eficiência (menos dispêndio de tempo e de recursos). É fundamental que os enfermeiros apliquem a prática baseada na evidência em todas as fases do processo de enfermagem (Galvão et al., 2002; Brink et al., 2017; Danski et al., 2017).

A OMS refere-nos também que a evidência científica deve ser usada sistematicamente na prática clínica de enfermagem perioperatória, com o objetivo de diminuir as lacunas existentes entre o conhecimento produzido e sua aplicação prática. Essa discrepância é considerada um dos quatro principais desafios relativos à segurança cirúrgica (OMS, 2009).

O ENP foi realizado em dois contextos bastante diferenciados que me permitiram desenvolver a capacidade de criar ambientes de aprendizagem contínua, numa perspectiva de fomentar o meu processo de desenvolvimento profissional, mas também pessoal. Esse desenvolvimento pessoal foi enriquecido pela criação de um projeto de estágio que foi partilhado com as respetivas equipas de enfermagem.

O projeto de desenvolvimento pessoal, elaborado no ENP módulo I, intitulado de "Visita Pré-operatória de Enfermagem à pessoa com limitações sensoriais" apresentava vários objetivos, que podem ser consultado no Anexo I, destacando-se a realização de uma *scoping review*, orientada pela metodologia *JBI*.

Esta revisão teve como objetivos mapear a evidência científica disponível, com o intuito de permitir identificar as principais estratégias de comunicação a implementar na VPOE de clientes

com limitações sensoriais, percebendo de igual forma quais as principais barreiras de comunicação inerentes a esta população alvo.

A escolha desta temática, além de pretender ser o motor para o desenvolvimento de competências especializadas, no âmbito da enfermagem perioperatória, teve em consideração a relevância da mesma para os contextos de estágio, bem como motivações pessoais.

Os resultados obtidos foram apresentados sob a forma de artigo. A divulgação dos resultados à equipa de enfermagem foi realizado através de uma formação em serviço (com recurso a uma apresentação em PowerPoint, apresentada no Anexo II).

A investigação realizada proporcionou um momento de análise e reflexão, por parte da equipa de enfermagem sobre as experiências vivenciadas no contexto clínico, permitindo melhorar algumas falhas no processo de comunicação em enfermagem com o cliente com limitações sensoriais.

A implementação da VPOE em clientes com limitações sensoriais, num dos contextos, permitiu fortalecer a minha capacidade de planear, desenvolver e implementar programas de educação contínua que atendam às necessidades de aprendizagem da equipa de enfermagem.

Durante o percurso do mestrado, participei em várias congressos e eventos nas mais diversas áreas da enfermagem perioperatória, permitindo desenvolver competências de autoformação e autoaprendizagem, através da aquisição de novos conhecimentos adquiridos com base na investigação científica que foi sendo realizada.

A produção científica realizada foi divulgada através da transmissão aos pares, contribuindo ativamente para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, destacando-se os seguintes congressos/ eventos:

- Congresso "NURSID SPRING SCHOOL 2023", realizado pela Escola Superior de Enfermagem do Porto, a 9 de maio de 2023, participando no Seminário de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, com o tema "Ensinar sobre Analgesia Controlada pelo Paciente no Pré-Operatório";

- "Congresso de enfermagem perioperatória - Tecnologia, inovação e cuidados de excelência", realizado no auditório Municipal de Lousada nos dias 24 e 25 de novembro de 2023 foi apresentado em co-autoria, um poster alusivo ao tema "Notificação de incidentes como indicador de qualidade no Bloco Operatório", apresentado no Anexo III;

- "I Jornadas de Enfermagem Perioperatória em Oncologia do IPO-Porto-Diferenciação da Enfermagem Perioperatória em Oncologia: realidade, futuro e desafios?", que decorreu no Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, E.P.E., nos dias 16 e 17 de Fevereiro de 2024, foi divulgada através de uma comunicação livre a temática do projeto individual, intitulada "Estratégias de comunicação a implementar na visita pré-operatória de enfermagem

(VPOE) aos clientes com limitações sensoriais (auditivas e visuais)". O Powerpoint apresentado foi semelhante ao já referido no Anexo II, sendo ainda divulgado o resumo que pode ser consultado no Anexo IV.

No contexto clínico onde exerço atividade profissional foi-me ainda dada a oportunidade de participar no "1º Encontro de Enfermagem Oftalmológica CUF", realizado no auditório do hospital CUF Descobertas no dia 02 de março de 2024 e foi também possível integrar a mesa de trabalhos para a realização das jornadas de oftalmologia do hospital da Luz de Coimbra que vão decorrer no próximo mês de fevereiro de 2025.

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA

Os enfermeiros representam a parcela mais significativa de profissionais de saúde, nas diferentes organizações de saúde, apresentando, cada vez mais, um papel de destaque que contribui para a progressiva importância da enfermagem como profissão e disciplina tendo em conta a sua relevância e crescente diferenciação (Regulamento n.º 613/2022).

O avanço da enfermagem como ciência tem sido notável, com um aumento significativo nas áreas de investigação. Isso tem proporcionado aos enfermeiros um corpo de conhecimento mais especializado e autónomo, resultando em maior reconhecimento e responsabilidades mais complexas na prestação de cuidados e na gestão dos serviços de saúde (Regulamento n.º 613/2022).

Enquanto profissão, a enfermagem tem evoluído para atender às crescentes demandas de cuidados em diversos contextos de atuação. Isso implica uma ampliação contínua do conhecimento, das práticas e contextos de trabalho, potenciando novos campos de atuação. A especialização numa área de interesse de enfermagem permite desenvolver uma maior autonomia profissional enquanto elementos diferenciados que fazem parte de uma equipa multidisciplinar de saúde (Regulamento n.º 613/2022).

Segundo o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019), são definidas como competências específicas de enfermagem,

“as 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” (Regulamento n.º 140/2019, p.4745).

Focalizando a atenção, na especialidade de enfermagem médico-cirúrgica, dada a sua ampla abrangência e a crescente demanda por cuidados especializados em áreas emergentes, torna-se imperativo definir competências específicas de acordo com o destinatário dos cuidados e o

contexto de intervenção. Nesse sentido, destacam-se diferentes áreas de enfermagem, com ênfase na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e área de enfermagem à pessoa em situação crónica (Regulamento nº 429/2018).

Neste caso específico, é alvo de interesse a área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação perioperatória que tem como alvo de intervenção a pessoa e família/pessoa significativa, a vivenciarem experiência cirúrgica/anestésica.

Dado o contexto altamente específico e complexo do período perioperatório, é crucial formar profissionais de enfermagem competentes e reconhecidos, capazes de avaliar as necessidades de cuidados, executá-los, prevenir complicações e zelar pela segurança, controle de infeção e conforto do cliente ((AESOP & Pinheiro, 2012).

O enfermeiro perioperatório assume, por isso, a responsabilidade fundamental de garantir cuidados seguros à pessoa, assistindo nas atividades de vida comprometidas e protegendo contra riscos inerentes ao processo cirúrgico, facilitando a comunicação pré, intra e pós-operatória essencial para a continuidade dos cuidados de enfermagem ((AESOP & Pinheiro, 2012).

A intervenção do enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória desenvolve-se em cinco áreas de atuação complementares entre si: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos (Regulamento nº 429/2018).

O EEMCPSPE enfrenta desafios decorrentes da complexidade crescente dos procedimentos cirúrgicos, do avanço tecnológico na área da saúde e do incremento de comorbilidades associadas ao aumento de esperança média de vida da população e da igualdade de acesso aos cuidados de saúde. Perante o descrito, o enfermeiro perioperatório deve manter uma consciência cirúrgica, desempenhando um papel crucial na segurança e qualidade dos cuidados cirúrgicos, cuidando da pessoa tendo em conta a sua individualidade e vulnerabilidade antes, durante e após a cirurgia (Colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica, 2017; Duff et al., 2022).

Garantir a presença de uma equipa de enfermagem diferenciada e especializada no contexto de BO é essencial para assegurar a qualidade dos cuidados, segurança dos clientes e profissionais, redução de complicações pós-cirúrgicas, conforto e satisfação dos clientes, e continuidade dos cuidados através de uma comunicação eficaz.

A presença do enfermeiro perioperatório assume também um papel fundamental na centralização dos cuidados no cliente, evitando a ênfase em metas de produção inerentes ao BO, promovendo o controlo de qualidade e a gestão de risco, numa perspetiva de humanização do cuidado e empoderamento do cliente (Colégio da especialidade de enfermagem médico-

cirúrgica, 2017).

Para a equipa de saúde e para as diferentes organizações de saúde, o enfermeiro perioperatório representa um valor significativo, influenciando diretamente o desempenho organizacional e a otimização de recursos. O reconhecimento dos blocos operatórios como ambientes com aptidão formativa, demonstra melhoria nas condições de trabalho e formação, e fomentando padrões de qualidade uniformes e transparentes entre as unidades, o que representa um passo crucial para melhorar a prática e a segurança dos cuidados cirúrgicos (Colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica, 2017).

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

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica desempenha um papel crucial no cuidar da pessoa em situação perioperatória e da sua família ou pessoa significativa através da mobilização de conhecimentos especializados que permitem compreender minuciosamente cada etapa do processo perioperatório.

Atua como elemento diferenciador, destacando-se o seu enfoque na capacitação da pessoa e família/pessoa significativa, para a gestão da experiência cirúrgica e na promoção de cuidados à pessoa em situação perioperatória, permitindo desenvolver a sua intervenção numa perspetiva interprofissional, facilitando todo o processo de transição saúde/doença que o cliente atravessa (Regulamento nº 429/2018).

As necessidades da pessoa em situação perioperatória e de sua família/pessoa significativa são acauteladas, através de uma avaliação abrangente que permite ao EMCPSPE elaborar um plano de intervenção personalizado para atender às necessidades individuais identificadas, tendo um papel ativo em todo o processo de compreensão, por parte do cliente, das informações relevantes para o exercício de sua autodeterminação e tomada de decisão, cumprindo todas as recomendações legais e éticas relacionadas ao consentimento informado.

Perante o descrito e à luz dos pressupostos teóricos e dos modelos conceptuais de enfermagem o EEMCPSPE deve ser considerado um elemento precursor dos processos transacionais a que o indivíduo está sujeito ao longo de todo o seu ciclo de vida, baseando-se na observação do ser humano, na forma como enfrenta e lida com situações de mudança e/ou alterações de vida (Meleis, 2010).

A teoria das transições de Afaf Meleis surge na década de 60, com base numa investigação que permitia perceber quais as principais intervenções de enfermagem que poderiam facilitar os processos de transição e quais os fatores que impediam algumas pessoas de não conseguirem vivenciar essas transições de forma saudável (Alligood, 2013).

A teoria das transições é uma teoria de médio alcance que se estrutura em três pilares fundamentais, interligados entre si: a natureza das transições, onde se aborda os tipos, padrões e propriedades das transições; os condicionantes da transição, que podem ser facilitadores ou inibidores englobando condicionantes de origem pessoal, da comunidade e da sociedade; e finalmente os padrões de resposta com base indicadores de processo e indicadores de resultado (Meleis, 2010).

No que diz respeito à natureza das transições, estas podem ser consideradas de quatro tipos, desenvolvimental, situacional, saúde/doença ou organizacional. Nas transições de saúde/doença, a pessoa/família tem a necessidade de redefinir novos papéis, sendo por vezes necessário adquirir novas competências que permitam ultrapassar o aparecimento de uma doença aguda ou crónica. O EEMCPSPE assume um papel facilitador de todo o processo, possibilitando ao cliente atingir novamente um estado de equilíbrio (Meleis, 2010).

Em contexto de BO, as transições mais vivenciadas pelo cliente, família/pessoa significativa, numa cirurgia eletiva, consistem na alteração de um estado saudável para um estado de doença aguda ou um estado de doença crónica para um estado de agudização. Contudo, nem todas as cirurgias implicam a necessidade da passagem por parte do cliente, por um processo de transição, sendo que, após o período de recuperação mantém o seu estilo de vida inalterado.

Por outro lado, algumas cirurgias, que afetam a imagem corporal do cliente, ou que impliquem alterações estruturais dos seus estilos de vida, carecem da aquisição de competências que facilitem esse processo de transição (Meleis, 2010). A título de exemplo, no caso clínico 1, o cliente irá passar por 1 processo de transição, sendo necessário um longo período de adaptação para que o mesmo consiga perceber eficazmente os estímulos elétricos emitidos pelo implante coclear.

Desta forma, o grande desafio do enfermeiro do perioperatório passa por proporcionar transições saudáveis ao cliente e família/pessoa significativa, reconhecendo as suas particularidades, permitindo desenvolver estratégias facilitadoras da aquisição de novas competências e experiências associadas ao contexto perioperatório (Costa, 2016).

Em 2000, o conselho de administração da AORN sentiu a necessidade de criar um Modelo específico para o contexto perioperatório, designado de “Perioperative Patient Focused Model”, que tem como intuito desenvolver a estrutura conceptual para a prática de enfermagem perioperatória. Segundo este modelo, o EEMCPSPE assume um papel preponderante na concretização de cuidados perioperatórios direcionado para alcançar resultados de alta qualidade para os clientes em contexto perioperatório (Rothrock & Smith, 2000).

Na figura 2 pode verificar-se que o ícone que representa o cliente perioperatório está localizado no centro do modelo, dando ênfase à importância da realização de cuidados de enfermagem centrados no cliente. Na ocorrência de procedimentos operatórios, com necessidade de

anestesia geral o EEMCPSPE desempenha um papel importante como defensor do cliente supervisionando os cuidados perioperatórios realizados pela equipa multidisciplinar (Sharon, 2020).

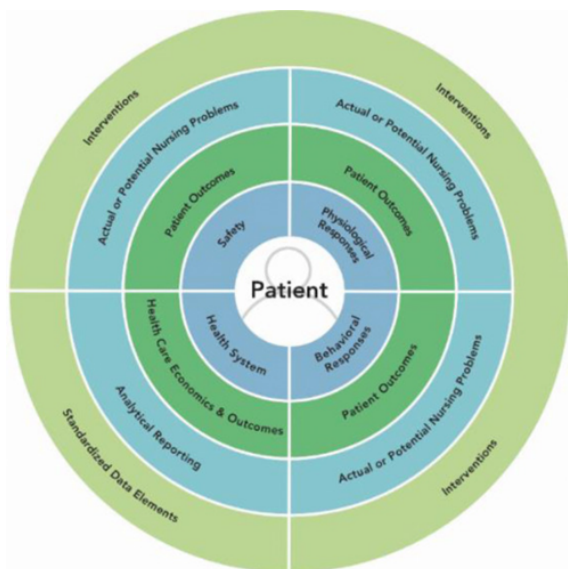


FIGURA 2: Perioperative Patient Focused Model (2017).

O Modelo Perioperatório Focado no Cliente assenta em quatro domínios fundamentais, sendo que os três domínios “Segurança”, “Respostas Fisiológicas” e “Comportamental” são centrados no cliente e incorporam elementos essenciais no cuidado perioperatório. O domínio “Sistema de Saúde” concentra-se nos elementos estruturais que descrevem o ambiente de cuidados de saúde em que os enfermeiros de perioperatório atuam no atendimento ao cliente podendo-se representar pela dotação segura de profissionais competentes, pela existência de equipamentos adequados e respetivo acondicionamento e higienização dos mesmos, promovendo ao cliente cuidados da saúde baseados na melhor evidência científica (Sharon, 2020).

No domínio da “segurança” o EEMCPSPE deve promover a ausência de sinais e sintomas de lesões físicas não associadas à finalidade cirúrgica que o cliente é submetido. Durante o *continuum* perioperatório, que inclui as fases pré-operatórias, intraoperatórias e pós-operatórias o enfermeiro perioperatório deve fornecer cuidados que protejam o cliente de lesão física, como por exemplo a prestação de cuidados de enfermagem perioperatórios que garantam ausência de sinais e sintomas provocados por lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico (Sharon, 2020).

Nos domínios das “respostas fisiológicas” e “comportamentais” os EEMCPSPE devem fornecer cuidados perioperatórios que mantenham as respostas fisiológicas do cliente tendo por base as suas referências basais. Assumem de igual forma um papel bastante relevante na capacitação do cliente, para a compreensão de todo o processo perioperatório. Para tal, os cuidados de

enfermagem perioperatórias prestados, acentam nos princípios do respeito pela dignidade e privacidade do cliente garantindo uma abordagem equitativa e compassiva, permitindo que a prestação de cuidados de enfermagem seja livre de preconceitos ideológicos (Sharon, 2020).

a) Capacita a pessoa e família, para a gestão da experiência cirúrgica

Na procura permanente da excelência no exercício profissional enquanto futura enfermeira especialista na área do perioperatório, a escolha da temática do projeto relativamente à busca por estratégias de comunicação que facilitem a interação com o cliente com limitações sensoriais no perioperatório, surge precisamente, com o objetivo de permitir uma melhor gestão da experiência cirúrgica por parte da pessoa e respetiva família.

A implementação deste projeto, permitiu-me identificar com maior clareza as necessidades das pessoas com limitações sensoriais e desta forma desenvolver um plano de intervenção personalizado a cada cliente que permitisse ir ao encontro da satisfação dessas mesmas necessidades, nomeadamente face à comunicação/informação esclarecida permitindo o exercício da sua autodeterminação e tomada de decisão, diminuindo os níveis de ansiedade e medos presentes nesta população-alvo instigados pela desinformação associada às barreiras de comunicação pré-estabelecidas (Santos & Silva, 2019).

Foi, de igual forma desenvolvida uma ação de sensibilização aos enfermeiros do serviço, onde foram apresentados os resultados obtidos da *scoping review* relacionada com a importância da comunicação com o cliente com limitações sensoriais, durante o período perioperatório, demonstrando através da evidência científica, quais as principais estratégias facilitadoras da comunicação que devem ser adotadas durante este contexto cirúrgico. Finalmente, foi evidenciado o papel fundamental e diferenciado que o enfermeiro do perioperatório pode desenvolver e quão indispensável é na gestão da comunicação.

Com o desenvolvimento das estratégias de comunicação para esta população específica, foi possível ficar mais desperta para as eventuais limitações de outros clientes, tentando adaptar as minhas estratégias de comunicação às especificidades de cada contexto, tendo sempre por base os pressupostos legais e éticos essenciais para a obtenção de um consentimento informado por parte do cliente.

Segundo AORN (2007), os clientes devem de ser avaliados no pré-operatório por um enfermeiro perioperatório, que realiza previamente o respetivo registo e elaboração do plano de cuidados individualizado, permitindo uma correta colheita de dados das eventuais necessidades do cliente durante todo o período perioperatório (AORN Recommended Practices Committee, 2007).

A promoção de conhecimentos no período pré-operatório, ao cliente submetido a cirurgia é essencial no controlo e na diminuição dos níveis de ansiedade pré-operatória, permitindo desenvolver respostas adequadas às diferentes situações que a pessoa vivencia e possibilitando mais uma vez uma participação efetiva na tomada de decisão e gestão de perspetivas futuras

(Gonçalves et al., 2017).

Na incapacidade estrutural e de recursos humanos para a realização de uma consulta pré-operatória estruturada no campo de estágio referente ao bloco central, a VPOE, assume-se como o início do processo dos cuidados perioperatórios e integra uma atuação multidisciplinar na finalidade de satisfazer as necessidades das pessoas alvo dos cuidados com vista à sua individualização no BO (Melo et al., 2013). Esta, permite aos enfermeiros realizar uma avaliação organizada, planeada e contínua das necessidades da pessoa proposta a cirurgia, atendendo à promoção de um ambiente seguro nos cuidados e à consciencialização do evento crítico da cirurgia, conduzindo a pessoa e sua família a experienciarem uma vivência mais positiva (Bastos & Fernandes, 2013).

Segundo Souza et al. (2010), a intervenção de enfermagem no pré-operatório deve centrar-se no planeamento de intervenções que visem a adaptação do cliente à cirurgia e ao ambiente hospitalar. Tem a finalidade de promover a aceitação da pessoa à sua situação e a adoção de estratégias que permitam enfrentar o problema, proporcionando uma cirurgia tranquila e uma boa recuperação, reduzindo a probabilidade de complicações no decorrer de todo o período perioperatório (Souza et al., 2010).

Os benefícios da VPOE são inúmeros e indiscutíveis na medida em que a mesma pressupõe uma avaliação individualizada e reflexiva das necessidades identificadas para a pessoa proposta a cirurgia, facilita o processo de conhecer o cliente, permite um acolhimento personalizado no BO, atende à individualidade da pessoa e reforça ainda o cliente enquanto sujeito ativo dos seus cuidados, quer através da promoção da validação do consentimento informado, quer através de estratégias de promoção de minimização de ansiedade e colaboração na planificação dos cuidados (Bastos & Fernandes, 2013).

Sumariamente, a VPOE deve ser efetuada pelo enfermeiro do BO que irá acolher a pessoa no serviço no dia da sua cirurgia ou que a acompanha durante o ato cirúrgico (no contexto clínico de bloco central era realizada pelo enfermeiro alocado à função de anestesia), assegurando como tal a continuidade dos cuidados perioperatórios (Lourenço, 2004).

Como referi na caracterização dos contextos, a VPOE no estágio realizado no bloco central, encontrava-se implementada para duas especialidades cirúrgicas, estando em fase de progressão. Existia um documento de apoio à visita que servia de guia orientador para uma correta colheita de dados. Este documento sofreu uma atualização, na qual pude colaborar, uma vez que se centrava muito num modelo biomédico e não respondia a questões importantes para a correta formulação de diagnósticos de enfermagem.

Durante a visita de enfermagem é entregue um questionário de satisfação ao cliente sobre a visita e sobre os cuidados de saúde prestados no BO. É disponibilizado, igualmente, um envelope com um selo timbrado, que permite ao cliente responder ao questionar no domicílio, já

depois de todo o processo cirúrgico se encontrar concluído, sem qualquer encargo para o cliente (apenas é necessário colocar o envelope numa caixa de correio).

Em paralelo com a realização da *scoping review* foi pedida autorização à direção clínica de enfermagem para a utilização desse documento de colheita de dados e autorização para realizar a VPOE aos clientes com limitações auditivas submetidos a colocação de implante coclear. Esta articulação da prática clínica com a evidência científica consultada permitiu-me desenvolver estratégias de comunicação essenciais para as competências específicas que o EEMCPSPE deve adquirir.

b) Promove cuidados à pessoa em situação perioperatória

O período pré-operatório tem continuidade com a chegada do cliente ao BO, sendo este um momento crucial para a continuidade dos cuidados estabelecidos já com a VPOE. Sempre que possível, o elemento de enfermagem que realizou a VPOE recebe o cliente e é perceptível o impacto positivo que esta intervenção de enfermagem tem nos níveis de ansiedade e no grau de satisfação do cliente.

Após o acolhimento é realizada uma verificação pré-operatória, sendo que em 2009, a OMS desenvolveu uma Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) para ser implementada nas salas operatórias. Esta ferramenta foi criada para reforçar práticas de segurança, promover uma comunicação mais eficaz e melhorar o trabalho em equipa entre os profissionais de saúde. Apresenta como principais finalidades, aprimorar a segurança cirúrgica, reduzindo a taxa de mortalidade e morbilidades associadas a complicações cirúrgicas evitáveis (Tscholl et al., 2015).

A LVSC abrange itens distribuídos em três momentos: antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes da saída do cliente da sala de operações. As ações incluem a verificação de diversos aspetos, tais como a identificação do cliente, o correto funcionamento dos equipamentos (tanto anestésicos como cirúrgicos) a apresentação de todos os membros da equipa bem como a administração de profilaxia antibiótica (OMS, 2009).

Inicialmente, a LVSC foi adotada em mais de 4000 hospitais em todo o mundo (Putnam et al., 2014), sendo considerada um indicador de qualidade nos cuidados ao cliente (Bergs et al., 2014). Em Portugal, foi emitida pela DGS, a Norma 02/2013 de 12 de fevereiro, atualizada a 25 de junho de 2013, que determina a obrigatoriedade da implementação do projeto “Cirurgia Segura, Salva-Vidas” em todos os BO do Sistema Nacional de Saúde (SNS) e entidades com ele contratadas (DGS, 2013).

Em ambos os contextos clínicos presenciados, a realização da LVSC foi considerada um momento de grande destaque, permitindo a realização de um briefing cirúrgico entre todos os elementos da equipa envolvidos no ato cirúrgico. Este entrosamento da equipa cirúrgica permitiu-me melhorar as minhas competências nesta área, adotando uma comunicação mais eficaz com os diferentes elementos da mesma indo ao encontro dos pressupostos estabelecidos

pela AORN na garantia da segurança ideal para a pessoa a ser submetida a cirurgia, com o intuito de alcançar os melhores resultados possíveis (AORN, 2022).

A transferência da pessoa para a mesa operatória, é um momento crucial dos cuidados de enfermagem no que diz respeito à garantia do conforto, dignidade e respeito pela privacidade do cliente. Deve ser tida em consideração a autodeterminação do cliente e suas crenças e valores, assegurando que este compreende toda a informação fornecida para o exercício da sua autonomia e tomada de decisão. Falamos novamente do consentimento informado, livre e esclarecido relativo aos procedimentos a que vai ser submetido e suas implicações (DGS, 2015).

Relativamente ao posicionamento cirúrgico foi possível desenvolver competências específicas de enfermagem, tendo sempre presente a responsabilidade partilhada por toda a equipa cirúrgica, atuando como elemento ativo no processo de decisão, execução e avaliação do mesmo. O posicionamento cirúrgico é considerado um momento importante para o desenrolar eficaz de todo o processo cirúrgico pois para além de ser essencial para expor corretamente a área cirúrgica a intervencionar, deve ser respeitado o alinhamento corporal do cliente, mantendo as funções respiratórias e circulatórias, protegendo de igual forma a integridade neuromuscular e cutânea dos tecidos reconhecidos como zonas de pressão (Rothrock, 2021).

Considero que sempre colaborei com a equipa multidisciplinar de modo a contribuir positivamente para um posicionamento adequado, através da identificação de possíveis riscos inerentes e providenciando material adequado para a sua realização. Para melhor compreender as possíveis complicações que advêm dos vários posicionamentos cirúrgicos, que podem manifestar-se quer no intraoperatório quer no pós-operatório, assim como as suas repercussões, fundamentei-me através de recurso à literatura atual disponível.

Apesar do posicionamento cirúrgico ser da responsabilidade de todos os elementos da equipa cirúrgica, os enfermeiros perioperatórios, tendo em conta a sua área de atuação, apresentam funções específicas que não devem ser descuradas, permitindo o sucesso de todo o processo cirúrgico.

Como já foi referido, o enfermeiro de anestesia para além de realizar a VPOE no dia anterior, desempenha um papel crucial no acolhimento da pessoa no BO iniciando a LVSC, com base no consentimento informado e esclarecido por parte do cliente. Este profissional encaminha a pessoa para a mesa operatória e é responsável pela administração da anestesia, de acordo com a prescrição do anestesista (Viegas & Névoa, 2014). Suas responsabilidades incluem garantir a disponibilidade e funcionamento adequado de todos os materiais, medicamentos e equipamentos necessários, além de aplicar estratégias para prevenir danos decorrentes da preparação e administração de medicamentos e procedimentos anestésicos (Guedes, 2013; Göras et al., 2020).

No que diz respeito às funções do enfermeiro instrumentista e circulante, estas podem ser

consideradas complementares, sendo que o enfermeiro instrumentista atua na área esterilizada, enquanto o enfermeiro circulante opera fora desta zona (Kang et al., 2014; Viegas & Névoa, 2014). O enfermeiro instrumentista tem como principais funções preparar e organizar a mesa operatória, garantindo a disponibilidade de instrumentos e dispositivos médicos adequadamente preparados e organizados de acordo com o procedimento cirúrgico a ser realizado e os princípios de assepsia cirúrgica, atuando igualmente na prevenção da retenção inadvertida de itens contáveis (The Joint Commission [TJC], 2013; Kang et al., 2014; Viegas & Névoa, 2014).

No que diz respeito às funções do enfermeiro circulante, este permanece atento a todos os eventos da sala operatória, mantendo a comunicação entre esta e o restante BO. Atua como agente promotor da técnica asséptica identificando eventuais quebras da mesma (Kalantari et al., 2022; Viegas & Névoa, 2014). Suas atividades envolvem o planeamento e preparação de materiais, verificação de equipamentos necessário para a cirurgia, colaboração na contagem cirúrgica, gestão de amostras para análise, participação em manobras de mobilização e posicionamento cirúrgico da pessoa, bem como a criação e manutenção de um ambiente seguro (TJC, 2013; Kalantari et al., 2022).

No contexto de ENP desempenhei funções de enfermeira de anestesia e circulante permitindo-me a aquisição de novos conhecimentos e práticas baseadas na evidência. Não foi possível realizar a função de enfermeira instrumentista, contudo como as cirurgias realizadas em contexto de estágio eram consideravelmente semelhantes às realizadas no meu contexto de trabalho, pude perceber através de uma observação detalhada, diferentes abordagens cirúrgicas, permitindo-me desenvolver as minhas competências específicas também nesta área.

As competências desenvolvidas nas diferentes funções e momentos do período perioperatório permitiram-me otimizar a minha resposta face a situações de imprevisibilidade, e complexidade, atuando em articulação com a restante equipa cirúrgica, com o intuito de identificar atempadamente eventuais complicações cirúrgicas através de uma avaliação dos sinais e sintomas apresentados pelo cliente associados a cada intervenção cirúrgica. Foi realizada uma constante colheita de dados, imprescindíveis para a identificação de diagnósticos e intervenções de enfermagem, com base no conhecimento especializado, evidência científica e experiência profissional.

Após o término da cirurgia é realizada a reversão anestésica. Em caso de anestesia geral é restabelecida a respiração espontânea e os reflexos de tosse e deglutição devem estar presentes. O padrão ventilatório deve ser restabelecido (prévio ao procedimento invasivo) e após verificação dos parâmetros hemodinâmicos, procede-se à transferência do cliente para a UCPA iniciando-se a fase pós-operatória (Guerra & Palotti, 2023).

Em 2000, a *Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations* (JCAHO) criou a norma que descreve a dor como quinto sinal vital, sendo que em Portugal a DGS, em 2003 transpôs essa norma para o parâmetro nacional, assumindo desde essa altura um papel de destaque na

avaliação pós-operatória do cliente, reiterando a necessidade de existir uma avaliação, registo e controlo sistemático e contínuo da dor (Booss et al., 2000; DGS, 2003).

Durante o ENP foi possível desempenhar funções de enfermagem na UCPA, realizando o seguimento do cliente no período pós-operatório imediato. Neste aspeto, foi possível observar a importância de existir uma boa articulação entre a equipa de enfermagem intra-operatória e a equipa de enfermagem de pós-operatório, permitindo manter as estratégias de comunicação adotadas até ao momento e desta forma assegurar a otimização dos cuidados prestados.

Um exemplo claro da importância dessas estratégias de comunicação prende-se pela avaliação da dor no pós-operatório. Estudos referem que as principais estratégias de avaliação da dor se baseiam na avaliação de sinais de dor (expressão facial, inquietação, sudorese, palidez, posicionamento protetor), na presença de queixas verbais do cliente, da observação dos sinais vitais e da avaliação da escala de dor Escala Visual Analógica (EVA) (Pedroso & Celich, 2006; Hawkins et al., 2012; Davis et al., 2014).

O projeto desenvolvido durante o ENP e a partilha de informação com as equipas de enfermagem do intra e pós-operatório, colocou em evidência os resultados obtidos através da realização da *scoping review* sobre as principais barreiras de comunicação e estratégias comunicacionais a adotar com clientes com limitações sensoriais (nomeadamente auditivas e visuais), sendo considerada por toda a equipa uma mais valia no que diz respeito à transmissão de informação e à gestão da dor no período pós-operatório. Os resultados obtidos permitiram, desta forma, sensibilizar os profissionais para a problemática do cliente com barreiras comunicacionais intrínsecas.

Foi igualmente destacada a importância de notificar e documentar todas as estratégias de comunicação implementadas com o intuito de conseguir estabelecer com o cliente uma continuidade de cuidados por parte das diferentes equipas de saúde.

c) Desenvolve a sua Intervenção numa Perspetiva Interprofissional

No que diz respeito às intervenções a desenvolver numa perspetiva interprofissional, tendo em consideração as competências de enfermeiro especialista em perioperatório, foi possível aprimorar as minhas técnicas de comunicação eficazes, através do recurso a uma comunicação clara e aberta, tendo por base o uso de checklists institucionais e protocolos de segurança cirúrgica e salvaguardando eventuais erros de comunicação através do recurso à dupla confirmação (repetindo a informação percebida com o intuito de validar se foi realmente a informação transmitida pelo emissor).

Estas estratégias permitiram-me estabelecer canais de comunicação eficientes entre os membros da equipa cirúrgica, sendo esta uma das principais características realçadas pelas enfermeiras tutoras dos campos de estágio, a capacidade de comunicar eficazmente, entrosando-me e adaptando-me de uma forma bastante facilitadora com os diferentes

contextos e profissionais de saúde alinhando o planejamento e implementação de cuidados com as evidências científicas recolhidas e compartilhadas com os diferentes elementos da equipa.

Considero que através deste ENP percebi a importância que a valorização individual de cada profissional de saúde e o seu reconhecimento como papel ativo no processo de decisão de cuidados do cliente têm, uma vez que para além de ser possível integrar as habilidades e conhecimentos individuais de cada profissional em benefício do cliente, permite ainda contribuir para o aumento da motivação e reconhecimento profissional gerando maior satisfação dos profissionais de saúde.

Bezerra et al. (2010) referem que a valorização e o reconhecimento profissional são fatores de grande importância para o estímulo da motivação, existindo uma maior produtividade por parte do profissional. Relativamente à enfermagem, como o foco dos cuidados é o cliente, a existência de profissionais desmotivados na organização poderá refletir-se na forma como os cuidados ao cliente são prestados, colocando em causa a qualidade dos mesmos (Bezerra et al., 2010).

É por isso, imprescindível, promover um ambiente de colaboração e confiança entre os membros da equipa, encorajando a partilha de informações, experiências e reflexões sobre o processo de cuidados, e implementando medidas corretivas quando necessário. Durante o ENP pude lidar de perto com essa gestão do trabalho de equipa, melhorando as minhas capacidades no que diz respeito à gestão de conflitos e eventuais situações geradoras de stress.

Como já referi anteriormente, participei ativamente no desenvolvimento da formação institucional sobre os padrões de qualidade dos cuidados de saúde, onde foram apresentados casos clínicos reais, através da criação de diferentes bancas de trabalho que permitiram junto da equipa interdisciplinar discutir diferentes formas de atuação, numa perspetiva de atualizar e aprimorar as habilidades e conhecimentos de toda a equipa perioperatória, tendo por base a evidência científica mais atualizada.

- **Maximiza a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica**

Os cuidados perioperatórios podem ser considerados de elevado risco, dado a sua propensão para a ocorrência de eventos adversos associados à vulnerabilidade que o cliente apresenta, à complexidade dos procedimentos e do ambiente cirúrgico, bem como à necessidade de uma elevada quantidade de recursos envolvidos nos cuidados. O EEMCPSPE, deve por isso mobilizar conhecimentos e habilidades que garantam a segurança dos clientes, dos profissionais e do ambiente, em conformidade com os princípios éticos da profissão (Regulamento nº 429/2018).

Um incidente ou evento adverso, pode ser definido como qualquer desvio dos cuidados habituais que represente um risco de dano ou cause lesão ao cliente, incluindo erros, eventos

adversos evitáveis e perigos (OMS, 2020). Estima-se que mais de 15% dos gastos em saúde são desperdiçados em custos de hospitalização adicional, litígios e outras consequências de eventos adversos (OMS, 2019c).

Perante o descrito, o EEMCPSPE assume um papel preponderante no progresso do conhecimento, assumindo uma consciência cirúrgica com recurso a uma prática clínica baseada nas mais recentes evidências, com foco em resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, fomentando a implementação de projetos de formação, consultoria e pesquisa, com o objetivo de aprimorar e atualizar continuamente a prestação de cuidados diferenciados e individualizados ao cliente (Regulamento nº 429/2018).

O conceito de consciência cirúrgica surge assim, definido no regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à pessoa em situação Perioperatória como sendo:

“um princípio ético e moral que orienta o profissional na prática de cuidar à pessoa em situação perioperatória, agindo em seu benefício em qualquer situação independentemente do controlo externo efetuado. É demonstrado pelo comportamento profissional baseado no conhecimento, compreensão e aplicação dos princípios da prática cirúrgica e responsabilidades legais, éticas e morais, para com a pessoa e equipa, pelas quais cada profissional é responsável” (Regulamento nº 429/2018, p. 19366).

Outros autores referem ainda que a consciência cirúrgica está intimamente relacionada com a capacidade de monitorização e introdução de medidas corretivas com total autonomia, fazendo o que está correto mesmo quando mais ninguém está a observar. Trata-se de um princípio moral que orienta o profissional na sua prática operatória para um agir eticamente correto, fundamentado por conhecimentos teóricos e práticos, cumprindo os princípios de assepsia, de acordo com as práticas recomendadas, com o objetivo de promover a segurança e bem-estar do cliente (Watson, 2011; AESOP & Pinheiro, 2012).

a) Demonstra consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório.

O EEMCPSPE assume a responsabilidade na manutenção de um ambiente seguro e eficiente, quer para os clientes, quer para a restante equipa. Segundo a AESOP o período perioperatório constitui-se numa das áreas críticas para a gestão do risco, tendo presente que o contexto de BO pelos fatores ambientais e pelas técnicas utilizadas, que obrigam ao uso de inúmeros dispositivos médicos, aumenta o risco associado à ocorrência de incidentes/ eventos adversos a que podem ser expostos clientes e profissionais (AESOP & Pinheiro, 2012).

A manutenção da segurança do cliente cirúrgico consiste num processo que deverá envolver a consciencialização do risco, através da identificação e gestão dos fatores de risco ligados ao cliente, reportando e analisando os incidentes clínicos. Este processo deverá igualmente, ter em

conta as aprendizagens decorrentes desses mesmos incidentes, sua monitorização e implementação de futuras soluções que minimizem a sua recorrência (Woodward et al., 2004).

Durante o ENP foi possível desenvolver competências no âmbito da segurança cirúrgica, sendo um elemento precursor da adoção de uma consciência cirúrgica coletiva, procurando uma constante busca do conhecimento científico que me permitiu fomentar na equipa multidisciplinar a procura da excelência. Neste âmbito atuei ativamente junto de elementos novos ao serviço, nomeadamente enfermeiros e médicos, partilhando os princípios essenciais dentro de uma sala operatória (higienização das mãos, correta colocação da máscara cirúrgica e touca, distância de segurança das mesas cirúrgicas, movimentações desnecessárias, importância das portas da sala sempre fechadas e especificidades do circuito do bloco em questão).

Foi possível igualmente desenvolver junto da equipa de enfermagem, planos de cuidados individualizados com o objetivo de identificar e avaliar os riscos associados a cada procedimento cirúrgico, mantendo uma postura antecipatória através da adoção de estratégias para minimização desses riscos. Essas estratégias passaram pela implementação de protocolos cirúrgicos, nomeadamente referentes à verificação da segurança pré-operatória, prevenção de ILC e adoção de medidas de prevenção de lesões associadas ao posicionamento cirúrgico.

No que diz respeito ao posicionamento foi-me possível providenciar técnicas de mobilização segura e posicionamento adequados ao cliente e ao procedimento cirúrgico, instruindo atempadamente a equipa de assistentes operacionais relativamente ao material que deviam disponibilizar para a realização correta do posicionamento, permitindo evitar lesões e facilitando o acesso ao local cirúrgico pela equipa médica, sem causar desconforto ao cliente.

Foram também adotadas medidas de segurança na preparação e administração da terapêutica, através da dupla verificação da prescrição oral, seguida da prescrição escrita assim que possível. Rotulagem dos fármacos e respetivas dosagens, tendo especial atenção na preparação de medicamentos Look alike sound alike (LASA). Segundo Deglin e Vallerand (2016), no uso seguro do medicamento o EEMCPSPE deve estar desperto para a ocorrência de eventuais erros terapêuticos, deteção precoce de reações adversas, considerações gerais sobre posologias especiais, entre outros. Isso implica que o enfermeiro recolha dados através de uma monitorização e avaliação contínua do cliente permitindo atuar precocemente perante qualquer reação adversa (Deglin & Vallerand, 2016).

Contribui de igual forma para a articulação com as restantes salas operatórias, permitindo a disponibilidade dos respetivos equipamentos necessários à cirurgia, procedendo à verificação da funcionalidade dos mesmos e respetivo acondicionamento no final da cirurgia.

Durante o ENP sempre que foi observado um evento adverso ou a adoção de práticas menos eficientes, foi possível encontrar um momento de análise junto com as enfermeiras tutoras

permitindo de alguma forma rever os protocolos e procedimentos realizados, fazendo sugestões de melhoria, tendo por base as práticas baseadas em evidência.

A formação que tive oportunidade de integrar sobre os padrões de qualidade permitiu-me numa perspetiva abrangente perceber alguns dos resultados obtidos decorrentes dos programas de vigilância epidemiológica através da monitorização de indicadores de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Essa mesma formação abordou a importância que as dotações seguras representam para manter os padrões de qualidade e assegurar boas práticas durante todo o ato anestésico/cirúrgico. Segundo a norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, aprovada pela OE em 2014, o cálculo dessas dotações deve ter em consideração as competências profissionais dos enfermeiros e os contextos de prestação de cuidados, por forma, a garantir sempre a segurança e qualidade dos mesmos (OE, 2014).

Extrapolando esta temática para o meu contexto profissional e tendo presente as dinâmicas inerentes a um hospital privado, onde por vezes por uma imprevisibilidade de circunstâncias pode ocorrer uma sobreposição de programas cirúrgicos que impede a adoção das respetivas dotações seguras. Após uma notificação recorrente destes incidentes toda a equipa cirúrgica tem feito um esforço conjunto para respeitar os respetivos tempos operatórios e assim minimizar ocorrência dessa sobreposição, contribuindo para o aumento da segurança cirúrgica e melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

No ENP foi possível verificar que em ambos os contextos se mantiveram as dotações seguras, contudo no BO de especialidade de oftalmologia nas cirurgias referentes ao segmento anterior do olho, a equipa de direção de enfermagem optou por prescindir a necessidade de ter um enfermeiro com a função de instrumentista, assumindo que o médico assistente desempenha esse papel dado a reduzida quantidade de material cirúrgico e baixa complexidade dos procedimentos.

Esta decisão de enfermagem discutível, tem sido alvo de reflexão por vários enfermeiros do serviço, sendo-me possível participar desses momentos de reflexão junto com as enfermeiras tutoras. A evidência científica reforça que o enfermeiro instrumentista no desempenho das suas competências, tem como foco de atenção as necessidades da equipa cirúrgica, e assenta a sua tomada de decisão nos conhecimentos científicos e técnicos que lhe permitem conhecer e compreender a complexidade dos procedimentos e técnicas cirúrgicas (Martins, 2015; Silva, 2016b). Cabe também ao enfermeiro instrumentista, integrado na equipa cirúrgica, instrumentar de forma eficaz e segura, diminuindo os riscos de infeção, de hemorragia, de “retenção” de material (no caso específico de oftalmologia aplica-se à contagem das agulhas referentes aos fios de sutura), tendo ainda a preocupação de atuar numa perspetiva de contribuir para que o cliente sofra o mínimo possível com a agressão cirúrgica (AESOP & Pinheiro, 2012).

Durante o ENP procurei ainda assegurar condições de ambiente de trabalho promotoras da saúde e da segurança dos profissionais, atuando ativamente na implementação de medidas de prevenção de lesões ocupacionais (ajustando a mesa operatória à equipa cirúrgica, providenciando bancos sempre que se justificasse), fornecendo equipamentos de proteção individual adequados (coletes de proteção radiológicos, máscara, viseira, entre outros) e a promoção de práticas de trabalho seguras.

Finalmente, foi possível ainda ter alguns momentos de reflexão sobre a respetiva configuração de salas cirúrgicas e circuitos de material e pessoas no BO, permitindo otimizar toda a estrutura física pré-existente com vista a ir ao encontro das melhores práticas e padrões de segurança, com o objetivo major de otimizar a eficiência operacional e o conforto do cliente.

b) Lidera o processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios

A filosofia de um BO caracteriza-se pela manutenção de um ambiente rigorosamente controlado, minimizando a presença de microrganismos. Este ambiente é organizado em diferentes zonas de limpeza, seguindo um conceito de gradiente, que vão desde áreas gerais até salas operatórias, com acesso controlado por barreiras e seguindo o princípio de assepsia progressiva (AESOP & Pinheiro, 2012).

Apesar dos pressupostos de assepsia inerentes ao BO a infeção associada aos cuidados perioperatórios, mais especificamente a ILC, é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade na pessoa submetida a cirurgia, levando a um aumento do tempo de internamento e conseqüente incremento de gastos associados aos cuidados de saúde (Pina et al., 2010; OMS, 2018).

A ILC é multifatorial e está relacionada com a condição do cliente, com o procedimento cirúrgico e com as características do agente patogénico envolvido, ocorrendo no local da incisão cutânea ou próximo dela (incisional ou órgão/espaco), nos primeiros trinta dias de pós-operatório, ou, até três meses após colocação de prótese (Allegranzi et. al, 2016; Health Protection Scotland [HPS], 2018).

Existem, fatores de risco que não são modificáveis, como a idade, a presença de comorbilidades, a severidade da doença e a classificação da ferida cirúrgica, contudo, estima-se que 60% das ILC sejam evitáveis pelo uso de normas baseadas em evidência e de Feixes de Intervenções através da administração de antimicrobianos (se e quando indicado); monitorização de alguns parâmetros, tais como valores de glicemia, temperatura; a necessidade de realização de tricotomia e sua regulamentação; a oxigenação dos tecidos, entre outros (Anderson et al., 2014).

No que diz respeito à prática clínica vivenciada no ENP, foi possível observar que toda a equipa de enfermagem se esforça de uma forma meticulosa e bem entrosada nas dinâmicas do serviço,

em cumprir as orientações revistas pela DGS em 2022 referentes ao “Feixe de Intervenções” para a prevenção da ILC.

Aquando da VPOE é reforçado junto do cliente, a necessidade de o mesmo realizar um banho com antisséptico (clorhexidina 2%) na véspera da cirurgia e 2 horas antes da mesma, sendo posteriormente validada a sua realização à chegada ao BO. A administração, quando indicado, de antibiótico ocorre nos tempos definidos pelo “Feixe de Intervenções”, na sala de indução anestésica e a realização de tricotomia também foi restrita, sendo apenas realizada quando necessária, utilizando uma máquina de corte imediatamente antes do início da cirurgia (DGS, 2022a).

No que diz respeito à garantia da homeostasia pré, intra e pós-operatória do cliente, é realizada a avaliação da temperatura corporal do cliente na admissão ao BO, sendo imediatamente colocada manta de aquecimento, que vai ser conectada a um aquecedor no período intra e pós-operatório. Posteriormente é reavaliada a temperatura no intra e pós-operatório, com o intuito de manter valores de temperatura corporal acima de 36°C. A glicémia capilar também é avaliada nos mesmo moldes permitindo uma avaliação rigorosa, o ideal é que os valores sejam inferiores a 180mg/dl, durante a cirurgia e durante as 24 horas que se sucedem. Todos os clientes devem manter uma SaO₂ igual ou superior a 95% em todas as fases perioperatórias, permitindo uma adequada perfusão tecidual durante a cirurgia, recorrendo-se muitas vezes a um aporte de oxigénio suplementar (DGS, 2022a).

No âmbito ainda, da prevenção da infeção e com base na norma da DGS de 2019 sobre a higiene das mãos nas unidades de saúde, foi cumprido e fez-se cumprir junto da equipa cirúrgica os diferentes *timings* de higienização, assegurando igualmente o cumprimento da técnica assética, demonstrando particular atenção durante o momento de paramentação da equipa cirúrgica e verificando a presença dos testemunhos comprovativos de esterilização dos dispositivos médicos utilizados, bem como a integridade dos invólucros e validade de itens estéreis adicionados à mesa operatória (Aholaakko & Metsälä, 2015; DGS, 2019).

Durante o ENP, nomeadamente no serviço de bloco de especialidade de oftalmologia foi ainda possível refletir sobre a adequação do produto antisséptico a utilizar na desinfeção do local cirúrgico, pois apesar de vários estudos comprovarem que a clorexidina alcoólica deve ser utilizada em detrimento da iodopovidona dérmica, contudo a sua utilização em mucosas como o olho é discutível, sendo dada preferência à desinfeção com iodopovidona (Grzybowski et al., 2018; Kanclerz & Myers, 2022).

Após surgir uma norma interna hospitalar referindo a descontinuidade da iodopovidona dérmica em todos os serviços, foi necessário a equipa de gestão de enfermagem desenvolver um documento informativo da inexistência de outras opções para realizar a desinfeção ocular e, tendo em conta a ausência de consenso na evidência científica de qual o soluto mais apropriado, foi realizado um pedido excecional de utilização para este contexto. Participei na

elaboração do referido documento que contribuiu para a elaboração de uma norma interna.

c) Promove a gestão e o controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório.

A gestão diária e respetivo controlo dos dispositivos médicos disponíveis no contexto específico de BO onde se insere, é uma função vital do EEMCPSPE, sendo que me foi possível desenvolver competências nesta área no estágio decorrido no bloco de especialidade de oftalmologia, uma vez que dado o seu carácter mais específico e com poder de decisão mais próximo da equipa de enfermagem, permite que todos enfermeiros especialistas tenham um papel ativo nesta área da gestão.

Durante o ENP neste contexto, pude constatar por alguns testemunhos de colegas que era prática comum deste serviço a realização de reprocessamentos de dispositivos médicos de uso único. Como referido na caracterização dos contextos, este serviço tem a particularidade de ter um serviço de esterilização concomitante com o BO permitindo apenas a esterilização de material alocado a esta especialidade, o que podia propiciar um possível exagero nesse reprocessamento de material descartável.

Após realização de alguns turnos na esterilização, foi possível constatar que apesar do reprocessamento de material de uso único ainda existir já é praticado de forma muito residual. Para essa alteração de comportamento por parte da equipa de enfermagem, destaca-se o papel que os enfermeiros especialistas assumiram na decisão de minimizar a utilização de dispositivos médicos de uso único reprocessados, realizando uma avaliação do respetivo custo-efetividade dessa prática. Segundo o INFARMED (2013), a realização desse reprocessamento deve salvaguardar a manutenção das condições adequadas de qualidade e segurança dos materiais, devendo sempre ser analisado os custos diretos e indiretos desta prática e respetivo impacto ambiental (INFARMED, 2013).

A rastreabilidade de dispositivo médico deve ser garantida desde a sua primeira disponibilização no mercado, enquanto dispositivo médico de uso único, até à sua utilização enquanto dispositivo médico de uso único reprocessado, estabelecendo as respetivas condições de validação e avaliação, prevenindo e minimizando riscos potenciais de contaminação microbiológica, da eventual persistência de substâncias químicas utilizadas ou da alteração do desempenho do dispositivo médico reprocessado (INFARMED, 2013).

Ao abrigo do Despacho n.º 7021/2013, de 24 de maio, é referido que o serviço ou estabelecimento do SNS que reprocessa o dispositivo médico de uso único é responsável pela qualidade, segurança e desempenho desses mesmos dispositivos, devendo ser realizada uma vigilância ativa que permita avaliar a conformidade e eficiência desses dispositivos após o seu reprocessamento. Esta atividade deve ser previamente aprovada pelo conselho de administração do serviço ou estabelecimento do SNS responsável, que pode consultar a

comissão ética para a saúde do respetivo serviço ou estabelecimento sendo que a título de exemplo, não é permitido o reprocessamento de dispositivos médicos de uso único implantáveis (INFARMED, 2013).

O serviço ou estabelecimento do SNS responsável pelo reprocessamento deve de igual forma notificar ao INFARMED-Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P., da prática de reprocessamento de dispositivos médicos de uso único, bem como os incidentes dela decorrentes (INFARMED, 2013).

Esta complexidade relativamente ao reprocessamento destes dispositivos, veio como referido, contribuir para a reduzida taxa de realização dos mesmos, uma vez que não existia no respetivo serviço de oftalmologia, a adoção destas condutas de notificação, junto do INFARMED.

Por outro lado, destaco ainda o impacto positivo que foi possível verificar, no que diz respeito a uma articulação bastante eficiente entre o serviço de esterilização e o BO, que dada a sua estrutura física, são dois serviços que atuam em consonância mantendo uma constante comunicação bastante eficiente que permite a preparação e disponibilidade do instrumental cirúrgico por ordem de prioridades. Esta realidade não é verificada no meu contexto de trabalho, uma vez que sendo dois serviços distintos e tendo presente que a esterilização dá resposta a vários serviços do hospital, essa articulação não é realizada de forma tão eficiente como foi verificado neste contexto.

Na esterilização do BO de oftalmologia existe sempre um enfermeiro e um assistente operacional que apesar de fazerem parte do BO têm um circuito próprio muito bem definidos, por onde é também recolhido o material que necessita de ser descontaminado. Após término do ciclo do autoclave, este é manipulado por um enfermeiro pertencente ao BO que realiza a verificação do material esterilizado. Esta dupla verificação do material é uma mais-valia, porque minimia a ocorrência de erros no reprocessamento de dispositivos médicos.

Em suma, podemos ressaltar o impacto positivo que tem a equipa de enfermagem ser comum aos dois serviços, permitindo uma maior entajada e dinâmicas mais entrosadas entre os vários profissionais de saúde alocados aos diferentes contextos de cuidados.

No que concerne à utilização de dispositivos médicos implantáveis, foram cumpridas as respetivas normas e regulamentações estabelecidas pela legislação vigente, políticas institucionais, instruções do fabricante e protocolos clínicos. Isso incluiu garantir que todos os dispositivos fossem utilizados de maneira apropriada e segura, seguindo as diretrizes específicas para a sua aplicação e respetiva documentação dos mesmos.

No que diz respeito à gestão de tecidos e fluidos orgânicos, foi mantido um controle rigoroso em todas as etapas do processo. Isso envolveu uma colheita adequada de tecidos e fluidos, seguindo-se os procedimentos estabelecidos para garantir a integridade e segurança do material. Além disso, foi anexada toda a documentação necessária que permite uma correta

conservação, análise e respectivo transporte quando necessário. A rastreabilidade destes tecidos e fluidos orgânicos é uma prioridade, garantindo que todos os materiais possam ser rastreados desde a sua origem até ao seu destino final, conforme exigido pelos regulamentos e protocolos pertinentes (Ministério da Saúde [MS], 2009).

Em retrospectiva, considero que os desafios enfrentados durante este processo de aprendizagem clínica foram fundamentais para o desenvolvimento e aquisição de competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica, na área da pessoa em situação perioperatória. Apesar de exercer a minha prática clínica em contexto de BO há cerca de 8 anos, a experiência de sair da minha zona de conforto e me permitir expor a diferentes realidades profissionais foi extremamente produtiva, permitindo expandir a minha visão e adquirir habilidades e competências de extrema relevância que em muito contribuíram para a minha prática clínica futura.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

O exercício da enfermagem na área perioperatória demanda uma constante atualização e aprimoramento das habilidades profissionais, dada a natureza complexa e dinâmica deste contexto, influenciado, em grande medida, pelo avanço da ciência e tecnologia e pelas alterações sociodemográficas da população. Como tal, o EEMSPSPE deve assumir uma postura de permanente atualização e implementação de novos desafios, permitindo, desta forma, ter uma resposta adaptativa eficaz a essas constantes inovações.

A oportunidade de realização de um mestrado, com componente de estágio de desenvolvimento profissional neste contexto clínico revelou-se uma experiência bastante valiosa e enriquecedora. Essa oportunidade não só me permitiu oferecer uma formação mais abrangente e especializada, mas também permitiu a aplicação na prática dos conhecimentos adquiridos, contribuindo assim para o fortalecimento das competências clínicas enquanto enfermeiro especializado em enfermagem médico-cirúrgica, especificamente no âmbito da enfermagem perioperatória.

É importante salientar que o aprimoramento das competências profissionais traz consigo uma maior responsabilidade no cumprimento do dever de cuidar, conforme estabelecido pelo mandato social da profissão de enfermagem e refletido no código deontológico. O enfermeiro, ao assumir um papel mais especializado e complexo, deve estar consciente da importância ética e moral das suas ações, mantendo sempre o compromisso com o bem-estar e a segurança dos clientes.

A realização do ENP proporcionou uma valiosa oportunidade para adquirir e integrar conhecimentos, bem como desenvolver habilidades que se refletem em competências científicas, técnicas e humanas. Essas aquisições permitiram uma abordagem diferenciada e especializada no cuidado à pessoa em situação perioperatória. Neste relatório, penso que consegui explorar todo o desenvolvimento e integração dessas competências comuns e específicas, inerentes ao enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação perioperatória.

No que diz respeito à conceção de cuidados, a sua organização de forma padronizada e sistemática, explanada através dos dois casos clínicos integrados neste relatório, permitiu-me fomentar o desenvolvimento e aprofundamento de competências no contexto de cuidados à pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa. Estes casos, mostraram ser uma ferramenta metodológica para desempenho da prática profissional avançada, permitindo-me melhorar as minhas competências no que diz respeito à organização/reflexão do pensamento crítico, com vista a desenvolver o meu processo de

tomada de decisão de forma autónoma e baseada na melhor evidência disponível.

A interligação dos dois casos clínicos com o projeto de desenvolvimento pessoal intitulado de “Visita pré-operatória de enfermagem à pessoa com limitações sensoriais (auditivas e visuais)”, permitiu-me enriquecer o presente relatório, na medida em que consegui expor nos casos clínicos algumas das estratégias de comunicação desenvolvidas ao longo do projeto.

A maior parte das atividades propostas no projeto de desenvolvimento pessoal foram concretizadas. Desde a observação e realização da VPOE (nas especialidades cirúrgicas em que já existia a sua implementação), com diferentes enfermeiros que me permitiu identificar distintas formas de atuação durante a mesma; pela investigação realizada através de uma *scoping review*, em que foi possível perceber a abordagem desta temática em diferentes contextos, existindo uma grande limitação na literatura existente no que diz respeito à comunicação com os cliente com limitações sensoriais em contexto perioperatório.

Foi igualmente realizada uma formação junto das equipas de enfermagem dos dois campos de estágio onde foi apresentado os resultados evidenciados na realização da *scoping review* e sua adaptação para o contexto prático em que se encontravam inseridos.

Finalmente foi implementada a visita apenas no primeiro contexto de estágio, adaptando o documento já institucionalizado para a realização da mesma, procedendo ao registo nos respetivos sistemas informáticos das principais barreiras de comunicação sentidas durante a VPOE e explanando as principais estratégias de comunicação adotadas. Este registo permitiu uma continuidade de cuidados por parte de toda a equipa, com vista a que o cliente com limitações sensoriais tenha a melhor experiência cirúrgica possível, minimizando as barreiras de comunicação existentes.

A principal dificuldade sentida ao longo deste ENP foi efetivamente a gestão de tempo, sobrepondo-se a realização de várias atividades, tais como, a concretização de todas as etapas estipuladas no projeto, ao mesmo tempo que eram realizadas as respetivas aprendizagens clínicas no contexto de estágio e respetivos documentos necessários para o desenvolvimento das diferentes competências comuns e específicas do EEMSPSPE.

Perante o descrito anteriormente, destaco o papel preponderante desempenhado pelas enfermeiras tutoras no contexto de estágio, bem como, das professoras orientadores, que com os diferentes contributos, atuaram de forma bastante ativa para o sucesso de todo o meu percurso durante o ENP.

Chegar ao fim deste desafiante percurso, que envolveu um grande esforço pessoal, profissional e familiar, é motivo de grande realização e orgulho, podendo afirmar que este mestrado ultrapassou de forma bastante positiva as expectativas que tinha inicialmente definido, aquando da ingressão neste curso.

Com a conclusão deste documento, ambiciono que ele reflita verdadeiramente a jornada que foi o estágio de natureza profissional, especialmente no desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação perioperatória, destacando o impacto que a comunicação tem em todo o processo de cuidados perioperatórios e o papel de destaque que o EEMCPSPPO pode desempenhar, neste contexto, com vista a enriquecer a prática da enfermagem perioperatória, tornando-a efetivamente significativa para as pessoas.

7. BIBLIOGRAFIA

Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS]. (2011). Recomendações Técnicas para Bloco Operatório. RT 05/2011. *Unidade Operacional: Normalização de Instalações e Equipamentos*. <https://www.acss.min-saude.pt/2016/10/04/recomendacoes-tecnicas/>

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

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

Alligood, M.R. (2013). *Nursing Theorists and Their Work*. Mosby Elsevir, 8ª edição.

Alvarado, A. C., & Panakos, P. (2023). Endotracheal Tube Intubation Techniques. *StatPearls Publishing*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560730/>

American Diabetes Association (2009). Standards of medical care in diabetes--2009. *Diabetes care*, 32 Suppl 1(Suppl 1), S13-S61. <https://doi.org/10.2337/dc09-S013>

American Society of Anesthesiologists. (2018). Position on Monitored Anesthesia Care. *Committee of Origin: Economics*. https://vle.upm.edu.ph/pluginfile.php/205032/mod_resource/content/1/position-on-monitored-anesthesia-care.pdf

Amitai, A., Sinert, R., Regan, A., & Jain, A (2020). Ventilator Management. *Medscape Reference*. <https://emedicine.medscape.com/article/810126-overview?form=fpf#a2>

Anderson, D. J., Podgorny, K., Berríos-Torres, S. I., Bratzler, D. W., Dellinger, E. P., Greene, L., Nyquist, A. C., Saiman, L., Yokoe, D. S., Maragakis, L. L., & Kaye, K. S. (2014). Strategies to prevent surgical site infections in acute care hospitals: 2014 update. *Infection control and hospital epidemiology*, 35(6), 605-627. <https://doi.org/10.1086/676022>

Araújo, C. C. J., Coura, A. S., França, I. S. X. de, Araújo, A. K. F., & Medeiros, K. K. A. S. (2015). Nursing consultation to deaf people: a contextual analysis. *ABCS Health Sciences*, 40(1), 38-44. <https://doi.org/10.7322/abcshs.v40i1.702>

Arreguy-Sena, C. & Carvalho, E. (2009). Risk for vascular trauma: diagnosis proposal and validation by experts. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(1), 71-78. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000100011>

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas [AESOP] & Pinheiro, M. J. D. (2012). *Enfermagem Perioperatória: da filosofia à prática de cuidados*. Lusodidacta

Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória [APCA]. (2012). Recomendações portuguesas para a profilaxia e tratamento das náuseas e vômitos em cirurgia ambulatória. *Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório*. https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacoes_nauseas.pdf

Association of Perioperative Registered Nurses [AORN] Recommended Practices Committee. (2007). Recommended Practices for Managing the Patient Receiving Local Anesthesia. *AORN journal*, 85(5), 965-971. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2007.04.017>

Association of Perioperative Registered Nurses [AORN] (2022). AORN Position Statement on Patient Safety. (2022). *AORN journal*, 115(5), 454-457. <https://doi.org/10.1002/aorn.13671>

Atanes, P., Ruz-Maldonado, I., & Persaud, S. J. (2022). Targeting Islet GPCRs to Improve Insulin Secretion. *Comprehensive Pharmacology*, 2022, 244-279. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-820472-6.00050-5>

Bastos, F., Morais, E., Campos, M. J., Oliveira, M. F., Machado, N., & Pereira, F. M. S. (2021). Representação do conhecimento em enfermagem do trabalho na ontologia de enfermagem. *Suplemento digital Rev ROL Enfermagem*, 44(11-12), 57-61. <http://hdl.handle.net/10400.26/38605>

Bastos, M., & Fernandes, M. (2013). Contributos da visita pré-operatória de enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem: Sinais Vitais*, 4(2), 57-63

Bergs, J., Hellings, J., Cleemput, I., Zurel, Ö., De Troyer, V., Van Hiel, M., Demeere, J., Claeys, D. & Vandijck, D. (2014). Systematic review and meta-analysis of the effect of the World Health Organization surgical safety checklist on postoperative complications. *British Journal of Surgery*, 101(3), 150-158. <https://doi.org/10.1002/bjs.9381>

Bezerra, F. D., Andrade, M. F. C., Andrade, J. S., Vieira, M. J., & Pimentel, D. (2010). Team motivation and motivational strategies adopted by nurses. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(1), 33-37. <https://www.scielo.br/j/reben/a/Nf8wZVthm9Sv5f8gdcMDDzQ/?lang=pt&format=pdf>

Booss, J., Drake, A., Kerns, R.D, Ryan, B. & Wasse, L. (2000). Pain as the 5th vital sign Toolkit. *Illinois: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*. <https://www.va.gov/painmanagement/docs/toolkit.pdf>

- Bray, A. (2006). Preoperative Nursing Assessment of the Surgical Patient. *The Nursing Clinics of North America*, 41(2), 135–150. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2006.01.006>
- Breda, L. F. T. F., & Cerejo, M. N. R. (2021). Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. *Revista De Enfermagem Referência*, 5(5), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RV20088>
- Brink, H., Van Der Walt, C., & Van Rensburg, G. H. (2017). *Fundamentals of Research Methodology for Healthcare Professionals*. Juta and Company, Ltd, 4ª edição.
- Brown, E. N., Lydic, R., & Schiff, N. D. (2010). General anesthesia, sleep, and coma. *The New England journal of medicine*, 363(27), 2638–2650. <https://doi.org/10.1056/NEJMra0808281>
- Brunner & Suddarth (2015). *Manual de enfermagem médico-cirúrgica*. Revisão técnica: Souza, S. R. Guanabara Koogan, 13ª edição
- Bureau International D'Audiophonologie [BIAP]. (2017). BIAP Recommendation 02/1. Audiometric Classification of Hearing Impairments. *International Bureau for Audiophonology*. <https://www.biap.org/en/recommandations/recommendations/tc-02-classification>
- Butterworth, J. F., Mackey, D. C., & Wasnick, J. D. (2022). *Morgan & Mikhail's. Clinical Anesthesiology*. Lange, 7ª edição
- Caple, C. (2023). Caring for Patients in PACU After General Anesthesia. *CINAHL Nursing Guide*
- Cardoso, A. H. A., Rodrigues, K. G., & Bachion, M. M. (2006). Perception of persons with severe or profound deafness about the communication process during health care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(4), 553-560. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000400013>
- Chan, W. H., Chang, S. L., Lin, C. S., Chen, M. J., & Fan, S. Z. (2014). Target-controlled infusion of propofol versus intermittent bolus of a sedative cocktail regimen in deep sedation for gastrointestinal endoscopy: comparison of cardiovascular and respiratory parameters. *Journal of digestive diseases*, 15(1), 18–26. <https://doi.org/10.1111/1751-2980.12101>
- Chang, C. Y., Chien, Y. J., & Wu, M. Y. (2020). Attenuation of increased intraocular pressure with propofol anesthesia: A systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. *Journal of advanced research*, 24, 223–238. <https://doi.org/10.1016/j.jare.2020.02.008>
- Chaveiro, N & Barbosa, M.A. (2004). A surdez, o surdo e seu discurso. *Revista Eletrônica Enfermagem*, 6(2), 166-171. Brasil. <https://doi.org/10.5216/ree.v6i2.820>
- Código Deontológico. (2015). Lei nº 156/2015. *Ordem dos Enfermeiros, Art. 106*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Coelho, A., Pinto, S. C., Batista, P., & Costa, V. (2022). Literacia em saúde: capacitação

equitativa para tomada de decisões promotoras de bem-estar e de saúde. *Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde/Ponte Editora*. <http://hdl.handle.net/10400.21/15588>

Colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: na área de enfermagem à pessoa em situação crítica; na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa; na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória; na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Ordem dos Enfermeiros [OE]*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Costa, L. G. F. (2016). Visitando a Teoria das Transições de Afaf Meleis como Suporte Teórico para o Cuidado de Enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 15(3), 137-145. <https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181>

Cruz, I., Bastos, F., Pereira, F., Silva, A., & Sousa, P. (2016). Analysis of the Nursing Documentation in Use in Portugal - Building a Clinical Data Model of Nursing Centered on the Management of Treatment Regimen. *Studies in health technology and informatics*, 225(1), 407-411. <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-658-3-407>

Cruz, N. I., Portilla, P., & Vela, R. E. (2008). Timing of ondansetron administration to prevent postoperative nausea and vomiting. *Puerto Rico health sciences journal*, 27(1), 43-47

Cunha, C. M. S. L. M., Macedo, A. P. M. C., & Vieira, I. F. G. F. F. (2017). Percepções dos estudantes de enfermagem sobre os processos formativos em contexto de ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(12), 65-74. <https://doi.org/10.12707/RIV16072>

Danski, M. T. R., Oliveira, G. L. R., Pedrolo, E., Lind, J., & Johann, D. A. (2017). Importância da prática baseada em evidências nos processos de trabalho do enfermeiro. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 16(2), 1-6. <https://doi:10.4025/ciencucuidsaude.v16i2.36304>

Davis, Y., Perham, M., Hurd, A. M., Jagersky, R., Gorman, W. J., Lynch-Carlson, D., & Senseney, D. (2014). Patient and Family Member Needs During Perioperative Period. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 29(2), 119-128. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2013.05.013>

De Boer, M. R., Pluijm, S. M., Lips, P., Moll, A. C., Völker-Dieben, H. J., Deeg, D. J., & Van Rens, G. H. (2004). Different aspects of visual impairment as risk factors for falls and fractures in older men and women. *Journal of bone and mineral research: the official journal of the American Society for Bone and Mineral Research*, 19(9), 1539-1547. <https://doi.org/10.1359/JBMR.040504>

De Hert, S., & Moerman, A. (2015). Sevoflurane. *F1000Research*, 4(F1000 Faculty Rev), 626. <https://doi.org/10.12688/f1000research.6288.1>

Deglin, J., & Vallerand, A. (2016). *Guia Farmacológico para Enfermeiros*. Lusodidacta, 14ª edição

Deveza, N. M. L. de A. (2020). Relatório de Governo Societário. *E.P.E.*

https://www2.chuc.min-saude.pt/media/relatorios_contas/2020/Relatorio_Governo_Societario_2020.pdf

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2003). A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. *Circular Normativa nº 09/DGDC*. https://www.apeddor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf

Direção Geral da Saúde [DGS]. (2013). Despacho n.º 2905/2013 de 14 de fevereiro. *Diário da República nº 38/2013 - série II*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/2905-2013-1937343>

Direção Geral de Saúde [DGS]. (2015). Consentimento Informado Esclarecido e Livre Dado por Escrito. *Norma nº 15/2013, atualizada 04/11/2015*. <http://www.aenfermagemeasleis.pt/wp/wp-content/uploads/2015/11/Norma-015-DGS-Consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito-04-11-20151.pdf>

Direção Geral da Saúde [DGS]. (2019). Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. *Norma nº 007/2019 de 16/10/2019*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072019-de-16102019-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde [DGS]. (2022a). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. *Norma clínica nº 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022*. 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 [DGS]. (2022b). Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto. *Norma nº 031/2013*. 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

Doherty, G., Way, L. & Al, E. (2011). *Cirurgia: diagnóstico e tratamento*. Guanabara Koogan, 13ª edição

Douglas J. R. (2023). Visão geral do glaucoma. University Hospitals/Case Western Reserve University. *Manual MSD*. <https://www.msmanuals.com/pt-pt/casa/dist%C3%BArbiol%C3%B3gicos/glaucoma/glaucoma>

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

Duff, J., Bowen, L., & Gumuskaya, O. (2022). What does surgical conscience mean to perioperative nurses: An interpretive description. *Collegian*, 29(2), 147-153. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2021.07.007>

- Ezeamuzie, O., Darian, V., Katiyar, U., & Siddiqui, A. (2019). Intraoperative use of low-profile alternating pressure mattress for prevention of hospital acquired pressure injury. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 17. <https://doi.org/10.1016/j.pcorn.2019.100080>
- Filho, G. R. O., Garcia, J. H. S., Ghellar, M.R., Nicolodi, M.A., Boso, A. L., & Mago, A. J. D. (2001). Fatores associados com a ocorrência de hipoxemia no período pós-anestésico imediato. *Rev. Bras. Anestesiologia*, 51(3). <https://doi.org/10.1590/S0034-70942001000300001>
- Galvão, C., Sawada, N. O. & Aparecida, R. L. (2002). A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(5), 690-695. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692002000500010>
- George, T. A., Abraham, B., & George, N. (2017). The need for eye protection during general anaesthesia and the efficacy of various eye protection methods. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 5(4), 1224-1229. <https://doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20170988>
- Gezer, D., & Arslan, S. (2019). The Effect of Education on the Anxiety Level of Patients Before Thyroidectomy. *Journal of perianesthesia nursing: official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 34(2), 265-271. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.05.017>
- Ghiadoni, L. (2010). Management of high blood pressure in type 2 diabetes: perindopril/indapamide fixed-dose combination and the ADVANCE trial [corrected]. *Expert opinion on pharmacotherapy*, 11(10), 1647-1657. <https://doi.org/10.1517/14656566.2010.491511>
- Gifford, R. (2020). Cochlear Implant Patient Assessment: *Evaluation of Candidacy, Performance, and Outcomes*. Plural Publishing, 2ª edição
- Gofman, N., Cohen, B., Matot, I., Cattan, A., Dotan, G., Stolovitch, C., & Ela-Dalman, N. (2017). Do Intraocular Pressure Measurements Under Anesthesia Reflect the Awake Condition?. *Journal of glaucoma*, 26(4), 299-302. <https://doi.org/10.1097/IJG.0000000000000355>
- Gomes, J., Sousa, P., Pereira, F., Bastos, F., Prata, A. P., & Silva, C. (2021). Content Analysis of Nursing Integumentary Diagnoses and Interventions: Firsts Step Towards a Wound Healing Information Model. *New Trends in Qualitative Research*, 8(1), 606-616. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.606-616>
- Gomes, N. (2009). *O doente cirúrgico no período pré-operatório: da informação recebida às necessidades expressas*. (Tese de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto). Repositório Aberto da Universidade do Porto. <http://hdl.handle.net/10216/16187>
- Gonçalves, M. A. R., Cerejo, M. da N. R., & Martins, J. C. A. (2017) The influence of the information provided by nurses on preoperative anxiety. *Revista de Enfermagem Referência*,

4(14), 17-26. <https://doi.org/10.12707/RIV17023>

Göras, C., Nilsson, U., Ekstedt, M., Unbeck, M., & Ehrenberg, A. (2020). Managing complexity in the operating room: a group interview study. *BMC Health Services Research*, 20(440), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05192-8>

Graça, L., Cracel, M., & Vieira, M. (2017). *Fatores determinantes na incidência de úlceras por pressão no bloco operatório em doentes submetidos a cirurgia major* (Tese de mestrado). Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Repositorio Cientifico IPVC. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1888>

Grupo Português de Glaucoma (2014). O que é o glaucoma? *Sociedade Portuguesa de Oftalmologia*.

https://www.spoftalmologia.pt/wp-content/uploads/2014/03/O_QUE_O_GLAUCOMA_concluido.pdf

Grzybowski, A., Kanclerz, P., & Myers, W. G. (2018). The use of povidone-iodine in ophthalmology. *Current Opinion in Ophthalmology*, 29(1), 19-32. <https://doi.org/10.1097/ICU.0000000000000437>

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

Guerra, L. E. L. de S., & Palotti, A. M. (2023). Use of periglottic anesthesia in the prevention of risk factors associated with post-surgical morbidity and mortality. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(1), 2757-2770. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n1-217>

Hawkins, R. J., Swanson, B., & Kremer, M. J. (2012). An integrative review of factors related to patient satisfaction with general anesthesia care. *AORN journal*, 96(4), 368-376. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2012.07.015>

Health Protection Scotland [HPS]. (2018). Targeted literature review: What are the key infection prevention and control recommendations to inform a surgical site infection (SSI) prevention quality improvement tool?. *National Health Services*, 4(Dec), 1-69. https://hpspubsrepo.blob.core.windows.net/hpswebsite/nss/2571/documents/4_ssi-review-v4.pdf

Ianni, A., & Pereira, P. C. A. (2009). Deaf community's access to the primary health care network. *Saúde e Sociedade*, 18(2), 89-92. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000600015>

INFARMED, Gabinete Jurídico e Contencioso. (2013). Define as condições e requisitos a que deve obedecer a utilização, nos serviços e estabelecimentos do SNS, de dispositivos médicos de uso único reprocessados. Despacho n.º 7021/2013, de 24 de maio. *Diário da Republica, série 2, nº 104*. https://www.infarmed.pt/documents/15786/1076625/122-C_Desp_7021_2013.pdf

Jarvis, C. (2002). *Exame físico e avaliação de saúde*. Guanabara Koogan. 3ª edição

Jonas, J. B. (2010) Role of cerebrospinal fluid pressure in the pathogenesis of glaucoma. *Acta*

- Ophthalmologica*, 89(6), 505-510. <https://doi.org/10.1111/j.1755-3768.2010.01915.x>
- Júnior, L. R., Júnior, F., Calhau, C. M., Calhau, A. C., & Palhano, C. (2010). Postoperative Complications in implanted patients in the Cochlear Implant Program of Rio Grande do Norte – Brazil. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 76(4), 517-21. <https://www.redalyc.org/pdf/3924/392437895017.pdf>
- Kalantari, R., Zamanian, Z., Hasanshahi, M., Jamali, J., Faghihi, A., Niakan, M. H., & Gheysari, S. (2022). An observational study to assess circulating nurses' non-technical skills. *Journal of Perioperative Practice*, 33(10), 296-301. <https://doi.org/10.1177/17504589221117673>
- Kanclerz, P., & Myers, W. G. (2022). Chlorhexidine and other alternatives for povidone-iodine in ophthalmic surgery: review of comparative studies. *Journal of Cataract & Refractive Surgery*, 48(3), 363-369. <https://doi.org/10.1097/j.jcrs.0000000000000754>
- Kang, E., Gillespie, B., & Massey, D. (2014). What are the non-technical skills used by scrub nurses? An integrated review. *ACORN*, 27, 16-25. https://www.researchgate.net/publication/281179042_What_are_the_nontechnical_skills_used_by_scrub_nurses_An_integrated_review
- Khan, I., & Khan, M. A. B. (2022). Sensory and Perceptual Alterations. *StatPearls Publishing*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33085283/>
- Klein, A. A., Meek, T., Allcock, E., Cook, T. M., Mincher, N., Morris, C., Nimmo, A. F., Pandit, J. J., Pawa, A., Rodney, G., Sheraton, T., & Young, P. (2021). Recommendations for standards of monitoring during anaesthesia and recovery 2021. *Anaesthesia*, 76(9), 1212-1223. <https://doi.org/10.1111/anae.15501>
- Klein, B. E., Moss, S. E., Klein, R., Lee, K. E., & Cruickshanks, K. J. (2003). Associations of visual function with physical outcomes and limitations 5 years later in an older population: the Beaver Dam eye study. *Ophthalmology*, 110(4), 644-650. [https://doi.org/10.1016/S0161-6420\(02\)01935-8](https://doi.org/10.1016/S0161-6420(02)01935-8)
- Kvam, M. H., Loeb, M., & Tambs, K. (2007). Mental health in deaf adults: Symptoms of anxiety and depression among hearing and deaf individuals. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 12(1), 1-7. <https://doi.org/10.1093/deafed/enl015>
- Lanbeck, P., Odenholt, I., & Paulsen, O. (2004). Perception of risk factors for infusion phlebitis among Swedish nurses: a questionnaire study. *Journal of infusion nursing : the official publication of the Infusion Nurses Society*, 27(1), 25-30. <https://doi.org/10.1097/00129804-200401000-00004>
- Lawrence, R., & Thevasagayam, R. (2015) Controversies in the management of sudden sensorineural hearing loss: An evidence-based review. *Clinical Otolaryngology*, 40(3), <https://doi.org/176-82>. doi: 10.1111/coa.12363

Leaper, D. J., & Whitaker, I. S. (2010). *Post-operative complications*. Oxford University Press. 2ª edição

Levett, D. Z., Edwards, M., Grocott, M., & Mythen, M. (2016). Preparing the patient for surgery to improve outcomes. Best practice & research. *Clinical anaesthesiology*, 30(2), 145-157. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2016.04.002>

Linton, A., & Matteson, M. (2020). *Medical Surgical Nursing*. Elsevier. 10ª Edição

Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (2018). Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. *INESC-TEC*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf

Lopes, N. (2015). Rastreio precoce no glaucoma. *Grupo Português de Glaucoma Sociedade Portuguesa de Oftalmologia*. Dossier especial saúde. <https://spoftalmologia.pt/wp-content/uploads/2015/10/Glaucoma.pdf>

Lopez, V., Molassiotis, A., Chan, W. K., Ng, F., & Wong, E. (2004). An intervention study to evaluate nursing management of peripheral intravascular devices. *Journal of infusion nursing: the official publication of the Infusion Nurses Society*, 27(5), 322-331. <https://doi.org/10.1097/00129804-200409000-00006>

Lourenço, M. (2004). Cuidar no bloco operatório. *Revista Nursing*, 187, 25- 28

Maciel, B. L., Nunes, F.C., Pereira, N.H., Nascimento, P.D., Periañez, C. A., Caetano, E. P., Nakagawa, L. M., Simino, G. P., & Mattia, A. L. (2017). Oxygenotherapy related to peripheral oxygen saturation in patients in the anesthetic recovery room. *Revista SOBECC*, 22(2), 60-67. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201700020002>

Magrini, A. M., & Santos, T. M. M. dos. (2014). Comunicação entre funcionários de uma unidade de saúde e pacientes surdos: um problema?. *Distúrbios Da Comunicação*, 26(3). <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/14880>

Marcus C. (2014). Strategies for improving the quality of verbal patient and family education: a review of the literature and creation of the EDUCATE model. *Health psychology and behavioral medicine*, 2(1), 482-495. <https://doi.org/10.1080/21642850.2014.900450>

Martins, F. (2013) Unidade de Cuidados Pós Anestésicos. In *Manual de Anestesiologia*. Lidel - Edições técnicas, 1ª edição, 635- 648

Martins, J. C. M. (2004). Os enfermeiros e os direitos dos doentes à informação e ao consentimento: Percepções, Atitudes e Opiniões. *Revista de Enfermagem Referência*, 12 (1), 15 -26 .

https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=31

&id_revista=5&id_edicao=9

Martins, L. M. S. (2015). *Formação da equipa de enfermagem do bloco operatório no reprocessamento de dispositivos médicos reutilizáveis*. (Tese de mestrado em enfermagem perioperatória da escola superior de saúde do Instituto Politécnico de Setúbal). Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/7627>

Masini, E. F.S., Chagas, P. A. C., & Covre, T. K. M. (2006). Facilities And Difficulties Faced By Professors Who Teach Students With Visual Impairment At Regular Universities. *Rev. Benjamin Constant*, 34(1)

McGoldrick, K. E., & Foldes, P. J. (2006). General anesthesia for ophthalmic surgery. *Ophthalmology clinics of North America*, 19(2), 179-191. <https://doi.org/10.1016/j.ohc.2006.02.005>

McJunkin, J. L, & Buchman, C. (2018). Cochlear implantation in adults. In Myers, E. N., Snyderman, C.H. *Operative Otolaryngology Head and Neck Surgery*, Philadelphia, 137

Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle-Range and situation specific theories in nursing and practice*. Springer Publishing Company. https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf

Melo, J., Teixeira, A., Novo, A., Figueiredo, M., & Branco, N. (2013). Visita de Enfermagem Pré-operatória - A opinião dos doentes. *Revista Millenium*, 44(1), 171-182. <http://hdl.handle.net/10400.19/2277>

MELO, M. L. (2005). *Comunicação com o doente: certezas e incógnitas*. Lusociência

Memarzadeh, F., Varma, R., Lin, L. T., Parikh, J. G., Dustin, L., Alcaraz, A., & Elliott, D. (2009). Postoperative use of bevacizumab as an antifibrotic agent in glaucoma filtration surgery in the rabbit. *Investigative ophthalmology & visual science*, 50(7), 3233-3237. <https://doi.org/10.1167/iovs.08-2441>

Merck & Co. (2024). *Ciclo de drenagem de humor aquoso*. Inc., Rahway, NJ. <https://www.merckmanuals.com/professional/multimedia/figure/aqueous-humor-production-and-flow>

Ministério da Saúde [MS]. (2009). Manual de Boas Práticas Laboratoriais de Anatomia Patológica (MBPLAP). Despacho nº399/2009, de 7 de Janeiro. *Diário da República, série 4, nº2*, 510 - 516. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/399-2009-2265652>

Mota, A. S. de C., Castilho, A. F. de O. M., & Martins, M. M. F. P. da S. (2021). Papéis de Liderança em Enfermagem Preditores da Segurança do Doente no Bloco Operatório. *Revista Baiana de Enfermagem*, 36(1), 1-12. <https://doi.org/10.18471/rbe.v36.46571>

- Munro, C. A. (2010). The development of a pressure ulcer risk-assessment scale for perioperative patients. *AORN journal*, 92(3), 272-287. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2009.09.035>
- Neves, H., & Parente, P. (2019). A nursing clinical data model for neuromuscular processes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(5), 1609-1616. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.04462019>
- Nicholson, A., Coldwell, C. H., Lewis, S. R., & Smith, A. F. (2013). Nurse-led versus doctor-led preoperative assessment for elective surgical patients requiring regional or general anaesthesia. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2013(11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010160.pub2>
- Nimmo, A. F., Absalom, A. R., Bagshaw, O., Biswas, A., Cook, T. M., Costello, A., Grimes, S., Mulvey, D., Shinde, S., Whitehouse, T., & Wiles, M. D. (2019). Guidelines for the safe practice of total intravenous anaesthesia (TIVA). *Anaesthesia*, 74(2), 211-224. <https://doi.org/10.1111/anae.14428>
- Nobrega, J. D., Munguba, M. C., & Pontes, R. J. S. (2017). Atenção à saúde e surdez: desafios para implantação da rede de cuidados à pessoa com deficiência. *Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde*, 30(3), 1-10. <https://doi.org/10.5020/18061230.2017.6176>
- Núcleo de apoio técnico ao judiciário [NatJus]. (2022). Nota técnica dapagliflozina / diabetes mellitus tipo 2. *Juizado Especial Cível Adjunto à 21ª Vara Federal da SJDF*. <https://www.tjdft.jus.br/informacoes/notas-laudos-e-pareceres/natjus-df/1673.pdf>
- Nunes, A. L. P., & Macêdo, S. (2022). Atendimento à Pessoa Surda por Profissionais de Saúde em Hospital Universitário Pernambucano. *Revista do nufen: phenomenology and interdisciplinarity*, 14(1). <https://doi.org/10.26823/nufen.v14i1.21390>
- Nunes, J., Gomes, R., Povo, A., & Alves, E. (2018). Indicadores de Qualidade em Cirurgia de Ambulatório: uma revisão bibliográfica comparando a realidade portuguesa e o contexto internacional. *Acta Médica Portuguesa*, 31(7-8), 425-430. <https://doi.org/10.20344/amp.10416>
- Obeso, S., Rodrigo, J. P., Sánchez, R., López, F., Díaz, J. P., & Suárez, C. (2010). Antibiotic prophylaxis in otolaryngologic surgery. *Acta Otorrinolaringológica Española*, 61(1), 54-68. <https://doi.org/10.1016/j.otorri.2008.12.006>
- O'Grady, N. P., Alexander, M., Dellinger, E. P., Gerberding, J. L., Heard, S. O., Maki, D. G., Masur, H., McCormick, R. D., Mermel, L. A., Pearson, M. L., Raad, I. I., Randolph, A., & Weinstein, R. A. (2002). Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. Centers for Disease Control and Prevention. MMWR. Recommendations and reports : Morbidity and mortality weekly report. *Recommendations and reports*, 51(RR-10), 1-29
- Oliveira, A. S. S. & Parreira, P. M. S. D. (2010). Nursing interventions and peripheral venous catheter-related phlebitis. Systematic literature review. *Revista de Enfermagem Referência*,

3(2), 137-147. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239961011>

Oliveira, G. F., Marin, T. C., Forjaz, C. L. M., & Brito, L. C. (2021). Exercise Training and Endothelial Function in Hypertension: Effects of Aerobic and Resistance Training. *Treinamento Físico e Função Endotelial em Hipertensos: Efeitos dos Treinamentos Aeróbico e Resistido. Arquivos brasileiros de cardiologia*, 116(5), 948-949. <https://doi.org/10.36660/abc.20210111>

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2014). Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. *OE*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro_norma_de_dotacoesseguras_dos_cuidados_de_enfermagem_ag_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf

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

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2024). Aprovada terceira versão da Ontologia de Enfermagem. *OE*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/3%C2%AA-vers%C3%A3o-ontologia/>

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

Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2018). Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection. *World Health Organization*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30689333/>

Organização Mundial da Saúde [OMS]. [OMS]. (2019a). World report on vision. *World Health Organization. LUSA*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516570>

Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2019b). Childhood hearing loss: Strategies for prevention and care. *World Health Organization*. <https://www.who.int/publications/i/item/childhood-hearing-loss-strategies-for-prevention-and-care>

Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2019c). Patient safety. https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/

Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2020). Sistemas de notificação e aprendizagem de incidentes de segurança do paciente. *Editora Mizuno*. Traduzido por Leite, F. A. E. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/334323/9786555261950-por.pdf>

Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2024). Deafness and hearing loss. *World Health Organization*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>

Ottoline, A.C., Tomita, S., Marques, M., Felix, F., Ferraiolo, P. N., Laurindo, R.S. (2013). Antibiotic prophylaxis in otolaryngologic surgery. *International Archives of Otolaryngology*, 17(1), 85-91. <https://doi.org/10.7162/S1809-97772013000100015>

- Patel, A., ADVANCE Collaborative Group, MacMahon, S., Chalmers, J., Neal, B., Woodward, M., Billot, L., Harrap, S., Poulter, N., Marre, M., Cooper, M., Glasziou, P., Grobbee, D. E., Hamet, P., Heller, S., Liu, L. S., Mancina, G., Mogensen, C. E., Pan, C. Y., Rodgers, A., & Williams, B. (2007). Effects of a fixed combination of perindopril and indapamide on macrovascular and microvascular outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus (the ADVANCE trial): a randomised controlled trial. *Lancet (London, England)*, *370*(9590), 829-840. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61303-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61303-8)
- Pedroso, R. A., & Celich, K. L. S. (2006). Pain: fifth vital sign, a challenge for the care in nursing. *Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis*, *15*(2), 270-276. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000200011>
- Penaforte, H., Sá, C., Seara, L., Costa, M. J., & Mendes, A. (2019). Normotermia no perioperatório: perspectiva do enfermeiro. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, *2*(1), 7-17. <https://doi.org/10.37914/riis.v2i1.43>
- Pereira, M. J. F. S., & Lisboa, M. (2009). Diabetes and Surgery: Guidelines for optimal perioperative clinical control of the diabetic patient. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, *2*(9), 39-50.
- Pereira, P.J.S., Souza, N.F.H., Almeida, R.J., Menezes, D.C., Bom G.C., & Trettene, A.S. (2017). Nursing diagnoses and interventions in children submitted to cochlear implantation. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, *51*(1). <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016045203238>
- Peres, A. M., Freitas, L. J., Calixto, R. do C., Martinez Riera, J. R., & Sanjuan Quiles, A. (2013). Conceções dos enfermeiros sobre planeamento, organização e gestão de enfermagem na atenção básica: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, *3*(10), 153-160. <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239969006.pdf>
- Perioperative patient focused model (2017). Introduction to the 2018 edition R Conner (Ed.), Guidelines for perioperative practice, AORN, Inc, Denver, C.O., 1-6
- Piltcher, O. B., & Scarton, F. B. (2005). Antibiotic use in tonsillectomies: therapeutic or prophylactic? Required or excessive?. *Brazilian journal of otorhinolaryngology*, *71*(5), 686-690. [https://doi.org/10.1016/s1808-8694\(15\)31275-1](https://doi.org/10.1016/s1808-8694(15)31275-1)
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Tematico*(10), 27-39. <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-infecoes-associadas-aos-cuidados-saude-X0870902510898567>
- Popov, D., & Peniche, A. (2009). As intervenções do enfermeiro e as complicações em sala de recuperação pós-anestésica. *Rev. esc. enferm. USP*, *43*(4). <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000400030>
- Porto Editora. (2024). Competência no Dicionário infopédia da língua portuguesa. Porto Editora.

<https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/competência>

Porto, C. C. (2017). *Exame clínico: bases para a prática médica*. Editora Guanabara. 8ª edição

Poulsen, K. (2019). Implementing Patient-Family Communication Technology. *AORN Journal*, 110(4), 372-376. <https://doi.org/10.1002/aorn.12821>

Prakash S. (2013). Perioperative eye protection under general anesthesia. *Journal of anaesthesiology, clinical pharmacology*, 29(1), 138-139. <https://doi.org/10.4103/0970-9185.105834>

Putnam, L. R., Levy, S. M., Sajid, M., Dubuisson, D. A., Rogers, N. B., Kao, L. S., Lally, K. P., & Tsao, K. (2014). Multifaceted interventions improve adherence to the surgical checklist. *Surgery (United States)*, 156(2), 336-344. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2014.03.032>

Queirós, C., Silva, M. A. T. C. P., Cruz, I., Cardoso, A., & Morais, E. J. (2021). Nursing diagnoses focused on universal self-care requisites. *International nursing review*, 68(3), 328-340. <https://doi.org/10.1111/inr.12654>

Ramona, B., Monica, P., Paul-Eduard, S., Speranta, S., & Calin-Petru, T. (2015). Intraoperative and postoperative complications in trabeculectomy, Clinical study. *Romanian journal of ophthalmology*, 59(4), 243-247

Ramos, E., Almeida, J. C., & Pinheiro, T. (2003). *Visita de enfermagem pré-operatória*. *Informar*, 30(1), 5-9

Regulamento n.º 613/2022, de 8 de julho. Regulamento que define o ato do enfermeiro. *Diário da República*, série 2, n.º 131, 179-182. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/613-2022-185836226>

Regulamento n.º 656/2021, de 16 de julho. Regulamento de Formação Profissional da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, série 2, n.º 137, 173-191. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/656-2021-167491874>

Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, série 2, n.º 26, 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho. 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*, série 2, n.º 135, 19359-19370. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro. Regulamento da Norma para Cálculo de

Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, série 2, nº 184, 128-155. [https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/124981040/details/normal?q=Regulamento+n%C2%BA%20743%2F2019](https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/124981040/details/normal?q=Regulamento+n%C2%BA%20743%2F2019;);

Ribeiro, A. (2023). *Guia de introdução “estágio de natureza profissional módulo II”*. Escola superior de enfermagem do Porto, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em situação Perioperatória

Rothrock, J. C., & Smith, D. A. (2000). Selecting the perioperative patient focused model. *AORN J.*, 71(3),1030-1037. [https://doi.org/10.1016/s0001-2092\(06\)61552-4](https://doi.org/10.1016/s0001-2092(06)61552-4)

Rothrock, J. C. (2021). *Alexander. Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. Guanabara Koogan (16)

Sambhara, D., & Aref, A. A. (2014). Glaucoma management: relative value and place in therapy of available drug treatments. *Therapeutic advances in chronic disease*, 5(1), 30-43. <https://doi.org/10.1177/2040622313511286>

Santos, A. S., & Portes, A. J. F. (2019). Perceptions of deaf subjects about communication in Primary Health Care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27(1). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2612.3127>

Santos, F., & Silva, J. P. (2019). Ansiedade entre as pessoas surdas: um estudo teórico. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 71(1), 143-157. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arb/v71n1/11.pdf>

Santos, M. M. B., Martins, J. C. A., & Oliveira, L. M. N. (2014). A ansiedade, depressão e stresse no pré-operatório do doente cirúrgico. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3). <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1393>

Serra, A, Simões, A., Fernandes, J., & Ferreira, M. (2021). *O cuidado centrado na pessoa*. Escola Superior Saú de Egas Moniz. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/37866/1/EBOOK%20II%20JESSEM%202020.pdf>

Sgreccia, E. (2009). *Manual de Bioética. Fundamentos e ética biomédica*. Princípia Editora

Sharon, A. V. W. (2020). The Perioperative Patient Focused Model: A literature review. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 18(2020). <https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2019.100083>

Siddiqui, B. A., & Kim, P. Y. (2023). Anesthesia Stages. In StatPearls. *StatPearls Publishing*

Silva, R. M. (2016a). *Inovação informática de atendimento holístico do idoso no bloco operatório*. (Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto). Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/83634>

Silva, T. M. M. C. (2016b). *Competências não técnicas do enfermeiro instrumentista*. (Relatório

de mestrado em enfermagem perioperatória apresentada à escola superior de saúde do Instituto Politécnico de Setúbal). Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/17276>

Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (2017). Recomendações da SPA para manutenção de normotermia no período perioperatório. Guidelines de conduta clínica. <https://spanestesiologia.pt/ficheiros/Consensos%20normotermia.pdf>

Sousa, H., & Marques, O. (2014). Anestesia. In A. Duarte & O. Martins, *Enfermagem em bloco operatório*. Lidel, 9ª edição, 69-92

Sousa, L. M., & Santos, M. V. F. (2021). Application of the Glasgow coma scale: a bibliometric analysis of publications in the field of Nursing. *Research, Society and Development*, 10(14), e48101421643. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i14.21643>

Souza, L. R., Souza, M. A. G., Pinto, A. da S., Cortez, E. A., Carmos, T. G., & Nascimento, R. M. (2010). Os benefícios da visita pré-operatória de enfermagem para o cliente cirúrgico: revisão sistemática de literatura. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 2(2), 797-806. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750818019>

Souza, M. F. N. S., Araújo, A. M. B., Sandes, L. F. F., Freitas, D. A., Soares, W. D., Vianna, R. S. de M., & Sousa, Á. A. D. (2017). Principais dificuldades e obstáculos enfrentados pela comunidade surda no acesso à saúde: uma revisão integrativa de literatura. *Revista CEFAC*, 19(3), 395-405. <https://doi.org/10.1590/1982-0216201719317116>

Squirrell, D. M., Kenny, J., Mawer, N., Gupta, M., West, J., Currie, Z. I., Pepper, I. M., & Austin, C. A. (2005). Screening for visual impairment in elderly patients with hip fracture: validating a simple bedside test. *Eye (London, England)*, 19(1), 55-59. <https://doi.org/10.1038/sj.eye.6701421>

The Joint Commission [TJC]. (2013). Preventing Unintended Retained Foreign Objects. *Sentinel Event Alert*, 51, 1-5. sea_51_urfos_10_17_13_final.pdf (jointcommission.org)

Torossian, A., Bräuer, A., Höcker, J., Bein, B., Wulf, H., & Horn, E. P. (2015). Preventing inadvertent perioperative hypothermia. *Deutsches Arzteblatt international*, 112(10), 166-172. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0166>

Tscholl, D. W., Weiss, M., Kolbe, M., Staender, S., Seifert, B., Landert, D., Grande, B., Spahn, D. R. & Noethiger, C. B. (2015). An anesthesia preinduction checklist to improve information exchange, knowledge of critical information, perception of safety, and possibly perception of teamwork in anesthesia teams. *Anesthesia and Analgesia*, 121(4), 948-956. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000000671>

Turunen, E., Miettinen, M., Setälä, L., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2017). An integrative review of a preoperative nursing care structure. *Journal of clinical nursing*, 26(7-8), 915-930. <https://doi.org/10.1111/jocn.13448>

Usta, B., Türkay, C., Muslu, B., Gözdemir, M., Kasapoglu, B., Sert, H., Demircioğlu, R. I., & Karabayirli, S. (2011). Patient-controlled analgesia and sedation with alfentanil versus fentanyl for colonoscopy: a randomized double blind study. *Journal of clinical gastroenterology*, 45(7), e72–e75. <https://doi.org/10.1097/MCG.0b013e318201fbce>

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

Wang, J., Liu, G. T., Mayo, H. G., & Joshi, G. P. (2015). Pain Management for Elective Foot and Ankle Surgery: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *The Journal of foot and ankle surgery: official publication of the American College of Foot and Ankle Surgeons*, 54(4), 625–635. <https://doi.org/10.1053/j.jfas.2014.05.003>

Waring, J., Allen, D., Braithwaite, J., & Sandall, J. (2016). Healthcare quality and safety: a review of policy, practice and research. *Sociology of health & illness*, 38(2), 198–215. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12391>

Watson, D. S. (2011). *Perioperative Safety*. United States: Mosby. 1ª edição, 156-166

Weinberg, L., Collins, N., Van Mourik, K., Tan, C., & Bellomo, R. (2016). Plasma-Lyte 148: A clinical review. *World journal of critical care medicine*, 5(4), 235–250. <https://doi.org/10.5492/wjccm.v5.i4.235>

Woodward, S., Randall, S., Hoey, A., & Bishop, R. (2004). *Seven steps to patient safety*. The full reference guide. NHS - National Patient Safety Agency. 2ª edição. <https://www.publichealth.hscni.net/sites/default/files/directorates/files/Seven%20steps%20to%20safety.pdf>

Yu, S. H., & Beirne, O. R. (2010). Laryngeal mask airways have a lower risk of airway complications compared with endotracheal intubation: a systematic review. *Journal of oral and maxillofacial surgery: official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*, 68(10), 2359–2376. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2010.04.017>

8. ANEXOS

Anexo I



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I

**VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM
LIMITAÇÕES SENSORIAIS**

Projeto de desenvolvimento profissional de competências especializadas em
enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação
perioperatória.

Autora:

Verónica Sofia Silva Gomes
(ep10500)

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I

**VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM LIMITAÇÕES
SENSORIAIS**

Projeto de desenvolvimento profissional de competências especializadas em
Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação
Perioperatória.

Autora:

Verónica Gomes (ep10500)

Orientadora:

Professora Doutora Cristina Barroso

Coorientadora:

Professora Fátima Segadães

LISTA DE SIGLAS

BO – Bloco Operatório

EMC - Especialista em Médico – Cirúrgica

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

VPOE – Visita Pré-Operatório de Enfermagem

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. METODOLOGIA DO PROJETO DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL	11
1.1. Diagnóstico e Avaliação da viabilidade do projeto	12
1.2. Objetivos e Atividades do projeto.....	15
1.3. Planeamento e Execução.....	17
1.4. Recursos e Requisitos.....	18
1.5. Avaliação e Divulgação de resultados.....	19
CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21

INTRODUÇÃO

No âmbito do II Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (MEMCPSPE), da Escola Superior de Enfermagem do Porto, foi proposta a realização de um projeto individual de desenvolvimento profissional, significativo e aplicável no contexto clínico da enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória. Deste modo, houve necessidade de refletir numa área de interesse pessoal com aplicabilidade profissional, cujo estudo fosse pertinente e o mote para o desenvolvimento das competências pessoais inerentes ao enfermeiro especialista.

Para a elaboração do presente documento, a autora considerou pertinente abordar o tema da Visita Pré-Operatória de Enfermagem (VPOE), explorando a importância que esta desempenha para os clientes com limitações sensoriais, que são sujeitos a cirurgia eletiva.

Tentando desenvolver de forma mais específica esta problemática, tendo em conta os contextos clínicos presenciados, o enfoque deste projeto irá recair sobre os clientes submetidos a cirurgia de implante coclear (no primeiro estágio), dado o elevado nível de dificuldades auditivas que estes clientes apresentam, provocando barreiras de comunicação que podem colocar em causa a segurança do cliente e impedem um processo cirúrgico mais tranquilo e facilitador. No segundo momento de estágio será abordada a VPOE nos clientes submetidos a cirurgia de Glaucoma, pois, segundo Tham YC et al. (2014) o glaucoma é a causa mais frequente de cegueira irreversível nos países desenvolvidos.

O tema do projeto anteriormente referido, para além de ser um tema do domínio de conhecimentos que interessa à autora, tem ainda como objetivo desenvolver as competências inerentes ao enfermeiro especialista na área de enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação perioperatória tais como a capacitação da pessoa e família/pessoa significativa, para a gestão da sua experiência cirúrgica.

O enfermeiro especialista deve, por isso, utilizar estratégias facilitadoras da comunicação expressiva de emoções, utilizar estratégias promotoras de esperança realista e alívio da ansiedade e medo, e de igual forma, assegurar que a pessoa compreende a informação que lhe

é transmitida para o exercício da sua autodeterminação, permitindo uma tomada de decisão consciente e esclarecida (Regulamento nº 429/2018).

O interesse por esta temática surgiu no contexto de estágio vivenciado num Centro Hospitalar da região Centro, no serviço de Bloco Operatório (BO), onde foi possível observar que os clientes submetidos a implantes cocleares apresentavam elevados níveis de ansiedade e receios que culminavam numa desinformação sobre espaço físico e dinâmicas inerentes ao processo cirúrgico, mais acentuada do que em clientes de outras especialidades cirúrgicas.

O presente documento encontra-se estruturado na presente introdução, num capítulo central, onde é abordada a metodologia do projeto de desenvolvimento profissional, iniciando com uma avaliação da viabilidade do projeto; identificação dos objetivos gerais e específicos e respetivas atividades a desenvolver. Posteriormente é apresentada toda a planificação do projeto, bem como os recursos a utilizar para a sua implementação.

Este documento é finalizado com uma breve conclusão do percurso efetuado e perspetivas futuras relativamente à implementação do projeto.

1. METODOLOGIA DO PROJETO DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

O projeto individual de desenvolvimento profissional deve ser significativo e aplicável no contexto clínico da enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, tendo em conta, os respetivos contextos pessoais, sociais e, em particular, os contextos de trabalho. Tem como principal premissa permitir a aplicação integrada dos conhecimentos e o aprofundamento das competências clínicas na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

De acordo com Ruivo et al. (2010), a metodologia de trabalho de projeto baseia-se em investigação centrada em problemas reais, buscando implementar estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Por meio da pesquisa, análise e solução de problemas concretos no contexto, essa metodologia promove uma prática baseada em evidências.

Perante o descrito, a autora considera que seria pertinente que este projeto de desenvolvimento profissional fosse focalizado numa área autónoma de enfermagem, permitindo aumentar o nível de evidência nesta área, e de igual forma, que fosse uma área de interesse pessoal, que promova o desenvolvimento das competências específicas de enfermeiro especialista.

Este projeto consiste, por isso, no desenvolvimento de estratégias comunicacionais que permitam implementar a visita pré-operatória de enfermagem nos clientes com limitações sensoriais (auditivas e visuais) e assim possibilitar que estes clientes obtenham as mesmas informações (necessárias para um processo cirúrgico seguro e informado) que os clientes sem essas limitações.

Para uma correta realização deste projeto, permitindo facilitar todo o processo de implementação, é necessário perceber as diferentes fases que o caracterizam. Segundo Ruivo et al. (2010) a conceptualização da metodologia de projeto realiza-se em 5 fases: diagnóstico de situação; definição dos objetivos; planeamento; execução e avaliação; divulgação dos resultados.

1.1. Diagnóstico e Avaliação da viabilidade do projeto

O tema do projeto “Visita pré-operatória de enfermagem à pessoa com limitações sensoriais” surgiu inicialmente do interesse pessoal da autora em abordar a visita pré-operatória de enfermagem, uma vez que identificou essa lacuna no seu local de trabalho, pois esta intervenção não é realizada pela equipa do bloco. É realizada uma consulta pré-operatória telefonicamente por um enfermeiro da consulta, sendo que muitas das vezes as informações transmitidas ao cliente não são as informações mais corretas para a realização de uma intervenção cirúrgica em segurança e baseada na evidência mais atualizada.

Este tema tinha assim como objetivo aprofundar as competências pessoais e profissionais da autora nesta intervenção autónoma de enfermagem, com o intuito de posteriormente conseguir justificar a importância que a visita pré-operatória realizada pela equipa de bloco operatório tem para promoção de um processo cirúrgico individualizado, transmitindo maior segurança e confiança ao cliente. Esta aquisição de competências seria um fator facilitador para uma futura implementação da VPOE no local de trabalho.

No primeiro momento de estágio, como referido, a equipa de enfermagem de BO já tinham uma visita pré-operatória instituída, associada às especialidades cirúrgicas de cirurgia geral e ortopedia, com feedbacks positivos transmitidos pelos clientes.

Após reflexão com a enfermeira tutora Especialista em Médico – Cirúrgica (EMC) do serviço, foi possível perceber que essa visita pré-operatória instituída encontrava-se muito associada ao modelo biomédico, não permitindo uma correta colheita de dados de enfermagem, dificultando todo o processo de tomada de decisão de enfermagem. Como as colegas EMC se encontravam a reformular a respetiva estruturação da VPOE para essas duas especialidades, foi sugerido pela autora o alargamento desta mesma visita aos clientes que todas as semanas eram submetidos a cirurgia de otorrinolaringologia, nomeadamente cirurgias de implante coclear.

Nesta especialidade cirúrgica, foi observado durante o estágio, que existem diferentes níveis de hipoacusia experienciadas pelos clientes e apesar de estes serem transferidos para o bloco com a prótese auditiva, mantêm algumas dificuldades em perceber as informações que são transmitidas, pois no bloco muitas vezes a equipa é forçada a cumprir *timings* cirúrgicos que não permitem a explicação com grande pormenor de alguns detalhes específicos da cirurgia, e

habitualmente, a equipa do bloco apresenta-se com máscara cirúrgica, não estando despertos para a importância da leitura labial por parte do cliente, tornando a comunicação ineficaz.

Tendo em conta a evidência consultada e a experiência presenciada, foi possível perceber que muitos dos clientes com limitação sensorial auditiva sofrem de grandes níveis de ansiedade devido às dificuldades de comunicação que culminam num total desconhecimento sobre as diferentes etapas cirúrgicas. A principal preocupação destes clientes prendia-se com a confirmação do local cirúrgico, sendo que todas as outras informações pertinentes são delegadas para segundo plano.

A VPOE assumiria desta forma, um papel preponderante na atenuação das barreiras de comunicação presentes entre enfermeiros de perioperatório e clientes com limitações sensoriais permitindo realizar uma correta e detalhada colheita de dados, através do recurso a diferentes estratégias de comunicação. Esta colheita de dados prévia, permite a identificação de diagnósticos de enfermagem e respetiva prescrição de intervenções, facilitando todo o processo de enfermagem e respetiva tomada de decisão autónoma.

No segundo momento de estágio surgiu também interesse por parte das tutoras EMC na implementação da VPOE, contudo, como todos os clientes dão entrada no hospital no próprio dia da cirurgia, pode dificultar a gestão de recursos humanos durante o período da manhã.

Perante todas estas questões, e sabendo que a realização de um projeto pressupõe um grau de rigor científico que exige o recurso a ferramentas que comprovem, justifiquem e validem o problema identificado, foi utilizado o instrumento de análise estratégica SWOT, que compreende: *Strengths* (pontos fortes, vantagens internas); *Weaknesses* (pontos fracos, desvantagens internas); *Opportunities* (oportunidades, aspetos positivos da envolvente); *Threats* (ameaças, aspetos negativos da envolvente).

Na tabela 1 é realizada a respetiva análise do projeto.

	Fatores Positivos	Fatores Negativos
	Forças	Fraquezas
Fatores Internos	Motivação para adquirir novas competências na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória;	Tempo disponível para a implementação do projeto;

	<p>Elevado interesse pela temática em estudo;</p> <p>Compromisso e organização para a implementação do projeto;</p> <p>Facilidade em comunicar com os clientes, tentando adaptar o discurso à população alvo;</p> <p>Experiência na área da enfermagem perioperatória.</p>	<p>Falta de experiência na realização da VPOE uma vez que esta não é realizada no meu contexto de trabalho;</p> <p>Falta de conhecimento de linguagem gestual que seria um elemento facilitador na implementação deste projeto.</p>
	Oportunidades	Ameaças
Fatores Externos	<p>No primeiro contexto de estágio a VPOE já é implementada noutras especialidades;</p> <p>Enfermeira chefe do primeiro momento de estágio coloca o enfermeiro que estará de anestesia no dia seguinte, a realizar a VPOE no dia anterior à tarde.</p> <p>Clientes submetidos a implantes cocleares são admitidos no hospital na véspera da cirurgia (segunda-feira);</p> <p>Existência de vários clientes com limitações sensoriais nos dois contextos clínico;</p> <p>Intervenção autónomas de enfermagem.</p>	<p>Inexistência de um espaço físico para além do quarto do cliente para a realização da VPOE;</p> <p>Necessidade de alocação do enfermeiro de anestesia do dia seguinte, no turno da tarde do dia anterior no segundo estágio;</p> <p>Clientes que são submetidos a cirurgia de glaucoma só dão entrada no hospital no dia da cirurgia;</p> <p>Resistência dos enfermeiros à mudança de comportamentos/rotinas no segundo estágio.</p>

Tabela 1 - Análise de SWOT

Perante a análise identificada na tabela 1, destaca-se o facto de existirem mais fatores positivos internos (forças) que fatores negativos internos (fraquezas). Apesar de os fatores negativos externos (ameaças) serem em igual número que os fatores positivos externos (oportunidades), estes dizem mais respeito ao segundo momento de estágio. Apesar da maior dificuldade na implementação da VPOE neste contexto de estágio, a autora considera que estes fatores negativos são contornáveis através de um correto planeamento do projeto e com o respetivo envolvimento de toda a equipa de enfermagem. Assim, os fatores facilitadores sobrepõem-se

aos dificultadores. Depreende-se, desta forma, que o presente projeto reúne as condições necessárias, perspetivando-se sucesso na sua concretização.

1.2. Objetivos e Atividades do projeto

Para a elaboração do Projeto de Desenvolvimento Profissional, foram estabelecidos objetivos inerentes ao desenvolvimento do mesmo, elencando atividades de modo a alcançá-lo. Tendo por base as competências inerentes ao enfermeiro especialista na área de enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação perioperatória, este projeto irá focar-se numa competência que é a capacitação da pessoa e família/pessoa significativa, para a gestão da sua experiência cirúrgica, através da utilização de estratégias facilitadoras da comunicação expressiva de emoções, utilização de estratégias promotoras de esperança realista e alívio da ansiedade e medo, assegurando que a pessoa compreende a informação que lhe é transmitida para o exercício da sua autodeterminação, permitindo uma tomada de decisão consciente e esclarecida. (Regulamento no. 429/2018).

Das competências elencadas anteriormente, surge o objetivo geral do projeto: “Desenvolver competências avançadas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da visita pré-operatória de enfermagem à pessoa com limitações sensoriais”. Para a concretização deste objetivo, são estabelecidos objetivos específicos e respetivas atividades inerentes a cada um.

Objetivo 1 - Identificar as práticas da equipa de enfermagem na realização da VPOE em outras especialidades cirúrgicas

Atividades:

- 1.1 - Observa a realização da VPOE por diferentes enfermeiros, noutras especialidades;
- 1.2 - Consulta o documento estruturado de apoio à realização da VPOE, já implementado noutras especialidades.
- 1.3 - Efetua briefings com a enfermeira gestora e enfermeiras tutoras, acerca das práticas e intervenções de enfermagem inerentes à cirurgia de implante coclear, com vista a abordar as especificidades durante a VPOE.
- 1.4 - Sistematiza a informação recolhida em documento.

Objetivo 2 - Aprofundar conhecimentos e identificar aspetos a incorporar na visita pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a implante coclear e cirurgia de glaucoma

Atividades:

- 2.1 - Pesquisa evidência científica com recurso ao agregador de base de dados EBSCOhost Web, nas bases de dados CINAHL Complete e MEDLINE Complete;
- 2.2 - Consulta no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), Google Académico, livros e artigos científicos;
- 2.3 - Analisa e sistematiza a informação recolhida em documento através da realização de uma *scoping review*;
- 2.4 - Realiza caso clínico na plataforma e4nursing com base na ontologia de enfermagem da pessoa submetida a cirurgia de implante coclear e cirurgia de glaucoma;
- 2.5 - Efetua briefings com a enfermeira gestora e enfermeiras tutoras, acerca da síntese efetuada.

Objetivo 3 – Desenvolver e apresentar uma proposta de sistematização da visita pré-operatória de enfermagem à pessoa com limitações sensoriais

Atividades:

- 3.1 - Efetua proposta de orientação para a visita pré-operatória de enfermagem à pessoa com limitações sensoriais submetida a cirurgia de implante coclear e de glaucoma, com sistematização das intervenções de enfermagem a realizar;
- 3.2 - Discute e revê com a enfermeira gestora e enfermeiras tutoras a proposta;
- 3.3 - Envia proposta para posterior introdução nos sistemas de informação do serviço, dos focos de atenção identificados durante a visita pré-operatória de enfermagem à pessoa submetida a implante coclear e a cirurgia de glaucoma.

Objetivo 4 - Contribuir para a melhoria da experiência cirúrgica do cliente submetido a cirurgia de implante coclear e de cirurgia de glaucoma, através da realização da visita pré-operatória de enfermagem.

Atividades:

4.1 - Apresenta a proposta da VPOE à equipa, através de uma formação em que é reforçada a importância que a VPOE apresenta para o cliente cirúrgico, nomeadamente o cliente com limitações sensoriais (auditivas e visuais);

4.2 - Recolhe sugestões da equipa de enfermagem;

4.3 - Elabora proposta com a informação sistematizada, para disponibilizar no serviço;

4.4 - Implementa a VPOE;

4.5 - Disponibiliza questionário de satisfação da VPOE ao cliente, permitindo perceber quais os aspetos a melhorar;

4.6 - Divulga resultados.

1.3. Planeamento e Execução

Este projeto de desenvolvimento profissional será concretizado no bloco operatório central e bloco de especialidade de um Centro Hospital da Região Centro, no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II, que terá início a 18 de setembro de 2023 e término a 31 de janeiro de 2024.

De forma a facilitar a concretização das atividades delineadas, é fundamental um planeamento estruturado ao longo do tempo, pelo que a elaboração de um diagrama de Gantt (Figura 1), permitirá a sistematização de forma mais clara das atividades a realizar ao longo das diferentes fases do estágio.

Importa, ainda, referir que a programação das atividades pode sofrer alterações em função das recomendações emanadas pelas enfermeiras tutoras ou professora orientadora e coorientadora da unidade curricular.



Figura 1 – Diagrama de Gantt

1.4. Recursos e Requisitos

Para a implementação de um projeto, está implícita a mobilização de recursos, nomeadamente humanos, físicos, materiais, financeiros e uma linha temporal. De facto, a organização e planeamento, de um projeto integram em si o fator tempo, essencial para a sequência das atividades a desenvolver, que neste caso termina com o término do estágio (31 de janeiro de 2024).

Relativamente aos recursos humanos, estes incluem o autor do projeto, que serei eu, e outros elementos intervenientes, que participam do seu desenvolvimento, nomeadamente, a professora orientadora e coorientadora da unidade curricular, as enfermeiras gestoras dos serviços, as enfermeiras tutoras especialistas em médico-cirúrgica, a equipa de enfermagem, e por fim os elementos essenciais ao desenvolvimento deste projeto, os clientes em situação perioperatória submetidos a cirurgia de implante coclear e de glaucoma.

Quanto aos recursos físicos, para a concretização deste projeto considera-se necessária a adaptação de uma eventual sala, no internamento, com privacidade suficiente que possibilite a realização da VPOE. Caso não exista essa possibilidade, uma vez que já foi identificada como ameaça na análise de SWOT, poderemos adaptar as condições do quarto e eventualmente solicitar à pessoa com quem o cliente partilhar quarto, alguma privacidade durante a VPOE.

Também importa considerar os recursos materiais, nomeadamente o material informativo através da disponibilização de um folheto informativo criado para complementar a informação transmitida durante a visita. É necessário também um computador com acesso à internet e ao programa informático com o objetivo de registar os focos de atenção identificados durante a VPOE.

No que diz respeito aos recursos financeiros este projeto não acarreta despesas acrescidas, sendo que uma boa gestão dos recursos humanos permite a mesma dotação de enfermeiros, não sendo necessária a integração de novos elementos durante a VPOE.

1.5. Avaliação e Divulgação de resultados

Por forma a dar resposta ao previamente estabelecido e de modo a evitar possíveis desvios ao planeado, serão realizadas atividades de monitorização, controlo e posteriormente avaliação ao longo da execução do presente projeto.

Serão efetuadas reuniões de orientação com os enfermeiros tutores e professoras orientadora e coorientadora da unidade curricular para monitorização, orientação e verificação da realização dos objetivos definidos no sentido de se efetuar reflexão e revisão sobre o desenvolvimento do projeto e que poderão levar a alteração ou reformulação das atividades propostas.

Após a implementação da VPOE é entregue um questionário de satisfação aos clientes submetidos a implante coclear, sendo que estes enviam por correio alguns dias após o internamento, conforme protocolado nesta instituição. Os resultados desses questionários serão posteriormente avaliados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, assume um papel preponderante na preparação do cliente cirúrgico a nível físico e emocional. Através de uma VPOE o enfermeiro deve adotar estratégias de comunicação eficazes, com vista a capacitar o cliente de conhecimentos necessários para que esta seja uma experiência o mais positiva possível para todos os intervenientes.

Se existirem falhas no processo de comunicação com o cliente (perda de informação, perceção errada dos acontecimentos, entre outras), poderemos estar a colocar em causa a segurança da pessoa submetida a cirurgia. Tendo presente que clientes com limitações sensoriais apresentam maior dificuldade em comunicar com a equipa cirúrgica torna-se imprescindível que o enfermeiro especialista encontre estratégias adaptadas à condição clínica da pessoa que sejam facilitadoras da adoção de uma comunicação o mais eficaz possível.

No que se refere à elaboração deste projeto, considero que foram atingidos os objetivos definidos inicialmente, foi fundamentada a seleção da temática escolhida e executadas as fases de conceção e planeamento de projeto. Foram mobilizados os conhecimentos teóricos e integrados com uma análise crítico-reflexiva da prática clínica observada nos contextos de estágio.

A elaboração deste projeto revelou-se bastante pertinente, permitindo adquirir conhecimentos através de uma breve pesquisa científica que colocaram em evidência a importância da temática em estudo, permitindo realizar um planeamento detalhado de todo o projeto, tornando-se num enorme contributo para as fases de desenvolvimento, implementação e avaliação da VPOE nos clientes submetidos a implante coclear e cirurgia de glaucoma a desenvolver no módulo II da unidade curricular.

Finalmente, é de ressaltar que sendo este um projeto em desenvolvimento e que envolve vários intervenientes, poderão existir atividades, ou até mesmo objetivos que foram agora planeadas, que possam sofrer reformulações no futuro. Essas possíveis alterações serão contempladas de forma reflexiva no relatório final do estágio de módulo II.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Regulamento nº 429/2018, de 16 de julho. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, 2(135), 19359-19370. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

Ruivo, M., Ferrito, C., Nunes, L. (2010) Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Revista Percursos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, 15(1), 1-37. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Tham, Y. C., Li, X., Wong, T. Y., Quigley, H. A., Aung, T., & Cheng, C. Y. (2014). Global prevalence of glaucoma and projections of glaucoma burden through 2040: a systematic review and meta-analysis. *Ophthalmology*, 121(11), 2081–2090. <https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2014.05.013>

Anexo II

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

**II Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da
Pessoa em Situação Perioperatória**

Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo II

**ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO A IMPLEMENTAR NA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE
ENFERMAGEM (VPOE) AOS CLIENTES COM LIMITAÇÕES SENSORIAIS (AUDITIVAS E VISUAIS)**

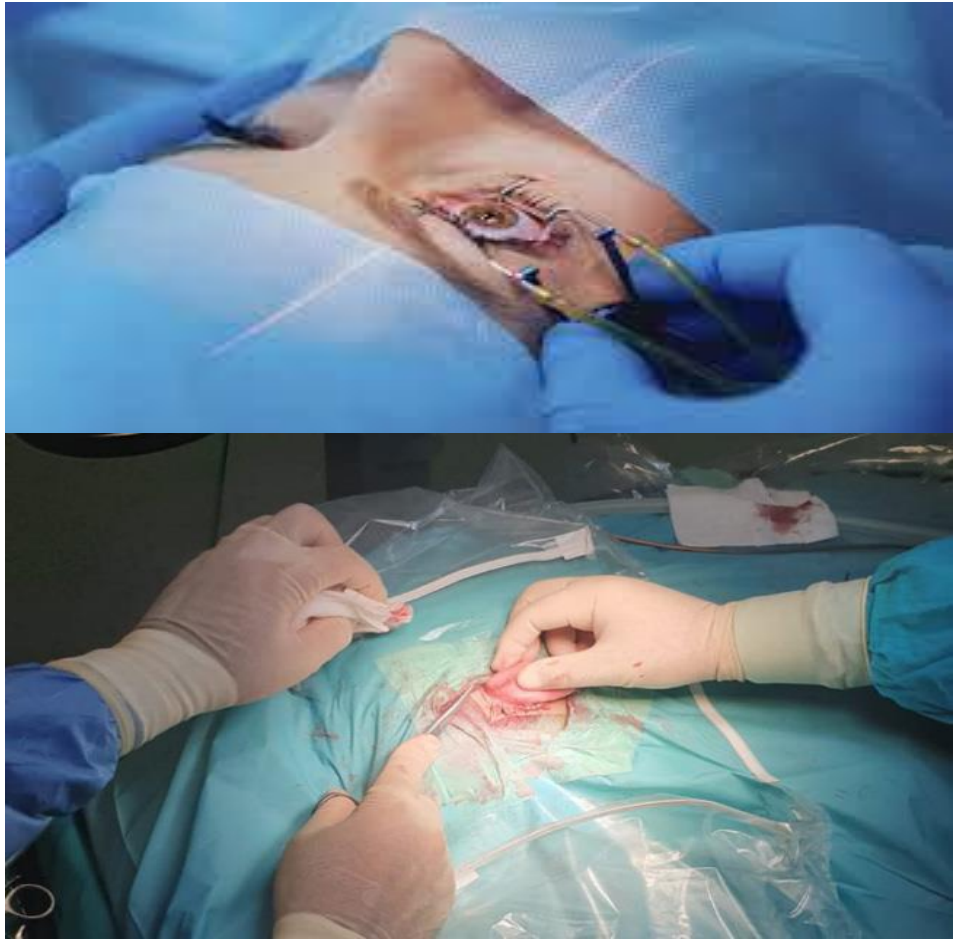
Resultados de *Scoping review*

Autora e Oradora: Verónica Sofia Silva Gomes

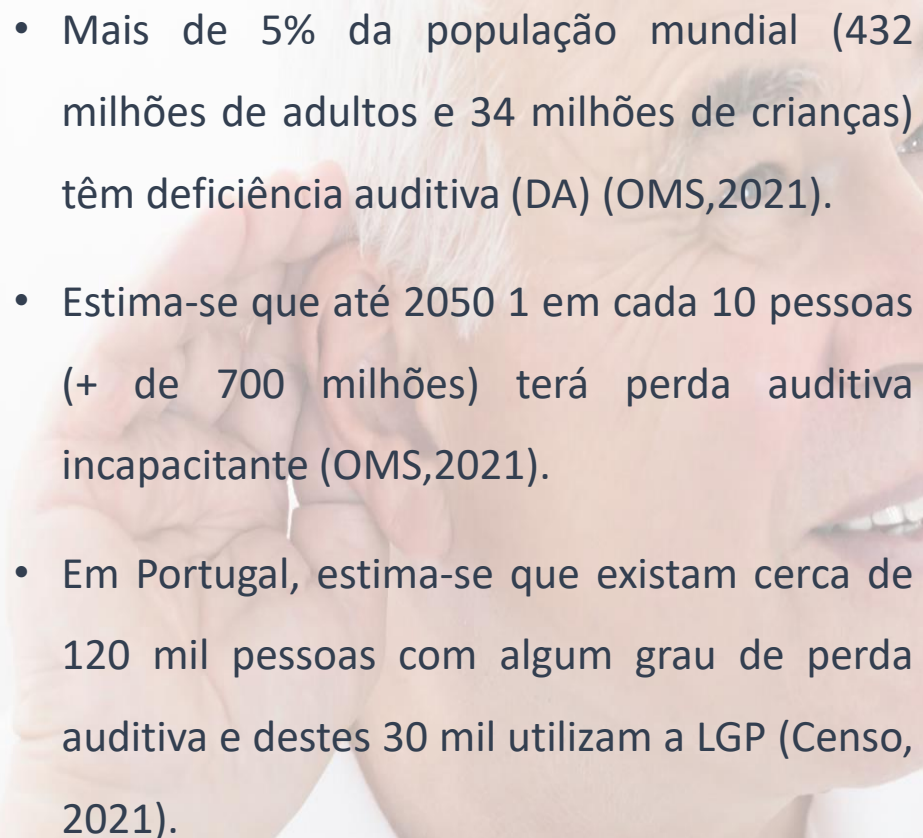


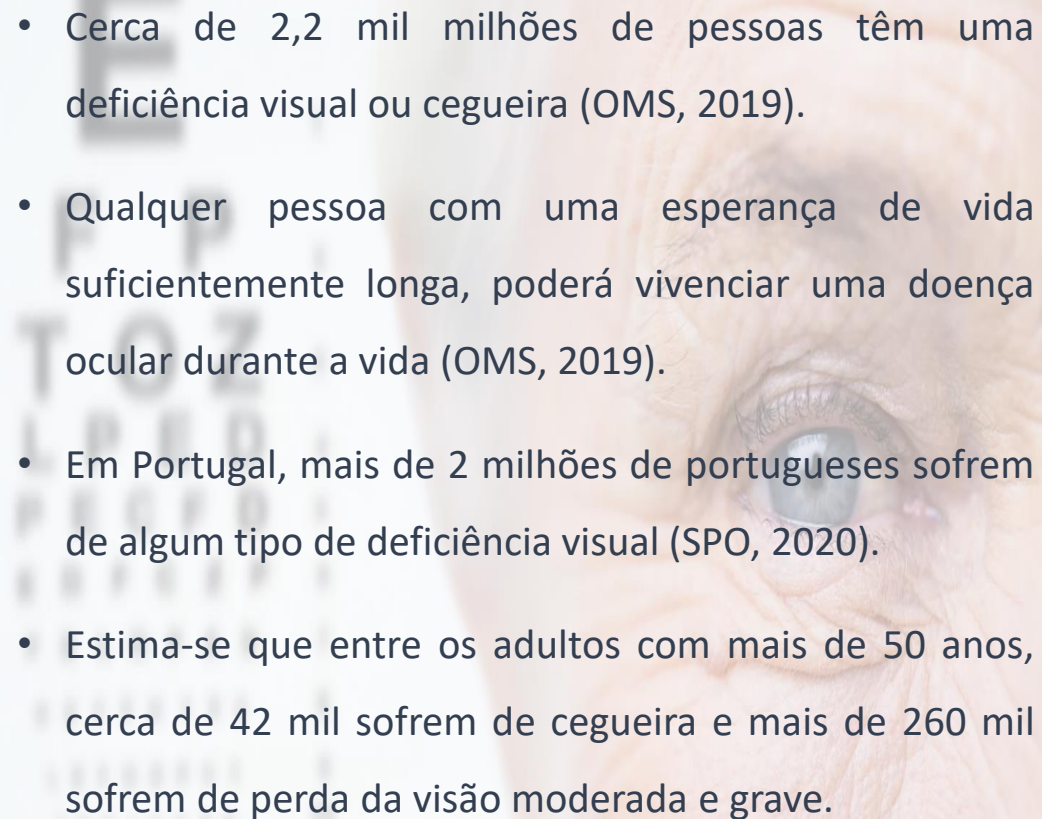
INTRODUÇÃO

- A cirurgia é considerada pela maioria dos clientes como sendo um evento paradoxal, (Santos, 2014).
- Este acontecimento é exacerbado em clientes com alterações sensoriais (auditivas e visuais) que afetem a capacidade de comunicação em ambiente hospitalar (Kornusky et al, 2023).
- A visita pré-operatória de enfermagem (VPOE) permite estabelecer um contato prévio com o enfermeiro do Bloco Operatório (BO) e assim conhecer as necessidades do cliente antes do procedimento cirúrgico (Melo et al., 2013).



ENQUADRAMENTO TEÓRICO

- 
- Mais de 5% da população mundial (432 milhões de adultos e 34 milhões de crianças) têm deficiência auditiva (DA) (OMS,2021).
 - Estima-se que até 2050 1 em cada 10 pessoas (+ de 700 milhões) terá perda auditiva incapacitante (OMS,2021).
 - Em Portugal, estima-se que existam cerca de 120 mil pessoas com algum grau de perda auditiva e destes 30 mil utilizam a LGP (Censo, 2021).

- 
- Cerca de 2,2 mil milhões de pessoas têm uma deficiência visual ou cegueira (OMS, 2019).
 - Qualquer pessoa com uma esperança de vida suficientemente longa, poderá vivenciar uma doença ocular durante a vida (OMS, 2019).
 - Em Portugal, mais de 2 milhões de portugueses sofrem de algum tipo de deficiência visual (SPO, 2020).
 - Estima-se que entre os adultos com mais de 50 anos, cerca de 42 mil sofrem de cegueira e mais de 260 mil sofrem de perda da visão moderada e grave.



Metodologia

Objetivo: Reunir a evidência científica disponível que permita identificar as principais estratégias de comunicação a implementar na VPOE de utentes com limitações sensoriais, percebendo de igual forma quais as principais barreiras de comunicação inerentes a esta população alvo.



Questão de investigação: Quais as estratégias de comunicação a implementar na visita pré-operatória de enfermagem (VPOE) aos utentes com limitações sensoriais (auditivas e visuais)?



Metodologia

Efetuada uma Scoping Review

Estratégia de pesquisa	Crítérios de elegibilidade
<ul style="list-style-type: none">✓ Realizada entre o dia 10 e 13/01/2024;✓ Estudos publicados em inglês e português✓ Sem limite temporal;✓ Bases de dados eletrônicas: CINHALL Complete via EBSCOhost; MEDLINE with Full Text, via PubMed; pesquisa livre no Google Académico.✓ Termos MESH: Communication Barriers; communication*; Deafness; Persons With Hearing Impairments; Persons With visual Impairments; Blindness; Health Services Accessibility; Health Knowledge; Sign Language; Nurse-Patient Relations	<p>Participantes (P) Pessoa adulta com limitações visuais e auditivas</p> <p>Conceito (C) Barreiras de Comunicação/ Estratégias de comunicação</p> <p>Contexto (C) Contexto hospitalar</p>

Resultados

Autor	Ano	Título	Principais Conclusões
Brooks, P. (EUA)	2023	<i>Deafblindness and health advocacy: Remove the trauma of healthcare visits for this patient population</i> (estudo descritivo)	Fatores a considerar ao selecionar o métodos de comunicação: momento de vida onde foi adquirida surdocegueira; o nível de alfabetização do cliente e o nível e grau de déficit visual e auditivo. O enfermeiro deve: explorar quais os dispositivos auxiliares de comunicação já estabelecidos pelo cliente personalizando as técnicas de comunicação para cada cliente e sua família com base nas necessidades individuais. Expressão e avaliação da dor: escalas visual ou numérica podem não ser adequadas (clientes com déficit visual/auditivo recebem menos analgésicos que clientes sem déficit).
Hosnjak, AM et al. (Croácia)	2023	<i>Exploring critical factors affecting sign language knowledge and motivation for sign language learning in nurses.</i> (Estudo transversal)	Os enfermeiros tem conhecimentos e habilidades de comunicação insuficientes com deficientes auditivos (DA): - > ½ dos enfermeiros não utilizam qualquer forma de comunicação manual nem conhecem a linguagem gestual (confiam na leitura labial do cliente); - 13,73% utilizam linguagem gestual; - 6,37% utilizam os serviços de intérprete oficial. Realçam a importância da criação de uma aplicação informática que facilitasse a comunicação diária regular com o cliente (64,46%), avaliação da dor (62,99%) e comunicação sobre autocuidado (52,45%).

Resultados

Autor	Ano	Título	Principais Conclusões
Rannefeld, J. et al. (Alemanha)	2023	<i>Deaf and hard-of-hearing patients are unsatisfied with and avoid German health care</i> (estudo qualitativo)	<ul style="list-style-type: none">✓ 57% dos clientes com DA referiram evitar cuidados médicos apesar de apresentarem sintomas;✓ Referiram que as suas maiores preocupações são relacionadas com as barreiras de comunicação (61%) devido ao esforço em apresentar o motivo que levou a recorrer aos cuidados de saúde, seguido da dificuldade de compreensão de aspetos específicos do tratamento a realizar;✓ O estudo demonstrou que os fatores sociodemográficos tem pouco impacto na satisfação da prestação de cuidados de saúde, assim, as intervenções para melhorar o acesso aos cuidados de saúde por parte do cliente com DA devem concentra-se em soluções modificáveis.
Nunes, A. & Macedo, S. (Brasil)	2022	Atendimento à pessoa surda por profissionais de saúde em hospital universitário de pernambucano (estudo qualitativo)	<p>Os 5 profissionais de saúde referiram não conseguirem atuar de forma eficaz e eficiente frente ao quadro clínico que o cliente apresenta.</p> <p>Necessidade de recorrer a linguagens não verbais:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ uso de gestos, apontando os locais do corpo a que se refere;✓ desenhos, para viabilizar troca de informações;✓ leitura labial (removendo o uso de máscara de proteção e falando pausadamente);✓ expressões faciais (fazendo faces de dor);✓ expressão escrita (quando o cliente é alfabetizado). <p>Todos os colaboradores reconheceram a falta de formação adequada durante o curso de formação independentemente da área de saúde.</p>

Resultados

Autor	Ano	Título	Principais Conclusões
Kasales, C. et al. (EUA)	2020	<i>Caring for the Deaf, Hard-of-Hearing, Blind, and Low-Vision Patients in the Breast Center</i> (estudo descritivo)	<p>Estratégias de comunicações com:</p> <ul style="list-style-type: none">• Clientes com deficiência auditiva (que fazem leitura labial):<ul style="list-style-type: none">✓ Certificar-se da correta iluminação da sala;✓ Evitar a realização de multi-tarefas;✓ Evitar afastar-se do cliente enquanto fala.✓ Uso de linguagem escrita limitada (conceitos simples);✓ Combinação prévia de sinais com o cliente, importantes para estabelecer a comunicação durante o exame.• Clientes com deficiência visual<ul style="list-style-type: none">✓ Falar com voz normal, apresentando-se e referindo o seu papel na prestação de cuidados;✓ Usar palavras descritivas ao orientar o cliente ou a descrever os procedimentos realizados (não utilizar substantivos como “isso”, “aqui” ou “ali”);✓ Notificar o cliente sempre que entra ou sai da sala;✓ Promover o contacto físico com o cliente <p>Em caso de existência de um interprete (familiar ou da instituição) o profissional deve manter o discurso direcionado para o cliente.</p> <p>Todas as instituições deveriam permitir o recurso a interpretes institucionais.</p>

DISCUSSÃO

- De forma generalizada, existe falta de conhecimento por parte dos profissionais de saúde em comunicar com clientes com limitações visuais e auditivas.
- Existe responsabilidade das organizações de saúde em capacitar os profissionais de estratégias de comunicação que reduzam as disparidades de saúde nesta população.
- Deve ser disponibilizado uso de conversa de texto, documentos com letras grandes ou em braille, bem como material educativo em vídeo, acessível com linguagem de sinais. Deve ser tido em consideração o design das instalações/ distribuição da sala e a disponibilidade de um interprete oficial.
- o método de comunicação deve sempre ser acordado com o cliente permitindo que o profissional se adapte às suas necessidades e preferências.



Conclusão

Podemos concluir que é fundamental que exista o reconhecimento da identidade dos utentes com limitações sensoriais, como membros de uma comunidade linguística permitindo que a informação a transmitir pelos profissionais de saúde seja efetivamente recebida, diminuindo os níveis de ansiedade desta população e melhorando as suas experiências em saúde.

Limitações

Este estudo demonstra a escassez de pesquisa/ informação sobre estratégias de comunicação no período perioperatório, o que revela falta de consciencialização dos profissionais de saúde sobre a problemática da dificuldade de comunicação com esta população alvo num contexto tão específico como o bloco operatório.



Referências Bibliográficas



Obrigada!



Anexo III

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES COMO INDICADOR DE QUALIDADE NO BLOCO OPERATÓRIO

Ana Isabel Carvalho¹; Ana Sofia Godinho²; Ana Raquel Lameiro³; Verónica Sofia Gomes⁴

¹Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho; ²Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/ Vila do Conde; ³Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁴Hospital da Luz de Coimbra.

INTRODUÇÃO

Um incidente define-se como “qualquer desvio dos cuidados habituais que represente um risco de dano ou cause lesão a um paciente, incluindo erros, eventos adversos evitáveis e perigos” (WHO, 2005).

Mais de 15% dos gastos em saúde são em hospitalização adicional, litígios e outras consequências de eventos adversos e má qualidade de cuidados.

A notificação de erros é essencial para promover a segurança do doente (Pham et al., 2010) e melhorar a qualidade dos cuidados (Hwang et al., 2012).

OBJETIVOS

- Identificar as principais barreiras à notificação de incidentes pelos Enfermeiros;
- Analisar a atitude dos Enfermeiros face ao erro;
- Analisar a importância da notificação de incidentes para a qualidade dos cuidados de Enfermagem no bloco operatório.

Palavras-chave: notificação; erro; incidentes; perioperatório; qualidade.

MÉTODO

(“error reporting” OR “incident reporting”) AND barriers AND “perioperative nurs*” AND environment AND “quality of care”

Identificação

Registos identificados: n= 281
ComplementarIndex: 33
Medline complete:15
CINAHL ultimate: 10
Academic search complete: 7
CINHAL complete: 4

Registos removidos antes da seleção:
Duplicados removidos: n = 30
Registos marcados como inelegíveis por ferramentas de automação: n =214

Triagem

Artigos para leitura do título e resumo:
n= 37

Artigos excluídos: n= 27

Artigos para leitura completa:
n= 10

Artigos excluídos: n= 6

Incluídos

Artigos incluídos para a revisão:
n= 4

RESULTADOS

Barreiras à notificação de eventos adversos



DISCUSSÃO

- Cultura de aprendizagem sem culpabilização
- Feedback após notificação
- Formação dos Enfermeiros

CONCLUSÃO

Competências Enfermeiro Especialista

Melhoria contínua da Qualidade



Anexo IV

1ª JORNADAS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA ONCOLÓGICA DO IPO PORTO

Verónica Sofia Silva Gomes, Enfermeira de perioperatório no Hospital da Luz de Coimbra, veronica_ssg@hotmail.com

Cristina Maria Correia Barroso Pinto, Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), investigadora no Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde e Laboratório de Investigação em Saúde (CINTESIS@RISE)

Maria de Fátima Segadães Moreira, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP)

Área temática: Inovação e Boas Práticas Clínicas em Perioperatório

ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO A IMPLEMENTAR NA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM (VPOE) AOS UTENTES COM LIMITAÇÕES SENSORIAIS (AUDITIVAS E VISUAIS) - *Resultados preliminares de uma Scoping Review*

Introdução: A cirurgia é considerada pela maioria dos utentes como sendo um evento paradoxal, pois, apesar de permitir aliviar a sintomatologia da doença apresentada, provoca alterações profundas na vida dos utentes, sendo percecionada por estes como um acontecimento stressante (Santos, 2014). Este acontecimento é exacerbado em utente com alterações sensoriais (auditivas e visuais) que afetem a capacidade de comunicação em ambiente hospitalar (Kornusky et al, 2023). Na intencionalidade de diminuir essa ansiedade e medos inerentes ao processo cirúrgico, a visita pré-operatória de enfermagem (VPOE) permite estabelecer um contato prévio com o enfermeiro do Bloco Operatório (BO) e assim conhecer as necessidades do utente (Melo et al., 2013).

Objetivo: Reunir a evidência científica disponível que permita identificar as principais estratégias de comunicação a implementar na VPOE de utentes com limitações sensoriais, percebendo de igual forma quais as principais barreiras de comunicação inerentes a esta população alvo.

Metodologia: *Scoping review*, de acordo com as diretrizes do *Joanna Briggs Institut*. A estratégia de pesquisa foi desenvolvida nas bases de dados *MEDLINE* e *CINAHL complete* (via *EBSCOhost*) e através de pesquisa adicional no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), Google Académico, revistas, livros e artigos científicos. A revisão inclui artigos publicados nos

últimos 6 anos, em inglês e português de acordo com a questão PCC (População, Conceito e Contexto).

Resultados: Foram selecionados cinco artigos publicados entre os anos de 2018 e 2023. Sendo dois artigos de prática clínica, um estudo transversal e dois estudos descritivos quantitativos. Todos os artigos referem que se deve potencializar as poucas capacidades visuais ou auditivas que o utente apresenta e que as estratégias de comunicação devem ser adaptadas às necessidades individuais do utente (ter em consideração o nível de alfabetização e o grau de défice visual e auditivo). Alguns estudos referem que os profissionais de saúde nunca receberam formação em linguagem de sinais (2/3 dos profissionais).

Estudos referem que a opção por um intérprete de sinais foi considerada o último recurso, quando todos os outros meios de comunicação falharam. Um estudo em que foram entrevistados intérpretes de sinais refere que em metade das consultas os utentes não entendem as instruções prestadas pelos profissionais de saúde o que coloca em causa o envolvimento do utente no tratamento, tanto no período pré, intra e pós-operatório. E que 81% dos profissionais quase nunca usam métodos de ensino com os utentes que garantam a compreensão da informação transmitida.

Discussão: Os estudos demonstraram que existe responsabilidade das organizações de saúde em capacitar os profissionais de estratégias de comunicação que reduzam as disparidades de saúde nesta população. Deve ser disponibilizado uso de conversa de texto, documentos com letras grandes ou em braille, bem como material educativo em vídeo, acessível com linguagem de sinais, e deve ser tido em consideração o design das instalações/ distribuição da sala.

Conclusão: Este estudo demonstra a escassez de pesquisa/ informação sobre estratégias de comunicação no período perioperatório, o que revela falta de consciencialização dos profissionais de saúde sobre a problemática da dificuldade de comunicação com esta população alvo num contexto específico de bloco operatório.

Podemos concluir que é fundamental que exista o reconhecimento da identidade dos utentes com limitações sensoriais, como membros de uma comunidade linguística permitindo que a informação a transmitir pelos profissionais de saúde seja efetivamente recebida, diminuindo os níveis de ansiedade desta população e melhorando as suas experiências em saúde.

Palavras-chave: enfermagem; comunicação; cuidados pré-operatórios; Transtornos das Sensações; barreiras de comunicação

Referências Bibliográficas

Brooks, Preshus. (2023). Deafblindness and health advocacy: Remove the trauma of healthcare visits for this patient population. *American Nurse Journal*. September, 2023, Vol. 18 Issue 9, p23, 5 p.; Healthcom Media, 2023. Language: English. ISSN: 1930-5583. DOI:10.51256/ANJ092323;

Hommes, Rachel E.; Borash, Amy I.; Hartwig, Kari; Degracia, Donna. (2018). American Sign Language Interpreters Perceptions of Barriers to Healthcare Communication in Deaf and Hard of Hearing Patients. *Journal of Community Health*, Oct2018, Vol. 43 Issue 5, p956-961, 6p, 1 Chart, 2 Graphs. Publisher: Springer Nature. ISSN:00945145. DOI: 10.1007/s10900-018-0511-3;

Hosnjak, Ana Marija; Smrekar, Martina; Ledinski-Ficko, Sanja; Kurtovic, Biljana; Kovacevic, Irena; Cukljek, Snježana; Pavic, Jadranka (2023) Exploring critical factors affecting sign language knowledge and motivation for sign language learning in nurses: A cross-sectional study. *Journal of Health Sciences*. 2023, Vol. 13 Issue 1, p41-48. 8p. DOI: 10.17532/jhsci.2023.2001;

Kasales, Claudia J.; Alkebsi, Zainab A.; Tong, Nhien T.; Stephens, Anthony W. (2020). Caring for the Deaf, Hard-of-Hearing, Blind, and Low-Vision Patients in the Breast Center. *Journal of Breast Imaging*, Nov/Dec2020, Vol. 2 Issue 6, p598-602, 5p. Publisher: Oxford University Press / USA. ISSN: 26316110. DOI: 10.1093/jbi/wbaa069;

Kornusky J et al. (2023). Communicating With Patients Who Have Sensory or Perceptual Alterations. *CINAHL Nursing Guide*, EBSCO Publishing, 2023 May 01 (Nursing Practice and Skill). <https://eds.p.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=4&sid=06e17124-6e49-4ded-a0a5-d84347203aeb%40redis&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLHNoaWlmbGFuZz1wdC1wdCZzaXRIPWVkcY1saXZlJnNjb3BIPXNpdGU%3d#AN=T706706&db=nup>;

Melo, João; Teixeira, Ana; Novo, Anabela; Figueiredo, Marisa & Branco, Natália (2013). Visita de Enfermagem Pré-operatória – A opinião dos doentes. *Millenium*, n.º 44, (janeiro/junho). Pp. 171-182. <http://hdl.handle.net/10400.19/2277>;

Nunes,A.; Macedo, S. (2022). Atendimento à pessoa surda por profissionais de saúde em hospital universitário de pernambucano. *Revista do NUFEN: Phenomenology and Interdisciplinarity* v.14, nº1;

Santos M. et al. (2014). A ansiedade, depressão e stresse no pré-operatório do doente cirúrgico. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV - n.º 3 - nov./dez. 2014. ISSN: 2182.2883. ISSNp: 0874.0283. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1393>.