

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

A PREPARAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA COM UTILIZAÇÃO DE
TECNOLOGIAS DE COMUNICAÇÃO EM CONTEXTO DE BLOCO
OPERATÓRIO: Desenvolvimento de competências em
Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à
Pessoa em Situação Perioperatória

PREOPERATIVE PREPARATION USING COMMUNICATION
TECHNOLOGIES IN THE OPERATING ROOM SETTING:
Development of Competencies in Medical-Surgical Nursing in
the Area of Perioperative Nursing

Autor

Ana Luísa Fernandes

Porto, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

A PREPARAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA COM
UTILIZAÇÃO DE TECNOLOGIAS DE
COMUNICAÇÃO EM CONTEXTO DE BLOCO
OPERATÓRIO: Desenvolvimento de
competências em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em
Situação Perioperatória

PREOPERATIVE PREPARATION USING
COMMUNICATION TECHNOLOGIES IN THE
OPERATING ROOM SETTING: Development of
Competencies in Medical-Surgical Nursing in the
Area of Perioperative Nursing

Orientador(es)

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

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

Autor

Ana Luísa Fernandes

Porto, 2025

FRASE OU PENSAMENTO

"Não sabemos o que somos, mas somos o que procuramos ser."

Virgílio Ferreira in *Aparição* (1959)

DEDICATÓRIA

Dedico este relatório ao meu companheiro de vida, António, o meu esteio firme, sempre presente com apoio incondicional, paciência e incentivo em cada etapa deste percurso. Sem a tua força e compreensão, esta jornada não teria sido possível.

Aos meus queridos filhos, Luísa e Rodrigo, que são a minha maior fonte de força e inspiração e a razão pela qual persisto sempre em busca do meu melhor. Que este trabalho vos sirva de exemplo de dedicação e perseverança no futuro.

Com todo o meu amor, esta conquista também é vossa.

AGRADECIMENTO

Esta minha longa, difícil e desafiante caminhada só foi possível graças ao apoio incondicional de várias pessoas sempre presentes na minha vida, a quem ficarei eterna e profundamente grata.

O meu primeiro reconhecimento vai para os amores da minha vida, António, Luísa e Rodrigo, os meus grandes pilares de força e motivação, que sempre me transmitiram segurança e demonstraram compreensão face às minhas frequentes ausências - que rapidamente se desvaneciam em cada momento aproveitado ao limite quando voltávamos a estar juntos, nutrindo afetos e partilhando risadas. Obrigada por me fazerem feliz!

À minha família alargada, o meu muito obrigada por todo o apoio, pois foram também indispensáveis para o meu sucesso nesta caminhada!

À minha avó e madrinha Luísa, que infelizmente partiu sem me ver terminar mais esta viagem. Onde quer que esteja, está certamente orgulhosa, como sempre, da sua querida neta e afilhada. Obrigada por todo o teu amor. Tenho muitas saudades tuas.

Aos meus Enfermeiros orientadores neste percurso: Enf.^a Sofia Bastos, Enf.^a Vânia Alves, Enf.^o Rui Silva. Obrigada pela orientação, oportunidades de aprendizagem e partilha de experiências enriquecedoras, quer do âmbito pessoal quer profissional. Obrigada por me ajudarem a desenvolver competências nesta área.

À Professora Dr.^a Natália Machado e à Professora Dr.^a Ana Leonor pela orientação e acompanhamento deste meu percurso académico.

A todos os demais que igualmente contribuíram de alguma forma para o meu crescimento, tais como colegas de enfermagem do meu local de trabalho e do curso. A eles agradeço o apoio, o incentivo e a colaboração na concretização das diversas atividades inerentes a este percurso.

RESUMO

O presente relatório foi elaborado no âmbito do Estágio de Natureza Profissional, inserido no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. Com base nas experiências desenvolvidas no Bloco Operatório Central e na Unidade de Cirurgia de Ambulatório, este relatório reflete o processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica e das competências específicas da área de especialização. A preparação pré-operatória com utilização de tecnologias de comunicação em contexto de bloco operatório foi a área que assumiu particular relevância.

Através da análise da prática clínica e da sua problematização, emergiu a proposta de uma Consulta de Enfermagem Pré-Operatória Telefónica (CEPO-T), sendo delineada uma proposta de melhoria contínua (PDSA) e que tomou por referencial a Teoria das Transições de Meleis. Esta proposta visa responder à necessidade de melhorar a literacia em saúde, de promover a segurança cirúrgica e de reforçar a autonomia profissional dos enfermeiros especialistas, alinhando-se com os objetivos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026.

O estágio permitiu também o desempenho de funções como circulante, instrumentista e apoio à anestesia, bem como a participação ativa na gestão dos cuidados, auditorias, formação e implementação de melhorias. Foram ainda experienciadas situações clínicas complexas que exigiram uma atuação ética, crítica e tecnicamente diferenciada.

Os objetivos delineados na introdução foram atingidos de forma eficaz e eficiente, permitindo a consolidação de competências clínicas, relacionais, éticas e organizacionais, fundamentais para a prestação de cuidados seguros, personalizados e baseados na evidência. Este relatório representa não só a conclusão de um percurso formativo exigente, mas também o compromisso contínuo com a excelência, a segurança e a humanização dos cuidados de enfermagem em contexto perioperatório.

Palavras-chave: Enfermagem Perioperatória; Cuidados Pré-operatórios de Enfermagem; Consulta Telefónica de Enfermagem; Segurança do Doente; Melhoria Contínua da Qualidade

ABSTRACT

This report was developed within the scope of the Professional Internship, part of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, in the specialization area of Nursing Care to the Perioperative Person. Based on the experiences undertaken in the Central Operating Room and the Ambulatory Surgery Unit, it reflects the process of acquiring and developing the common competencies of the medical-surgical specialist nurse and the specific competencies of the chosen specialization. Particular emphasis was given to preoperative preparation using communication technologies in the operating room context.

Through the analysis and critical reflection of clinical practice, the proposal for a Preoperative Nursing Telephone Consultation (CEPO-T) emerged, framed within a continuous improvement approach (PDSA) and guided by Meleis' Transitions Theory. This proposal aims to address the need to enhance health literacy, promote surgical safety, and strengthen the professional autonomy of specialist nurses, in alignment with the goals of the National Patient Safety Plan 2021–2026.

The internship also enabled the performance of roles such as circulating nurse, scrub nurse, and anesthesia support, as well as active participation in care management, audits, training, and implementation of service improvements. Complex clinical situations were also experienced, requiring an ethical, critical, and technically skilled approach.

The objectives set out in the introduction were achieved effectively and efficiently, allowing for the consolidation of clinical, relational, ethical, and organizational competencies, which are essential for the delivery of safe, evidence-based, and person-centered care. This report represents not only the conclusion of a demanding educational journey, but also a continuous commitment to excellence, safety, and the humanization of perioperative nursing care.

Keywords: Perioperative Nursing; Preoperative Nursing Care; Telephone Nursing Consultation; Patient Safety; Quality Improvement

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

APCA - Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório

AORN - Association of Perioperative Registered Nurses

ASA - American Society of Anesthesiology

BOC - Bloco Operatório Central

CEPO - Consulta Enfermagem Pré-Operatória

CEPO - T - Consulta Enfermagem Pré-Operatória - Telefónica

CIDESI-ESEP - Centro de Investigação e Desenvolvimento em Sistemas de Informação em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CQS - Comissões da Qualidade e Segurança dos cuidados de saúde
DGS - Direção Geral de Saúde

CVP - Catéter Venoso Periférico

EEPSP - Enfermeiro Especialista à Pessoa em Situação Perioperatória

EMC - Enfermagem Médico-cirúrgica

EMCPSP - Enfermagem Médico-cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória

ESMP - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ENP - Estágio de Natureza Profissional

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

ILC - Infecção do Local Cirúrgico

IACS - Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

ISBAR - Identificação, Situação, Background, Avaliação, Recomendações

MEMCEPSP - Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS - Organização Mundial de Saúde

NVPO - Náuseas e Vômitos Pós-Operatórios

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PBVT - Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão

PCA - Patient Controlled Analgesia

PDSA - Plan Do Study Act

PI - Procedimento Invasivo

RNL - Revisão Narrativa da Literatura

SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

TOT - Tubo Orotraqueal

UCA - Unidade de Cirurgia de Ambulatório

UFDA - Unidade funcional de Dor Aguda

ÍNDICE

FRASE OU PENSAMENTO	3
DEDICATÓRIA	5
AGRADECIMENTO	7
RESUMO	9
ABSTRACT	11
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS	13
ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS	17
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	19
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	21
3. CASO CLÍNICO 1: TIROIDECTOMIA TOTAL	25
3.1. Enquadramento teórico	25
3.2. Clientes	34
3.3. Medicação	34
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	34
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	42
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	45
3.5. Domínios	47
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	47
3.6. Conceção de Cuidados	55
3.7. Síntese relativa ao caso	58
4. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	61
5. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	87
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
ANEXOS	101

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Figura 1 - Anatomia da tiróide	26
Figura 2 - Ciclo de Melhoria Contínua PDSA	66

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

Num sistema de saúde cada vez mais técnico e exigente, a complexidade dos cuidados em saúde assume maior protagonismo, o contexto de perioperatório requer, por isso, profissionais altamente qualificados, capazes de intervir com rigor técnico, sensibilidade relacional e fundamentação científica em todas as fases do processo cirúrgico. A enfermagem especializada destaca-se, neste cenário, como elemento central na promoção da qualidade, da segurança e da humanização dos cuidados, sendo legal e profissionalmente reconhecida pelo Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, da Ordem dos Enfermeiros. Este regulamento define o enfermeiro especialista como um profissional detentor de competências científicas, técnicas e humanas, capaz de prestar cuidados diferenciados com autonomia e responsabilidade — competências essas que sustentam propostas inovadoras como a Consulta de Enfermagem Pré-Operatória Telefónica (CEPO-T), desenvolvida no âmbito do presente relatório.

Este trabalho foi desenvolvido no âmbito da unidade curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo II, integrado no 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização em Pessoa em Situação Perioperatória, da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ano letivo 2024-2025). Pretende refletir, de forma crítica e fundamentada, o percurso formativo realizado, articulando a evidência científica com a prática assistencial nos contextos de Bloco Operatório Central (BOC) e Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA).

Este relatório visa demonstrar de que forma as atividades desenvolvidas ao longo do percurso formativo contribuíram para a construção de uma prática de enfermagem perioperatória fundamentada na evidência, bem como para a aquisição progressiva de competências comuns e específicas na área da pessoa em situação perioperatória, conforme estabelecido no regulamento supracitado.

A consulta de enfermagem pré-operatória foi selecionada como eixo central do projeto de melhoria desenvolvido, dada a sua relevância na preparação da pessoa para o processo anestésico-cirúrgico. A literatura reconhece esta intervenção como uma estratégia eficaz na promoção da autonomia do enfermeiro, do reforço da literacia em saúde e da melhoria dos resultados pós-operatórios, contribuindo simultaneamente para a segurança, qualidade e humanização dos cuidados (Fernandes, 2021; Gonçalves, Ferreira & Ferreira, 2019; Leal, 2023, Mendes & Ferrito, 2021).

Neste contexto, o projeto de estágio teve como objetivo geral:

- Desenvolver competências no cuidado à pessoa em situação perioperatória, promovendo

o seu conhecimento e preparação para o processo anestésico-cirúrgico, num ambiente que garanta a segurança e a qualidade dos cuidados.

Deste objetivo derivaram os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver e demonstrar competências dos domínios comuns: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados; aprendizagens profissionais;
- Desenvolver competências do domínio específico: cuidar da pessoa em situação perioperatória;
- Desenvolver competências do domínio específico: maximizar a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa multidisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica.

Estes objetivos estão alinhados com as competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Perioperatória, com destaque para a capacitação da pessoa na gestão da experiência cirúrgica, a prestação de cuidados seguros e a promoção de um ambiente tecnicamente rigoroso e humanizado.

Para sustentar os referenciais teóricos do projeto, foi realizada uma revisão da literatura em bases de dados como PubMed, MEDLINE Complete, CINAHL Ultimate, RCAAP e Google Académico, incluindo artigos científicos e documentos normativos relevantes das ciências da saúde e sociais.

O presente relatório encontra-se organizado em cinco capítulos. O Capítulo 1 apresenta os contextos clínicos onde decorreu o estágio. O Capítulo 2 desenvolve um caso clínico centrado numa tiroidectomia total, elaborado na plataforma *E4Nursing*, que usa a Ontologia de Enfermagem. O Capítulo 3 descreve o processo de desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista. Segue-se a síntese reflexiva final do percurso formativo, bem como as perspetivas futuras. Por fim, são apresentadas as referências bibliográficas utilizadas.

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

Este capítulo tem como objetivo descrever os contextos clínicos onde decorreu o Módulo II da unidade curricular “Estágio de Natureza Profissional”. O ENP desenvolveu-se em dois serviços distintos de uma Unidade Local de Saúde da região Norte de Portugal: o Bloco Operatório Central (BOC) e a Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA). A compreensão das suas dinâmicas organizacionais e assistenciais revelou-se essencial para o desenvolvimento do projeto de melhoria proposto e para a consolidação das competências específicas da área da enfermagem perioperatória.

Contexto Clínico: Bloco Operatório Central (BOC)

O BOC onde decorreu o estágio é uma unidade funcional especializada e integra três salas operatórias: duas destinadas à cirurgia programada e uma afeta à urgência, em funcionamento 24 horas por dia. O bloco encontra-se em proximidade física com o serviço de urgência, bloco de partos e enfermarias cirúrgicas, dispondo de boas acessibilidades para utentes com mobilidade reduzida. O controlo de acessos é restrito, em função das rigorosas exigências de assepsia e segurança.

São desenvolvidas intervenções cirúrgicas e anestésicas programadas e urgentes, nas especialidades de Cirurgia Geral, Ortopedia/Traumatologia, Ginecologia/Obstetrícia, entre outras. As salas operatórias são polivalentes e equipadas com tecnologia, permitindo a realização de técnicas diferenciadas. Cada intervenção é assegurada por uma equipa composta por um anestesiológista, um ou mais cirurgiões, três enfermeiros (instrumentista, circulante e apoio à anestesia) e um assistente operacional.

A Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) dispõe de seis camas com seis monitores, sendo a vigilância assegurada por dois enfermeiros por turno. O serviço conta com 33 enfermeiros, dos quais 14 são especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, dois em Enfermagem de Saúde Mental e um em Enfermagem de Reabilitação. A gestão da equipa é feita por um enfermeiro gestor.

Destaca-se ainda a Unidade Funcional da Dor Aguda (UFDA), composta por um anestesiológista e um enfermeiro, com atividade diária na vigilância e gestão da dor no pós-operatório. Esta unidade acompanha os utentes submetidos a técnicas com administração de opióides por via intratecal (como epidural, raquianestesia, PCA ou infusores elásticos), promovendo uma abordagem especializada, segura e contínua.

Contexto Clínico: Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA)

A UCA onde decorreu o estágio é uma unidade que realiza procedimentos cirúrgicos e exames diferenciados em regime de ambulatório, permitindo a alta no próprio dia. Desenvolve atividade nas especialidades de Cirurgia Geral, Ortopedia, Ginecologia, Cirurgia Vascular, Gastroenterologia e Pneumologia.

A estrutura inclui uma sala operatória, recobro imediato (com um monitor), recobro tardio (com seis camas e seis monitores), espaço para admissão dos utentes, área de pequena cirurgia/realização de exames e uma sala dedicada à vigilância pós-exame.

A seleção dos utentes para cirurgia ambulatória é feita com base em critérios clínicos (ex: ASA I-III, intervenção <2h) e sociais (presença de cuidador, condições habitacionais, acesso a transporte e tempo de deslocação inferior a 60 minutos). O não cumprimento destes critérios exclui o utente da modalidade ambulatorial.

A equipa de enfermagem é composta por 16 elementos, dos quais sete são especialistas, assegurando os cuidados em todas as fases do percurso perioperatório. Destes, seis têm especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica e uma em Enfermagem de Saúde Infantil. A gestão da equipa é feita por um enfermeiro gestor. O funcionamento do serviço pauta-se pela previsibilidade e eficiência, com turnos adaptados ao horário cirúrgico.

Os dois contextos estão inseridos na área cirúrgica, possuindo dinâmicas diferentes. O BOC caracteriza-se pela complexidade clínica dos utentes, elevada rotatividade e imprevisibilidade, exigindo rápida tomada de decisão e capacidade de adaptação por parte da equipa. A preparação pré-operatória insere-se num processo de internamento, podendo ocorrer falhas de comunicação que conduzam ao adiamento de cirurgias, como se pôde verificar ao longo do estágio.

A UCA funciona com maior previsibilidade e organização, sendo a consulta de enfermagem pré-operatória um elemento estruturante do processo assistencial. Esta abordagem permite

transmitir informação essencial, reduzir a ansiedade e promover a adesão ao plano cirúrgico, o que está em consonância com a evidência encontrada (Fernandes, 2021; Leal, 2023, Mendes & Ferrito, 2021, etc). A consulta de enfermagem pré-operatória por telefone 24h contribuiu para evitar cancelamentos cirúrgicos por falha na preparação dos clientes ou por doença.

Compreende-se que a curta permanência do utente na UCA reforça a importância da preparação antecipada, sendo a consulta telefónica prévia uma estratégia eficaz para garantir a continuidade dos cuidados, a literacia em saúde e a redução do risco de cancelamentos cirúrgicos.

Apesar das diferenças estruturais e organizacionais, ambos os contextos beneficiam da adoção de tecnologias de comunicação para reforçar o envolvimento da pessoa em situação perioperatória.

3. CASO CLÍNICO 1: TIROIDECTOMIA TOTAL

Cliente proposta para tiroidectomia total sob anestesia geral balanceada no dia 08-10-24 às 08h30.

3.1. Enquadramento teórico

A patologia da tiróide da cliente selecionada para este caso clínico designa-se por doença nodular da tiróide. Os nódulos da tiróide são um achado comum, sobretudo nas mulheres, sendo estimado que 4% a 7% da população tenha um nódulo palpável, embora estes números atinjam 30% a 60%, se o diagnóstico for ecográfico. Na maioria dos casos os nódulos são benignos, sendo cerca de 4% a 6,5% malignos. Os principais fatores de risco são: sexo feminino (94% dos casos), idade avançada, história familiar de nódulos da tiróide, irradiação prévia da cabeça e do pescoço, deficiência em iodo e gravidez (Sapinho & Allen, 2023).

O procedimento cirúrgico, tiroidectomia, é considerado uma cirurgia minimamente invasiva. Consiste na remoção parcial (hemitiroidectomia) ou total (tiroidectomia total) da glândula, dependendo da patologia em causa. Sucintamente, a técnica consiste na realização de uma incisão na região cervical, seguida de identificação das paratiróides, identificação do nervo laríngeo recorrente, remoção da glândula e encerramento.

Assim, este trabalho pretende conceptualizar os cuidados de enfermagem perioperatórios baseados em evidência à pessoa submetida a tiroidectomia. Inicialmente, apresenta-se uma breve abordagem à patologia associada à glândula tiróide da cliente em questão e cujo tratamento consiste na tiroidectomia, bem como uma revisão da anatomia da glândula, abordagem cirúrgica e processo anestésico do caso clínico.

Anatomia da tiróide

A tiróide é uma glândula situada na região anterior do pescoço, entre as vértebras C5 e T1, de frente e de cada lado da porção mais inferior da laringe e dos primeiros anéis traqueais. Encontra-se em relação com a fáscia pré-traqueal, à qual se encontra firmemente aderente e, por isso, movimenta-se durante a deglutição. Tem normalmente a forma de um H ou U e é formada por duas porções laterais, denominadas lobos, situadas em ambos os lados da traqueia, ligadas por uma estreita porção, designada de istmo. O lobo piramidal – Pirâmide de Lalouette – está presente entre 15-75% das pessoas, destaca-se superiormente do istmo, mais

frequentemente à esquerda, e encontra-se unido ao osso hióide através de um ligamento fibroso, normalmente designado por ligamento elevador da glândula tiroideia (Sinos & Sakorafas, 2015). Cada lobo tem uma dimensão entre 4 a 6 cm de comprimento, 1,5 cm de largura e 2 a 3 cm de espessura, pesando, aproximadamente, nos adultos, cerca de 15-25g. No entanto, com maior frequência, é mais pesada nas mulheres e aumenta de tamanho com a menstruação e a amamentação (Yi et al., 2016).

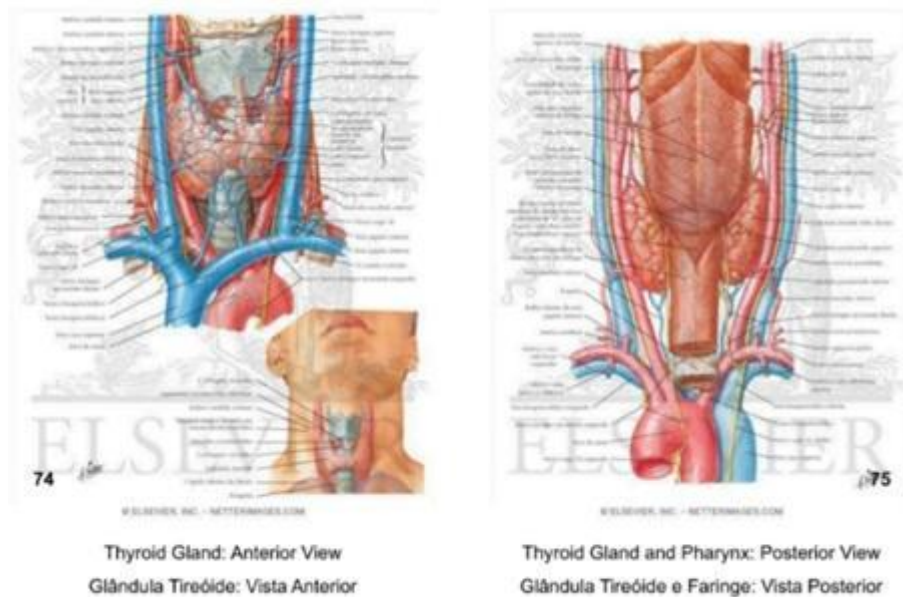


Fig.1: anatomia da tiróide

Na imediata proximidade da glândula tiróide estão as glândulas paratiróides, que podem ser identificadas pela sua coloração amarelado acastanhado, em comparação com a coloração amarela da gordura. As glândulas paratiróides superiores são classicamente encontradas perto da face posterolateral do polo superior, aproximadamente 1 cm acima da interseção do nervo laríngeo recorrente (NLR) e da artéria tiroideia inferior (ATI). As glândulas paratiróides inferiores são descritas como localizadas adjacentes à porção inferior do lobo da tiróide, entre a artéria e a veia tiroideia inferior. De realçar que as glândulas paratiróides inferiores estão localizadas anteriormente ao plano do nervo laríngeo recorrente, embora a sua localização seja mais variável do que a das glândulas superiores. As glândulas paratiróides superiores estão localizadas posteriormente ao plano do nervo. Num pequeno mas significativo número de pacientes, existem glândulas paratiróides ectópicas e/ou supra-numéricas, que podem ser localizadas em qualquer lugar, desde o bordo inferior da mandíbula até o mediastino (Biello et al., 2022).

A vascularização é feita essencialmente por duas artérias, onde o fornecimento sanguíneo proeminente da glândula tiróide vem da artéria tiróide superior, que é o primeiro ramo da

artéria carótida externa, bem como da artéria tiróide inferior, que se ramifica do tronco tireocervical (ramo colateral da artéria subclávia). Dez por cento dos pacientes possuem como variante anatómica uma artéria adicional ímpar, a artéria tiroideia ima (ou artéria de Neubauer), via tronco tireocervical. A drenagem venosa ocorre através da veia jugular interna via as veias tiroideia superior e média bilateralmente, e nas veias braquiocefálicas via as veias tirodeias inferiores bilateralmente, embora a drenagem ectópica via veias tirodeias anteriores não seja incomum (Biello et al., 2022).

A drenagem linfática da glândula faz-se do seguinte modo: no caso do istmo, para os gânglios pré-traqueais pré-tiroideus; no caso dos lobos laterais, para os gânglios retro-faríngeos, recorrenciais e jugulares internos. Pode haver, em alguns casos, drenagem para as cadeias mediastínicas.

Esta glândula recebe inervação simpática e parassimpática do sistema nervoso autónomo. As fibras simpáticas derivam da cadeia ganglionar simpática, onde se encontram os gânglios localizados ao longo da coluna cervical, alcançando a tiróide através dos plexos cardíaco e periarterial tiroideu superior e inferior, que acompanham as artérias homónimas. Estas fibras, sendo vasomotoras, provocam vasoconstrição. As fibras parassimpáticas, derivadas do nervo vago, são ramificações dos nervos laríngeos, tanto superior, como recorrente (inferior). O nervo laríngeo superior tem dois ramos, um externo e outro interno. O ramo interno é sensitivo e tem importância fisiológica no controlo da deglutição. O ramo externo é motor, innervando o músculo crico-tiroideu, com importância na tensão das cordas vocais, condicionando o timbre e o volume da voz e, por isso, a sua lesão provoca disфонia. O nervo laríngeo recorrente é uma estrutura vital a identificar na cirurgia da tiróide, uma vez que o seu trajeto apresenta as mais diversas variações: pode penetrar na glândula, pode cruzar a face posterior da glândula ou ainda percorrer o sulco traqueo-esofágico. É um nervo essencialmente motor, innervando todos os músculos intrínsecos da laringe, nomeadamente dilatadores, constritores e tensores das cordas vocais, à exceção do crico-tiroideu. Fornece, ainda, inervação sensitiva à subglote. Classicamente, durante a cirurgia, é identificado através do triângulo descrito por M. M. Simon. A base é formada pela artéria tiroideia inferior, o bordo posterior pela artéria carótida primitiva e o bordo anterior pelo próprio nervo recorrente; a fiabilidade é condicionada pelas variantes anatómicas. Ademais, o tubérculo de Zuckerkandl, uma protuberância que tem origem no bordo póstero-lateral dos lobos da tiróide, pode ser uma outra alternativa, com importância fundamental na identificação do nervo laríngeo recorrente e das glândulas paratiroideias superiores; na literatura, regista-se a sua presença em 80% das tireoidectomias (Gil-Carcedo et al., 2013).

Patologia

As doenças da tiróide têm uma prevalência estimada entre 3% a 5% na população mundial, sendo consideradas a segunda patologia endócrina mais comum, logo após a diabetes mellitus.

A tireoidectomia é atualmente o procedimento cirúrgico mais frequente no âmbito da cirurgia endócrina. O termo “glândula tiroideia” foi introduzido em 1656 por Thomas Wharton, enquanto as primeiras bases da abordagem cirúrgica foram estabelecidas por Lorenz Heister. No século XIX, a taxa de mortalidade associada à cirurgia da tiróide rondava os 40%, sobretudo devido a complicações como hemorragias, infeções, lesão do nervo laríngeo recorrente e hipocalcemia severa. Com os avanços nas técnicas anestésicas e de assepsia, estas complicações foram drasticamente reduzidas, estimando-se atualmente uma taxa de mortalidade próxima de 0% (Fortuny Jr. et al., 2015).

A tireoidectomia pode ser indicada em diversas situações, incluindo nódulos da tiróide, bócio obstrutivo ou subesternal, hipertireoidismo refratário, carcinoma diferenciado (papilífero ou folicular), carcinoma medular da tiróide, carcinoma anaplásico, linfoma primário da tiróide (neste caso apenas para obtenção de biópsia) e metástases provenientes de outros órgãos, como o rim ou pulmão.

Segundo Sun et al. (2013), os diagnósticos mais frequentes que motivam a realização de tireoidectomia são: bócio nodular não tóxico (37,4%), neoplasia maligna (30,4%), neoplasia benigna (16,7%), tiroidites (12,1%) e bócio nodular tóxico (6,4%).

Os nódulos da tiróide são uma das manifestações clínicas mais comuns, com prevalência estimada entre 50% a 60% da população, especialmente em mulheres e pessoas idosas. A maioria dos nódulos é assintomática e clinicamente inofensiva. O maior desafio consiste em excluir a possibilidade de malignidade. Para isso, os exames complementares de eleição são a ecografia tiroideia e a biópsia aspirativa por agulha fina (Gharib et al., 2016).

Estudos revelam que até 68% das pessoas que realizam ecografia de rastreio apresentam nódulos tiroideus (Biello et al., 2022). Embora a maioria seja benigna, estima-se que cerca de 5% sejam malignos. Os critérios que justificam a realização de biópsia aspirativa incluem nódulos com diâmetro superior a 1 cm, ausência de função (nódulos “frios”) ou características ecográficas suspeitas.

No caso clínico em análise, a cliente apresentava um nódulo com estas características, o que levou à realização da biópsia como parte integrante da investigação diagnóstica. Várias sociedades científicas, como a American Thyroid Association, recomendam algoritmos de decisão baseados no tamanho do nódulo e no seu padrão ecográfico (Robenshtok et al., 2021), auxiliando na determinação da necessidade de vigilância ou intervenção cirúrgica.

Processo Cirúrgico

A cirurgia tiroideia, nomeadamente a tireoidectomia total, tem evoluído significativamente, acompanhando o desenvolvimento tecnológico e científico, com impacto direto na segurança e na eficácia do procedimento. Apesar da crescente difusão de técnicas endoscópicas e robóticas,

a via aberta mantém-se a abordagem de eleição em muitos contextos hospitalares, incluindo o da presente intervenção, por apresentar uma relação custo-benefício mais favorável, especialmente em casos de doença nodular da tiróide (Lang et al., 2013; Kandil et al., 2016; Kim et al., 2020). A atuação articulada dos enfermeiros instrumentistas, circulantes e de anestesia é essencial para garantir a segurança, a eficácia e a humanização dos cuidados prestados (Pereira et al., 2017).

Na sala operatória, a preparação adequada da pessoa, dos equipamentos e dos materiais é essencial para o início seguro da cirurgia. O enfermeiro instrumentista organiza a mesa cirúrgica, assegura a esterilidade e prepara os instrumentais necessários para cada fase da cirurgia. O enfermeiro de anestesia colabora na monitorização contínua da pessoa, garantindo a estabilidade hemodinâmica e a prevenção de complicações relacionadas com a anestesia. O enfermeiro circulante assegura a fluidez do procedimento, colabora na manutenção do ambiente seguro e intervém prontamente sempre que necessário (Leal, 2023).

Em articulação com a equipa de anestesiologia, o enfermeiro de anestesia garante a vigilância contínua dos parâmetros vitais, prepara a medicação anestésica, colabora na entubação orotraqueal — neste caso, com tubo com elétrodos para monitorização intraoperatória do NLR — e assegura a estabilidade clínica ao longo do procedimento.

Após a indução anestésica, a pessoa é posicionada em decúbito dorsal com hiperextensão cervical, com rolo sob os ombros e cabeça estabilizada numa almofada de gel em forma circular. Este posicionamento é fundamental para o acesso à glândula tiroideia e exige vigilância contínua da equipa de enfermagem para prevenir lesões por pressão e garantir conforto. Medidas preventivas incluem o uso de apoios adequados, verificação da ausência de pressão excessiva sobre articulações e nervos periféricos, e avaliação da perfusão distal dos membros (Matos et al., 2021).

Segue-se a demarcação anatômica da incisão, geralmente curvilínea, com 4–6 cm, posicionada cerca de 2 cm acima da incisura esternal, respeitando as linhas de Langer para otimizar o resultado estético (Lang et al., 2013). A disseção segue por planos anatômicos até à cápsula da tiróide, identificando e preservando estruturas como o músculo platisma, os músculos esternohioideu e esternotiroideu, com salvaguarda da ansa cervicalis. O enfermeiro instrumentista assegura a passagem de pinças e retratores adequados, colaborando com o cirurgião na exposição eficaz dos tecidos (Gonçalves et al., 2019).

Com o início da intervenção cirúrgica, o enfermeiro instrumentista assume um papel central no suporte técnico à equipa médica, disponibilizando os instrumentos de acordo com as diferentes fases da cirurgia: incisão cutânea, disseção por planos, exposição da glândula tiroideia, identificação e preservação das glândulas paratiróides e do NLR. A sua atuação é fundamental na antecipação de necessidades, no controlo rigoroso da esterilidade e na manutenção da segurança do campo operatório.

A identificação e preservação das glândulas paratiróides constitui um dos pontos críticos. Estas podem ser supranumerárias e, se desvascularizadas, devem ser conservadas em soro fisiológico e reimplantadas, de preferência no músculo esternocleidomastoideu, com marcação por clip metálico (Park et al., 2018). O enfermeiro circulante articula a recolha e envio de espécimes à anatomia patológica.

A identificação e preservação do nervo laríngeo recorrente (NLR) constitui um dos momentos mais críticos da tireoidectomia total, dada a sua importância na preservação da função vocal e respiratória. O NLR localiza-se geralmente nas proximidades da artéria tiroideia inferior, podendo situar-se num plano superficial ou profundo, o que exige uma dissecação meticulosa para evitar lesões. A tração inadequada da glândula pode comprometer a integridade do nervo, sendo essencial uma abordagem cuidadosa e sistematizada (Dionigi et al., 2020). A utilização da monitorização neurológica intraoperatória (IONM), com elétrodos posicionados no tubo endotraqueal e registo eletromiográfico da atividade do músculo cricoaritenóideu, aumenta a segurança e a confiança da equipa cirúrgica na identificação e acompanhamento do nervo, sobretudo em anatomias complexas ou reoperações (Gourin & Terris, 2019; Vieira et al., 2018). O enfermeiro de anestesia tem um papel determinante na correta colocação dos elétrodos e na monitorização contínua dos sinais neuromusculares, em articulação com o cirurgião e a restante equipa, promovendo a segurança da pessoa em contexto operatório.

A remoção da glândula ocorre após dissecação segura, com divisão do ligamento de Berry o mais próximo possível da traqueia, minimizando o risco de lesão traqueal. O enfermeiro instrumentista colabora ativamente com a equipa cirúrgica, antecipando as necessidades e assegurando uma hemostase eficaz.

Na fase de encerramento, compete ao instrumentista providenciar os fios adequados à sutura muscular e cutânea, ao passo que o circulante apoia na colocação do dreno, se indicado, e inicia a contagem final dos materiais. Um dreno pode ser colocado para monitorização de exsudado e prevenção de hematomas ou quilotórax. A sua correta fixação e funcionamento são garantidos pelo enfermeiro. O enfermeiro circulante regista todos os dados no processo clínico, assegurando a rastreabilidade dos cuidados prestados. O enfermeiro de anestesia acompanha a reversão anestésica, vigilante à permeabilidade das vias aéreas e à recuperação da ventilação espontânea.

Pós-operatório

Após a realização de uma tireoidectomia total, a pessoa permanece habitualmente em internamento durante cerca de 24 horas, período que exige vigilância clínica rigorosa por parte da equipa de enfermagem, com especial atenção a sinais precoces de complicações pós-operatórias. Entre os principais aspetos a monitorizar incluem-se náuseas, vômitos, alterações hemodinâmicas, permeabilidade das vias aéreas e dor aguda, sendo essencial ajustar a analgesia, evitando fármacos com potencial emético ou depressor do sistema nervoso central.

A monitorização dos níveis séricos de cálcio e da hormona paratiróide (PTH) assume especial relevância, dada a possibilidade de disfunção das glândulas paratiróides. A sua lesão, remoção accidental ou desvascularização pode originar hipoparatiroidismo transitório ou definitivo, conduzindo a hipocalcemia. Esta pode manifestar-se clinicamente por parestesias periorais ou distais, espasmos musculares, sinais neuromusculares como Chvostek e Trousseau, laringoespasma (com risco de obstrução das vias aéreas), alterações eletrocardiográficas (prolongamento do intervalo QT) e, em casos graves, arritmias (Brunner et al., 2010). O enfermeiro deve estar atento à sintomatologia e preparado para iniciar medidas de correção, incluindo administração de gluconato de cálcio, conforme prescrição médica e protocolo institucional.

Paralelamente, importa considerar a ocorrência de hipotiroidismo iatrogénico, consequência da remoção total ou parcial da glândula tiroideia. Esta condição resulta da ausência de produção de T3 e T4, levando ao aumento compensatório da hormona estimuladora da tiroide (TSH). Sem a resposta glandular adequada, o metabolismo basal diminui, originando sintomas como fadiga, intolerância ao frio, bradicardia, obstipação, depressão e ganho ponderal (Brunner et al., 2010). A terapêutica de substituição com levotiroxina (T4 sintético) é instaurada precocemente, sendo essencial garantir a adesão e realizar a monitorização laboratorial periódica do TSH, de forma a evitar quer o hipotiroidismo subtratado, quer o hipertiroidismo induzido por excesso terapêutico.

Complicações

Numa análise retrospectiva, realizada em Portugal entre 2001-2010 por Marcelino et al. (2016) verificou-se que, do total de doentes avaliados, 14% apresentaram complicações transitórias e 7,5% complicações permanentes. Relativamente às complicações transitórias, foram mais frequentes nas tireoidectomias totais, cerca de 19%, comparativamente aos 6% das lobectomias, diferença esta estatisticamente significativa. Por outro lado, essa diferença já não é tão significativa no caso das complicações permanentes (4% vs 11%). Não houve registo de mortalidade associada ao procedimento cirúrgico, nem de maior taxa de complicações em faixas etárias mais avançadas.

De acordo com Biello et al. (2022) as complicações possíveis associadas à tireoidectomia são as seguintes:

- Hemorragia
- Hipoparatiroidismo
- Lesão do nervo laríngeo recorrente
- Lesão do nervo laríngeo superior
- Infecção pós-cirúrgica
- Lesão esofágica

- Lesão traqueal
- Síndrome de Horner
- Disfagia
- Extravasamento de quilo

Das múltiplas complicações possíveis relacionadas com esta cirurgia já acima elencadas, explicam-se as seguintes pela sua gravidade.

A **hemorragia** pode ser *life-threatening*, devido ao possível compromisso da via aérea, podendo até ser necessária traqueostomia. No passado, a hemorragia costumava ser muito temida e era parte integrante da alta taxa de mortalidade associada à cirurgia da tiróide. Hoje em dia, a hemorragia intraoperatória é extremamente rara. Esses dispositivos facilitam a disseção e permitem hemostase mediada e tardia adequada. Todos esses dispositivos criam uma onda de calor ao redor da área que foi coagulada e a sua correta utilização evita lesões nas áreas vizinhas como as glândulas paratiróides e NLR. A ocorrência de sangramento tardio (após o encerramento da ferida) ainda não é nula e pode levar a um hematoma sufocante. Na maioria das vezes, o sangramento pós-operatório ocorre nas primeiras 6 horas após a cirurgia. Nos países europeus, uma pernoita geralmente é recomendada após a tiroidectomia (Fortuny et al., 2015).

As cordas vocais são muito importantes para a qualidade e tom de voz assim como para evitar a fadiga da voz, mesmo que o tom esteja correto, podendo ser afetadas se houver dano no **Nervo Laríngeo Recorrente** (NLR). As cordas vocais também são essenciais como esfíncter que protege as vias aéreas durante a deglutição. A paralisia das cordas vocais devido à cirurgia da tiróide pode ter consequências funcionais diferentes, dependendo da posição aberta ou fechada das cordas vocais. Em doentes com paralisia em posição aberta das cordas vocais, a voz do doente será nasalada e a função de esfíncter será ineficaz, aumentando o risco de bronco-aspiração. O doente será incapaz de produzir uma manobra de Valsalva eficaz e, por isso, reflexos como o da tosse serão afetados. Nestes casos, poderá ser necessária uma traqueostomia. Por outro lado, no caso da paralisia em posição fechada, o tom e a qualidade da voz são quase normais e a função de esfíncter mantém-se intacta; todavia, sintomas como a dispneia são relatados por alguns doentes (Fortuny et al., 2015).

De acordo com a literatura, 30-87% dos doentes experienciam, pelo menos temporariamente, alterações da voz no período pós-operatório. No entanto, a lesão do NLR é rara aquando cirurgia realizada por cirurgiões experientes, sendo permanente em 0,3-3% dos casos e transitória em 5-8%. Na literatura, estes valores variam bastante, uma vez que as características de inclusão num estudo são bastante diversas. O tipo de tiroidectomia realizada, a diversidade de cirurgiões e a sua experiência, a existência ou não de identificação prévia do nervo, e o critério usado (se o valor é baseado no número de doentes ou no número de nervos em risco) são fatores que

dificultam a comparação de todos os estudos que existem.

De acordo com a literatura, poder-se-ão destacar alguns fatores que estão relacionados com o aumento do risco de lesão do NLR. A citar: cirurgias de repetição, cirurgia a neoplasia, extensão da cirurgia e experiência do cirurgião (Ramos, 2018).

A **hipocalcemia** é outra complicação importante após a cirurgia da tiróide e é quase sempre devida ao hipoparatiroidismo. A única maneira de a evitar é realizar uma tiroidectomia total cuidadosa, o que requer um bom conhecimento de embriologia, anatomia e vascularização da paratiróide. Apesar da disseção meticulosa feita por um cirurgião experiente, 10% a 30% dos pacientes submetidos à tiroidectomia total experimentarão hipocalcemia transitória e 1% a 3% experimentarão hipoparatiroidismo definitivo. Os principais fatores de risco para hipoparatiroidismo são reoperações, disseção central do pescoço, tamanho do bócio e alguns estados inflamatórios, tais como tiroidite e doença de Graves (Fortuny et al., 2015). Para a manutenção dos níveis de cálcio no período pós-operatório, é de extrema importância o número total de glândulas paratiróides que permanecem no local após a tiroidectomia.

Processo Anestésico

A anestesia geral com intubação orotraqueal é a técnica mais frequentemente utilizada nas intervenções de tiroidectomia. Tendo em conta que se trata, na maioria dos casos, de uma via aérea difícil previsível, o recurso à videolaringoscopia ou à fibroscopia constitui a abordagem preferencial para a realização segura da intubação (Órfão et al., 2016). Estas técnicas, para além de facilitarem a abordagem anestésica, são igualmente essenciais para o correto posicionamento do tubo endotraqueal e para o sucesso da neuromonitorização intraoperatória, permitindo a monitorização da integridade dos nervos laríngeos, aspeto que será desenvolvido mais à frente.

Durante a fase de indução anestésica, é garantido um acesso venoso periférico e implementada monitorização contínua dos parâmetros vitais: oxigenação, ventilação, circulação e temperatura. De acordo com o algoritmo específico para a abordagem de via aérea difícil, procede-se à intubação com recurso à técnica previamente selecionada. Após a intubação bem-sucedida, administra-se por via intravenosa uma combinação de fármacos: um opioide para analgesia (ex.: fentanil), um agente hipnótico para indução da inconsciência (ex.: propofol) e um relaxante neuromuscular para bloqueio motor (ex.: rocurónio) (Bajwa & Sehgal, 2013; Levine, 2012).

A fase de manutenção pode ser realizada por anestesia geral balanceada, combinando anestésicos voláteis como o sevoflurano ou desflurano com analgesia intravenosa, ou por TIVA — Total Intravenous Anesthesia, em português Anestesia Intravenosa Total — utilizando fármacos como propofol, remifentanil e dexmedetomidina. Esta última abordagem é frequentemente preferida em contextos de neuromonitorização, pela menor interferência eletromiográfica (Lee et al., 2020).

Concluído o procedimento cirúrgico, procede-se à reversão farmacológica do bloqueio neuromuscular, com suspensão dos agentes anestésicos e administração de um antagonista do bloqueio neuromuscular (ex.: sugamadex), permitindo a reversão da paralisia motora e o retorno progressivo à vigília. Após o restabelecimento da ventilação espontânea, é realizada nova avaliação das cordas vocais, nomeadamente a verificação da sua integridade e simetria, utilizando novamente a videolaringoscopia ou a fibroscopia empregue na fase inicial (Bajwa & Sehgal, 2013; Levine, 2012). O enfermeiro de anestesia permanece vigilante ao conforto, à permeabilidade da via aérea e à estabilidade hemodinâmica da pessoa em recuperação pós-anestésica (Zhou et al., 2021; ASA, 2022).

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 50 anos | Feminino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-10-08 08:15:00	Soro Fisiológico 0.9% 1000ml IV	
2024-10-08 08:30:00	Fentanil 0,15mg IV	
2024-10-08 08:30:00	Propofol 170mg IV	
2024-10-08 08:30:00	Rocurónio 40mg IV	
2024-10-08 08:30:00	Dexametasona 4mg IV	
2024-10-08 08:30:00	Sevoflurano 2% em O2 Inal	
2024-10-08 09:15:00	Paracetamol 1g IV	
2024-10-08 09:15:00	Tramadol 100mg IV	
2024-10-08 09:45:00	Cetorolac 30mg IV	
2024-10-08 09:45:00	Ondasetrom 4mg IV	
2024-10-08 09:45:00	Ropivacaína 75mg SC	
2024-10-08 09:45:00	Sugamadex 200mg IV	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

A técnica anestésica de eleição para a realização da cirurgia de tiroidectomia, como já referido anteriormente, é a anestesia geral balanceada (AGB), a qual combina fármacos de diferentes grupos farmacoterapêuticos — nomeadamente anestésicos inalatórios, hipnóticos endovenosos e opióides — com o objetivo de alcançar uma profundidade anestésica adequada, minimizando os efeitos sobre a homeostasia fisiológica (Rothrock, 2021).

Neste contexto, os cuidados de enfermagem centram-se na preparação segura da medicação, na vigilância rigorosa durante a sua administração e na identificação precoce de efeitos adversos, nomeadamente a dor, as náuseas e os vômitos no pós-operatório. É fundamental que o enfermeiro conheça as características farmacológicas dos fármacos utilizados, de forma a adaptar a sua prática à realidade clínica de cada cliente.

Assim, apresenta-se de seguida uma descrição sintética dos medicamentos administrados, integrando a respetiva ação farmacológica, condições particulares de administração, efeitos esperados e potenciais complicações, com base na evidência científica mais atual e relevante para a prática de enfermagem.

O **soro fisiológico a 0,9%** (NaCl) é uma solução isotónica amplamente utilizada em contexto perioperatório, com a finalidade de manter ou restaurar o volume intravascular, corrigir desequilíbrios eletrolíticos ligeiros ou servir de veículo para administração de fármacos. A sua composição é semelhante à do plasma, sendo geralmente bem tolerado. Em contexto intraoperatório, como no caso da cliente submetida a tiroidectomia, a administração de soro fisiológico tem como objetivo assegurar a estabilidade hemodinâmica e prevenir a hipovolemia associada ao jejum prolongado e à perda de fluidos (Ferreira, 2017).

Neste contexto a administração é feita por via intravenosa, com monitorização rigorosa, sobretudo em clientes com comorbilidades como insuficiência cardíaca, renal ou hepática, devido ao risco acrescido de sobrecarga hídrica (Ostermann et al., 2024). Compete ao enfermeiro vigiar atentamente sinais como edemas, crepitações pulmonares ou diminuição da diurese. Embora seja uma solução considerada segura, a infusão de volumes elevados pode provocar hipernatremia, hiperclorémia e acidose metabólica hiperclorémica, especialmente em administrações prolongadas ou excessivas (NICE, 2020).

A evidência mais recente reforça a necessidade de uma gestão individualizada da fluidoterapia, encarando os fluidos endovenosos como qualquer outro fármaco, cuja dose e momento de administração devem ser avaliados cuidadosamente. Estratégias baseadas em metas (goal-directed fluid therapy) demonstraram melhores resultados clínicos e menor taxa de complicações (Ostermann et al., 2024), cabendo ao enfermeiro um papel fundamental na

monitorização dos efeitos e na comunicação precoce de alterações clínicas relevantes.

O **fentanil** é um opióide sintético de elevada potência, amplamente utilizado em contexto anestésico pela sua ação analgésica rápida e eficaz. Atua principalmente através da ligação aos recetores μ -opioides no sistema nervoso central, inibindo a transmissão da dor e promovendo analgesia profunda (Miller & Pardo, 2019). No contexto da tireoidectomia, é administrado por via intravenosa na fase de indução anestésica, contribuindo para atenuar a resposta autonómica ao estímulo nociceptivo provocado pela intubação e manipulação cirúrgica da via aérea.

A sua ação tem início cerca de 2 a 3 minutos após a administração IV e dura entre 30 a 60 minutos, o que o torna adequado para procedimentos de curta duração ou como parte de uma anestesia balanceada (Brown & Lydic, 2012).

Os principais efeitos adversos incluem depressão respiratória, bradicardia e hipotensão. Em casos mais raros, pode ocorrer rigidez torácica, dificultando a ventilação, o que requer intervenção rápida e, eventualmente, a administração de um bloqueador neuromuscular (Allen et al., 2023). A utilização concomitante com outros sedativos, como o propofol, potencia os efeitos depressivos sobre o sistema nervoso central. O antídoto disponível é a naloxona, sendo essencial que esteja acessível sempre que se administra opióides.

O papel da enfermagem inclui ainda a vigilância rigorosa da resposta clínica do utente, deteção precoce de sinais de toxicidade, e comunicação imediata à equipa médica, promovendo segurança e eficácia no controlo da dor no perioperatório.

O **propofol** é um agente anestésico intravenoso de ação rápida, amplamente utilizado para indução e manutenção da anestesia geral. Atua como agonista dos recetores GABA-A, promovendo a hiperpolarização das membranas neuronais e resultando numa profunda depressão do sistema nervoso central (Condello et al., 2021). No caso da cliente submetida a tireoidectomia, o propofol foi administrado na fase de indução anestésica, promovendo inconsciência rápida e facilitando a entubação endotraqueal.

Os efeitos do propofol surgem geralmente entre 30 a 60 segundos após administração em bólus, com uma duração de ação curta (5 a 10 minutos), o que permite um controlo anestésico preciso, especialmente útil em procedimentos cirúrgicos curtos ou com necessidade de monitorização neuromuscular intraoperatória (Egan & Glass, 2004). É essencial garantir a correta preparação e administração, bem como assegurar a vigilância contínua dos parâmetros vitais e da via aérea durante a indução anestésica.

Os efeitos adversos mais comuns incluem hipotensão, devido à vasodilatação periférica, e depressão respiratória, especialmente quando usado em associação com opióides. Pode ainda causar apneia transitória, bradicardia, dor no local da injeção e, em casos raros, alterações do ECG ou coloração esverdeada da urina (Hemphill et al., 2019). A sua administração requer, por isso, monitorização rigorosa da pressão arterial, frequência respiratória e saturação de oxigénio.

Apesar de estar formulado numa emulsão lipídica à base de óleo de soja e lecitina de ovo, a evidência mais recente sugere que a probabilidade de reação alérgica em indivíduos com alergia a ovos ou soja é extremamente reduzida, uma vez que essas proteínas estão ausentes ou em quantidades insignificantes (Miller & Pardo, 2019). Ainda assim, é essencial confirmar antecedentes alérgicos e manter vigilância após administração.

O papel da enfermagem inclui garantir a segurança na administração, vigilância dos efeitos hemodinâmicos e respiratórios e atuação imediata em caso de complicações, assegurando uma transição segura entre as fases da anestesia.

O **rocurónio** é um bloqueador neuromuscular não despolarizante, amplamente utilizado para facilitar a intubação endotraqueal e assegurar o relaxamento muscular durante procedimentos cirúrgicos sob anestesia geral. Atua competitivamente nos recetores nicotínicos da junção neuromuscular, impedindo a ligação da acetilcolina e bloqueando a transmissão do impulso nervoso ao músculo esquelético (McLean et al., 2015). No caso da cliente submetida a tiroidectomia, foi administrado na fase de indução anestésica para permitir a intubação e a imobilidade adequada ao procedimento.

A ação do rocurónio inicia-se rapidamente (1 a 2 minutos após administração IV), com uma duração de cerca de 30 a 40 minutos, tornando-o adequado para procedimentos cirúrgicos de duração curta a média (Clar & Liu, 2024).

O enfermeiro em contexto perioperatório deve garantir a vigilância contínua da função respiratória e da profundidade do bloqueio neuromuscular. A ausência de movimentos não significa ausência de consciência, pelo que a sedação adequada deve ser sempre assegurada. A monitorização com estimulador de nervos periféricos permite avaliar a eficácia do bloqueio e evitar paralisia residual no pós-operatório, situação associada a complicações respiratórias significativas (Anesthesia Patient Safety Foundation [APSF], 2019).

Os principais efeitos adversos incluem reações alérgicas, miopatias, e bloqueio neuromuscular prolongado, especialmente em casos de administração repetida ou disfunção orgânica. A sua reversão pode ser feita com sugamadex, que permite uma recuperação rápida e eficaz da função muscular.

O **sevoflurano** é um agente anestésico volátil amplamente utilizado na manutenção da anestesia geral, administrado por via inalatória em associação com oxigénio. Pertence ao grupo dos halogenados e atua potenciando os efeitos inibitórios do GABA no sistema nervoso central, promovendo inconsciência, amnésia e relaxamento muscular (Miller & Pardo, 2019). No caso da cliente submetida a tiroidectomia, foi administrado sevoflurano a 2% em oxigénio, após a indução endovenosa, com o objetivo de manter a profundidade anestésica de forma estável ao longo do procedimento.

O sevoflurano é caracterizado por um início e despertar rápidos, devido à sua baixa solubilidade

no sangue, o que o torna especialmente útil em cirurgias de curta duração e em regime de ambatório. Além disso, possui odor agradável e é pouco irritante para as vias aéreas, o que permite a sua utilização também em indução inalatória (Bein, 2022).

Embora o seu perfil de segurança seja elevado, é importante vigiar possíveis efeitos adversos, como hipotensão, bradicardia ou depressão respiratória durante a anestesia. Em situações raras, pode estar associado à hipertermia maligna, particularmente em indivíduos com predisposição genética. A atuação do enfermeiro na vigilância contínua dos parâmetros hemodinâmicos, da profundidade anestésica (quando aplicável) e na comunicação de alterações clínicas é essencial para a segurança da cliente.

A eliminação do sevoflurano ocorre predominantemente por via pulmonar, com metabolização hepática residual mínima, o que contribui para a sua rápida recuperação e reduzida toxicidade hepática e renal. No período pós-operatório, o enfermeiro deve estar atento a sinais de agitação ao despertar, náuseas, vômitos ou dor residual, intervindo precocemente para assegurar uma recuperação tranquila e eficaz.

O **cetorolac** é um anti-inflamatório não esteroide (AINE) com forte ação analgésica, utilizado frequentemente no controlo da dor aguda em contexto perioperatório. Atua através da inibição não seletiva das enzimas ciclooxigenase (COX-1 e COX-2), suprimindo a síntese de prostaglandinas envolvidas na perceção da dor e na inflamação (Deglin & Vallerand, 2003). No caso da cliente submetida a tiroidectomia, foi administrado por via intravenosa na fase final da cirurgia, como parte de uma estratégia multimodal de controlo da dor.

A sua eficácia analgésica é comparável à da morfina em situações de dor moderada a severa, mas sem os efeitos adversos típicos dos opioides, como a depressão respiratória e a sedação excessiva (Levine, 2012). Tem início de ação rápido (cerca de 30 minutos) e uma duração que pode ir até 6 horas, o que o torna útil no controlo da dor pós-operatória imediata. A sua utilização deve, contudo, ser limitada a curto prazo (não excedendo 48 horas em administração parenteral), devido ao risco de efeitos adversos associados ao uso prolongado.

Do ponto de vista da enfermagem, é essencial garantir a avaliação da dor antes e após a administração, bem como vigiar potenciais efeitos adversos, nomeadamente dispepsia, náuseas, sangramento gastrointestinal ou alteração da função renal. A administração em utentes com historial de úlcera péptica, insuficiência renal ou em terapêutica anticoagulante deve ser ponderada com precaução, sendo a comunicação com a equipa médica fundamental para garantir a segurança do cliente (El-Boghdady et al., 2018).

A evidência recomenda a sua utilização como parte de uma abordagem analgésica equilibrada, permitindo reduzir a dose de opioides necessária no pós-operatório, o que favorece a recuperação e a mobilização precoce.

O **paracetamol** (acetaminofeno) é um fármaco com ação analgésica e antipirética,

amplamente utilizado em contexto perioperatório devido ao seu perfil de segurança e à ausência de efeitos adversos sobre o sistema gastrointestinal, respiratório ou cardiovascular. O seu mecanismo de ação ainda não está totalmente esclarecido, mas sabe-se que atua centralmente através da inibição da enzima COX-3 e da modulação dos sistemas serotoninérgico e endocanabinoide, o que contribui para o seu efeito analgésico (Anderson, 2008).

Em ambiente cirúrgico, como no caso da cliente submetida a tiroidectomia, o paracetamol é frequentemente administrado por via intravenosa no bloco operatório, como parte da abordagem analgésica multimodal. Apresenta início de ação rápido (cerca de 15 minutos após administração IV) e uma duração de 4 a 6 horas, sendo eficaz na redução da dor ligeira a moderada e permitindo diminuir a necessidade de opioides no pós-operatório imediato (Weibel et al., 2018).

Do ponto de vista da prática de enfermagem, é essencial a vigilância de possíveis efeitos adversos, especialmente em doentes com antecedentes de hepatopatia ou consumo crónico de álcool excessivo, uma vez que o paracetamol é metabolizado maioritariamente no fígado. A dose diária máxima não deve exceder 4 g em adultos, sendo essencial garantir o registo preciso da dose total administrada em 24 horas, particularmente quando o fármaco é combinado com outros analgésicos em formulações comerciais.

Os efeitos adversos são raros quando administrado em doses terapêuticas, mas a sobredosagem pode provocar hepatotoxicidade grave, sendo uma das principais causas de insuficiência hepática aguda evitável. Assim, o papel da enfermagem passa por garantir a administração segura, reforçar a vigilância dos parâmetros clínicos e comunicar de imediato qualquer alteração sugestiva de toxicidade.

O **tramadol** é um analgésico de ação central com propriedades opióides e adjuvantes, utilizado frequentemente no controlo da dor moderada a severa em contexto perioperatório. Atua através da ligação aos recetores μ -opioides e pela inibição da recaptação de serotonina e noradrenalina no sistema nervoso central, contribuindo para a modulação da perceção da dor (Grond & Sablotzki, 2004).

Na cliente submetida a tiroidectomia, o tramadol foi administrado por via intravenosa no final da intervenção cirúrgica, integrando a estratégia analgésica multimodal. Apresenta início de ação entre 10 a 20 minutos após administração IV e duração de 4 a 6 horas, sendo especialmente útil na transição da anestesia para o pós-operatório imediato (Deglin & Vallerand, 2003).

Do ponto de vista da prática de enfermagem, é essencial estar atenta a possíveis efeitos adversos, nomeadamente náuseas, vômitos, sonolência, tonturas, sudorese e, com menor frequência, convulsões, especialmente em doentes com predisposição neurológica ou a tomar fármacos serotoninérgicos. A monitorização dos sinais vitais é fundamental, uma vez que,

apesar de ser um opioide atípico, o tramadol pode causar depressão respiratória, sobretudo em doses elevadas ou quando combinado com outros depressores do SNC (Lee et al., 2019).

A **ropivacaína** é um anestésico local do grupo das amidas, frequentemente utilizado em anestesia regional e infiltrações locais para controlo da dor em contexto perioperatório. Atua através do bloqueio dos canais de sódio nas membranas neuronais, impedindo a propagação dos impulsos nervosos e, consequentemente, a perceção da dor (El-Boghdadly et al., 2018). No caso da cliente submetida a tiroidectomia, foi administrada por infiltração subcutânea na zona ferida cirúrgica, como medida complementar de analgesia local no pós-operatório imediato.

A ropivacaína distingue-se de outros anestésicos locais, como a bupivacaína, por apresentar menor toxicidade cardiovascular e neurológica, o que a torna uma opção mais segura, especialmente em doentes com maior risco clínico. A sua ação tem início entre 10 a 15 minutos após administração e pode prolongar-se por 6 a 12 horas, dependendo da dose e do local de aplicação (Becker & Reed, 2012).

É essencial reconhecer os sinais precoces de toxicidade sistémica por anestésicos locais (LAST: do inglês Local Anesthetic Systemic Toxicity), ainda que raros, como zumbidos, sabor metálico, parestesias periorais, confusão ou tremores. Em casos mais graves, esta toxicidade pode evoluir para convulsões, arritmias, hipotensão severa ou paragem cardiorrespiratória, exigindo intervenção imediata com medidas de suporte avançado de vida e administração de uma emulsão lipídica intravenosa - Intralipid® 20%, que atua como antídoto (El-Boghdadly et al., 2018). A vigilância contínua durante e após a administração, especialmente em zonas altamente vascularizadas como a região cervical, é uma responsabilidade crítica do enfermeiro, tal como a preparação do material de emergência e a comunicação imediata de qualquer alteração clínica suspeita.

Adicionalmente, importa avaliar a eficácia analgésica da infiltração local, garantir a integridade do local de administração e monitorizar sinais de hematoma, infeção ou reação inflamatória.

A **dexametasona** é um corticosteróide sintético com potente ação anti-inflamatória e antiemética, sendo amplamente utilizada em contexto perioperatório na prevenção de NVPO. O seu mecanismo antiemético não está totalmente esclarecido, mas acredita-se que atue ao nível da zona de gatilho quimiorrecetora e por inibição de prostaglandinas, reduzindo a inflamação e a sensibilidade dos recetores gastrointestinais (Apfel et al., 2020).

No contexto da tiroidectomia, a administração intravenosa de dexametasona no intraoperatório contribui para reduzir significativamente a incidência de náuseas, vómitos e até dor pós-operatória, melhorando o conforto da cliente e promovendo uma recuperação mais célere. Apresenta um início de ação relativamente rápido (cerca de 1 hora) e um efeito prolongado, o que a torna particularmente útil em procedimentos de curta duração com alta precoce (Gan et al., 2014).

Assim, os enfermeiros devem estar atentos a possíveis efeitos adversos. Embora bem tolerada em dose única, a dexametasona pode causar hiperglicemia transitória, alterações do humor, retenção de líquidos ou aumento da pressão arterial (Kehlet & Dahl, 2018). Assim, a monitorização dos parâmetros hemodinâmicos e, sempre que indicado, da glicemia capilar, integra os cuidados de enfermagem associados à sua administração.

O **ondansetrom** é um antiemético da classe dos antagonistas seletivos dos recetores 5-HT₃ da serotonina, sendo uma das opções de primeira linha na prevenção e tratamento das náuseas e vômitos pós-operatórios. Atua bloqueando os recetores serotoninérgicos localizados tanto na zona de gatilho quimiorrecetora como no trato gastrointestinal, impedindo a ativação do reflexo do vômito (Fabling et al., 2016).

Na cliente submetida a tiroidectomia, a administração intravenosa de ondansetrom no final da cirurgia teve também como objetivo prevenir a ocorrência de NVPO, especialmente em doentes com fatores de risco identificados, como sexo feminino, ausência de tabagismo e história prévia de náuseas pós-operatórias. Apresenta um início de ação entre 15 a 30 minutos e uma duração média de 4 a 6 horas (Apfel et al., 2020).

Por isto, os enfermeiros devem avaliar a eficácia da terapêutica e vigiar potenciais efeitos adversos, como cefaleias, obstipação, prolongamento do intervalo QT no ECG ou, raramente, reações alérgicas. Em clientes com antecedentes cardíacos ou sob medicação que também prolongue o intervalo QT, deve ser dada especial atenção à monitorização cardíaca (Gan et al., 2014).

A administração profilática do ondansetrom, em associação com outros antieméticos como a dexametasona, tem demonstrado maior eficácia na redução da incidência de NVPO, integrando-se numa abordagem multimodal centrada na melhoria da experiência do cliente cirúrgico.

O **sugamadex** é um agente de reversão neuromuscular utilizado especificamente para antagonizar os efeitos de bloqueadores neuromusculares não despolarizantes do tipo aminosteróide, como o rocurónio e o vecurónio. Atua formando complexos estáveis com essas moléculas no plasma, reduzindo a concentração disponível para atuar na junção neuromuscular e permitindo a recuperação rápida da função muscular (Miller & Pardo, 2019).

No presente caso clínico, a cliente foi submetida a anestesia geral com rocurónio, tendo sido utilizado sugamadex para reverter o bloqueio neuromuscular no final da intervenção. A reversão eficaz do bloqueio é essencial para garantir a recuperação da ventilação espontânea, reduzir o risco de hipoventilação e minimizar complicações respiratórias no pós-operatório imediato (Brueckmann et al., 2015). O início de ação do sugamadex é rápido, geralmente em menos de 3 minutos, e a sua eficácia é superior à de outros agentes anticolinesterásicos, como a neostigmina, especialmente em bloqueios profundos.

Do ponto de vista da enfermagem, é fundamental vigiar atentamente a função respiratória, a

recuperação motora e os sinais vitais após a administração do sugamadex. Apesar de bem tolerado, pode, em casos raros, causar efeitos adversos como bradicardia, reações alérgicas ou anafilaxia, sendo essencial que o enfermeiro esteja preparado para atuar rapidamente em situações de emergência (Cammu, 2018). A monitorização da recuperação neuromuscular deve ser feita com recurso a estimulador de nervos periféricos sempre que possível, contribuindo para uma avaliação objetiva do grau de reversão.

A atuação da enfermagem na preparação, administração segura, vigilância pós-administração e comunicação de alterações clínicas é determinante para a segurança da cliente no período de transição anestésica.

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

01-10-2024 09:00

01-10-2024 09:00 - Procedimento invasivo

01-10-2024 09:00 - Tipo de procedimento invasivo: Hemitiroidectomia sob AGB.

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

08-10-2024 08:30 - Temperatura corporal periférica

08-10-2024 08:30 - Ouvido: 36.20 °C.

08-10-2024 08:30 - Posicionamento Cirúrgico: decúbito dorsal com hiperextensão do pescoço

08-10-2024 08:30 - Tipo de Sedação/Anestesia: Anestesia Geral Balanceada

01-10-2024 09:00 - Promover autogestão: procedimento invasivo [FIM]

07-10-2024 10:00

01-10-2024 09:00 - Conhecimento sobre procedimento invasivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

01-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre procedimento invasivo [RESOLVIDO] 07-10-2024 10:00

01-10-2024 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre procedimento invasivo [FIM] 07-10-2024 10:00

07-10-2024 10:00 - Conhecimento sobre procedimento invasivo: facilitador [MELHOROU].

01-10-2024 09:00 - Ensinar sobre circuito [FIM] 07-10-2024 10:00

01-10-2024 09:00 - Ensinar sobre procedimento anestésico [FIM] 07-10-2024 10:00

01-10-2024 09:00 - Ensinar sobre procedimento cirúrgico [FIM] 07-10-2024 10:00

01-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da autogestão: procedimento invasivo [FIM] 07-10-2024 10:00

07-10-2024 10:00 - Refere satisfação com a preparação para a autogestão do procedimento invasivo.

08-10-2024 08:30 - Prevenir complicações decorrentes do posicionamento cirúrgico [FIM] 08-10-2024 09:45

08-10-2024 08:30 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [FIM] 08-10-2024 09:45

08-10-2024 08:30 - Aplicar dispositivos de alívio de pressão [Agora] [FIM] 08-10-2024 09:45

08-10-2024 08:30 - Prevenir lesões da córnea [FIM] 08-10-2024 09:45

08-10-2024 08:30 - Aplicar lubrificante ocular [Agora] [FIM] 08-10-2024 09:45

08-10-2024 08:30 - Aplicar penso ocular [Agora] [FIM] 08-10-2024 09:45

01-10-2024 09:00 - Providenciar entrega de folheto informativo [FIM] 07-10-2024 10:00

08-10-2024 08:30

08-10-2024 08:30 - Ventilação invasiva [RESOLVIDO] 08-10-2024 09:45

08-10-2024 08:30 - Tipo de ventilação invasiva: ventilação controlada por volume.

Sondas, Drenos e Cateteres

08-10-2024 08:15

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

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

08-10-2024 08:15 - Mão Esquerda(o)

08-10-2024 08:15 - Características do dispositivo: 20G.

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

08-10-2024 08:15 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico

08-10-2024 10:00 - Substância administrada pelo cateter venoso periférico: soro.

08-10-2024 10:00 - Quantidade administrada pelo cateter venoso periférico: 500 ml.

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

08-10-2024 08:15 - Otimizar cateter venoso periférico

08-10-2024 08:15 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico

08-10-2024 08:15 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

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

08-10-2024 08:15 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [S.O.S.]

08-10-2024 08:15 - Trocar cateter venoso periférico [S.O.S.]

08-10-2024 08:30

08-10-2024 08:30 - Tubo endotraqueal [RESOLVIDO] 08-10-2024 09:45

08-10-2024 08:30 - Nível de inserção do tubo endotraqueal

08-10-2024 08:30 - Cavidade oral: 21.00 cm.

08-10-2024 08:30 - Pressão do cuff: 30 cmH2O.

08-10-2024 08:30 - Características do dispositivo: orotraqueal, nº7, aramado, com cuff.

08-10-2024 08:30 - Assegurar funcionamento do tubo endotraqueal [FIM]

08-10-2024 09:45

08-10-2024 08:30 - Otimizar tubo endotraqueal [FIM] 08-10-2024 09:45

08-10-2024 08:30 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o tubo endotraqueal [FIM] 08-10-2024 09:45

08-10-2024 08:30 - Avaliar evolução do nível de inserção do tubo endotraqueal [FIM] 08-10-2024 09:45

08-10-2024 08:30 - Avaliar evolução da pressão do cuff [FIM] 08-10-2024 09:45

08-10-2024 08:30 - Prevenir complicações relacionadas com tubo endotraqueal [FIM] 08-10-2024 09:45

08-10-2024 08:30 - Manter cuff insuflado [FIM] 08-10-2024 09:45

08-10-2024 08:30 - Gerir a pressão do cuff [S.O.S.] [FIM] 08-10-2024 09:45

08-10-2024 08:30 - Insuflar cuff [Agora] [FIM] 08-10-2024 09:45

08-10-2024 09:45

08-10-2024 09:45 - Dreno

08-10-2024 09:45 - Localização do dreno

08-10-2024 09:45 - Pescoço

08-10-2024 09:45 - Tipo de dreno: fechado de sucção.

08-10-2024 09:45 - Substância drenada: hemática.

08-10-2024 09:45 - Quantidade drenada pelo dreno de ferida: 10 ml.

08-10-2024 09:45 - Determinar evolução da drenagem pela sonda / dreno

08-10-2024 09:45 - Avaliar evolução da drenagem

08-10-2024 10:00 - Substância drenada: hemática.

08-10-2024 10:00 - Quantidade drenada pelo dreno de ferida: 15 ml.

08-10-2024 09:45 - Assegurar funcionamento do dreno

08-10-2024 09:45 - Otimizar dreno

08-10-2024 09:45 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o dreno

08-10-2024 09:45 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do dreno

08-10-2024 09:45 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção do dreno ao médico [S.O.S.]

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

Neste capítulo exploram-se os procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica associados à realização da tiroidectomia, com especial enfoque nas atitudes terapêuticas instituídas e na utilização de sondas, drenos e cateteres.

Embora muitos destes procedimentos sejam implementados no contexto de uma abordagem multiprofissional, é no seu enquadramento e análise crítica que a enfermagem afirma a natureza da sua ação profissional.

Assim, no âmbito das atitudes terapêuticas, foram considerados os domínios “Procedimento Invasivo” e “Ventilação Invasiva”. Relativamente ao primeiro, achou-se pertinente acrescentar dois objetivos que não constam na ontologia de Enfermagem que está no backend da plataforma E4Nursing, tais como: “Prevenir complicações decorrentes do posicionamento cirúrgico” e “Prevenir lesões da córnea”, por achar que estão inerentes ao mesmo. Quanto aos dispositivos médicos, foram analisados aspetos que relevam para a utilização do cateter venoso periférico (CVP), do tubo orotraqueal (TOT) e do dreno cirúrgico.

Atitudes terapêuticas: Procedimento Invasivo

O **procedimento invasivo** (PI) constitui o contexto central para a recolha de dados, identificação de diagnósticos e definição de objetivos no presente caso clínico. O tipo de dados a analisar poderá variar consoante a fase do período perioperatório, tal como as intervenções de enfermagem poderão ser implementadas em diferentes momentos, pelo que a definição do

momento mais oportuno para intervir deve ser ponderada pelo enfermeiro na sua conceção dos cuidados.

Neste sentido, foram recolhidos dados relacionados com o foco de atenção Procedimento Invasivo, estruturando-se a análise segundo os períodos pré, intra e pós-operatório, de forma a sustentar posteriormente a justificação das intervenções planeadas.

No período **pré-operatório**, um dos aspetos a considerar neste PI é a posição para a abordagem cirúrgica que deve ser, como anteriormente já foi referido, o decúbito dorsal com hiperextensão cervical, posição esta que é fundamental para o acesso à glândula tiroideia.

No período **intra-operatório**, emergiram várias intervenções associadas ao PI (a introdução de CVP) e à Ventilação Invasiva (a utilização de TOT).

O **CVP** é um acesso vascular amplamente utilizado em diversos contextos de prestação de cuidados, dada a sua facilidade de inserção e eficácia na administração de soluções endovenosas (Braga, 2017). A sua colocação requer cuidados de enfermagem específicos, desde a escolha do calibre adequado, à manutenção e vigilância contínua, com o objetivo de prevenir complicações associadas. A intervenção do enfermeiro assume especial relevância na prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), uma vez que se trata de um corpo estranho suscetível de se tornar um foco de infeção se não for corretamente manipulado. A adesão às Precauções Básicas de Controlo de Infeção é imprescindível, garantindo a segurança da cliente e a qualidade dos cuidados.

Após a indução anestésica, o *drive* respiratório da cliente foi suprimido, sendo necessária a entubação orotraqueal e subsequente ventilação assistida por ventilador. Neste caso clínico, foi utilizado um **TOT** aramado, opção particularmente indicada para intervenções na região cervical, como é o caso da tireoidectomia, em que o campo operatório se localiza junto à traqueia. O TOT aramado reduz o risco de deslocação inadvertida, sobretudo quando se verifica manipulação do pescoço ou alterações de decúbito durante a cirurgia.

A atuação do enfermeiro é essencial para garantir a correta fixação e funcionamento do tubo. Após a introdução do TOT pelo anestesista, deve ser realizado o insuflamento do cuff, assegurada a fixação com fio de nastro ou adesivo e confirmada a posição correta do tubo por auscultação pulmonar e capnografia (INEM, 2020). Adicionalmente, o registo da posição do tubo à comissura labial e da pressão do cuff são práticas indispensáveis para prevenir complicações. De acordo com Silva et al. (2021), a pressão do cuff deve ser mantida entre 20 a 30 mmHg, garantindo uma ventilação eficaz e minimizando o risco de microaspiração.

No presente caso clínico, a **Ventilação Invasiva** foi controlada por volume. Na ventilação controlada, é o ventilador que inicia e termina a inspiração, de acordo com o tempo definido pela frequência respiratória programada. Como tal, o ventilador determina o volume corrente, o tempo inspiratório e a relação inspiração/expiração, sendo que o cliente não participa

ativamente no ciclo ventilatório (Ghiggi et al., 2021). Na modalidade de ventilação controlada por volume, o volume a ser fornecido em cada respiração é previamente definido, mantendo-se constante independentemente de fatores como a complacência pulmonar, resistência das vias aéreas, volume pulmonar ou força muscular respiratória. Esta configuração permite maior controlo da ventilação, o que é particularmente relevante em contexto anestésico (Ghiggi et al., 2021).

No período pós-operatório, destaca-se a presença de um **dreno** colocado na ferida cirúrgica, medida preventiva frequentemente adotada em cirurgias da tiróide.

A tiróide é um órgão endócrino altamente vascularizado, o que aumenta o risco de acumulação de sangue ou líquido no espaço adjacente à traqueia. Tal situação pode comprometer a drenagem venosa e linfática, conduzindo a edema laringofaríngeo e, potencialmente, à obstrução das vias aéreas, uma complicação grave e de rápida evolução (Zhang, 2023).

A introdução de um dreno de sucção fechado visa prevenir a acumulação de exsudado, seroma ou hematoma, promovendo a obliteração do espaço morto, facilitando a aposição dos bordos da ferida e contribuindo para uma cicatrização mais eficaz. Este tipo de drenagem é comum em procedimentos cirúrgicos de cabeça e pescoço, estando a sua remoção recomendada quando a drenagem for inferior a 30 mL nas últimas 24 horas ou, alternativamente, ao terceiro dia pós-operatório (Bohorquez et al., 2022).

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
01-10-2024 09:00	Atitudes terapêuticas	
08-10-2024 08:15	Sondas, Drenos e Cateteres	
08-10-2024 08:30	Termorregulação	
08-10-2024 08:30	Metabolismo	
08-10-2024 09:45	Consciência	
08-10-2024 09:45	Sensações somáticas	
08-10-2024 09:45	Sistema respiratório	
08-10-2024 09:45	Sistema cardiovascular	
08-10-2024 09:45	Pele e mucosas	
08-10-2024 09:45	Força muscular	
08-10-2024 09:45	Digestão	
08-10-2024 10:00	Deglutição	

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

Os cuidados de enfermagem no contexto perioperatório têm como finalidade central proteger a pessoa na sua vulnerabilidade, capacitá-la para a tomada de decisão consciente e promover a sua autonomia, literacia em saúde e participação ativa ao longo das fases pré, intra e pós-operatória, em consonância com o seu projeto de vida e de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

A identificação dos domínios de enfermagem foi realizada com base no enquadramento teórico previamente definido, permitindo delimitar as áreas prioritárias de atenção e orientar a observação clínica. Esta etapa inicial serviu de referência para a recolha sistemática de dados ao longo do processo de cuidados, sustentando a formulação de hipóteses diagnósticas com base na experiência profissional, na evidência científica e no raciocínio clínico autónomo.

A utilização da Ontologia de Enfermagem que usa a CIPE® e, enquanto classificação, adota conceitos comuns que são partilhados pelos enfermeiros, o que facilitou a representação estruturada dos focos, intervenções e resultados esperados, promovendo a continuidade dos cuidados e reforçando a identidade disciplinar da Enfermagem. Ao adotar uma linguagem comum, esta abordagem torna visível o pensamento clínico próprio da profissão e contribui para uma prática centrada na pessoa em situação perioperatória.

Atitudes terapêuticas (Procedimento Invasivo)

A seleção do domínio “Atitudes terapêuticas” fundamenta-se na centralidade do procedimento invasivo como eixo estruturante da prestação de cuidados de enfermagem ao longo das fases pré, intra e pós-operatória. A tiroidectomia, enquanto intervenção cirúrgica programada, exige do enfermeiro uma atuação sistematizada, autónoma e centrada na pessoa, desde a preparação prévia até à vigilância de complicações no período de recuperação.

A preparação pré-operatória deve possibilitar a identificação das necessidades educativas da pessoa e a prescrição de intervenções orientadas à sua capacitação. Esta etapa é operacionalizada através da consulta de enfermagem, uma intervenção autónoma, intencional e estruturada, que deve verificar a existência de pré-requisitos para a aprendizagem e estabelecer uma comunicação clara, com linguagem adaptada e promotora de uma relação terapêutica efetiva. Esta abordagem, quando centrada na pessoa e na sua família, potencia a autonomia e contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados, da segurança clínica e da articulação entre os diferentes intervenientes no processo (Turunem et al., 2016).

No caso em análise, foi realizada uma Consulta de Enfermagem Pré-Operatória Telefónica (CEPO-T), onde foram recolhidos dados relativos ao conhecimento da cliente para compreender o processo cirúrgico. O contacto telefónico realizado 24 horas antes da cirurgia permitiu reforçar a informação, esclarecer dúvidas e validar a forma como a cliente estava a vivenciar o processo

cirúrgico.

A integração deste domínio reflete assim a importância da antecipação de necessidades e da gestão ativa de respostas humanas no contexto cirúrgico, por via da preparação e conhecimento, na convicção de que, com o devido *empowerment*, a cliente estaria apta a tomar decisões informadas e a viver o período perioperatório de forma segura e confiante.

Também decorrente do PI, o qual foi sob AGB, torna-se igualmente essencial prevenir complicações associadas ao posicionamento cirúrgico com foco na integridade dos tecidos durante todo o período intraoperatório.

As **lesões de pressão** (LP) continuam a ser uma das complicações mais frequentemente descritas no contexto cirúrgico, constituindo um importante indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem no perioperatório. O posicionamento prolongado, a imobilidade e a diminuição da perfusão tecidual favorecem o desenvolvimento de úlceras por pressão, cuja incidência na literatura varia entre 1,3% e 54,8%, refletindo a sua complexidade e natureza multifatorial (Eberhardt et al., 2020). A atuação do enfermeiro orienta-se para a prevenção de complicações decorrentes do posicionamento.

Outro aspeto que não deve ser negligenciado é a **proteção ocular**. A fisiologia natural de proteção da córnea — garantida pelos cílios, pálpebras, conjuntiva e aparelho lacrimal — é comprometida após a sedoanalgesia, devido à depressão do sistema nervoso central. A perda do reflexo palpebral e a redução da secreção lacrimal deixam a córnea vulnerável a afeções, sobretudo em doentes sob ventilação mecânica. Assim, é fundamental que o enfermeiro no perioperatório atue na prevenção de lesões oculares, assegurando o encerramento ocular adequado e a humidificação se adequado.

Sondas, Drenos e Cateteres

O domínio “Sondas, Drenos e Cateteres” foi selecionado por traduzir intervenções e dispositivos imprescindíveis ao sucesso do procedimento cirúrgico e à segurança da pessoa em contexto perioperatório. A presença de dispositivos invasivos, como o CVP, o TOT e o dreno de sucção fechado, exigiu uma atuação tecnicamente rigorosa e uma vigilância contínua ao longo das fases intra e pós-operatória.

Estes dispositivos, embora prescritos por outros profissionais, requerem uma gestão especializada por parte da enfermagem, nomeadamente ao nível da manutenção da permeabilidade, prevenção de complicações, monitorização rigorosa dos parâmetros associados e promoção do conforto da pessoa. A literatura demonstra que a presença de dispositivos invasivos representa um fator de risco significativo para infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), sendo essencial garantir práticas assépticas, fixação adequada, avaliação frequente da necessidade de manutenção e monitorização contínua (CDC, 2017; INS, 2021; AORN, 2023).

No presente caso clínico, a atuação centrou-se na verificação da integridade dos dispositivos, na vigilância e prevenção de sinais/complicações associadas ao CVP, bem como na avaliação da resposta clínica da cliente à sua presença. A vigilância da drenagem e da permeabilidade do sistema de sucção permite detetar precocemente alterações e garantir a eficácia da terapêutica instituída, em conformidade com os critérios atuais que recomendam a remoção do dreno cirúrgico quando a drenagem é inferior a 30 mL em 24 horas ou no terceiro dia pós-operatório (Bohórquez et al., 2022), como já referido anteriormente.

A gestão de dispositivos invasivos, por interferir com a integridade corporal, o conforto e o bem-estar da pessoa, exige uma abordagem centrada nela, sustentada em conhecimento técnico-científico, evidência atualizada e julgamento clínico autónomo sobre a sua manutenção.

Termorregulação

A hipotermia perioperatória constitui uma complicação frequente e clinicamente significativa, definida como uma temperatura corporal central inferior a 36°C, com uma incidência estimada entre 20% e 70% das pessoas submetidas a cirurgia (Ruetzler & Kurz, 2018). No presente caso, foi identificado um risco acrescido de alteração da termorregulação, justificado pela exposição prolongada ao ambiente frio do bloco operatório — frequentemente mantido abaixo de 21°C por questões de controlo ambiental —, pela administração de anestesia geral e pela duração do procedimento cirúrgico.

Do ponto de vista fisiopatológico, a hipotermia perioperatória compromete a vasoconstrição periférica, altera os mecanismos de coagulação e retarda a atividade plaquetária, favorecendo o aumento da perda sanguínea e o risco de hemorragia (Rajagopalan et al., 2008). Simultaneamente, a exposição ao frio e os efeitos depressivos dos fármacos anestésicos sobre o sistema imunitário contribuem para a diminuição da resposta inflamatória e imunológica, aumentando a suscetibilidade a infeções, nomeadamente do local cirúrgico (Rauch et al., 2021).

Este domínio evidencia a importância da antecipação de riscos e da implementação de estratégias preventivas eficazes e baseadas na evidência, reforçando a prática autónoma, reflexiva e centrada na pessoa em situação perioperatória.

Metabolismo

Durante o período perioperatório, diversos fatores intrínsecos e extrínsecos contribuem para a disrupção da homeostasia metabólica, mesmo em pessoas sem antecedentes de diabetes mellitus. A exposição ao frio do bloco operatório, a administração de agentes anestésicos e o stress cirúrgico ativam o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, desencadeando a libertação de catecolaminas, cortisol e glucagon — hormonas que promovem a gliconeogénese e a resistência à insulina, originando frequentemente hiperglicemia transitória (Winkler & Maurer, 2014). Esta resposta fisiológica, associada à vasoconstrição periférica induzida pela hipotermia e aos efeitos imunossupressores da hiperglicemia, compromete a capacidade de defesa do organismo,

aumentando a suscetibilidade a infeções, particularmente ao nível da ferida cirúrgica. De acordo com Kurz, Sessler e Lenhardt (1996), a manutenção da normotermia no intraoperatório está associada a uma menor incidência de infeções da ferida cirúrgica e a uma redução do tempo de internamento, sendo, por isso, uma medida essencial na otimização da resposta imunitária da pessoa em contexto perioperatório.

Uma revisão sistemática de Alves et al. (2019) evidenciou que manter a glicemia entre 80 e 120 mg/dL no perioperatório contribui significativamente para a redução das taxas de infeção do sítio cirúrgico, reforçando a importância desta intervenção na recuperação do cliente cirúrgico.

Pele e mucosas

No domínio “Pele e mucosas”, identificou-se o dado de primeira evidência que constituiu o diagnóstico “ferida cirúrgica” na região cervical anterior, resultante do procedimento invasivo. A avaliação inicial baseou-se em dados objetivos, como a localização, extensão e tipo de sutura utilizada, bem como na observação da coloração dos tecidos, presença de exsudado e integridade dos bordos.

A atuação do enfermeiro no perioperatório centra-se na monitorização da evolução da ferida, garantindo que esta apresente características de cicatrização por primeira intenção, com aproximação adequada dos bordos, ausência de tensão, hemorragia ou sinais de complicação. A escolha do tratamento adequado à fase de cicatrização são igualmente critérios a assegurar, segundo os princípios da prática baseada na evidência em cuidados de feridas (Carville, 2020).

A literatura da área de enfermagem destaca que a manutenção da integridade cutânea é uma responsabilidade fundamental do enfermeiro no contexto cirúrgico, não apenas pela dimensão física do tecido, mas também pela sua relevância para o conforto, autoestima e prevenção de complicações (Ordem dos Enfermeiros, 2017; Smeltzer et al., 2016). Neste sentido, o julgamento clínico considerou o estado geral da cliente, o tipo de sutura e o local anatómico da incisão, conduzindo a intervenções individualizadas e sistemáticas.

Consciência

Como já abordado na fundamentação teórica, o procedimento anestésico e os fármacos utilizados durante o mesmo provocam uma alteração temporária e reversível do estado de consciência, através da depressão controlada do sistema nervoso central. Esta alteração é fundamental para garantir imobilidade, amnésia e analgesia durante a cirurgia, mas implica uma vigilância apertada durante a fase de recuperação anestésica, na qual a pessoa começa a restabelecer a sua consciência em função da biotransformação dos agentes anestésicos (Riegel & Junior, 2019).

A variabilidade individual na depuração dos anestésicos, influenciada por fatores como a idade, a função hepática e renal ou comorbilidades associadas, justifica a necessidade de

monitorização rigorosa do estado de consciência após a cirurgia (Butterworth et al., 2018). Esta monitorização deve ainda considerar eventuais limitações prévias da pessoa, como défices sensoriais, dificuldades de comunicação ou alterações cognitivas de base, que podem condicionar a forma como a recuperação da consciência se expressa clinicamente.

A literatura reconhece que a avaliação do estado de consciência no pós-operatório imediato é uma intervenção prioritária de enfermagem, essencial para garantir a segurança da pessoa e a deteção precoce de complicações neurológicas, cognitivas ou hemodinâmicas. De acordo com Lopes e Jorge (2022), a recuperação progressiva da consciência constitui um dos critérios fundamentais para a alta da sala de recuperação pós-anestésica, sendo a sua monitorização contínua uma responsabilidade indelegável da equipa de enfermagem especializada.

O julgamento clínico neste domínio centrou-se na prevenção de complicações associadas à depressão do SNC e na avaliação contínua do nível de consciência na fase pós-operatória, assegurando a deteção precoce de alterações clínicas relevantes.

Sensações somáticas

A dor aguda pós-operatória é uma consequência comum da lesão tecidual inerente ao ato cirúrgico, sendo esperada durante o processo de cicatrização e, por norma, autolimitada a um período inferior a três meses. A sua presença é altamente variável entre pessoas, refletindo uma experiência multidimensional, subjetiva e influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais (Small & Laycock, 2020).

A etiologia da dor cirúrgica resulta de mecanismos complexos de sensibilização periférica e central, ativação das vias nociceptivas e, muitas vezes, de fatores emocionais como o medo e a ansiedade. Esta realidade reforça a importância de uma abordagem personalizada e multimodal para a gestão da dor, integrando diferentes estratégias farmacológicas e não farmacológicas no plano de cuidados.

O controlo adequado da dor é reconhecido como um direito da pessoa e um dever dos profissionais de saúde, estando intimamente associado à qualidade da recuperação, à mobilização precoce e à prevenção de complicações (Small & Laycock, 2020). Em programas de recuperação cirúrgica otimizada, como os protocolos ERAS, a dor é considerada uma variável crítica para o sucesso do processo, sendo que a sua gestão eficaz está associada a melhores resultados clínicos e maior satisfação da pessoa com os cuidados recebidos.

No presente caso clínico, a cliente beneficiou de uma estratégia analgésica multimodal, com infiltração da ferida cirúrgica com ropivacaína e administração de anti-inflamatórios não esteroides (cetorolac) e paracetamol. Estas medidas proporcionaram analgesia eficaz no pós-operatório imediato, não se verificando manifestação de dor aguda nesse período. Contudo, dado o carácter subjetivo da dor e o risco de sua evolução, este domínio foi identificado como foco de atenção.

Do ponto de vista da prática de enfermagem, a identificação precoce de sinais e sintomas de dor é essencial para a sua gestão eficaz.

Sistema respiratório

A anestesia geral está frequentemente associada a complicações respiratórias no período pós-operatório imediato, resultado da sua ação depressora sobre o sistema nervoso central, que reduz os reflexos da tosse e da deglutição, compromete o tônus muscular e a permeabilidade das vias aéreas superiores (Linton & Matteson, 2020). Tais alterações aumentam o risco de hipóxia, aspiração de secreções ou conteúdo gástrico, queda da língua e até fenómenos como laringoespasma ou broncoespasmo, especialmente nas primeiras horas após a cirurgia.

A vigilância da ventilação assume, assim, uma importância central no plano de cuidados de enfermagem no pós-operatório imediato. A oximetria de pulso, a observação do ritmo e profundidade respiratória e a coloração da pele e mucosas foram recursos fundamentais para garantir a deteção precoce de sinais de deterioração respiratória.

A manutenção de uma saturação de oxigénio acima de 95% contribui para a prevenção de infeções do local cirúrgico, conforme recomendado em protocolos de recuperação cirúrgica otimizada (ERAS), pois níveis de oxigenação adequados potenciam a cicatrização e a resposta imunitária local (Ruetzler & Kurz, 2018).

A escolha deste domínio é justificada pela relevância clínica da função respiratória no pós-operatório imediato e pela necessidade de atuação precoce e precisa por parte da enfermagem.

Sistema cardiovascular

A instabilidade cardiovascular no pós-operatório imediato é uma complicação frequente, associada quer ao efeito dos agentes anestésicos, quer ao próprio procedimento cirúrgico. A anestesia geral pode causar depressão miocárdica, vasodilatação periférica e alterações autonómicas, o que, em conjunto, pode levar a situações de hipotensão, bradicardia ou taquicardia, com impacto na perfusão tecidual (Martins, 2013).

Para além do contexto anestésico, este domínio também se justifica pelas potenciais complicações decorrentes do procedimento cirúrgico, nomeadamente hemorragias, hematomas, trombose venosa superficial ou profunda e embolismo pulmonar, que podem comprometer a estabilidade hemodinâmica e colocar em risco a vida da pessoa. A presença de dreno cirúrgico neste tipo de cirurgia, como no caso em estudo, permite uma vigilância mais eficaz da eventual perda sanguínea, possibilitando à enfermeira a deteção precoce de sinais de hemorragia interna ou externa.

Assim, o julgamento clínico teve por base a antecipação de situações de choque hipovolémico ou de perfusão inadequada dos tecidos, considerando sinais como palidez, extremidades frias, preenchimento capilar prolongado, taquicardia ou hipotensão (Alves et al., 2019).

Força muscular

O domínio “força muscular” foi selecionado neste caso clínico pela sua dupla relevância clínica e de enfermagem: por um lado, pela necessidade de monitorizar a recuperação da tonicidade e mobilidade após a administração de bloqueadores neuromusculares durante a anestesia geral; por outro, pela importância de detetar precocemente potenciais lesões neuromusculares decorrentes da cirurgia à tiróide, como a lesão do NLR.

Durante o recobro anestésico, procedeu-se à avaliação da força muscular, verificando a capacidade de elevação dos membros e de realizar movimentos espontâneos simétricos, como indicador da reversão eficaz do bloqueio neuromuscular induzido por agentes como o rocurónio. Esta monitorização visa garantir a segurança da mobilização precoce, reduzir o risco de quedas, promover a ventilação eficaz e prevenir complicações como atelectasias e estase venosa (AORN, 2023; Butterworth et al., 2018).

Neste tipo específico de procedimento cirúrgico, torna-se igualmente essencial considerar a possível lesão do NLR, estrutura que inerva todos os músculos intrínsecos da laringe (com exceção do cricotiroideu), e cuja integridade é fundamental para a fonação, a deglutição e a proteção da via aérea. A sua lesão pode originar disfonia, rouquidão, afonia ou até disfagia com risco de broncoaspiração. A disfonia é definida como uma alteração na qualidade, intensidade ou frequência da voz, frequentemente manifestada como rouquidão ou fraqueza vocal, e é considerada um importante sinal clínico no pós-operatório de cirurgia tireoideia. Segundo Cunha e Simões (2020), a atuação do enfermeiro deve centrar-se na avaliação da qualidade vocal, identificação de esforço ou dor ao falar e encaminhamento precoce para avaliação especializada, quando identificadas alterações. Sendo uma condição que pode afetar a comunicação, autoestima e bem-estar psicossocial da pessoa, a sua deteção precoce insere-se numa abordagem holística e centrada na pessoa.

Portanto, testar a força dos músculos do pescoço é pertinente para identificar uma possível parésia dos mesmos.

Deglutição

A cirurgia tireoideia, nomeadamente a tireoidectomia total, envolve um risco conhecido de lesão do NLR, estrutura responsável pela inervação da maioria dos músculos intrínsecos da laringe e essencial à coordenação da fonação, da deglutição e da proteção das vias aéreas (Silveira, 2012; Kingham, 2006). Mesmo lesões transitórias do NLR podem comprometer a eficácia da deglutição e aumentar o risco de broncoaspiração, especialmente no período pós-operatório imediato, em que a pessoa ainda se encontra sob o efeito residual da anestesia e com diminuição dos reflexos de proteção da via aérea (Fortuny et al., 2015).

A avaliação da capacidade de deglutir é considerada essencial na transição da cliente entre a sala de operações e o recobro.

A avaliação sistemática da deglutição permite identificar precocemente alterações, ativar medidas de segurança (como adiar a administração oral de líquidos) e, se necessário, encaminhar para avaliação especializada.

Digestão

Este domínio foi selecionado com base na avaliação individual da cliente e no reconhecimento da náusea como potencial resposta humana ao procedimento anestésico-cirúrgico. Ainda que os fatores de risco e a profilaxia medicamentosa tenham sido previamente abordados no capítulo da preparação anestésica, este domínio reflete o papel autónomo da enfermeira na monitorização contínua da função digestiva e da resposta clínica da pessoa no pós-operatório.

3.6. Conceção de Cuidados

Consciência

08-10-2024 09:45

08-10-2024 09:45 - Consciente.

08-10-2024 09:45 - Determinar sinais de alteração da consciência

08-10-2024 09:45 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência

08-10-2024 10:00 - Consciente.

Força muscular

08-10-2024 09:45

08-10-2024 09:45 - Disfonia

08-10-2024 09:45 - Determinar evolução da fonação

08-10-2024 09:45 - Avaliar a evolução da fonação [S.O.S.]

Sensações somáticas

08-10-2024 09:45

08-10-2024 09:45 - Sem manifestação de dor.

08-10-2024 09:45 - Determinar sinais de dor

08-10-2024 09:45 - Avaliar evolução de sinais de dor

08-10-2024 10:00 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

Sistema respiratório

08-10-2024 09:45

08-10-2024 09:45 - Frequência respiratória: 13 ciclos/min.

08-10-2024 09:45 - Ritmo respiratório regular.

08-10-2024 09:45 - Movimento respiratório simétrico.

08-10-2024 09:45 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

08-10-2024 09:45 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

08-10-2024 09:45 - Sem adejo nasal.

08-10-2024 09:45 - Saturação do oxigénio no sangue

08-10-2024 09:45 - Periférico(a): 98 %.

08-10-2024 09:45 - Coloração da mucosa: rosada.

08-10-2024 09:45 - Não comunica falta de ar.

08-10-2024 09:45 - Determinar evolução da ventilação

08-10-2024 09:45 - Avaliar evolução da ventilação

08-10-2024 10:00 - Saturação do oxigénio no sangue

08-10-2024 10:00 - Periférico(a): 99 %.

Sistema cardiovascular

08-10-2024 09:45

08-10-2024 09:45 - Localização do Pulso

08-10-2024 09:45 - Braço Esquerda(o)

08-10-2024 09:45 - Frequência do pulso: 68 pulsações por minuto.

08-10-2024 09:45 - Local de avaliação da pressão sanguínea

08-10-2024 09:45 - Membro superior Direita(o)

08-10-2024 09:45 - Pressão sanguínea sistólica: 120 mmHg.

08-10-2024 09:45 - Pressão sanguínea diastólica: 75 mmHg.

08-10-2024 09:45 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

08-10-2024 09:45 - Determinar evolução da pressão sanguínea

08-10-2024 09:45 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

08-10-2024 10:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

08-10-2024 10:00 - Membro superior Direita(o)

08-10-2024 10:00 - Pressão sanguínea sistólica: 122 mmHg.

08-10-2024 10:00 - Pressão sanguínea diastólica: 75 mmHg.

08-10-2024 10:00 - Referenciar hipertensão ao médico [S.O.S.]

08-10-2024 10:00

08-10-2024 10:00 - Perda sanguínea

08-10-2024 10:00 - Pescoço: Sem perda sanguínea aparente.

08-10-2024 10:00 - Determinar evolução de sinais de hemorragia

08-10-2024 10:00 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia

08-10-2024 10:00 - Referenciar hemorragia ao médico [S.O.S.]

08-10-2024 10:00 - Determinar evolução do hematoma

08-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do hematoma

08-10-2024 10:00 - Referenciar hematoma ao médico [S.O.S.]

08-10-2024 10:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

08-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

08-10-2024 10:00 - Referenciar hipotensão ao médico [S.O.S.]

Deglutição

08-10-2024 10:00

08-10-2024 10:00 - Sem indícios de compromisso da deglutição.

08-10-2024 10:00 - Determinar evolução da deglutição

08-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da deglutição

Digestão

08-10-2024 09:45

08-10-2024 09:45 - Sem sensação de enjoo.

08-10-2024 09:45 - Sem vômitos.

08-10-2024 09:45 - Determinar evolução da náusea

08-10-2024 09:45 - Avaliar evolução da náusea

08-10-2024 10:00 - Sem sensação de enjoo [MANTEVE].

08-10-2024 09:45 - Referenciar náusea ao médico [FIM] 08-10-2024 10:00

08-10-2024 09:45 - Determinar vômitos

08-10-2024 09:45 - Avaliar evolução do vomitar

08-10-2024 10:00 - Sem vômitos.

Pele e mucosas

08-10-2024 09:45

08-10-2024 09:45 - Alterações da integridade dos tecidos.

08-10-2024 09:45 - Ferida cirúrgica

08-10-2024 09:45 - Localização da ferida cirúrgica

08-10-2024 09:45 - Pescoço Posição anterior

08-10-2024 09:45 - Comprimento da lesão tegumentar: 6.00 cm.

08-10-2024 09:45 - Ausência de exsudado.

08-10-2024 09:45 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

08-10-2024 09:45 - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

08-10-2024 09:45 - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ligeira.

08-10-2024 09:45 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: contínua.

08-10-2024 09:45 - Material de sutura da lesão tegumentar: fio absorvível.

08-10-2024 09:45 - Ferida infiltrada com ropivacaína

08-10-2024 09:45 - Aplicada sutura adesivo não tecido sobre a sutura intradérmica com fio absorvível

08-10-2024 09:45 - Determinar evolução da ferida cirúrgica

08-10-2024 09:45 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica

08-10-2024 09:45 - Promover cicatrização da ferida cirúrgica

08-10-2024 09:45 - Executar tratamento da ferida cirúrgica

08-10-2024 09:45 - Inserir dreno de ferida [Agora]

08-10-2024 09:45 - Remover dreno de ferida [S.O.S.]

08-10-2024 09:45 - Aplicar penso de ferida

Metabolismo

08-10-2024 08:30

08-10-2024 08:30 - Glicemia capilar: 92 mg/dl.

08-10-2024 08:30 - Determinar evolução da glicemia

08-10-2024 08:30 - Avaliar evolução da glicemia

08-10-2024 09:45

08-10-2024 09:45 - Glicemia capilar: 101 mg/dl.

Termorregulação

08-10-2024 08:30

08-10-2024 08:30 - Normotermia

08-10-2024 08:30 - Promover termorregulação

08-10-2024 08:30 - Avaliar evolução da temperatura corporal [S.O.S.]

08-10-2024 08:30 - Aplicar manta de aquecimento

08-10-2024 09:15

08-10-2024 09:15 - Temperatura corporal periférica

08-10-2024 09:15 - Ouvido: 36.10 °C.

08-10-2024 09:45

08-10-2024 09:45 - Temperatura corporal periférica

08-10-2024 09:45 - Ouvido: 36.60 °C.

3.7. Síntese relativa ao caso

Este caso clínico refere-se a uma pessoa submetida a uma tireoidectomia total, um procedimento cirúrgico complexo que exigiu cuidados de enfermagem altamente diferenciados e integrados

em todas as fases do processo perioperatório. A abordagem adotada foi sistematizada e sustentada na melhor evidência científica.

No período pré-operatório, a Consulta de Enfermagem Pré-Operatória Telefónica (CEPO-T) revelou-se essencial para a recolha de dados, avaliação do conhecimento e prescrição de intervenções educativas adaptadas às necessidades da cliente. Esta intervenção de enfermagem, centrada no *empowerment* e na literacia em saúde, vai ao encontro dos objetivos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, reforçando a comunicação efetiva e a participação ativa da pessoa nos cuidados.

No intraoperatório, dado que a pessoa se encontrava inconsciente, os cuidados centraram-se na prevenção de complicações, tais como hipotermia, lesão ocular, deslocamento de dispositivos e lesões de pressão associadas ao posicionamento. Estes cuidados foram planeados com base no domínio “Procedimento Invasivo”, nos princípios da segurança inerentes ao mesmo, e no domínio do foro autónomo da enfermagem “Termorregulação”.

No pós-operatório imediato, a vigilância focou-se nos domínios “Consciência”, “Sistema Respiratório”, “Sistema Cardiovascular”, “Sensações somáticas”, “Digestão”, “Deglutição”, entre outros, garantindo uma resposta clínica oportuna e segura, centrada nas necessidades individuais da pessoa. Esta atuação foi pautada por raciocínio clínico crítico, apoiado na prática baseada na evidência, na experiência profissional e nos referenciais normativos da enfermagem perioperatória, conforme descrito por Polit e Beck (2017), que destacam a importância de integrar a evidência científica e o julgamento clínico nas decisões de enfermagem.

Por fim, de ressaltar que a utilização da plataforma E4Nursing contribuiu para a padronização terminológica dos cuidados e para a visibilidade da prática especializada, promovendo a continuidade assistencial e o desenvolvimento disciplinar.

Este caso clínico constitui, assim, um exemplo claro da complexidade, exigência e responsabilidade inerentes à atuação do EEESP, evidenciando, de forma concreta, a sua contribuição decisiva para a segurança, humanização e bem-estar da pessoa em contexto cirúrgico.

4. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória requer uma prática clínica sistematizada, crítica e centrada na pessoa, aliada ao conhecimento científico e ao compromisso ético. Neste âmbito, a formação em contexto clínico constitui um alicerce fundamental para a consolidação de competências que sustentam uma atuação autónoma, segura e baseada na evidência.

De acordo com os Regulamentos n.º 140/2019 e n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, o exercício do enfermeiro especialista implica a mobilização de um conjunto de competências comuns e específicas, que abrangem desde a responsabilidade ética e legal até à gestão dos cuidados e à prestação clínica diferenciada ao longo do percurso cirúrgico.

Este capítulo apresenta uma análise crítica e reflexiva das experiências vividas nos contextos do BOC e da UCA, evidenciando o modo como essas experiências contribuíram para a aquisição e consolidação das competências definidas para o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica — na área da pessoa em situação perioperatória.

Competências comuns do Enfermeiro Especialista

As competências comuns do Enfermeiro Especialista encontram-se organizadas em quatro domínios fundamentais, definidos pela Ordem dos Enfermeiros no Regulamento n.º 140/2019, publicado em Diário da República a 6 de fevereiro de 2019. Cada domínio contempla unidades de competência e critérios de avaliação, com o objetivo de assegurar que o enfermeiro especialista atua com elevado grau de autonomia, responsabilidade e qualidade na prestação de cuidados à pessoa com necessidades complexas.

Nos subcapítulos seguintes, são apresentados os quatro domínios que integram as competências comuns em Enfermagem Médico-Cirúrgica, acompanhados de uma reflexão crítica sobre a sua aquisição e consolidação ao longo do estágio clínico realizado no âmbito do presente percurso formativo.

Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal

Segundo o artigo 100.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, e alterado pela Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, os enfermeiros têm o dever de, no exercício responsável da sua atividade profissional, “proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum”.

Este domínio constitui, por isso, um pilar estruturante na intervenção do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação perioperatória. De acordo com o artigo 8.º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), “os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética, atuando no direito pelos direitos e interesses legalmente protegidos pelos cidadãos” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 101).

A prática perioperatória, pela sua complexidade técnica e vulnerabilidade da pessoa, exige do profissional um posicionamento ético firme, atento aos direitos humanos, às normas legais e aos princípios deontológicos da profissão. A atuação do enfermeiro especialista deve, por isso, ser orientada pelos princípios da dignidade humana, integridade, autonomia, justiça, beneficência e não maleficência (Araújo et al., Danski et al., 2023).

Ao longo do percurso clínico realizado no âmbito da presente formação, a aquisição de competências neste domínio revelou-se transversal a todas as experiências vividas, destacando-se como um eixo estruturante da prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Em contexto de BOC, quer nas funções de circulante, instrumentista ou em apoio à anestesia, é-se permanentemente confrontado com situações que exigem uma atuação ética e legalmente responsável.

A gestão da privacidade e da exposição corporal da pessoa constituiu uma constante, sobretudo em procedimentos ginecológicos e de cirurgia geral. A título de exemplo, durante cesarianas emergentes ou cirurgias urológicas, assegurou-se, em articulação com a equipa, que a pessoa se encontrasse coberta e posicionada de forma digna, garantindo o mínimo de exposição possível, mesmo em contextos de urgência. Em todas as situações, respeitaram-se os limites individuais da pessoa, mesmo quando esta se encontrava sob efeito anestésico, expressando o conceito de consciência cirúrgica — uma vigilância ativa e ética mesmo quando ninguém observa (Phillips, 2020).

A confidencialidade da informação foi também uma constante na prática desenvolvida, especialmente na gestão de dados clínicos sensíveis e na transmissão de informações durante a passagem de turno ou briefing cirúrgico. Evitou-se qualquer exposição indevida de dados ou comentários em locais partilhados, respeitando os direitos da pessoa e os princípios legais em

vigor.

No decurso do estágio, observaram-se casos clínicos que geram dilemas éticos relevantes, como: numa cirurgia a uma utente com tumor mamário, foi tomada a decisão de não prosseguir com a mastectomia devido ao grau de infiltração tumoral, optando-se por cuidados paliativos. Esta decisão, embora desafiante, refletiu o compromisso com o princípio da beneficência e com uma prática centrada na pessoa, evitando prolongar procedimentos invasivos sem benefício clínico real.

Noutra situação, uma cirurgia urgente a um utente com défice cognitivo, esta só teve início após obtenção do consentimento pelo tutor legal. Este tipo de ação reforça o papel do enfermeiro como defensor da pessoa, garantindo que nenhuma intervenção seja realizada sem o devido respaldo ético e jurídico.

Esta tomada de consciência e reflexão da prática, vai de encontro à Carta dos Direitos das Pessoas em Cuidados de Saúde (2002), assegurando o respeito pela dignidade, autonomia e proteção da pessoa, mesmo nos contextos de maior vulnerabilidade.

Tais situações evidenciam também a aplicação prática dos princípios expressos na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (2006), nomeadamente:

- O princípio da autonomia: direito da pessoa a tomar decisões informadas sobre a sua saúde;
- O princípio da beneficência e da não maleficência: promover o bem e prevenir danos;
- O princípio da justiça: garantir equidade no acesso e qualidade dos cuidados.

Também a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, que consagra os direitos e deveres do utente dos serviços de saúde, reforçou esta atuação ao estabelecer como direitos fundamentais da pessoa: o direito à informação clara, acessível e adaptada à sua condição; o direito ao consentimento livre e esclarecido para qualquer intervenção clínica; e o direito a ser tratada com dignidade, em todas as fases do processo de cuidados. Em contexto cirúrgico, onde o tempo é muitas vezes escasso e a vulnerabilidade é acentuada, estes direitos assumem especial relevância, exigindo dos profissionais uma atenção redobrada à comunicação, à escuta ativa e ao respeito pelas decisões da pessoa.

A experiência no bloco operatório reforçou também o desenvolvimento da consciência cirúrgica como expressão prática da maturidade ética. A AORN (2020) define "consciência cirúrgica" como a responsabilidade ética e profissional do enfermeiro em manter a integridade e a segurança do paciente durante todo o procedimento cirúrgico, independentemente da supervisão direta. Este conceito relaciona-se à prática de manter padrões elevados de cuidado, mesmo quando não há observação direta, e é fundamental para a segurança do paciente no ambiente cirúrgico. Esta consciência traduziu-se em gestos simples, mas de grande impacto, tais como manter a atenção contínua ao campo estéril mesmo durante cirurgias prolongadas,

identificar e comunicar atempadamente a ausência de material essencial, garantir a rastreabilidade de todos os instrumentos e compressas, bem como preservar o silêncio e a concentração nos momentos críticos. Mais do que a aplicação mecânica de boas práticas, estas atitudes refletem uma ética implícita que valoriza a dignidade da pessoa mesmo na sua vulnerabilidade enquanto inconsciente. Esta postura esteve presente em ambos os locais de estágio, onde, mesmo com tempo limitado, se procurou explicar os procedimentos, escutar os medos e promover uma abordagem humanizada e centrada na pessoa.

Assim, a aquisição de competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal foi progressiva e contribuiu para o reforço da minha identidade profissional. Através da prática supervisionada, da análise crítico-reflexiva de situações reais e da interiorização dos referenciais legais e deontológicos, desenvolveu-se uma postura profissional mais consciente, responsável e alinhada com os direitos e a dignidade da pessoa. Esta competência transversal consolidou-se como um pilar de atuação, orientando decisões, relações e prioridades clínicas em contextos de elevada exigência técnica e humana.

Domínio da melhoria contínua da qualidade

No âmbito da prática especializada em enfermagem à pessoa em situação perioperatória, o compromisso com a melhoria contínua da qualidade assume um papel central na promoção de cuidados seguros, eficazes e centrados na pessoa. Este domínio concretiza-se através da implementação de estratégias baseadas na evidência, da monitorização sistemática dos resultados em saúde e da participação ativa em processos de avaliação e transformação organizacional.

Ora, o conceito de qualidade foi sendo desenvolvido ao longo do tempo, acompanhando a evolução da indústria e a emergência de novas necessidades resultantes da produção em larga escala. Com a Revolução Industrial, na década de 1920, surgiram as primeiras normas de controlo da qualidade de bens e serviços. Nas décadas seguintes, nomeadamente nos anos 50, foram introduzidos os princípios da garantia da qualidade, orientados para a identificação e prevenção de falhas. Já nos anos 80, emergiu o conceito de gestão da qualidade, que passou a incluir, para além da avaliação do produto ou serviço, a análise de todas as etapas do processo: planeamento, obtenção de recursos, execução, distribuição e melhoria contínua.

De acordo com a ISO (International Standardization Organization), a qualidade consiste na adequação e conformidade aos requisitos estabelecidos, tanto pelos referenciais normativos

como pelas expectativas dos clientes. Autores como Edwards (1968) e Crosby (1979) definem qualidade como a capacidade de satisfazer desejos ou como a conformidade com as exigências. Desta forma, entende-se a qualidade como o grau de excelência de um processo, produto ou serviço, sendo este um conceito com uma dimensão fortemente subjetiva, dependente das necessidades, expectativas e percepções individuais, bem como das normas, princípios e ferramentas aplicadas.

A gestão da qualidade visa, assim, não apenas satisfazer, mas superar as expectativas dos utentes, sendo essencial, para tal, o conhecimento aprofundado das suas características e necessidades. Cada interação constitui uma oportunidade para gerar valor, promover eficiência e reforçar a confiança.

No contexto da saúde, Donabedian (2003) propôs um modelo de avaliação da qualidade baseado em três dimensões fundamentais: estrutura, processo e resultados. A estrutura refere-se às condições físicas e organizacionais dos serviços, tais como recursos humanos, técnicos e materiais. O processo diz respeito às intervenções realizadas durante a prestação de cuidados. Por sua vez, os resultados traduzem os efeitos dos cuidados na saúde do utente, nomeadamente em termos de palição, tratamento, cura ou reabilitação. Esta abordagem permite uma avaliação global e integrada da qualidade dos cuidados prestados.

Em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros (2001) publicou os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, reconhecendo o papel essencial dos enfermeiros na obtenção de cuidados de excelência e sublinhando a natureza multidisciplinar da qualidade. Estes padrões estão organizados em seis categorias, orientando a prática do enfermeiro para a satisfação do utente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar, autocuidado, readaptação funcional e organização dos serviços.

O Regulamento n.º 140/2019 identifica, no domínio da melhoria da qualidade, três competências centrais do enfermeiro especialista:

- Atuar como elemento dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas de governação clínica;
- Desenvolver práticas de qualidade e colaborar em programas de melhoria contínua;
- Garantir a existência de um ambiente terapêutico e seguro.

Durante o percurso formativo em contexto de estágio, a prática clínica foi orientada pelos padrões de qualidade preconizados pela evidência científica mais atual, sendo privilegiado o confronto entre conhecimento empírico e conhecimento científico, o que fomentou discussões construtivas com as equipas de enfermagem. Esta postura reflexiva e fundamentada culminou na elaboração de um projeto de melhoria da qualidade em contexto de BOC - A preparação pré-operatória com utilização de tecnologias de comunicação em contexto de bloco operatório - , sustentado por metodologias reconhecidas no âmbito da gestão da qualidade, como é o caso do ciclo PDSA (Plan-Do-Study-Act).

Neste enquadramento, a metodologia PDSA destaca-se por ser amplamente utilizada na gestão da qualidade em saúde. Baseada nos princípios da melhoria contínua propostos por Deming (1993), a qual permite planejar intervenções, implementá-las, monitorizar os resultados e proceder aos ajustamentos necessários, promove mudanças eficazes e sustentáveis (Petersen, 1993), como se pode observar na seguinte imagem.



Figura 2: Ciclo de Melhoria Contínua PDSA (adaptado de Deming, 1993)

O PDSA elaborado pode ser consultado no ANEXO I.

De referir que a instituição encontrava-se em processo de preparação para a acreditação pelo modelo ACSA (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía), adotado pelo Ministério da Saúde português. Este modelo baseia-se na evolução progressiva até à excelência organizacional, segundo critérios do modelo de excelência da EFQM (European Foundation for Quality Management). A acreditação promove o empenho voluntário dos profissionais na melhoria contínua dos cuidados prestados, contribuindo para a consolidação de uma cultura de qualidade no interior das instituições. A instituição obteve classificação de “Bom” nos seus serviços cirúrgicos, BOC e UCA, no ano de 2024.

Ao estar em processo de acreditação, possibilitou observar e participar num ambiente focado na qualidade e na segurança. Isso proporcionou um desafio: alinhar a prática com padrões elevados de qualidade e compreender a importância da padronização e da consistência na prestação de cuidados. O contacto com práticas como auditorias internas, atualizações de procedimentos e análise de indicadores, permitiram reconhecer o papel ativo do enfermeiro na monitorização da qualidade e na notificação de não conformidades como oportunidades de melhoria. Estar num ambiente de acreditação foi um estímulo à capacidade crítica e reflexiva sobre as práticas instituídas, e tornou explícito o papel do enfermeiro especialista como agente ativo na segurança, monitorização e transformação da prática.

De salientar que também a participação no programa SINAS, desde 2011, demonstra o compromisso contínuo da instituição com a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados

de saúde prestados. Trata-se de um programa que valoriza a existência de registos clínicos rigorosos e sistematizados, que permitam evidenciar a prática assistencial prestada pelas equipas de saúde. Estes registos devem refletir a implementação de boas práticas clínicas, o cumprimento de normas e procedimentos institucionais e a adoção de intervenções baseadas na melhor evidência disponível (ERS, 2021). Neste sentido, a monitorização dos indicadores de qualidade e segurança permite verificar se os cuidados prestados estão alinhados com os princípios da efetividade, segurança, continuidade e humanização dos serviços de saúde (Ministério da Saúde, 2015).

Em suma, o contacto com processos de avaliação externa, como o modelo ACSA e o SINAS, favoreceram o desenvolvimento diversas competências, nomeadamente, a capacidade de interpretar indicadores, valorizar os registos como elementos fundamentais da rastreabilidade dos cuidados e a compreender o impacto real da padronização e da auditoria na segurança do utente. Esta vivência reforçou igualmente a responsabilidade de atuar com base na evidência e a consolidar competências na área da melhoria contínua, nomeadamente a notificar não conformidades, na proposta de intervenções formativas e na colaboração com estruturas de governação clínica.

No decurso deste estágio, foi igualmente possível colaborar com a equipa de gestão na atualização de dossiês de protocolos institucionais, participar em auditorias internas e dinamizar ações de formação dirigidas à equipa de enfermagem. Esta experiência permitiu reconhecer o papel do enfermeiro especialista enquanto agente ativo na promoção da qualidade e da segurança dos cuidados, ao contribuir para a capacitação da equipa e para a sensibilização para riscos frequentemente subvalorizados (como por exemplo, do fumo cirúrgico, que será explicitado no domínio da competência específica relativa à maximização da segurança), desenvolvendo-se competências na área da liderança pedagógica, da melhoria contínua e da articulação entre evidência científica e prática clínica.

Domínio da gestão dos cuidados

A gestão em saúde constitui uma área estratégica essencial à sustentabilidade dos sistemas de saúde, integrando funções de planeamento, organização, coordenação, controlo e avaliação de recursos, com o objetivo de assegurar a prestação de cuidados acessíveis, eficazes, eficientes e de qualidade. Shortell & Kaluzny (2006), argumentam que a gestão em saúde compreende um conjunto de processos e estruturas que permitem transformar recursos — humanos, materiais,

financeiros e tecnológicos — em serviços que promovem a saúde das populações.

De acordo com a evidência, uma gestão eficaz dos cuidados contribui significativamente para a redução de eventos adversos, para a melhoria dos resultados clínicos e para a otimização da utilização de recursos em saúde (Silva et al., 2020; AORN, 2023).

A crescente complexidade dos cuidados, aliada à escassez de recursos e à exigência por melhores resultados, reforça a importância de modelos de gestão centrados na pessoa e orientados para o desempenho, segurança e melhoria contínua. Ramalho, Lima & Correia (2018), defendem que a gestão em saúde deve promover ambientes organizacionais sustentáveis, onde a inovação e a racionalização de recursos coabitem com a humanização e a segurança na prestação de cuidados. Neste sentido, tanto a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018) como a OCDE (2023) têm vindo a enfatizar a relevância da governação clínica e do investimento em lideranças capacitadas, como condição essencial para o fortalecimento e resiliência dos sistemas de saúde.

No âmbito da enfermagem, a gestão dos cuidados representa uma das dimensões fundamentais da prática avançada, sendo reconhecida como uma competência do enfermeiro especialista, conforme definido no Regulamento n.º 140/2019. A gestão em enfermagem não se limita a aspetos administrativos ou logísticos, abrangendo também a coordenação da prática clínica, a garantia da continuidade dos cuidados e a promoção da qualidade e segurança, num trabalho articulado com os diferentes elementos da equipa multidisciplinar.

Marques, Oliveira & Gomes (2021) referem que o enfermeiro gestor atua como facilitador da prática baseada na evidência, promotor da comunicação eficaz e elemento-chave na mobilização dos recursos necessários à prestação de cuidados centrados na pessoa. Este papel ganha especial relevância em contextos como o bloco operatório, onde a eficiência, a segurança e a capacidade de resposta a situações imprevistas são aspetos críticos.

De acordo com a OMS (2020), a liderança e gestão em enfermagem são determinantes para a capacitação das equipas e para a criação de ambientes de trabalho que favoreçam a tomada de decisão clínica, a responsabilização profissional e a melhoria contínua dos cuidados. Esta importância é igualmente destacada nos relatórios da OCDE (2023), que sublinham a necessidade de envolver os profissionais de enfermagem na gestão operacional e estratégica dos serviços de saúde.

Na observância das indicações supra expostas, no contexto do estágio, a integração nas rotinas de ambas as unidades permitiu a participação em atividades inerentes à coordenação e organização dos cuidados, sob orientação dos enfermeiros tutores e dos enfermeiros gestores e, por vezes, dos enfermeiros coordenadores.

Ainda através da colaboração na gestão de stocks de material e fármacos, foram desenvolvidas competências na monitorização de consumos, identificação de necessidades e reposição

atempada de recursos, considerando as especificidades de cada tipo de intervenção cirúrgica. A participação na verificação do carro de emergência permitiu consolidar conhecimentos sobre a sua composição, localização estratégica dos materiais e critérios de segurança, assumindo um papel ativo na sua manutenção em conformidade com as normas institucionais.

Foi igualmente relevante a participação na atualização dos dossiês de protocolos da especialidade de anestesiologia, promovendo a organização da documentação de suporte à prática clínica, com base nos princípios da acessibilidade à informação, rigor técnico-científico e uniformização de procedimentos. Adicionalmente, o acompanhamento do processo de elaboração da escala de serviço da equipa de enfermagem, através da plataforma em uso, permitiu adquirir noções sobre os critérios de alocação dos profissionais às salas cirúrgicas e a articulação necessária com o plano cirúrgico diário.

Estas experiências foram fundamentais para o desenvolvimento da capacidade de análise organizacional, da gestão de prioridades e da tomada de decisão em ambiente dinâmico e tecnicamente exigente. O contacto direto com os processos de planeamento, coordenação e controlo dos cuidados possibilitou a consolidação da competência de gestão, reconhecida como dimensão essencial do exercício especializado em enfermagem perioperatória.

A consolidação desta competência reforçou a perceção da gestão como um pilar essencial da prática especializada, articulando eficácia clínica, liderança e segurança dos cuidados. A vivência do estágio contribuiu ainda para uma compreensão aprofundada dos processos de organização dos cuidados, promovendo uma atuação mais autónoma, proativa e orientada para a qualidade em enfermagem perioperatória.

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

A aprendizagem contínua e a integração do saber teórico na prática são pilares da enfermagem baseada na evidência, promovendo cuidados mais seguros e de maior qualidade (Melnyk & Fineout-Overholt, 2019). O enfermeiro especialista deve assumir um papel dinâmico na atualização científica, na autorreflexão crítica e na partilha de conhecimentos, consolidando-se como agente de mudança e inovação nos contextos clínicos (Ferguson et al., 2020).

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais é fundamental para a prática avançada em Enfermagem, sendo um processo contínuo de construção de conhecimento, consolidação de competências e reflexão crítica sobre a ação. Este domínio é essencial para a promoção de cuidados especializados, seguros e centrados na pessoa, exigindo do enfermeiro especialista a

capacidade de integrar saberes teóricos e experiência prática, bem como de se manter atualizado face às constantes transformações dos contextos clínicos, organizacionais e científicos.

Segundo o Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro especialista deve demonstrar uma prática fundamentada na evidência científica, comprometida com a atualização permanente e com a partilha de conhecimentos, assumindo um papel ativo na dinamização do saber e na supervisão clínica de outros profissionais. O desenvolvimento das aprendizagens profissionais ocorre, assim, não apenas através da formação formal, mas também pela observação, experimentação, reflexão e integração crítica da experiência adquirida em contexto de prática. Aqui, a supervisão clínica é reconhecida como uma estratégia estruturante no desenvolvimento profissional contínuo, promovendo competências críticas, éticas e relacionais nos contextos de elevada complexidade, como o perioperatório (Butterworth et al., 2008).

Durante o ENP existiu a oportunidade de desenvolver esta competência de forma transversal, através da participação ativa em múltiplas situações clínicas, da observação de práticas diferenciadas e do contacto com diferentes perfis de liderança e organização. O envolvimento em situações de cuidados cirúrgicos, em contextos de urgência e de rotina, permitiu identificar necessidades formativas, aprofundar conhecimentos técnicos e científicos e adaptar a intervenção às exigências específicas do ambiente operatório.

A articulação com a equipa constituiu uma mais-valia no processo de aprendizagem, permitindo o acesso a feedback construtivo e à partilha de experiências relevantes. A procura de informação atualizada, a consulta de protocolos e a leitura crítica da literatura científica, com vista à fundamentação da prática e à melhoria da sua ação profissional, foram base imprescindível em todo o percurso. O contacto com diferentes especialidades cirúrgicas e técnicas anestésicas favoreceu a aquisição de uma visão integrada e sistémica do processo perioperatório, reforçando a capacidade de análise e adaptação a contextos clínicos diversos.

Paralelamente, o estágio contribuiu para o desenvolvimento de competências relacionais, de trabalho em equipa e de comunicação em ambiente multidisciplinar, competências estas fundamentais para o desempenho profissional em contexto perioperatório. A importância da aprendizagem colaborativa, do questionamento ético e da autorreflexão como mecanismos potenciadores da melhoria contínua e do crescimento profissional foram essenciais em todo este processo de aprendizagem.

A consolidação desta competência revelou-se especialmente nos momentos em que foi necessário adaptar a prática a contextos clínicos mais exigentes ou menos familiares. Um exemplo disso foi a integração nas salas cirúrgicas com as quais não havia experiência prévia, tendo sido necessário realizar pesquisa autónoma sobre os procedimentos, o instrumental cirúrgico e as etapas da preparação do campo operatório.

A exposição a situações clínicas desafiantes e a aprendizagem experiencial em ambientes exigentes potenciam o desenvolvimento da competência clínica, da tomada de decisão e da capacidade de adaptação (Benner, 1984; Schön, 1983), onde o apoio se revelou fundamental para a construção segura da prática, permitindo a reflexão sobre os progressos, reconhecer limitações e delinear estratégias de superação.

Para além da aprendizagem experiencial em contexto clínico, a formação contínua através da participação em ações formativas assume particular relevância para o exercício especializado em contexto de bloco operatório.

A participação em eventos científicos foi igualmente determinante para o alargamento da visão crítica sobre a prática perioperatória e para o contacto com abordagens inovadoras. A título de exemplo, durante a participação no I Congresso de Enfermagem Perioperatória da ULS Entre Douro e Vouga, apresentou-se um E-Póster intitulado: "Fumo cirúrgico: Como nos protegemos deste inimigo oculto"; já no I Congresso de Enfermagem Perioperatória de Braga teve coautoria em dois pósteres: "Inteligência artificial: Qual o impacto na realidade do perioperatório?" e "Irrigação da ferida cirúrgica para a prevenção da infeção do local cirúrgico na artroplastia". Foram apresentadas também duas comunicações livres no seminário de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, integrado no *NursID Spring School 2023*, sob os temas: Programa Perioperatório: "Ombro Amigo" e "Fatores de stresse no enfermeiro do bloco operatório no período perioperatório".

Destaca-se também a presença no XXI Congresso Nacional da AESOP, na qual participou no "Workshop: Gestão do doente colonizado / infetado com microrganismos multirresistentes em ambiente perioperatório" (4 horas de formação), sendo fundamental para a sugestão de desenvolvimento de um protocolo para o serviço neste âmbito, fomentando a segurança dos utentes e profissionais. Esteve também presente no 5.º e 6.º Congresso Internacional IACS, onde a multiplicidade de temas no âmbito das IACS deixou várias ideias para vir a desenvolver e implantar no futuro.

Mais do que espaços de atualização, estes eventos científicos representaram oportunidades de crescimento profissional, fomentando a reflexão crítica, a partilha de boas práticas e a aquisição de novas perspetivas para a melhoria organizacional. De entre os múltiplos assuntos, destacam-se os mais relevantes à aprendizagem, nomeadamente, a reflexão e sugestão de melhoria no que respeita ao processamento de dispositivos reutilizáveis no intraoperatório, o impacto ambiental do bloco operatório e estratégias para a sua mitigação, a aplicação de metodologia LEAN para melhoria da eficiência na gestão do bloco, reforço da importância extrema da higiene das mãos nos momentos chave preconizados pela OMS, questões pertinentes na prevenção da infeção do local cirúrgico, entre outras, que seria impossível explicar aqui.

Mais, a realização de formações e-learning em áreas prioritárias, como a "Prevenção da Infeção nos Cuidados de Saúde: Precauções Básicas e Isolamento", "Prevenção da Infeção do Local

Cirúrgico”, “Infeção Associada aos Cuidados de Saúde: Abordagem Geral” e “Qualidade e Segurança de Cuidados”, contribuiu para aprofundar conhecimentos essenciais no âmbito da segurança do doente e do controlo de infeção. Mais do que uma atualização teórica, estas formações reforçaram a capacidade de aplicar práticas baseadas na evidência, promovendo uma atuação clínica mais segura, fundamentada e adaptada ao risco. A integração destes saberes na prática permitiu não só melhorar a vigilância e a resposta a potenciais complicações, como também fortalecer o compromisso com a qualidade assistencial e com a construção de uma identidade profissional promotora da excelência em saúde, como é expectável num enfermeiro especialista.

Assim, ao longo do percurso formativo e, em particular, durante a realização do ENP na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, desenvolveram-se de forma progressiva e integrada um conjunto de competências comuns que sustentam o exercício da prática especializada em enfermagem médico-cirúrgica. Estas competências, transversais a todas as áreas de especialização, constituem a base do raciocínio clínico, da tomada de decisão informada, da comunicação eficaz, da ética profissional e da promoção de cuidados seguros, eficazes e centrados na pessoa.

A competência relacional e de comunicação revelou-se igualmente essencial para a construção de uma prática colaborativa, assegurando a articulação com os diferentes elementos da equipa multidisciplinar e a criação de uma relação terapêutica com a pessoa em processo cirúrgico e sua família. O pensamento crítico e a capacidade de reflexão permitiram analisar contextos complexos, identificar prioridades, tomar decisões fundamentadas e ajustar continuamente a intervenção às necessidades emergentes.

A gestão do tempo, a organização do trabalho e a responsabilidade profissional foram igualmente competências fortalecidas ao longo do estágio, contribuindo para uma prática autónoma, responsável e alinhada com os princípios éticos e deontológicos da profissão, e facilitada pela experiência profissional de mais de 13 anos. Foi evidente a sensibilidade demonstrada às dimensões legal, ética e cultural dos cuidados, traduzida no respeito constante pelos valores, crenças e direitos das pessoas sob responsabilidade da equipa de enfermagem.

Em suma, o domínio das competências comuns revelou-se fundamental para sustentar o desenvolvimento das competências específicas em contexto perioperatório, as quais serão abordadas de seguida. A capacidade de integrar saberes, articular com a equipa multidisciplinar e prestar cuidados diferenciados em todas as fases do processo cirúrgico foi sendo construída de forma progressiva ao longo do estágio. A consolidação destas competências comuns não sustentou apenas o desenvolvimento das competências específicas, como também contribuiu para a construção de uma prática fundamentada na evidência, na ética e na humanização — pilares essenciais do exercício profissional do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em situação Perioperatória

As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória, definidas no Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, constituem o referencial orientador da prática avançada neste domínio. Estruturam-se ao longo do percurso perioperatório e exigem um desempenho tecnicamente diferenciado, sustentado por uma atuação radicada em princípios éticos e de alto nível de responsabilidade, para além de uma elevada capacidade de tomada de decisão clínica, num contexto de elevada complexidade e vulnerabilidade.

Cuida da pessoa em situação perioperatória

Apesar dos progressos na qualidade e segurança cirúrgicas, persiste uma lacuna crítica nos cuidados pré-operatórios: a ausência de contacto estruturado e personalizado entre profissionais de saúde e pessoas em situação perioperatória. Em Portugal, cerca de 45% dos utentes referem não ter recebido informação clara antes da cirurgia (OCDE, 2023), o que agrava a ansiedade e compromete a segurança.

Neste cenário, o reforço da segurança do doente exige medidas estruturadas e políticas eficazes, como as preconizadas pelo PNSD 2021-2026. Pode parecer estranho a introdução deste plano no desenvolvimento da competência mencionada, contudo, mesmo que o pilar central seja a segurança, o PNSD não se limita à segurança técnica intraoperatória, ele abrange aspetos de comunicação, continuidade e humanização dos cuidados, numa lógica de coerência e articulação entre segurança, literacia e continuidade de cuidados. Daí a pertinência de o abordar nesta perspetiva.

O PNSD encontra-se alinhado com o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente da OMS e com o Global Patient Safety Action Plan 2021-2030, visando consolidar práticas seguras em todos os contextos de prestação de cuidados, desde instituições hospitalares até ambientes como o domicílio ou a tele saúde. Estruturado em cinco pilares — cultura de segurança, liderança e governança, comunicação, prevenção e gestão de incidentes, e práticas seguras em ambientes seguros — estabelece objetivos estratégicos que requerem o envolvimento ativo dos

profissionais de saúde e gestores na sua operacionalização clínica.

Estudos realizados em Portugal reforçam a pertinência de intervenções que promovam a literacia em saúde, como a CEPO-T. O inquérito nacional Saúde que Conta (2012) revelou que uma proporção significativa da população portuguesa apresentava níveis problemáticos ou inadequados de literacia em saúde, com impactos negativos na utilização dos serviços, nos resultados clínicos e nos custos associados. Mais recentemente, a aplicação da versão portuguesa do questionário HLS-Q12 demonstrou melhorias na literacia geral e nas suas dimensões específicas (promoção da saúde, prevenção da doença e cuidados de saúde), bem como nas competências de aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde (Arriaga et al., 2021). No entanto, persistem desigualdades e limitações, particularmente em grupos vulneráveis, o que sublinha a urgência de estratégias educativas personalizadas e acessíveis — como a proposta de consulta pré-operatória telefónica — que promovam a autonomia, o empowerment e a segurança da pessoa em processo cirúrgico, enquanto contributo da enfermagem especializada.

Neste sentido, a CEPO-T poderá também assumir um papel relevante no combate às desigualdades em saúde, atuando como mecanismo de proximidade e equidade, ao permitir o acesso à informação e ao esclarecimento pré-operatório independentemente da localização geográfica, condição socioeconómica ou nível de literacia da pessoa.

Segundo Nutbeam (2000), existem três níveis de literacia: funcional, comunicativa e crítica, sendo esta última essencial para que o utente compreenda, avalie e aplique a informação em benefício da sua saúde. O *empowerment*, por sua vez, é descrito por Zimmerman e Perkins (1995) como um constructo que liga competências individuais e processos proativos. Em contexto clínico, traduz-se na perceção de controlo, participação nas decisões e educação ativa do doente (Ouschan et al., 2000; Nunes, 2012; Nobre et al., 2020).

A proposta da CEPO-T surgiu como resposta concreta a este desafio. A sua implementação permite colmatar lacunas identificadas na preparação da pessoa para cirurgia, facilitando a personalização da informação, a deteção precoce de riscos e a promoção da autonomia. Esta intervenção responde diretamente ao objetivo estratégico 1.3 do PNSD - o qual visa aumentar a literacia e a participação do doente, família, cuidador e da sociedade na segurança da prestação de cuidados - e às diretrizes da OMS sobre literacia em saúde e participação do doente.

Neste contexto, ao longo do percurso formativo, foram muitas as situações que permitiram vivenciar um modelo de cuidados que evidenciava esse tipo de lacuna, o que se transformou numa oportunidade de desenvolver respostas orientadas para a melhoria da experiência da pessoa em processo cirúrgico. Ao realizar estágio em contextos clínicos complementares, foi possível acompanhar pessoas em diferentes fases do processo perioperatório, nomeadamente em contextos de cirurgia de ambatório e BOC, participando ativamente em todas as etapas do cuidado. Esta continuidade assistencial possibilitou prestar cuidados individualizados e

humanizados, articulando intervenções clínicas com estratégias educativas e comunicacionais centradas na pessoa.

A realização de consultas de enfermagem presenciais e *follow-ups* telefónicos em momentos-chave do processo (24 horas antes, 24 horas depois, uma semana e um mês após a cirurgia) fomentou a literacia em saúde, capacitou a pessoa para o autocuidado e reforçou a sua participação ativa no processo cirúrgico, com impactos positivos na segurança e na recuperação pós-operatória. De acordo com a ASPAN (2023), a implementação de contactos estruturados no perioperatório promove a continuidade de cuidados e melhora os desfechos clínicos e a experiência do utente. Esta abordagem estruturada revelou-se eficaz e alinhada com a evidência científica atual, que confirma os benefícios da educação pré-operatória. Uma revisão sistemática de Guo (2015) identificou que programas de educação pré-operatória reduzem significativamente os níveis de ansiedade, o tempo de internamento e a intensidade da dor pós-operatória, promovendo uma recuperação mais rápida. Estes dados sustentam a relevância das intervenções educativas como estratégia eficaz na preparação da pessoa em situação perioperatória.

Além disso, os resultados de um estudo de meta-análise (Kok et al., 2022) reforçam que a educação pré-operatória conduz a ganhos em conhecimento, melhoria da experiência cirúrgica e aumento da satisfação da pessoa, sobretudo quando adaptada ao seu nível de literacia em saúde. Estes achados vêm corroborar a pertinência da proposta da CEPO-T como ferramenta promotora de *empowerment* e segurança. Esta abordagem está igualmente alinhada com as indicações da OMS que, nas suas Diretrizes para Cirurgia Segura (2009), salientam a importância de preparar adequadamente o doente antes da intervenção, não só do ponto de vista clínico, mas também emocional, através de uma comunicação clara, estruturada e centrada na pessoa.

Reconhecendo a experiência cirúrgica como uma transição de saúde significativa, frequentemente associada a ansiedade, medo, incerteza e vulnerabilidade, foi identificada a inexistência de um contacto estruturado entre os profissionais de enfermagem e os utentes antes da cirurgia como uma barreira à adaptação e à segurança. Perante esta realidade, a escolha do tema da CEPO-T surgiu de forma natural, por responder de forma transversal às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

A experiência de se submeter a um procedimento cirúrgico representa um evento de vida significativo. Durante este período crítico, os profissionais de saúde têm como responsabilidade garantir a segurança do utente, que está temporariamente vulnerável devido ao afastamento do seu ambiente habitual e à anestesia. No entanto, apesar das iniciativas desenvolvidas, o progresso na segurança perioperatória tem sido mais lento do que o esperado (Munday et al., 2020).

De acordo com Kok et al. (2022), a cirurgia eletiva contempla todos os procedimentos não urgentes que podem ser adiados mais de 24 horas, sendo comum que os doentes experienciem ansiedade. Esta pode variar entre 11% e 89% dos casos (Abate et al., 2020; Maranets & Kain, 1999; Oteri et al., 2021), sendo que a ansiedade pré-operatória está associada a uma recuperação mais lenta e aumento dos sintomas pós-operatórios (Bedaso & Ayalew, 2019; Kil et al., 2012; Walburn et al., 2009).

Munday et al. (2020) referem que os cuidados perioperatórios envolvem vários profissionais, sendo o enfermeiro a presença mais constante ao longo de todas as fases, com competências que vão desde a preparação até ao pós-operatório tardio. Esta presença continuada permite-lhe compreender melhor os pontos críticos e as preocupações da pessoa ao longo da via cirúrgica, atuando como agente facilitador de transições.

Neste contexto, a Teoria das Transições de Meleis (2010) surge como referencial teórico pertinente. Esta teoria de médio alcance centra-se nas mudanças significativas que os indivíduos vivenciam ao longo da vida, incluindo transições de saúde, exigindo adaptação emocional, física e social. O papel do enfermeiro é o de facilitador deste processo, promovendo a autonomização da pessoa através de uma intervenção centrada na mesma, informada e humanizada (Guimarães & Silva, 2016). Ao compreender as transições e os fatores que as influenciam, os enfermeiros conseguem adaptar os cuidados às necessidades reais e percecionadas da pessoa, promovendo um cuidado holístico, adaptado e eficaz. A Teoria de Meleis fornece, assim, um suporte para a avaliação, planeamento e implementação de cuidados que valorizam não apenas as dimensões físicas, mas também emocionais e sociais do perioperatório.

A realização de consultas de enfermagem presenciais e contactos telefónicos estruturados, o ajuste da comunicação ao nível de literacia da pessoa e da sua família, escuta de medos, o esclarecimento de dúvidas e a promoção de comportamentos informados, teve impacto direto na adesão aos cuidados, no controlo da ansiedade e na perceção de segurança. A análise das reações das pessoas, assim como o feedback da equipa multidisciplinar, constituiu um estímulo contínuo à melhoria da prática e ao reforço da competência clínica e relacional. Assim, a partir da avaliação das necessidades, foram concebidos cuidados de enfermagem direcionados a ganhos em conhecimento, com impacto na autogestão, controlo emocional e recuperação do utente.

Conceber e propor a CEPO-T teve como objetivo empoderar a pessoa ao longo do processo cirúrgico, oferecendo um espaço de escuta ativa e intervenções educativas de enfermagem, promovendo uma preparação segura e partilhada. Para além de empoderar a pessoa, a CEPO-T constitui uma ferramenta estratégica de reorganização dos cuidados de enfermagem, promovendo uma cultura de segurança, otimizando os recursos disponíveis e reforçando o papel da enfermagem especializada como agente de transformação nos modelos assistenciais. Esta

proposta representou também uma oportunidade de melhoria organizacional, respondendo a lacunas previamente identificadas. Segundo a equipa de enfermagem do bloco operatório, a proposta da CEPO-T apresenta viabilidade e pode contribuir para a reorganização dos contactos pré-operatórios com os utentes, nomeadamente através de uma abordagem educativa personalizada, eficaz e centrada na pessoa.

Como parte do processo de fundamentação do projeto e aprofundamento do conhecimento sobre a intervenção proposta, foi realizada uma revisão narrativa da literatura (RNL) sobre literacia em saúde no contexto perioperatório, com foco na capacitação da pessoa, na melhoria da segurança cirúrgica e na prática especializada de enfermagem. Esta permitiu identificar evidência sobre os benefícios das intervenções educativas pré-operatórias na literacia em saúde, na capacitação da pessoa e na segurança dos cuidados. Esta análise sustentou a pertinência da proposta da CEPO-T como resposta inovadora e alinhada com os princípios da enfermagem especializada. Através da pesquisa que esteve na base da RNL, também foi possível delinear um guião para a consulta, de forma a uniformizar as práticas entre enfermeiros, o que facilitará e trará mais fiabilidade aos resultados da satisfação advinda da prestação do serviço.

A atitude profissional proativa que orientou o estágio permitiu consolidar competências de decisão clínica em enfermagem, especialmente no domínio da educação para a saúde e da promoção do autocuidado. Esta consolidação não decorreu apenas da realização de intervenções, mas da sua análise crítica e da perceção do impacto que tiveram na pessoa em situação perioperatória. O uso de comunicação estruturada, empática e adaptada ao nível de literacia revelou-se essencial para promover a compreensão e a adesão aos cuidados. A aplicação de estratégias de escuta ativa e comunicação terapêutica, tanto presencialmente como por via telefónica, demonstrou ser determinante para esclarecer dúvidas, mitigar ansiedade e fomentar comportamentos informados e seguros. Este processo reforçou a perceção do enfermeiro como facilitador da transição cirúrgica, evidenciando como a intervenção centrada na pessoa pode contribuir efetivamente para ganhos em saúde e para a segurança do doente.

O conhecimento e aplicação de protocolos institucionais — nomeadamente na profilaxia antibiótica e antitrombótica, na gestão das NVPO e na prevenção da hipotermia perioperatória inadvertida — contribuiu para o desenvolvimento da capacidade de tomar decisões clínicas informadas e fundamentadas em evidência. Não se tratou apenas da execução técnica das intervenções, mas da compreensão crítica do seu impacto na prevenção de complicações cirúrgicas, na promoção do conforto e na recuperação mais célere da pessoa.

A administração da profilaxia antibiótica em contexto cirúrgico constitui uma intervenção crítica para a prevenção de infeções do local cirúrgico, sendo reconhecida como sinónimo de boas práticas no bloco operatório. A decisão relativa ao seu *timing*, à seleção do antibiótico e à

dosagem adequada não é meramente técnica, exigindo do enfermeiro especialista conhecimento aprofundado dos procedimentos cirúrgicos, capacidade de antecipação e articulação com a equipa médica. Durante o estágio, a administração da antibioterapia profilática foi realizada de forma criteriosa e refletida, assegurando o seu início dentro da janela de 60 minutos antes da incisão, conforme recomendado na evidência científica. Um estudo de coorte observacional (de Jonge et al., 2021) demonstrou que a administração dentro desta janela está significativamente associada à redução do risco de infeção do local cirúrgico. Este dado reforçou a importância de uma vigilância ativa e de uma intervenção oportuna por parte do enfermeiro, enquanto elemento central na coordenação do cuidado e na antecipação de riscos.

A abordagem às NVPO seguiu a mesma lógica de cuidado centrado na pessoa. A identificação precoce de fatores de risco, como sexo feminino, antecedentes de cinetose, sem hábitos tabágicos, permitiu aplicar intervenções preventivas adaptadas, como a administração profilática de antieméticos, a promoção da hidratação intraoperatória e o ensino pós-operatório sobre alimentação e mobilização precoce. Estas estratégias, mais do que medidas de rotina, foram integradas num plano de cuidados individualizado, com o objetivo de prevenir o desconforto e o sofrimento da pessoa. Segundo Gan et al. (2020), as NVPO são uma das complicações mais frequentes no pós-operatório e, quando não prevenidas, estão associadas a maior risco de desidratação, distúrbios hidroeletrólíticos, ruptura de suturas, hemorragias, atraso na mobilização e aumento do tempo de internamento. A explicação das medidas preventivas à pessoa e à sua família, de forma acessível e empática, criou um ambiente de confiança e reforçou a participação ativa no processo de recuperação, promovendo comportamentos informados. Esta experiência reforçou a perceção de que cuidar da pessoa implica antecipar riscos, educar para o autocuidado e diminuir a ansiedade, num processo terapêutico partilhado e humanizado.

A prevenção da hipotermia perioperatória inadvertida representa também uma dimensão crucial no perioperatório e do conforto da pessoa em processo cirúrgico, constituindo uma área de atuação autónoma do enfermeiro especialista. Esta complicação, definida como uma temperatura corporal central inferior a 36°C, está associada a um aumento do risco de infeções do local cirúrgico, coagulopatias, eventos cardiovasculares, prolongamento do tempo de recuperação anestésica e maior tempo de internamento (como já explicado anteriormente). Desta forma, a vigilância contínua da temperatura corporal, a antecipação de riscos e a implementação sistemática de medidas preventivas baseadas na evidência, como o aquecimento ativo de fluidos intravenosos, o uso de mantas térmicas e a minimização da exposição da pele durante o posicionamento cirúrgico, foram intervenções aplicadas de forma proativa e autónoma, o que reforça o papel do enfermeiro especialista como garante da normotermia do cliente no perioperatório.

Mais do que cumprir orientações, estas experiências permitiram reconhecer o valor da decisão

clínica em enfermagem e da personalização dos cuidados. Cuidar da pessoa em situação perioperatória exige, assim, saber o porquê de cada intervenção, comunicá-lo de forma compreensível e avaliar o seu impacto. Esta reflexão transformou cada ação numa oportunidade de promover o autocuidado, o alívio do sofrimento/ansiedade e a confiança da pessoa no enfermeiro ao longo do percurso cirúrgico.

O desempenho de funções como enfermeira instrumentista, circulante e de anestesia, em múltiplas especialidades cirúrgicas como - ortopedia, cirurgia geral e ginecologia - constituiu também uma oportunidade de aprendizagem e crescimento profissional. Estas vivências permitiram observar e intervir em contextos técnicos exigentes, onde a antecipação de necessidades, a gestão de tempos operatórios e a comunicação com a equipa cirúrgica se revelaram determinantes para a fluidez e segurança do procedimento. Essa exposição repetida a cenários cirúrgicos distintos consolidou o raciocínio clínico autónomo e a capacidade de decisão em tempo real, promovendo a prontidão para atuar perante imprevistos e reforçando a confiança nas próprias competências. O contacto direto com múltiplas realidades operatórias permitiu, ainda, desenvolver uma visão holística do cuidar no perioperatório, onde cada gesto técnico é também um ato relacional e comunicacional com impacto direto na experiência da pessoa em processo cirúrgico. Estas vivências, fomentam a consolidação do raciocínio clínico autónomo, da tomada de decisão fundamentada e da capacidade de agir com prontidão e segurança em situações críticas. A constante necessidade de antecipar necessidades, gerir materiais, comunicar eficazmente com a equipa e manter a vigilância sobre o doente em todas as fases do procedimento, contribuiu para o desenvolvimento de uma prática mais consciente, responsiva e centrada na pessoa.

Em síntese, a integração de conhecimentos teóricos, experiência prática e reflexão crítica permitiu desenvolver de forma progressiva a competência específica “Cuida da pessoa em situação perioperatória”. Esta evolução traduziu-se não apenas na execução de intervenções técnicas, mas sobretudo na capacidade de reconhecer as necessidades da pessoa em cada fase do percurso cirúrgico, adequando a intervenção de forma individualizada, segura e centrada na pessoa. Esta prática fundamentada e reflexiva contribuiu para a consolidação de uma identidade profissional orientada para a excelência dos cuidados e para a promoção de transições cirúrgicas mais seguras, informadas e humanizadas. As intervenções anteriormente descritas evidenciam a importância do contacto próximo, da escuta ativa e da educação para a saúde na construção de um cuidar mais eficaz e significativo.

Assim, no capítulo seguinte, aprofunda-se a análise do contributo destas, e de outras práticas, para a maximização da segurança cirúrgica — um dos eixos estruturantes da atuação do enfermeiro especialista em contexto perioperatório.

Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória

A segurança cirúrgica pode ser definida como a prevenção de riscos, erros e danos evitáveis durante o processo cirúrgico, envolvendo a pessoa, os profissionais de saúde e o ambiente operatório. Estima-se que, em média, uma em cada dez intervenções cirúrgicas possa resultar em complicações evitáveis, das quais até metade poderia ser prevenida com a aplicação de práticas seguras (WHO, 2009). A nível global, mais de 4,8 mil milhões de pessoas continuam sem acesso a cuidados cirúrgicos seguros (Meara et al., 2015), o que reforça a importância desta área de intervenção.

Neste contexto, a segurança cirúrgica constitui um princípio estruturante da prática do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória, sendo reconhecida pela OMS como um dos pilares essenciais da qualidade em saúde. De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, esta competência traduz-se na adoção de comportamentos éticos, tecnicamente rigorosos e permanentemente vigilantes, mesmo na ausência de supervisão direta, garantindo a prevenção de erros, a deteção precoce de riscos e a criação de um ambiente operatório seguro — coerente com o conceito de consciência cirúrgica. A atuação do enfermeiro especialista neste contexto posiciona-o como elo entre o microssistema da prática assistencial e o macrossistema das políticas de saúde, contribuindo para a operacionalização das estratégias institucionais e para a construção de uma cultura organizacional segura.

De acordo com os dados mais recentes do relatório Health at a Glance 2023 da OCDE, Portugal tem registado progressos consistentes em vários indicadores de segurança cirúrgica, nomeadamente na redução da taxa de infeção do local cirúrgico e na adoção da LVSC, alinhando-se com as recomendações da OMS. No entanto, em comparação com países como os Países Baixos, a Suécia ou a Alemanha, Portugal continua a enfrentar desafios, especialmente ao nível da notificação sistemática de eventos adversos e da implementação de práticas seguras baseadas numa cultura de notificação não punitiva. A taxa de eventos adversos evitáveis em contexto cirúrgico, como a presença de corpo estranho deixado inadvertidamente no organismo, permanece uma preocupação relevante em vários países da OCDE, incluindo Portugal. A análise comparativa evidencia que sistemas de saúde com maior investimento na formação em segurança, na padronização de procedimentos e na responsabilização das equipas interdisciplinares apresentam melhores resultados clínicos e menor mortalidade ajustada ao risco após cirurgia. Neste sentido, a atuação do enfermeiro especialista em enfermagem perioperatória revela-se estratégica, na operacionalização das práticas seguras, sendo um agente ativo na interrupção de cadeias de erro, na promoção da cultura de segurança e na articulação eficaz entre os diferentes intervenientes do processo cirúrgico (OCDE, 2023).

Para além da prestação direta de cuidados, o enfermeiro especialista em enfermagem perioperatória assume um papel pedagógico e de liderança informal, promovendo o desenvolvimento de competências na equipa e incentivando uma cultura de segurança centrada na aprendizagem. Ao dinamizar ações de formação, liderar *briefings* e participar em auditorias clínicas, contribuiu para o cumprimento dos pilares estratégicos do PNSD 2021-2026, em particular no domínio da liderança e governança. Esta dimensão formativa, frequentemente invisibilizada, reforça a sustentabilidade das boas práticas e assegura a continuidade da cultura de segurança institucional. A valorização da notificação de eventos adversos e a sua utilização como instrumento de melhoria contínua dependem, em grande parte, da postura dos profissionais, sendo o enfermeiro especialista um agente facilitador na transição para uma cultura de segurança madura.

No modelo de segurança de James Reason (1990), conhecido como o modelo do queijo suíço, os erros não são atribuídos a indivíduos, mas sim às falhas acumuladas nos diferentes níveis do sistema. Cada “fatia” representa uma barreira defensiva, e os “buracos” simbolizam falhas latentes ou ativas. Quando estas se alinham, ocorre um evento adverso. Este modelo tem sido adotado por entidades como a OMS, o IHI e a Joint Commission International, e sublinha a importância de sistemas resilientes (Reason, 1990; WHO, 2009; IHI, 2022; JCI, 2021). O enfermeiro especialista atua como barreira ativa, com capacidade de vigilância, antecipação e tomada de decisão crítica (Emanuel et al., 2008; Weaver et al., 2013).

Então, esta competência foi desenvolvida de forma progressiva e refletida, a partir da integração de conhecimento técnico-científico, da observação crítica da prática e da participação ativa na implementação de estratégias de segurança. Exemplos concretos incluem a condução sistemática dos momentos de '*sign in*', '*time out*' e '*sign out*', assegurando a identificação correta da pessoa, a confirmação do procedimento e a verificação de materiais e equipamentos (no início e no fim das cirurgias). A utilização da técnica ISBAR nas transições de cuidados e a participação em *briefings* e *debriefings* permitiu igualmente reforçar a comunicação eficaz e multidisciplinar.

Veja-se, a condução sistemática dos momentos de *sign in*, *time out* e *sign out* revelou-se não apenas uma tarefa de verificação, mas um verdadeiro ato de liderança clínica. Ao assegurar a correta identificação da pessoa, a confirmação do procedimento e a verificação dos materiais e equipamentos, etapas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (2009) como parte integrante da LVSC, tornaram-se práticas essenciais na promoção da segurança. Não representam meras formalidades, mas sim pontos críticos de decisão, nos quais a falha pode ter consequências graves. A experiência direta na dinamização destes momentos permitiu reconhecer o seu impacto real na redução de erros evitáveis, como cirurgias em local errado ou esquecimentos/retenção de material, contribuindo para o reforço da responsabilidade partilhada e para a consolidação de uma cultura de segurança na equipa multidisciplinar.

A aplicação da técnica ISBAR nas transições de cuidados revelou-se fundamental para estruturar a informação essencial de forma clara, objetiva e eficaz, minimizando omissões e ruídos na comunicação. Esta abordagem evidenciou-se particularmente útil nas transições do bloco operatório para a sala de recobro, promovendo a continuidade segura dos cuidados e prevenindo falhas na transmissão de informações relevantes. A utilização do ISBAR facilitou a organização lógica dos dados clínicos, permitindo que cada profissional compreendesse rapidamente o estado do doente, os antecedentes relevantes, a avaliação atual e as recomendações necessárias. Esta estruturação da comunicação não só melhorou a eficiência das passagens de turno, como também reduziu o risco de erros associados a informações incompletas ou mal interpretadas. Além disso, contribuiu para o fortalecimento da cultura de segurança dentro da equipa multidisciplinar, promovendo uma linguagem comum e uma maior responsabilização de todos os intervenientes no processo de cuidados, como evidenciado na revisão sistemática de Tang et al. (2021).

Por sua vez, os *briefings* e *debriefings* cirúrgicos, quando realizados, revelam-se espaços fundamentais para alinhar objetivos, esclarecer dúvidas e promover uma prática colaborativa e reflexiva. Mais do que momentos de transmissão de informação, permitem fortalecer a confiança mútua, fomentar a escuta ativa e assegurar que cada elemento da equipa compreende o seu papel e as particularidades do procedimento. A participação ativa nestas dinâmicas favoreceu o desenvolvimento de competências comunicacionais, como a assertividade e a capacidade de síntese, essenciais num ambiente de elevada exigência técnica e emocional. Ao envolver-se nestes momentos estruturados de diálogo, o enfermeiro especialista contribui para antecipar potenciais falhas, reforçar a coesão da equipa multidisciplinar e consolidar uma cultura de segurança centrada no trabalho em equipa e na aprendizagem contínua. Esta vivência veio evidenciar que a segurança não é apenas resultado da execução técnica, mas também da qualidade da comunicação e da partilha de responsabilidades entre todos os intervenientes do processo cirúrgico (AORN, 2019).

Estas práticas, quando assumidas com consciência crítica e compromisso ético, reforçam o papel do enfermeiro especialista como guardião da segurança cirúrgica e facilitador da articulação interprofissional, promovendo cuidados integrados, seguros e de elevada qualidade.

A dinamização de ações de formação com o objetivo de sensibilizar os colegas e fomentar a prestação de cuidados mais seguros foi concretizada através de duas iniciativas e dirigida à equipa de enfermagem do BOC. A primeira consistiu na aplicação de um questionário à equipa de enfermagem sobre cuidados na administração de medicação endovenosa por cateter venoso periférico (tendo sido obtidas 13 respostas e cujo plano de ação se encontra disponível no Anexo II). Posteriormente, as respostas recolhidas foram analisadas e comparadas com a evidência científica, culminando numa sessão formativa orientada para o reforço de boas práticas. A segunda iniciativa centrou-se na temática do fumo cirúrgico (o plano de ação pode ser consultado no Anexo III). Esta ação aliou a atualização de conhecimentos à promoção de

práticas seguras, tendo sido complementada com a elaboração e divulgação de um cartaz informativo, exposto no serviço. Durante a sessão, foram abordados os riscos associados à exposição ao fumo cirúrgico — subproduto da utilização de dispositivos eletrocirúrgicos — que contém partículas ultrafinas, compostos tóxicos e agentes potencialmente carcinogénicos, como hidrocarbonetos aromáticos policíclicos e compostos orgânicos voláteis. A exposição crónica a estes elementos pode provocar efeitos adversos a nível respiratório, ocular e sistémico (Benaim & McNamara, 2024).

Consciente da responsabilidade do enfermeiro especialista na promoção de ambientes operatórios seguros, a formação teve como objetivo sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da adoção de estratégias preventivas, entre as quais se destacam o uso sistemático de aspiradores de fumo com filtros adequados acoplados ao eletrobisturi, a ventilação eficaz do bloco, o uso de equipamentos de proteção individual (máscaras apropriadas) e a manutenção preventiva dos equipamentos. Esta intervenção contribuiu para fomentar a consciência coletiva sobre o tema e para estimular uma atitude proativa, promovendo uma cultura de segurança e o compromisso com a qualidade dos cuidados prestados.

Segundo Ahmed e Savic (2020) a alergia ao látex constitui uma causa relevante de reações alérgicas perioperatórias, podendo manifestar-se desde sintomas cutâneos leves até anafilaxia grave. A identificação prévia de pacientes com hipersensibilidade ao látex e a implementação de medidas preventivas, como a criação de um ambiente operatório livre de látex, são essenciais para minimizar riscos durante o período intraoperatório. Neste sentido, foi desenvolvido um procedimento para preparação de utentes cirúrgicos com alergia ao látex, assegurando a uniformização de práticas e a redução do risco de exposição inadvertida. Esta proposta foi desenvolvida após se ter identificado um utente com esta condição durante o estágio, reforçando a aplicabilidade e importância da iniciativa.

A participação em duas reuniões do núcleo de especialistas e a colaboração em dois projetos institucionais — na UFDA e no “Padrão de documentação de cuidados no período perioperatório no BOC e UCA” — permitiram integrar práticas organizacionais e seguras mais amplas.

A colaboração na UFDA permitiu integrar práticas organizacionais centradas na monitorização contínua e na gestão da dor pós-operatória. Através da participação nas visitas clínicas diárias a doentes em pós-operatório com dispositivos de analgesia — como DIBs, PCAs ou catéteres epidurais/periféricos — foi possível compreender a importância de uma avaliação sistemática e multidimensional da dor. Esta avaliação visava ajustar a terapêutica analgésica de forma dinâmica, promovendo o alívio eficaz da dor e, simultaneamente, reduzindo o risco de complicações associadas à analgesia invasiva, como sedação excessiva, náuseas, retenção urinária e o risco de infeção associado aos dispositivos invasivos. A atuação conjunta com os anestesistas reforçou a noção de que a segurança da pessoa em contexto perioperatório também depende da gestão eficaz da dor, promovendo decisões clínicas partilhadas e

individualizadas. Esta experiência contribuiu para o desenvolvimento de competências na vigilância analítica, na antecipação de riscos e na aplicação segura de estratégias de descontinuação dos dispositivos, integrando o enfermeiro especialista como elo fundamental entre a pessoa e a equipa multidisciplinar.

De acordo com a Joint Commission (2021), a padronização da documentação é essencial para garantir que informações críticas sejam comunicadas de forma eficaz, promovendo a segurança clínica. A participação no projeto de construção do padrão de documentação de cuidados de enfermagem no período perioperatório revelou-se uma oportunidade estratégica para reforçar a qualidade assistencial e consolidar práticas seguras. A ausência de registos sistematizados pode conduzir à omissão de intervenções cruciais, dificultar a continuidade dos cuidados e comprometer a rastreabilidade clínica. Neste sentido, a definição de um padrão documental permitiu uniformizar os campos de registo, cobrir todas as fases do percurso perioperatório e assegurar que nenhuma dimensão essencial do cuidado fosse negligenciada — desde a avaliação pré-operatória até à alta da sala de recobro. A estruturação dos registos, orientada por critérios de qualidade e segurança, facilita a monitorização de indicadores clínicos, a realização de auditorias internas e a responsabilização individual e coletiva dos profissionais. Participar neste processo permitiu reconhecer a documentação clínica não apenas como um requisito legal, mas como uma verdadeira intervenção autónoma de enfermagem, essencial à prática especializada. Esta sistematização contribui para a continuidade informada dos cuidados, reduz o risco de erros associados à omissão ou duplicação de informação e reflete o compromisso com uma cultura de segurança e com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Através destas experiências, foi possível compreender mais profundamente os mecanismos institucionais que sustentam a qualidade e segurança dos cuidados e reconhecer o papel estratégico do enfermeiro especialista na normalização de práticas, padronização da linguagem clínica e reforço da rastreabilidade dos cuidados prestados.

A integração nestes projetos possibilitou o desenvolvimento de uma visão macro da segurança, que vai além da prática individual e abrange a responsabilidade coletiva da equipa na criação de ambientes clínicos mais seguros. A construção colaborativa do padrão documental levou à análise crítica de formulários, campos de registo e práticas documentais, permitindo identificar fragilidades, omissões e redundâncias com impacto direto na segurança da pessoa em processo cirúrgico. Ao participar nestes projetos foi possível compreender como o registo clínico estruturado e orientado por boas práticas contribui para a continuidade e qualidade dos cuidados, bem como para a monitorização de indicadores através dos dados colhidos nas auditorias internas.

Simultaneamente, estas experiências proporcionaram a oportunidade de desenvolver competências relacionais, comunicacionais e de negociação, necessárias para integrar grupos

de trabalho multidisciplinares e para expressar, de forma fundamentada, propostas de melhoria. A reflexão sobre os contributos individuais e coletivos reforçou a importância da participação ativa dos enfermeiros especialistas em processos de governança clínica, onde a segurança é continuamente construída, avaliada e aperfeiçoada.

Concluindo, o estágio permitiu experienciar de forma concreta a responsabilidade do enfermeiro especialista como agente promotor de ambientes operatórios seguros, tanto ao nível micro — na prestação direta de cuidados — como macro — através da dinamização de ações formativas, participação em projetos institucionais e desenvolvimento de procedimentos, como o protocolo para utentes com alergia ao látex ou a construção do padrão documental de cuidados perioperatórios. O desenvolvimento desta competência implicou muito mais do que a execução de normas ou tarefas técnicas. Exigiu uma postura crítica e proativa, patente, por exemplo, na dinamização de estratégias educativas sobre o fumo cirúrgico ou na aplicação rigorosa e consciente da LVSC. Requereu também a capacidade de integrar conhecimento científico atualizado com a análise das realidades clínicas observadas, adaptando as intervenções ao contexto e às necessidades da equipa e da pessoa em situação perioperatória.

Assim, a consolidação da competência “Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória” traduziu-se na capacidade de reconhecer e antecipar riscos, reforçar comportamentos seguros e atuar como elo entre o cuidado direto e as políticas organizacionais. Esta integração de conhecimento técnico, discernimento ético e pensamento crítico refletiu-se em práticas mais seguras e fundamentadas, contribuindo para uma cultura de segurança mais madura e para transições cirúrgicas mais humanas, eficazes e sustentáveis.

5. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

A realização deste percurso formativo na área de especialização em EPSP constituiu uma oportunidade ímpar de crescimento pessoal, académico, profissional e ético-reflexivo. Através da vivência de contextos clínicos distintos e desafiantes, da integração em equipas multidisciplinares altamente diferenciadas e da participação ativa em projetos de melhoria da qualidade, foi possível consolidar um conjunto de competências especializadas que sustentam uma prática baseada na evidência, centrada na pessoa e promotora da segurança.

A vivência intensa e comprometida com os cuidados prestados em bloco operatório e em cirurgia de ambulatório permitiu reconhecer a complexidade do cuidado perioperatório e a importância da presença do enfermeiro especialista como elo integrador entre técnica, ciência e humanidade. Esta experiência potenciou o desenvolvimento de uma consciência cirúrgica mais apurada, mas também de uma sensibilidade maior para os aspetos subjetivos, emocionais e relacionais que envolvem a pessoa em situação cirúrgica.

Desse olhar atento às necessidades emergentes dos serviços e das pessoas, configurando-se como um contributo inovador e sustentado para a melhoria da qualidade dos cuidados, resultou a proposta de uma CEPO-T. Ancorada na metodologia PDSA, esta revelou-se uma resposta pertinente aos desafios da curta permanência hospitalar, da crescente complexidade dos utentes cirúrgicos e da necessidade de cuidados mais informados, seguros e humanizados. Trata-se de uma proposta concreta de melhoria organizacional, protagonizada pela enfermagem especializada, alinhada com políticas de saúde, com a evidência científica e com os princípios da prática especializada em enfermagem. Assim, este projeto representou para a estudante um processo de auto aperfeiçoamento global pois não só constituiu uma ferramenta de intervenção na área da Enfermagem à pessoa em situação operatória, mas também um espaço de profunda aprendizagem sobre as relações humanas que, no seu todo, convergiram para o seu desenvolvimento pessoal, social e profissional.

A prática clínica permitiu experienciar de forma direta as exigências técnicas, humanas e organizacionais da intervenção em bloco operatório. O desempenho de funções como enfermeira instrumentista, circulante e de anestesia, em múltiplas especialidades cirúrgicas, possibilitou o desenvolvimento de competências específicas, nomeadamente na gestão da esterilidade, na comunicação intra e inter-equipa, na vigilância dos parâmetros vitais e na resposta célere a eventos adversos. Estas vivências contribuíram decisivamente para a consolidação do raciocínio clínico autónomo, da tomada de decisão informada e da capacidade de agir com prontidão e segurança em cenários de elevada exigência.

O percurso revelou-se eficaz na concretização dos objetivos definidos na introdução, nomeadamente no aprofundamento das competências do enfermeiro especialista em contexto perioperatório e na promoção de cuidados baseados na melhor evidência disponível. A eficiência do processo é igualmente reconhecida, considerando os recursos humanos, materiais e institucionais mobilizados, bem como os resultados alcançados ao nível da qualidade assistencial e da aquisição de competências diferenciadas.

Não obstante os resultados positivos, o percurso foi marcado por desafios significativos, como a limitação temporal para a implementação plena do projeto, a sobreposição de responsabilidades pessoais e profissionais, e a constante adaptação a diferentes culturas organizacionais. Estes constrangimentos foram, contudo, superados com resiliência, apoio institucional e investimento pessoal, revelando-se fundamentais para o crescimento humano e profissional.

Como recomendações para trabalhos futuros, propõe-se a continuidade da avaliação do impacto da CEPO-T junto das pessoas em situação cirúrgica e das equipas de saúde, bem como a exploração de outras ferramentas digitais que possam complementar a consulta e reforçar a comunicação terapêutica. A replicação do projeto noutros contextos poderá contribuir para a validação da sua eficácia e para a consolidação da prática autónoma do enfermeiro especialista.

A consolidação da prática autónoma da enfermagem especializada exige, cada vez mais, a sua tradução em resultados mensuráveis e orientados para a melhoria dos indicadores em saúde. É neste enquadramento que importa reconhecer o potencial transformador das intervenções autónomas de enfermagem, nomeadamente na produção de ganhos em saúde que possam ser formalmente contratualizados e reconhecidos no financiamento das instituições. O desenvolvimento e integração de projetos como a CEPO-T contribui, assim, para a operacionalização do mandato social da profissão, ao articular a sua ação com os objetivos do sistema de saúde, ao mesmo tempo que reforça a legitimidade da enfermagem no espaço da decisão clínica e organizacional. A inclusão progressiva de atividades de enfermagem nos Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH), através da produção de dados e evidência robusta, representa não apenas uma oportunidade de valorização profissional, mas também um imperativo estratégico para garantir a sustentabilidade dos cuidados e a centralidade da pessoa nos modelos de prestação, com impacto potencial na otimização dos recursos e na eficiência institucional, sem comprometer a centralidade da pessoa. Não obstante, este projeto foi também catalisador de uma identidade inerente ao enfermeiro especialista conducente ao agir com autonomia.

Para além destas implicações, este trabalho reforça a relevância da enfermagem perioperatória como área de especialização com impacto direto na segurança, na qualidade e na humanização dos cuidados. Valoriza ainda a formação académica pós-graduada, ao demonstrar que o conhecimento científico, quando articulado com a prática clínica, é capaz de transformar contextos e gerar ganhos reais em saúde.

Concluir este percurso formativo representa muito mais do que o fim de uma etapa académica. É, sobretudo, a afirmação de uma identidade profissional que reconhece-se no ato de cuidar uma prática técnica, relacional, ética — e, inevitavelmente, política. Porque cuidar é, também, posicionar-se diante da vulnerabilidade da pessoa, da complexidade do sistema e da necessidade de mudança.

Cada intervenção autónoma, fundamentada na evidência e orientada para ganhos em saúde, é um exercício de cidadania profissional. É nesse gesto — simultaneamente clínico e estratégico — que a enfermagem cumpre o seu mandato social, contribuindo não só para o bem-estar da pessoa, mas também para a transformação das organizações de saúde e para a sustentabilidade do sistema.

O compromisso com a excelência no cuidado, com a segurança da pessoa em situação perioperatória e com a inovação organizacional, traduz-se na coragem de propor, de intervir e de fazer diferente. Por isso, a enfermagem especializada não se limita a responder ao presente — antecipa o futuro, influencia políticas e torna visível o que tantas vezes permanece invisível.

É neste espaço de interseção entre ciência, consciência e ação que a enfermeira especialista encontra a sua voz — firme, autónoma e transformadora. E é com essa voz que continuará a cuidar. E a transformar.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abate, S. M., Chekole, Y. A., & Minaye, S. Y. (2020). Global prevalence and determinants of preoperative anxiety among surgical patients: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Surgery Open*, 27, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2020.07.002>
- Ahmed, S., & Savic, L. (2020). Latex: A rare but important cause of perioperative allergic reactions. *BJA Education*, 20(12), 398-399. <https://doi.org/10.1016/j.bjae.2020.08.002>
- American Society of PeriAnesthesia Nurses. (2023). Perianesthesia Nursing Standards, Practice Recommendations and Interpretive Statements. ASPAN.
- American Society of Anesthesiologists. (2022). Practice guidelines for management of the difficult airway. *Anesthesiology*, 136(1), 31-81. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000004002>
- Araújo, I. A., Souza, M. M. S., Gomes, J. R. A. A., Ferreira, V. S., Corgozinho, M. M., Oliveira, É. V. S., Brandão, V. F., Souza, L. T. C., Oliveira, F. P., Mendes, K. M., & Sousa, F. M. B. (2022). Conflitos ético-morais na assistência de enfermagem no período perioperatório. *HRJ*, 3(14). https://www.researchgate.net/publication/357681454_Conflitos_etico-morais_na_assistencia_de_enfermagem_no_periodo_perioperatorio
- Arriaga, M., Santos, B., Costa, A. S., Francisco, R., Nogueira, P., Oliveira, J., Silva, C.R., Mata, F., Chaves, N., Lopatina, M., Sorensen, K., Dietsche, C., & Freitas, G. (2021). Níveis de literacia em saúde levels of health literacy. Health literacy survey. Direção-Geral da Saúde. http://www.hotelariaesaude.pt/userfiles/files/blog/DGS_Literacia%20em%20Sa%C3%BAdade%202019-2021.pdf
- Apfel, C. C., Läärä, E., Koivuranta, M., Greim, C. A., & Roewer, N. (1999). A simplified risk score for predicting postoperative nausea and vomiting. *Anesthesiology*, 91(3), 693-700. <https://doi.org/10.1097/00000542-199909000-00022>
- Association of periOperative Registered Nurses. (2023). 2023 Guidelines: Your Guide to Major Practice Updates. AORN Journal. <https://www.aorn.org/article/2023-guidelines-your-guide-to-major-practice-updates>
- Association of periOperative Registered Nurses. (2020). Guidelines for perioperative practice. AORN.
- Association of periOperative Registered Nurses. (2019). Debrief for every patient. AORN Journal. <https://www.aorn.org/article/2019-10-09-Debrief-for-Every-Patient>

- Barbosa, M. H., Sousa, A. M. M., Batista, K. T., & Lopes, M. H. (2021). Posicionamento cirúrgico e integridade da pessoa: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE*, 15, e246292. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.246292>
- Bass, B. M., & Riggio, R. E. (2006). *Transformational Leadership* (2.^a ed.). Psychology Press.
- Bastos, F., Cruz, I., Campos, J., Brito, A., Parente, P., & Morais, E. (2022). Representação do conhecimento em enfermagem – a família como cliente. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(1), 81-95. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i1.213>
- Bedaso, A., & Ayalew, M. (2019). Preoperative anxiety among patients undergoing surgery in low-income countries: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Surgery Open*, 20, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2019.04.001>
- Breda, L. F. T. F., & Cerejo, M. da N. R. (2021). Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. *Revista de Enfermagem Referência*, V(5). <https://www.redalyc.org/journal/3882/388266931006/html/>
- Butterworth, T., Bell, L., Jackson, C., & Pajnkihar, M. (2008). Wicked spell or magic bullet? A review of the clinical supervision literature 2001-2007. *Nurse Education Today*, 28(3), 264-272. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2007.05.004>
- CHULN – Polo HPV. (2019). Manual de boas práticas em cirurgia de ambulatório (3^a ed.). https://www.ulssm.min-saude.pt/media/k2/attachments/unidade_cirurgia_ambulatorio/12_Manual%202019.pdf
- Fernandes, D. S. C. (2021). Ensino de enfermagem pré-operatório: impacto na ansiedade da pessoa submetida a cirurgia [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Institucional.
- Crosby, P. B. (1979). *Quality is free: The art of making quality certain*. McGraw-Hill.
- Cummings, G. G., Tate, K., Lee, S., Wong, C. A., Paananen, T., Micaroni, S. P., & Chatterjee, G. E. (2018). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 85, 19-60. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.016>
- de Jonge, S. W., Boldingh, Q. J. J., Koch, A. H., Daniels, L., de Vries, E. N., Spijkerman, I. J. B., Ankum, W. M., Kerkhoffs, G. M. M. J., Dijkgraaf, M. G., Hollmann, M. W., & Boermeester, M. A. (2021). Timing of preoperative antibiotic prophylaxis and surgical site infection: TAPAS, an observational cohort study. *Annals of Surgery*, 274(4), e308-e314. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000003634>
- Deming, W. E. (1993). *The new economics for industry, government, education* (2nd ed.). MIT Press.

Direção-Geral da Saúde. (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>

Danski, M. T. R., Silva, C. M., & Cunha, M. G. B. (2023). Assistência perioperatória de enfermagem voltada à segurança do paciente cirúrgico: uma revisão integrativa. *Revista SOBECC*, 28(1), e878. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202328878>

Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril. Aprova o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 93. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/104-1998-70937797> Diário da República

Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro. Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 205. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-1996-77046>

Direção-Geral da Saúde. (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/>

Dionigi, G., Tufano, R. P., Russell, J., Kim, H. Y., Piantanida, E., & Anuwong, A. (2020). Neuromonitoring in endoscopic and robotic thyroid surgery. *Updates in Surgery*, 72(2), 389-398. <https://doi.org/10.1007/s13304-020-00784-3>

Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford University Press.

Edwards, D. R. (1968). *Quality in the business enterprise*. Wiley.

Emanuel, L., Berwick, D., Conway, J., Combes, J., Hatlie, M., Leape, L., ... & Walton, M. (2008). What exactly is patient safety? In R. G. Hughes (Ed.), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses* (pp. 1-18). Agency for Healthcare Research and Quality (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2681/>

Entidade Reguladora da Saúde. (2021). Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS). <https://www.ers.pt>

Erden, S., & Sonmez, B. (2022). The effect of nursing interventions on postoperative recovery and discharge readiness in day surgery patients. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 26, 100286. <https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2022.100286>

Ferguson, L., Cummings, G. G., de Vries, K., & Estabrooks, C. A. (2020). Leadership development for nurses: A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 28(1), 4-17.

<https://doi.org/10.1111/jonm.12950>

Ferreira, V. (1959). Aparição. Portugália Editora.

Ferschl, M. B., Tung, A., Sweitzer, B. J., Huo, D., & Glick, D. B. (2015). Preoperative screening for obstructive sleep apnea. *Anesthesia & Analgesia*, 110(4), 1092–1097. <https://doi.org/10.1213/ANE.0b013e3181d0d3a3>

Gan, T. J., Diemunsch, P., Habib, A. S., Kovac, A., Kranke, P., Meyer, T. A., ... & Apfel, C. C. (2020). Consensus guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting. *Anesthesia & Analgesia*, 131(2), 411–448. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004833>

Gonçalves, F., Silva, T., & Henriques, C. (2019). A atuação do enfermeiro instrumentista na cirurgia da tiroide: revisão integrativa da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 34, 28–35.

Gonçalves, M., Pereira, M. A., & Machado, N. (2019). Construção e implementação de um modelo de consulta de enfermagem no pré-operatório de cirurgia geral programada. Suplemento digital Rev ROL Enferm. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/35495/1/resumo_p.54.pdf

Gonçalves, F., Silva, T., & Henriques, C. (2019). A atuação do enfermeiro instrumentista na cirurgia da tiroide: revisão integrativa da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 34, 28–35.

Gonçalves, R., Ferreira, M., & Ferreira, F. (2019). Consulta de enfermagem pré-operatória: Contributos para a segurança do doente. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(2), 12–18.

Gourin, C. G., & Terris, D. J. (2019). The value of intraoperative nerve monitoring in thyroid surgery. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 52(6), 1273–1283. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2019.08.004>

Graham, D., McGowan, J., & Maheshwari, K. (2018). The role of the perioperative nurse in anesthesia care: A global perspective. *AORN Journal*, 108(4), 354–363. <https://doi.org/10.1002/aorn.12384>

Guimarães, M. S. F., & Silva, L. R. (2016). Conhecendo A Teoria Das Transições E Sua Aplicabilidade Para Enfermagem. <https://journaldedados.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>

Guo, P. (2015). Preoperative education interventions to reduce anxiety and improve recovery among cardiac surgery patients: A review of randomised controlled trials. *Journal of Clinical Nursing*, 24(1–2), 34–46. <https://doi.org/10.1111/jocn.12618>

Henriques, I. C. R. (2023). Consulta de enfermagem pré-operatória telefónica [Relatório de estágio de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/49623>

IASP – International Association for the Study of Pain. (2022). IASP Declaration of Montreal: Access to Pain Management is a Fundamental Human Right. Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/>

Institute for Healthcare Improvement. (n.d.). Patient Safety. Recuperado de <https://www.ihi.org/Topics/PatientSafety/Pages/default.aspx>

Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos. (2020). Guideline for safe medication practice in the operating room. ISMP. <https://www.ismp.org/>

Joint Commission International. (2021). Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 7th Edition. Joint Commission Resources.

Kandil, E., Hammad, A. Y., Noureldine, S. I., Yao, L., & Tufano, R. P. (2016). Transoral thyroidectomy: A safe and scarless technique. *World Journal of Surgery*, 40(3), 615–621. <https://doi.org/10.1007/s00268-015-3340-1>

Kil, H. K., Kim, W. O., Chung, W. Y., Kim, G. H., Seo, H., Hong, J. Y., & Park, W. S. (2012). Preoperative anxiety and pain sensitivity are independent predictors of postoperative pain in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *Pain Research and Management*, 17(6), 341–346. <https://doi.org/10.1155/2012/476794>

Kim, W. W., Kim, J. S., Hur, S. M., Kim, S. H., Kim, S., Lee, S. K., & Choi, J. H. (2020). Is robotic thyroidectomy superior to endoscopic or conventional open thyroidectomy? A systematic review and meta-analysis. *Annals of Surgical Oncology*, 27(3), 889–898. <https://doi.org/10.1245/s10434-019-07984-5>

Kok, X. L. F., Newton, J. T., Jones, E. M., & Cunningham, S. J. (2022). Social Support and pre-operative Anxiety in Patients Undergoing Elective Surgical procedures: a Systematic Review and meta-analysis. *Journal of Health Psychology*, 28(4), 135910532211169. <https://doi.org/10.1177/13591053221116969>

Kok, L., Slooter, A., Hilken, P., van Dijk, D., & van der Jagt, M. (2022). Preoperative anxiety and its association with postoperative outcomes in elective surgery: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Anaesthesia*, 128(2), 244–256. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2021.11.013>

Lang, B. H., Wong, K. P., & Lo, C. Y. (2013). A systematic review and meta-analysis comparing outcomes between robotic-assisted thyroidectomy and conventional open thyroidectomy. *Annals of Surgical Oncology*, 20(4), 1205–1215. <https://doi.org/10.1245/s10434-012-2700-z>

Leal, M. S. da R. (2023). Benefícios da consulta pré-operatória de enfermagem para a pessoa submetida a cirurgia de ambulatório [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/50067>

Leal, L. (2023). Consulta de Enfermagem Pré-Operatória: uma ferramenta para a segurança e qualidade dos cuidados. Porto: Escola Superior de Enfermagem.

Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 1.ª série, n.º 180. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>

Maranets, I., & Kain, Z. N. (1999). Preoperative anxiety and intraoperative anesthetic requirements. *Anesthesia & Analgesia*, 89(6), 1346–1351. <https://doi.org/10.1097/00000539-199912000-00003> PubMed+1ResearchGate+1

Marques, A. M., Oliveira, A. S., & Gomes, A. M. (2021). Gestão em Enfermagem: Práticas e Desafios Contemporâneos. Lidel.

Matos, L., Costa, J., & Tavares, A. (2021). Prevenção de lesões neurológicas relacionadas com o posicionamento cirúrgico. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(6), e21066. <https://doi.org/10.12707/RV21066>

Meara, J. G., Leather, A. J. M., Hagander, L., Alkire, B. C., Alonso, N., Ameh, E. A., ... & Yip, W. (2015). Global Surgery 2030: evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development. *The Lancet*, 386(9993), 569–624. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60160-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60160-X) PubMed

Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2019). Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice (4.ª ed.). Wolters Kluwer.

Meleis, A. I. (2011). Theoretical Nursing: Development and Progress. In Google Books. Lippincott Williams & Wilkins. <https://books.google.pt/books?id=kPdB1vU1c1YC&printsec=frontcover&hl=pt-PT#v=onepage&q&f=false>

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS. Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Mendes, D. A., & Ferrito, C. R. C. (2021). Consulta de enfermagem pré-operatória: Implementação e avaliação. *Referência*, 5(5), e20088. <https://doi.org/10.12707/RIV20088>

Ministério da Saúde. (s.d.). Acreditação de instituições prestadoras de cuidados de saúde – Modelo ACSA. <https://www.sns.gov.pt>

Ministério da Saúde. (2015). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015–2020.

<https://www.sns.gov.pt>

Ministério da Saúde. (2002). Carta dos Direitos das Pessoas em Cuidados de Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde.

Munday, J., James, N., Douglas, L., & McTaggart, S. (2020). Nurse-led randomized controlled trials in the perioperative setting: A scoping review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 13, 647-660. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S255785>

Nobre, F. A. da P., Rodrigues, M. K. de S., Costa, R. M. do A., Albuquerque, E. V. da S., Romão, C. M. da S. B., Nascimento, C. C. C., Tavares, M. O. Q. L., & Collaço, L. P. B. (2020). Empoderamento e promoção à saúde: uma reflexão emergente. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(5), 14584-14588. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n5-253>

Nobre, J., Pinto, M., & Silva, L. (2020). Empowerment na enfermagem: uma perspetiva para a autonomia da pessoa. *Revista de Enfermagem da Universidade da Madeira*, 2(26), 59-68.

Nunes, L. (2012). Enfermagem Perioperatória: Desafios para a viagem. *Revista AESOP*, 37. https://www.researchgate.net/publication/313842349_Enfermagem_perioperatoria_desafios_para_a_Viagem
Nunes, V. L. B. (2023). Literacia em saúde da pessoa submetida a cirurgia de ambulatório. In Rcaap.pt. <http://hdl.handle.net/10400.26/45388>

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.

OECD. (2023). Health at a Glance: Europe 2023 – State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>

Ordem dos Enfermeiros & Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. (2023). *Guia orientador de boas práticas de enfermagem de saúde mental de ligação* (1.ª ed.). Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32539/gobpsaudementalligacao_v3ok.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série, n.º 26, 6 de fevereiro de 2019. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195vLex>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018 – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Diário da República, 2.ª série, n.º 135, 16 de julho de 2018. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: Na área de enfermagem à pessoa em situação crítica; na área de

enfermagem à pessoa em situação paliativa; na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória; na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Anexo II à Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro). Diário da República, 1.ª série, n.º 180. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. <https://www.ordemenfermeiros.pt>

Organização Mundial da Saúde. (2022). Patient Safety: Surgical Safety Checklist. WHO. Disponível em: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/research/safe-surgery>

Organização Mundial da Saúde. (2020). Strengthening the health system response to COVID-19 – Technical guidance #1: Governance. <https://www.euro.who.int>

Organização Mundial da Saúde. (2018). Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade e Segurança dos Serviços de Saúde. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>

Organização Mundial da Saúde. (2009). WHO Guidelines for Safe Surgery: Safe surgery saves lives. WHO Press. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241598552>

Ouschan, R., Sweeney, J., & Johnson, L. (2000). Dimensions of patient empowerment: Implications for professional services marketing. *Health Marketing Quarterly*, 18(1-2), 15-33. https://doi.org/10.1300/J026v18n01_08

Oteri, A., et al. (2021). Preoperative anxiety in surgical patients: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Anesthesia*, 68, 110102. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2020.110102>

Park, H. J., Lee, S. G., Kim, H. Y., Park, J. H., & Lee, C. R. (2018). Efficacy of autotransplantation of parathyroid glands after thyroidectomy: A systematic review and meta-analysis. *Hormone and Metabolic Research*, 50(10), 744-751. <https://doi.org/10.1055/a-0666-1094>

Pereira, J., Mendes, A., & Nogueira, P. (2017). O papel do enfermeiro no bloco operatório: Contributos para a segurança do doente. *Revista Portuguesa de Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 35(1), 34-40.

Petersen, P. B. (1993). Total quality management and the Deming approach to quality management. *Journal of Management History*, 1(3), 49-66. <https://doi.org/10.1108/EUM000000000006424>

Pettersson, M. E., Öhlén, J., Friberg, F., Hydén, L.-C., Wallengren, C., Sarenmalm, E. K., &

- Carlsson, E. (2018). Prepared for surgery: Communication in nurses' preoperative consultations with patients undergoing surgery for colorectal cancer after a person-centred intervention. *Journal of Clinical Nursing*, 27(13-14), 2904-2916. <https://doi.org/10.1111/jocn.14312>
- Phillips, N. (2020). *Berry & Kohn's Operating Room Technique* (14.^a ed.). Elsevier.
- Ramalho, D., Lima, S., & Correia, T. (2018). *Gestão em Saúde: Contextos e Perspectivas*. Almedina.
- Reason, J. (1990). *Human error*. Cambridge University Press.
- Saúde que Conta. (2012). 1.^a Fase - Literacia em Saúde. <https://www.saudequeconta.org/investigacao/1a-fase-literacia-em-saude/>
- Sampaio, R. S., Barreto, J. J. S., & Moser, D. C. (2019). Processo de enfermagem e suas implicações na prática profissional. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(2), e6028. <https://doi.org/10.25248/REAS.e6028.2021>
- Sessler, D. I. (2016). Perioperative thermoregulation and heat balance. *The Lancet*, 387(10038), 2655-2664. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00981-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00981-2)
- Shortell, S. M., & Kaluzny, A. D. (2006). *Health care management: Organization design and behavior* (5th ed.). Delmar Cengage Learning.
- Silva, L. (2021). A autonomia profissional do enfermeiro na prestação de cuidados de enfermagem em Unidades de Saúde Familiar [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/52029>
- Silva, M. A., Souza, L. F., & Oliveira, R. T. (2020). Gestão de risco e segurança do paciente em pronto atendimento. *Revista Tópicos*, 5(2), 45-52. <https://revistatopicos.com.br/artigos/gestao-de-risco-e-seguranca-do-paciente-em-pronto-atendimento>
- Silva, R. M., Sousa, M. R., Santos, L. F., & Pereira, C. M. (2021). Ética e valores na prática clínica de enfermagem: desafios e perspetivas contemporâneas. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), 1-10. <https://doi.org/10.12707/RVI-SI21041>
- Sousa, P., Almeida, A. E., & Gonçalves, R. M. (2021). Intervenções do enfermeiro no acolhimento do doente cirúrgico: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), e21054. <https://doi.org/10.12707/RV21054>
- Tang, C. J., Zhou, W. T., Chan, S. W. C., Liaw, S. Y., & Klainin-Yobas, P. (2021). The effectiveness of the ISBAR communication tool in clinical handover: A systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(1), mzab114. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab114>
- Walburn, J., Vedhara, K., Hankins, M., Rixon, L., & Weinman, J. (2009). Psychological stress and

wound healing in humans: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 67(3), 253-271. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.04.002>

Weber, R. A., Bendahan, N., & Yarbrough, D. E. (2019). Nerve injuries related to patient positioning in the operating room: Prevention and management. *Clinical Plastic Surgery*, 46(1), 15-24. <https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.09.005>

The Joint Commission. (2021). National patient safety goals effective January 2021: Hospital accreditation program. <https://www.jointcommission.org/standards/national-patient-safety-goals/>

Vieira, M. T., Ramos, R. A., & Santos, M. C. (2018). Utilização da monitorização do nervo laríngeo recorrente em cirurgia tiroideia: revisão sistemática da literatura. *Acta Otorrinolaringológica Gallega*, 11(2), 101-110. <https://doi.org/10.15570/actaorl.2018.012>

Weaver, S. J., Lubomksi, L. H., Wilson, R. F., Pfoh, E. R., Martinez, K. A., & Dy, S. M. (2013). Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: A systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 158(5 Pt 2), 369-374. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00002>

World Health Organization. (2009). WHO guidelines for safe surgery 2009: Safe surgery saves lives. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK143243/>

Zago, M. M. F. (1993). Considerações sobre o ensino do paciente cirúrgico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 27(1), 67-71. <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/y4FqDZmkZtbBrTpF9Y3rRvm/?format=pdf&lang=pt>

Zimmerman, M. & Perkins, D. (1995) Empowerment theory, research and application. *American Journal of Community* <https://doi.org/10.1007/BF02506982>

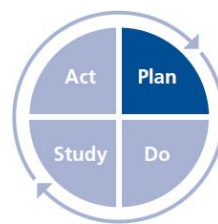
Zhou, Y., et al. (2021). Management of thyroidectomy-related hypoparathyroidism: An evidence-based clinical guideline. *Frontiers in Endocrinology*, 12, 778318. <https://doi.org/10.3389/fendo.2021.778318>

7. ANEXOS

Anexo I

PDSA – PROPOSTA DE MELHORIA

P_{lan}D_oS_{tudy}A_{ct}



1 PLANEAR:

(P) - PLAN

Contextualização e pertinência do tema: A Consulta Pré-Operatória de Enfermagem (CPOE) é encarada como uma atividade autónoma de enfermagem fulcral para otimizar a preparação pré-operatória e melhorar a recuperação cirúrgica (Breda & Cerejo, 2021). Ademais esta intervenção permite construir uma relação terapêutica que facilita a comunicação centrada no utente cirúrgico, onde o enfermeiro colhe dados através de uma entrevista clínica e, posteriormente, adequa as intervenções às necessidades identificadas (Pettersson et al., 2018).

Objetivo: implementar uma consulta de enfermagem pré-operatória via telefone para utentes agendados para cirurgias eletivas no bloco operatório central, com o objetivo de promover a autogestão do utente cirúrgico do procedimento invasivo, contribuir para a qualidade e segurança dos cuidados perioperatórios, o que se traduz em implicações concretas nos *outcomes* em saúde que conduzem a benefícios quer para a pessoa quer para a sua família/pessoa significativa, bem como uma maior satisfação dos mesmos durante todo a sua experiência cirúrgica.

Metodologia: Formação em serviço sobre o projeto e formação específica sobre a consulta ao grupo de enfermeiros que vai implementar a CPOE telefónica. Elaborar uma proposta para a implementação de estudo clínico randomizado aleatoriamente, com um grupo intervenção e grupo controlo.

Recursos: Gabinete com secretária, mesa e computador com acesso aos SIE e sala de formação.

2 IMPLEMENTAR:**(D) - DO**

A implementação do projeto ocorrerá em 3 fases distintas: implementação de *focus group* e consequente formação de equipa dedicada, teste piloto e avaliação.

Focus Group: reunião de um grupo de enfermeiros peritos na área para definir guião orientador da CEPO do BOC (1 semana antes e 24h antes) e folheto informativo.

Teste piloto: a realização de um teste piloto, restrito a um grupo de utentes submetidos a determinada cirurgia, é uma estratégia para ensaiar a viabilidade e operacionalidade do projeto. Neste caso, sugere-se iniciar a implementação da CEPO apenas nos utentes submetidos a cirurgias com internamento de 24h de pós-operatório. Serão precisos 2 grupos para se poderem fazer as comparações no final.

O teste piloto será realizado com os recursos já existentes no hospital, enfermeiros do BOC e uma sala de consulta.

Avaliação: A recolha de feedback e a avaliação dos resultados obtidos é importante para garantir a adequabilidade do projeto, ponderar sobre ajustes e adaptar metodologias. Os indicadores de qualidade permitem a avaliação do processo (qualidade do guião da teleconsulta através de questionário utilizando a plataforma Google Forms®; perceção dos enfermeiros do BOC da utilidade do projeto através de questionário utilizando a plataforma Google Forms®,) a avaliação do resultado (alteração de diagnóstico da autogestão/conhecimento necessita de ser melhorado para facilitador; satisfação dos utentes cirúrgicos através de escala de satisfação).

. **Implementação:** esta fase concretiza o início efetivo do projeto no serviço, após aprovação do CA.

3 ESTUDAR OU AVALIAR:**(S) – STUDY**

O **estudo/avaliação** do projeto é essencial para garantir a eficácia e eficiência do mesmo. Neste caso, esta atividade seria concretizada da mesma forma, usando os mesmos métodos que foram utilizados para a fase do teste piloto. É importante nesta fase retribuir o feedback, ou seja, os coordenadores do projeto devem informar os profissionais do progresso do projeto, por exemplo através da divulgação dos resultados da avaliação em forma de gráfico, de diagrama ou de quadros de feedback. Esta estratégia desenvolve o espírito de equipa ou “*team building*” e potencia o envolvimento e a motivação.

4 MUDAR:**(A) – ACT**

Esta fase determina a integração deste projeto em forma já de procedimento, evoluindo a ideia para uma dinâmica protocolada pelo serviço em específico e instituição, no sentido de garantir a correta instrução do procedimento e a correta aquisição de capacidades. Formação multidisciplinar para dar a conhecer o procedimento.

Referências bibliográficas

Breda, L. F. T. F., & Cerejo, M. da N. R. (2021). Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. *Revista de Enfermagem Referência*, V(5).

<https://www.redalyc.org/journal/3882/388266931006/html/>

Pettersson, M. E., Öhlén, J., Friberg, F., Hydén, L.-C., Wallengren, C., Sarenmalm, E. K., & Carlsson, E. (2018). Prepared for surgery - Communication in nurses' preoperative consultations with patients undergoing surgery for colorectal cancer after a person-centred intervention. *Journal of Clinical Nursing*, 27(13-14), 2904–2916.

<https://doi.org/10.1111/jocn.14312>

Anexo II

SERVIÇO DE:	BOC
TIPO DE FORMAÇÃO	☐ Formação em Plano Anual ☒ Formação Extraordinária
TÍTULO	Cuidados na administração de medicação IV através de CVP
OBJETIVOS	● Sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da administração segura de medicamentos IV por CVP. ● Promover boas práticas que previnam complicações e garantam a segurança do doente. ● Descrever os passos corretos na administração de medicamentos intravenosos por CVP segundo as boas práticas. ● Aplicar medidas de assepsia e técnicas de prevenção de infeções da corrente sanguínea.
DESTINATÁRIOS	Enfermeiros do BOC
DATA	10 dezembro 2024
HORA	08h45
DURAÇÃO	30min
LOCAL	BOC
FORMADORES	Enf.ª Ana Luísa
MODALIDADES	Sessão teórica

Observações:

O RESPONSÁVEL

O GABINETE DE FORMAÇÃO

Anexo III

SERVIÇO DE:	BOC
TIPO DE FORMAÇÃO	☒ Formação pontual
TÍTULO	FUMO CIRÚRGICO: COMO NOS PROTEGERMOS DESTE INIMIGO OCULTO
OBJETIVOS	● Conhecer os constituintes do fumo cirúrgico ● Reconhecer o fumo cirúrgico como a ameaça que constitui para os profissionais ● Conhecer as estratégias e medidas de proteção mais eficazes para reduzir a exposição ao FC no BOC
DESTINATÁRIOS	Profissionais do BOC
DATA	10 de dezembro de 2024
HORA	08h15
DURAÇÃO	30min
LOCAL	Sala Panorâmica
FORMADORES	Enfermeira Ana Fernandes
MODALIDADES	Sessão teórica

O RESPONSÁVEL

O GABINETE DE FORMAÇÃO