

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**OS CUIDADOS ESPECIALIZADOS
DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM CONTEXTO
PERIOPERATÓRIO: prevenção da infeção
do local da ferida cirúrgica**

Maribel Figueira n°2198

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de
São José de Cluny para a obtenção de grau de mestre em Enfermagem
Médico-Cirúrgica.**

Funchal, 2023

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**OS CUIDADOS ESPECIALIZADOS
DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM CONTEXTO
PERIOPERATÓRIO: prevenção da infeção
do local da ferida cirúrgica**

Maribel Figueira nº2198

Orientadora: Professora Doutora Márcia Lúcia Sousa Dias Alves

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de
São José de Cluny para a obtenção de grau de mestre em Enfermagem
Médico-Cirúrgica.**

Funchal, 2023

“Aprender é a única coisa que a mente nunca se cansa,
nunca tem medo e nunca se arrepende.”

Leonardo da Vinci

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha Orientadora Exma. Sr.^a Professora Doutora Márcia Lúcia Sousa Dias Alves pela paciência, orientação, disponibilidade e pela partilha de conhecimentos durante este período académico.

Agradeço aos Enfermeiros orientadores dos diferentes estágios, pelo apoio, disponibilidade, orientação, pela partilha de conhecimentos, experiências e vivências, no decurso dos diversos estágios.

Gostaria de dirigir também, os meus sinceros agradecimentos a todos os elementos das equipas de enfermagem dos serviços de Cirurgia Colorretal, Serviço do Bloco Operatório, da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos Prolongados, do Serviço das Consultas Externas e da equipa de enfermagem do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos do Hospital Dr. Nélio Mendonça (SESARAM), que me acolheram durante o período de estágio e que a todos os níveis muitos ensinamentos me transmitiram.

Aos meus colegas do Serviço de Cirurgia Hépato-Biliar-Pancreático do Hospital Dr. Nélio Mendonça, pelo apoio, compreensão e pelo companheirismo prestado durante todo o meu percurso académico.

Um agradecimento final à minha família que a meu lado sempre demonstraram apoio incondicional em todos os momentos deste percurso académico, de forma especial a minha irmã Sandra pela ajuda, compreensão e disponibilidade.

RESUMO

No âmbito do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, foi elaborado o relatório de estágio com o tema – Os Cuidados Especializados do Enfermeiro Especialista em contexto Perioperatório: prevenção da infecção do local da ferida cirúrgica.

O presente relatório de estágio tem como objetivo descrever as atividades que foram desenvolvidas para adquirir as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista no cuidado ao paciente cirúrgico no período perioperatório e em particular na prevenção da infecção do local da ferida cirúrgica. Pretende demonstrar a capacidade de organização e planeamento de intervenções de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e família/pessoa significativa, análise e reflexão, implicações éticas, fundamentação científica, discussão e conclusões, assim como, revela o trajeto seguido ao longo de três estágios clínicos.

O estágio I e II do módulo I abordou temáticas como o “Cuidar na sala operatória” e o “Cuidar em contexto de Ambulatório”, o estágio de opção do módulo II permitiu consolidar conhecimentos e experiências vividas nos dois primeiros estágios, partindo de um projeto de auto-formação. O módulo III corresponde ao relatório final fundamentado. Este documento divide-se em cinco capítulos, um primeiro que aborda conceitos sobre o cuidar do paciente no período perioperatório, onde são relatadas práticas e vivências nos estágios clínicos; seguido de um segundo capítulo que descreve as competências comuns do enfermeiro especialista; um terceiro capítulo que aborda a prevenção e controlo de infeção; um quarto capítulo que fala das competências específicas de enfermagem à pessoa em situação perioperatória; e por último, um quinto capítulo que expõe as competências de Mestre. A abordagem metodológica passará pela via exploratória-descritiva e reflexiva, pesquisa bibliográfica em artigos e revistas com evidência científica recente.

O relatório será realizado de acordo com o documento das normas orientadoras, para a elaboração de trabalhos académicos estipulados pela Escola Superior de Enfermagem São José Cluny.

Palavras-chaves: enfermagem Médico-Cirúrgico, paciente, ferida cirúrgica, período perioperatório, especialização.

ABSTRACT

As part of the 5th Master's Course in Medical-Surgical Nursing of the São José de Cluny School of Nursing, the internship report was prepared on the topic – The Specialized Care of the Specialist Nurse in a perioperative context: prevention of infection of the surgical wound site.

This internship report describes the activities that were carried out to acquire the common skills of the Specialist Nurse in the care of surgical patients in the perioperative period and in the prevention of infection of the surgical wound site. It seeks to demonstrate the ability to organise and plan nursing interventions for the person in a perioperative situation and the family/significant person, analysis and reflection, ethical implications, scientific basis, discussion and conclusions, as well as reveal the path followed through three clinical stages.

Stages I and II of module I addressed topics such as "Care in the operating theatre" and "Care in the context of outpatient clinics", the option stage of module II served to consolidate the knowledge and experiences gained in the first two stages, and module III corresponds to the final informed report. This report is divided into five different chapters. The first chapter addresses concepts about patient care in the perioperative period, where practices and experiences in clinical stages are reported, which is followed by a second chapter describing the common skills of the specialist nurse. Chapter three sets out the prevention and control of infection, the fourth chapter addresses the specific nursing skills related to the person in a perioperative situation, and finally a fifth chapter which sets out the competences of the Master. The methodological approach covers the exploratory-descriptive and reflexive method used, and the bibliographical research in articles and journals with recent scientific evidence.

The report will be prepared in accordance with the style guide for the preparation of academic works adopted by the São José Cluny School of Nursing.

Keywords: Medical-Surgical nursing, patient, surgical wound, perioperative period, specialisation.

LISTA DE SIGLAS

AESOP – -Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas

ASA – - American Society of Anesthesiologist

BO – - Bloco Operatório

CDI – - Cardioversor Desfibrilhador Implantável

DGS – - Direção Geral de Saúde

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica

EEEMCPSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória

EI – - Endocardite Infeciosa

EMIR – - Equipa Médica de Intervenção Rápida

EPI – - Equipamento de Proteção Individual

ESESJC – - Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny

GCPPCIRA – - Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

HNM – - Hospital Dr. Nélio Mendonça

IACS – - Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

ILC – - Infecção do Local Cirúrgico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – - Ordem dos Médicos

OMS – - Organização Mundial da Saúde

PBCI – - Precauções Básicas do Controlo de Infecção

REPE – - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SO – - Sala Operatória

SU – - Serviço de Urgência

TAC – - Tomografia Computorizada

TAVI – - Implantação da Válvula Aórtica Transcateter

UCPA – - Unidade Cuidados Pós- Anestésicos

UCPAP – - Unidade Cuidados Pós-Anestésicos Prolongados

UHD – - Unidade Hemodinâmica

WHO – - World Health Organization

ÍNDICE

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| AGRADECIMENTOS | 7 |
| RESUMO..... | 9 |
| ABSTRACT..... | 11 |
| LISTA DE SIGLAS | 13 |
| ÍNDICE..... | 15 |
| INTRODUÇÃO..... | 17 |
| 1. CUIDAR DO DOENTE NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO..... | 19 |
| 1.1. UM OLHAR SOBRE PRÁTICAS E VIVÊNCIAS | 22 |
| 2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA..... | 53 |
| 2.1. RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL | 53 |
| 2.2. MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE | 56 |
| 2.3. GESTÃO DOS CUIDADOS..... | 60 |
| 2.4. APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS | 64 |
| 3. PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO..... | 69 |
| 3.1. PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO..... | 72 |
| 4. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA..... | 77 |
| 4.1. CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA E RESPECTIVA FAMÍLIA/PESSOA SIGNIFICATIVA..... | 78 |
| 4.2. MAXIMIZAR A SEGURANÇA DA PESSOA A VIVENCIAR SITUAÇÃO CIRÚRGICA E DA EQUIPA PLURIDISCIPLINAR, CONGRUENTE COM A CONSCIÊNCIA CIRÚRGICA | 80 |
| 5. COMPETÊNCIAS DE MESTRE | 82 |
| 5.1. POSSUIR CONHECIMENTOS E CAPACIDADE DE COMPREENSÃO DESENVOLVENDO E APROFUNDANDO OS CONHECIMENTOS DO 1º CICLO, ASSIM COMO, APLICAR OS CONHECIMENTOS EM CONTEXTO DE INVESTIGAÇÃO | 83 |
| CONCLUSÃO..... | 90 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 92 |

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório – Módulo III, integrado no 2º ano do 1º Semestre do 5º mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da pessoa em situação Perioperatória da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny (ESESJC), foi solicitado a realização do relatório crítico fundamentado, desenvolvendo e analisando as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgico à Pessoa em situação Perioperatória. A temática central do relatório incide nos “Cuidados Especializados do Enfermeiro Especialista em contexto Perioperatório: prevenção da infecção do local da ferida cirúrgica”, tendo como docente orientadora a Professora Doutora Márcia Alves.

Os estágios decorreram no Serviço do Bloco Operatório (BO), na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos Prolongados (UCPAP), no Serviço de Cirurgia Colorretal/Endocrinologia 2º poente e por fim no Serviço de Consultas Externas do Hospital Dr. Nélio Mendonça (HNM).

A construção do relatório espelha o trabalho desenvolvido ao longo dos diferentes ensinamentos clínicos, assim como, as competências adquiridas e aperfeiçoadas na assistência de enfermagem à pessoa em situação Perioperatória.

A Enfermagem é uma profissão que tem como objetivo prestar cuidados aos indivíduos, reconhecida como a ciência e a arte de assistir ao ser humano (indivíduo, família e comunidade), nos diversos contextos ao longo do ciclo de vida. O enfermeiro é um profissional de saúde que tem competências humanas, científicas e técnicas para a prestação de cuidados de enfermagem.

A ordem dos Enfermeiros (OE, 2018), no regulamento nº429/2018 de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória refere que:

Os cuidados de enfermagem nesta área de especialização são dirigidos aos projetos de saúde da pessoa e família /pessoa significativa a vivenciarem processos de saúde/doença que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, em ambiente perioperatório, à promoção da saúde, à prevenção de eventos adversos e ao tratamento da doença (p.19366).

Este regulamento refere que a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgico à Pessoa em situação Perioperatória (EEEMCPSP) desenvolve-se em cinco áreas distintas: consulta perioperatória, anestesia, circulação,

instrumentação e cuidados pós-anestésicos, sendo que, o conjunto destas áreas definem as fases do pré, intra e pós-operatório.

A metodologia escolhida para o desenvolvimento de competências nos diferentes contextos de estágio passou pela execução dos cuidados de enfermagem inseridos em cinco etapas diferentes: a avaliação inicial, os diferentes diagnósticos, o planeamento dos cuidados, as intervenções da pessoa em situação perioperatória e a avaliação final.

O presente relatório encontra-se dividido em cinco capítulos. Numa fase inicial é exposto o tema - cuidar o doente no período perioperatório, onde são descritas e analisadas as atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio. Numa fase seguinte, serão abordados assuntos como o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista, a prevenção e o controlo de infeção, as competências específicas do enfermeiro especialista à pessoa em situação perioperatória e por fim as competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A fundamentação teórica passará pela via exploratória-descritiva e reflexiva, baseada na pesquisa bibliográfica em artigos, revistas científicas e em base de dados fidedignas.

Este relatório foi realizado de acordo com o documento das normas orientadoras, para a elaboração de trabalhos académicos estipulados pela Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny.

1. CUIDAR DO DOENTE NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO

O cuidado humano é uma ação que se manifesta pela proximidade de duas pessoas numa situação ou num determinado ambiente. O cuidado para algumas pessoas corresponde a um ato, para nós enfermeiros, é uma atitude, um dom valioso e é a essência da enfermagem. Este processo, visa fornecer assistência às pessoas de forma a promover o autoconhecimento, a recuperação e a promoção da saúde dos indivíduos. Em contexto hospitalar, os pacientes esperam melhorar as suas condições de saúde, para isso, a equipa de enfermagem tem de promover e desenvolver boas relações, colocando o cuidado como elemento-chave na interação paciente/enfermeiro (Fantin et al., 2019).

O cuidar implica o ato de comunicar, que passa pela capacidade criativa e reflexiva do pensar, ou seja, comunicar é estabelecer uma interação com o indivíduo, por meio de palavras e movimentos, criando sentidos. O ato de cuidar na enfermagem, requer sensibilidade e aprendizagem de técnicas de comunicação apropriadas, a serem aplicadas durante todo esse processo (Oliveira et al., 2020).

O cuidar em enfermagem consiste em “proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando pessoas a lidar melhor com a situação de sofrimento e dor, bem como, na existência” (Oliveira et al., 2020, p.168). Tem como objetivo cuidar do ser humano de forma holística e integral, respeitando o indivíduo no seu contexto bio-psicossocial. A enfermagem perioperatória tem como objetivo cuidar do paciente cirúrgico e a sua família, nos períodos pré, intra e pós-operatórios. A assistência de enfermagem ao paciente e seus familiares, no período perioperatório, deve ser realizada de maneira a minimizar os riscos e possíveis complicações relacionadas com o procedimento anestésico-cirúrgico e a hospitalização. Guido et al. (2014), referem que a prática profissional do enfermeiro no período perioperatório requer uma avaliação criteriosa e contínua, das alterações e necessidades apresentadas pelo paciente para implementar intervenções personalizadas.

Para a prática da enfermagem perioperatória é necessário que os profissionais estejam devidamente qualificados e bem preparados para responder com eficiência às exigências dos diferentes procedimentos cirúrgicos.

Para Ferrito (2014), o enfermeiro perioperatório “é responsável por todas as atividades e intervenções relacionadas com o cuidado ao doente” (p.4). O enfermeiro precisa de aplicar o conhecimento científico e as suas competências específicas em todas as fases do

processo perioperatório, desde o acolhimento, o ensino ao paciente/família, o planeamento e implementação das intervenções de enfermagem, os procedimentos pré e pós-cirúrgicos e anestésicos e por fim, a preparação do paciente para a transferência inter-hospitalar ou alta.

O período pré-operatório destaca-se pela decisão de iniciar a intervenção cirúrgica e termina com a transferência do paciente para a mesa operatória. É um período importante e crucial onde a equipa de enfermagem realiza a preparação física e psicológica do indivíduo para a cirurgia. As intervenções de enfermagem são principalmente de ensino e preparação para os procedimentos anestésicos e cirúrgicos (Ferrito, 2014).

O período pré-operatório é um momento propício para o enfermeiro especialista implementar intervenções que visem a satisfação do paciente, a promoção da saúde e a prevenção de complicações.

O período intra-operatório começa no momento da transferência da pessoa para a mesa operatória e termina quando esta é transferida para a UCPA. Durante esta etapa o paciente é monitorizado e anestesiado, sendo o procedimento cirúrgico realizado. Neste período, compete ao enfermeiro especialista prevenir complicações, maximizar o bem-estar e autocuidado do paciente, organizar os cuidados especializados e trabalhar na prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados.

O período pós-operatório começa quando o paciente é admitido na UCPA e termina quando a pessoa está recuperada da cirurgia. No pós-operatório imediato, “os cuidados de enfermagem centram-se na manutenção dos sistemas fisiológicos. Nas fases seguintes, o foco principal incide no ensino de competências ao doente e cuidadores para a preparação da alta” (Ferrito, 2014, p.3).

No período pós-operatório, o enfermeiro especialista procura a satisfação do paciente, promovendo a sua saúde, o seu bem-estar e o seu autocuidado, possibilitando assim, a sua autonomia. Também é dever do enfermeiro prevenir complicações, promover a segurança, organizar os cuidados especializados, prevenir e controlar a infeção associada aos cuidados de enfermagem.

A Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (AESOP, 2012), desenvolveu oito domínios de competências que definem o que é a enfermagem perioperatória:

Competência 1: A prestação de cuidados que procura capacitar o enfermeiro perioperatório a desenvolver um plano de cuidados personalizados focados no paciente

cirúrgico, tendo em conta, uma prestação de cuidados de qualidade e uma organização do seu trabalho.

Competência 2: A comunicação que permite habilitar o enfermeiro perioperatório a desenvolver uma comunicação eficaz e terapêutica, com o paciente e a sua família/pessoa significativa, e também a equipa multidisciplinar.

Competência 3: A educação/formação que pretende habilitar o enfermeiro perioperatório a ser gerador da educação/formação dos seus pares e de outros profissionais, mas também promotor da educação/formação ao doente e sua família/pessoa significativa.

Competência 4: A advocacia do doente que procura habilitar o enfermeiro perioperatório a responsabilizar-se pelo paciente cirúrgico, atendendo às suas necessidades físicas e psíquicas, protegendo-o de qualquer dano ou prejuízo, até que este seja capaz de tomar as suas próprias decisões.

Competência 5: A análise e investigação que procura habilitar o enfermeiro perioperatório no seu desenvolvimento de conhecimentos e ter um espírito crítico para a análise.

Competência 6: A gestão que procura habilitar o enfermeiro perioperatório a avaliar e promover os processos de gestão e a qualidade dos cuidados perioperatórios.

Competência 7: O desenvolvimento da pessoa como profissional que procura habilitar o enfermeiro perioperatório a promover a sua autoformação, desenvolvendo de forma sólida e concreta o seu percurso profissional.

Competência 8: A liderança que procura habilitar o enfermeiro perioperatório a liderar os seus pares e outros profissionais da equipa multidisciplinar do BO, tendo em conta os objetivos das organizações que representam e os resultados das suas atividades.

Para AESOP (2012), o enfermeiro perioperatório especialista “deve ser responsável por otimizar os recursos disponíveis, avaliando, planeando, implementando e determinando os cuidados ao doente perioperatório, de forma independente e em conjunto com terceiros” (p.186). As competências vêm habilitar o enfermeiro perioperatório a prestar cuidados de qualidade enquanto enfermeiro circulante, anestesista, instrumentista e enfermeiro de UCPA, ao paciente cirúrgico e sua família/pessoa significativa.

1.1. Um olhar sobre práticas e vivências

O **estágio I** aborda a temática “Cuidar na sala operatória”. Este estágio decorreu no BO central do HNM, entre finais do mês de outubro até meados de dezembro de 2021, perfazendo um total de 230 horas. Os turnos foram distribuídos entre manhãs, tardes e noites (turnos rotativos).

O BO é definido como “uma unidade orgânica-funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésico/cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes, com o objetivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida” (AESOP, 2012, p.20).

O BO central do HNM é composto por sete salas operatórias (SO), mas uma delas, por razões técnicas não é utilizada. Uma das salas é dedicada a especialidade Cirurgia Cardio-Torácica, onde encontramos diversos equipamentos nomeadamente, a máquina de circulação extra-corporal, o aparelho de desfibrilhação automática externa, as bombas perfusoras para a administração da terapêutica, um ecocardiógrafo para ecocardiografia trans- esofágica e equipamento de vídeo com dois ecrãs para visualização da cirurgia. Outra sala está efetiva para cirurgia com pacientes positivos a SARS-CoV-2 e para as cirurgias urgentes ou emergentes. Outra SO é utilizada pelas especialidades de Ortopedia e Neurocirurgia, que permite albergar diversos equipamentos, como a máquina de raio X e o vídeo laparoscópico. As restantes SO são para as cirurgias eletivas. Em cada SO existe uma sala de indução que permite dar continuidade ao acolhimento do paciente e prepará-lo para a cirurgia.

No BO ainda podemos encontrar a UCPA, que dá continuidade aos cuidados de enfermagem pós-cirúrgicos, uma sala de lavagem para desinfeção e descontaminação do material de instrumentação e uma sala para os resíduos hospitalares. O BO tem diversas arrecadações com materiais específicos para cada procedimento cirúrgico devidamente identificados. Seria útil e benéfico para a organização do trabalho da equipa perioperatória, que este material estivesse organizado num único local, já que seria um fator facilitador na localização do respetivo material. Do meu ponto de vista, considero que no BO existem espaços subaproveitados e que poderiam ter uma organização diferente.

A unidade de esterilização é acoplada ao BO, e é de fácil acesso. A equipa de esterilização acondicionam os instrumentos cirúrgicos necessários para cada especialidade

num carrinho específico para cada intervenção cirúrgica. Para a equipa de instrumentação este carrinho é imprescindível.

Bilbao (2012), acrescenta que a programação de um BO é determinante para um funcionamento eficaz e seguro onde devem ser respeitados vários objetivos, nomeadamente permitir a prestação de cuidados anestésicos/cirúrgicos a qualquer paciente quer seja ele total ou parcialmente dependente, oferecer aos pacientes um acolhimento com segurança e apoio psicológico, reduzindo o *stress* do paciente e família.

No decurso deste estágio, foi possível observar e prestar alguns cuidados de saúde sob a supervisão do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgico (EEEMC), nos diferentes procedimentos cirúrgicos das mais diversas especialidades. Exemplo disso são as cirurgias eletivas do serviço de Cirurgia Cardio-Torácica com a implantação de prótese aórtica mecânica; as cirurgias do serviço de Cirurgia Geral com a realização de colecistectomias, apendicectomias, hérnias inguinais/umbilicais e quistos sacro coccigeano; a Cirurgia Ortopédica das osteossínteses dos membros superiores e inferiores; a Cirurgia colorretal com a realização de laparotomia com colostomia ou ileostomia; a Cirurgia Pediátrica com as intervenções cirúrgicas às amígdalas e adenoides e a cirurgia das cifoplastias e artrodeses na coluna, área da Neurocirurgia. Presenciei ainda, várias cesarianas de urgência e o trabalho desenvolvido pelas colegas de maternidade, nos cuidados prestados ao recém-nascido e à mãe.

Destaco ainda, as cirurgias emergentes, no tratamento de dois politraumatizados que deram entrada no Serviço de Urgência (SU). O primeiro caso, tratou-se de uma paciente jovem com 20 anos de idade, que sofreu uma queda de 2 metros de altura quando procedia a limpeza de janelas do segundo andar de um edifício, o que causou ferimentos traumáticos graves. Foi ativada a Equipa Médica de Intervenção Rápida (EMIR), para prestar auxílio no local do acidente, à chegada depararam-se com a jovem inconsciente, prestando os primeiros cuidados de socorro. Foi imobilizada em plano duro com a colocação do colar cervical, realizaram a entubação endotraqueal com sedação anestésica e a vítima foi transportada de seguida, para o SU para ser avaliada por uma equipa multidisciplinar. Foram realizados diversos exames de diagnóstico como: a Tomografia Computorizada (TAC) crânio encefálica, coluna, tórax, abdómen e bacia, análises de sangue, gasimetria arterial e teste SARS-CoV-2. A vítima apresentou diversas fraturas dos membros inferiores, fraturas na região cervical e dorsal, com um quadro de hemorragia interna, rotura de baço e rotura

hepática, sendo diagnosticada como politraumatizada. Após a discussão do caso com os diferentes especialistas em cirurgia e os anestesistas, a paciente foi imediatamente transferida para o BO, para ser submetida a uma cirurgia de emergência.

À chegada ao BO, a paciente foi transferida para a marquesa. Mantinha-se ainda, imobilizada em plano duro com o colar cervical, aguardando orientações dos especialistas das áreas de neurocirurgia e ortopedia para proceder a remoção do equipamento e dar início à cirurgia.

Perante este quadro traumático, o anestesista considerou que a vítima deveria ser submetida a uma cirurgia de “*damage control*” (controlo do dano), com uma classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA) IV. A cirurgia de controlo do dano “é uma estratégia usada para prevenir que o paciente gravemente traumatizado atinja a chamada “tríade da morte”, que inclui hipotermia, coagulopatia e acidose metabólica” (Neves et al., 2016, p.14). A ASA é uma escala que avalia o risco cirúrgico de forma simples e eficiente, considerando a análise das condições de saúde, tratamentos, doenças crónicas e comportamentos do paciente. A ASA está classificada em seis categorias diferentes, que aumentam na mesma proporção dos riscos. São elas a ASA I, utilizada para cirurgias eletivas, a ASA II utilizada na patologia sistémica leve à moderada, a ASA III aplicada na patologia sistémica moderada à grave, a ASA IV assinala a patologia grave e incapacitante, a ASA V é usada para identificar um paciente que, provavelmente, não sobreviverá por mais de 24 horas sem que a cirurgia seja realizada e a ASA VI que indica morte encefálica e possível dador de órgãos (Mayhew et al., 2019).

As normas de boa prática em trauma da Ordem dos Médicos (OM, 2009) definem que “o traumatismo abdominal é uma das causas mais comuns de morte evitável no paciente traumatizado. A sua correta identificação, abordagem e tratamento pode alterar este desfecho” (p.163).

A cirurgia contou com a participação de uma equipa multidisciplinar, nomeadamente a equipa da cirurgia geral e ortopedia. A paciente foi submetida a uma cirurgia emergente por via laparotomia. O politraumatizado, que foi vítima de uma lesão abdominal causada por um impacto direto, apresenta lesões intra-abdominais, podendo estas ser visceral ou vascular, que requer uma exploração abdominal por via laparotomia ou laparoscopia (OM, 2009). Para a OM (2009), “a laparotomia intermédia implica procedimentos como exploração, reconhecimento das lesões, controlo da hemorragia com

tamponamento, esplenectomia, hemóstase hepática com sutura ou tamponamento perihepático, reparação de perfurações intestinais e ressecção intestinal com anastomose” (p.164).

Relativamente aos diferentes tipos de cirurgia (eletiva, urgentes e emergentes) é importante que a equipa de enfermagem saiba distingui-las, para poder atuar em conformidade e personalizar os cuidados a prestar.

Após a cirurgia, a paciente foi encaminhada para a unidade de cuidados intensivos cirúrgicos, com um prognóstico reservado.

Durante este acontecimento, mantive uma postura calma e observadora, o que permitiu compreender a dinâmica de toda a equipa, desde a função de cada elemento, à coordenação dos atos e gestos precisos que os enfermeiros aplicavam numa situação de emergência cirúrgica. Não participei nos cuidados de enfermagem, por falta de domínio dos conceitos e técnicas aplicadas na área de anestesia, dos seus equipamentos e no posicionamento da paciente, já que esta situação surgiu no início do estágio I. No entanto, foi possível perceber, quais eram os conceitos, metodologias e técnicas que tinha de pesquisar/dominar para desenvolver conhecimentos e competências específicas na área da enfermagem perioperatória.

Ainda no estágio I, assisti a uma segunda situação emergente, referente a um homem de 70 anos de idade, que sofreu uma queda quando se encontrava a apanhar frutos de uma árvore, causando ferimentos traumáticos graves. Perante este quadro clínico, a vítima foi transportada para o SU, onde foram realizados diversos exames de diagnóstico, que revelaram um traumatismo crânio-encefálico com a presença de um hematoma subdural importante. À chegada ao BO, o paciente apresentava-se inconsciente, com sedação anestésica e entubado, estava acompanhado pela EMIR, que facultou à equipa perioperatória informações sobre o acontecimento e alguns dados clínicos do paciente, para depois dar início à cirurgia. Não foi possível participar no procedimento cirúrgico, no entanto observei atentamente como as equipas procediam na prestação de cuidados de saúde perante este quadro clínico.

No BO, somos treinados para trabalhar em multidisciplinaridade, com cirurgiões, anestesistas, técnicos de radiologia, assistentes operacionais e enfermeiros instrumentistas, circulantes e anestesistas. As funções de cada elemento da equipa encontram-se bem definidas e o objetivo final é comum a todos, ou seja, o bem-estar do paciente. Porém, devido

ao ambiente stressante e tecnicamente exigente que vivemos no BO, as equipas são treinadas para situações limite, onde é necessário agir com destreza, clareza e rapidez. Um trabalho de equipa eficaz passa por uma boa comunicação, definição de papéis dentro da equipa e a capacidade de perceber a complexidade da situação.

Para Giron e Beardinelli (2015), a humanização do cuidado envolve um atendimento digno, uma escuta ativa, e um acolhimento personalizado do paciente. O acolhimento é definido como “acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito, agasalhar, receber, atender, admitir” (p. 975). O acolhimento do paciente no BO deve ser realizado de forma humana e adaptado às necessidades deste, não perdendo o foco do seu bem-estar durante o período perioperatório. Durante o acolhimento, a equipa de enfermagem tem o dever de minimizar o sofrimento, a ansiedade, o medo e as angústias do paciente, deve recebê-lo com dignidade, atenção, respeito e carinho, estabelecendo uma relação de confiança.

O BO possui uma variedade de técnicas e diferentes especificidades, constitui um local privilegiado para o aparecimento de momentos de relações interpessoais difíceis. O trabalho em equipa, a complexidade organizacional do BO, a liderança e a gestão de conflitos devem ser mencionados como um fator humano fundamental para a qualidade dos cuidados prestados nessa área aos pacientes cirúrgicos (Gomes et al., 2018).

Constatei nos primeiros acolhimentos realizados pelo EEEMC, que a postura e comunicação foram sempre adequadas na receção dos pacientes cirúrgicos. O cuidado de tranquilizar, de ter uma escuta ativa e de estabelecer uma relação de confiança foi muito notório. Depois de acompanhar os mais diversos acolhimentos, foi-me permitido realizar de forma autónoma o acolhimento de diferentes pacientes para cirurgias de diferentes especialidades. À chegada do paciente ao BO acompanhado pelo colega do internamento, verifiquei num trabalho conjunto, se o paciente realizou as várias rotinas pré-operatórias, desde os exames complementares de diagnóstico, como RX do tórax, eletrocardiograma análises clínicas, o teste ao SARS-CoV-2, a desinfeção correta da pele e a hora exata do início do jejum, verifiquei ainda se o consentimento informado estava devidamente preenchido e assinado. Segundo a norma da Direção Geral da Saúde (DGS, 2015), “o consentimento informado, no âmbito da saúde, emana da atenção dada ao princípio ético do respeito pela autonomia, em que se reconhece a capacidade da pessoa em assumir livremente as suas próprias decisões sobre a sua saúde e os cuidados que lhe são propostos” (p.9).

O consentimento informado implica a autorização esclarecida e integração da pessoa no processo de decisão relativamente a qualquer ato integrado na prestação de cuidados de saúde, participação em investigação ou ensaio clínico que lhe são propostos. Esta autorização pressupõe uma partilha de conhecimentos e aptidões que tornam a pessoa competente para essa tomada de decisão de aceitação ou recusa dos mesmos. Mais do que uma formalidade tendente à aquisição de uma assinatura, na forma escrita, a obtenção desta autorização deve constituir um momento de explicação e respetiva compreensão quanto ao que se pretende fazer, o modo de atuar, razão e resultado esperado da intervenção consentida. A pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objetivo, natureza da intervenção, consequências, riscos e alternativas, assumindo que os princípios basilares da beneficência, em que a proposta do ato surge a bem do paciente, e da não-maleficência, que implica a ponderação dos riscos e dos benefícios, que estão salvaguardados. De forma sucinta tentei conhecer o historial clínico e antecedentes do paciente e a respetiva medicação. Depois deste curto diálogo com o colega, a minha atenção dirigiu-se para o paciente, onde confirmo alguns dados pessoais, nomeadamente o seu nome, se tem conhecimento do procedimento cirúrgico a que vai ser submetido e conhecer o seu estado emocional. Nesta fase, tentei tranquilizar o paciente esclarecendo todos os passos do processo cirúrgico, com o objetivo de estabelecer uma relação de confiança com este.

Seguindo o protocolo do BO, o paciente é transferido da cama para a maca com a ajuda dos colegas e assistentes operacionais e é encaminhado até a antecâmara da SO, onde realizei alguns dos cuidados de enfermagem, como a colocação de elétrodos, verificação da temperatura e glicémia capilar e colocação do cateter venoso periférico para a administração da terapêutica durante a cirurgia.

Verifiquei ainda, as condições da SO, desde a limpeza e higiene da sala, o material necessário para o ato anestésico e o funcionamento dos aparelhos, sobretudo do monitor que servirá para a monitorização dos sinais vitais.

Depois da autorização do médico anestesista, é transferido o paciente da maca para a marquesa para dar início a indução anestésica. É de realçar, que todo o trabalho desenvolvido à volta do paciente é realizado em conjunto com a equipa multidisciplinar, onde cada elemento conhece o seu papel.

A enfermagem perioperatória exerce um papel importante na prestação de cuidados ao paciente cirúrgico. É determinante definir as funções específicas de cada enfermeiro do

BO, em todas as fases do processo perioperatório. Destacam-se assim as funções e competências dos enfermeiros circulantes, os enfermeiros instrumentistas, os enfermeiros da UCPA e por fim os enfermeiros anestesistas.

Para a AESOP (2012), o enfermeiro circulante assume a responsabilidade da segurança do paciente, da equipa cirúrgica, a segurança do ambiente, no controlo da infeção e na gestão dos riscos inerentes ao BO e na organização da SO.

- O Enfermeiro circulante:
 - Desempenha um papel fundamental no funcionamento da SO;
 - É um elemento crucial, pois supervisiona os cuidados ao paciente, antes, durante e após o procedimento cirúrgico.
 - Tem como principais missões o de coordenar todas as atividades na SO, é o membro da equipa cirúrgica que possui um conhecimento profundo e zela por um ambiente cirúrgico seguro;
 - Colabora na desinfeção da pele e na colocação de campos cirúrgicos;
 - Providencia novos dispositivos médicos necessários no decorrer da cirurgia;
 - Colabora com o enfermeiro instrumentista na contagem das compressas;
 - Acondiciona e regista as peças para anatomia patológica, citologia e microbiologia;
 - Comunica com a equipa promovendo a segurança no contexto perioperatório;
 - Supervisiona a equipa cirúrgica evitando qualquer quebra de técnica asséptica;
 - Desempenha um papel importante na gestão de consumo/gastos adequando às necessidades do procedimento cirúrgico;
 - Colabora na realização do penso cirúrgico;
 - Efetua todos os registos dos dispositivos médicos utilizados (instrumentos, implantes, suturas) de modo a permitir a sua traçabilidade;
 - Providencia e colabora na reposição da sala para o paciente seguinte.

Segundo Viegas e Névoa (2014), o enfermeiro instrumentista:

desenvolve competências na área de prestação de cuidados e manutenção de um ambiente seguro para o doente e restante equipa disciplinar, organizando o seu trabalho, gerindo eficazmente o seu tempo, implementando procedimentos de controlo de infeção, mantendo um ambiente seguro através da utilização de estratégias que garantem a qualidade dos cuidados prestados e da gestão de risco (p.35).

- O Enfermeiro Instrumentista:
 - É dotado de uma destreza técnica e elevados conhecimentos dos procedimentos e técnicas cirúrgicas;
 - Desenvolve as suas atividades na área do controlo da infeção e da segurança;
 - As principais responsabilidades são: o controlo da assepsia no campo operatório e da mesa de instrumentos, o controlo dos dispositivos estéreis e trabalha em colaboração com o cirurgião e os seus assistentes;
 - Participa na formação de novos elementos;
 - Procede à remoção dos instrumentos cirúrgicos;
 - Colabora na transferência do paciente;
 - Colabora com o enfermeiro circulante na contagem das compressas, instrumentos cirúrgicos e materiais cortoperfurantes;
 - Confere o instrumental cirúrgico com o enfermeiro circulante, acondicionando-o nos respetivos contentores de transporte;
 - Valida os registos efetuados pelo enfermeiro circulante.

Durante alguns turnos do estágio no BO, foi possível acompanhar os enfermeiros circulantes e instrumentistas, conhecendo de perto as funções desempenhadas por cada um deles. Relativamente ao enfermeiro instrumentista, conferi que a sua área de intervenção insere-se sobretudo no campo da organização e gestão da instrumentação. O enfermeiro instrumentista verifica, ordena e distribui cada instrumento cirúrgico num lugar predefinido na mesa de instrumentação cirúrgica, de acordo com as recomendações da AESOP. Na falta de algum instrumento cirúrgico, cabe ao enfermeiro circulante procurar nas respetivas arrecadações do BO, o instrumento em falta de forma a completar a mesa cirúrgica. Constatei ainda, que o enfermeiro instrumentista possui uma vasta experiência, conhecimentos e habilidades, que lhe permite antecipar o material que o cirurgião precisa ao longo do procedimento cirúrgico. Existe uma estreita cooperação entre toda a equipa multidisciplinar, sobretudo, com os cirurgiões.

É de referir que, no momento antes do ato cirúrgico, ambos os enfermeiros têm a função de preparar e ajudar o cirurgião a vestir a bata cirúrgica esterilizada e colocação das luvas estéreis.

Durante as diferentes cirurgias, tanto o enfermeiro instrumentista como o enfermeiro circulante, tiveram o cuidado de explicar e esclarecer cada passo do ato cirúrgico.

Observei que o enfermeiro circulante é o profissional responsável pela segurança do ambiente cirúrgico na SO, como o próprio nome indica, circula na sala para verificar as condições e necessidades da equipa cirúrgica. É quem realiza os registos de enfermagem em suporte informático com as informações mais pertinentes, desde o registo da hora do início e fim do ato cirúrgico, as *checklist*, regista o material cirúrgico utilizado e contagem do número de compressas para garantir que nenhum material ou corpo estranho fique alojado no corpo do paciente, identifica e regista o nome e número mecanográfico de todos os elementos da equipa multidisciplinar. Verifica ainda, o conteúdo e aspiração das drenagens recolhidas durante o ato cirúrgico e é responsável pela recolha e envio de produtos biológicos para estudo, seguindo as orientações do médico-cirurgião.

Após a finalização do procedimento cirúrgico, todos os instrumentos cirúrgicos usados são colocados numa caixa, e são transportados até a sala dos sujos e desinfeção, onde as assistentes operacionais tratam da primeira fase de limpeza e higienização do material cirúrgico utilizado. Numa fase seguinte, ambos os enfermeiros (instrumentista e circulante) dirigem-se até à sala de desinfeção e verificam se o material está limpo, sem partículas ósseas ou presença de sangue, acondicionam o instrumental na caixa para serem descontaminados, esterilizados, acondicionados e arrumados pelo Serviço de Esterilização. Posteriormente cabe aos enfermeiros instrumentistas e/ou circulantes proceder a arrumação e organização do material instrumental nas diversas arrecadações do BO e separado por especialidades.

É da competência de ambos os enfermeiros, a verificação do instrumental, de forma a garantir a segurança e prevenção de eventuais riscos de infeção.

As funções do enfermeiro da UCPA, englobam a capacidade na prevenção de complicações anestésico-cirúrgicas, na deteção precoce e tratamento das eventuais complicações e na reabilitação e recuperação do paciente das suas capacidades funcionais e físicas (AESOP, 2012). Neste contexto, o enfermeiro de apoio a UCPA caracteriza-se por:

- Deter várias capacidades e conhecimentos;
- Recebe o paciente após o procedimento cirúrgico;
- Avalia os parâmetros vitais do paciente, o seu estado de consciência, alterações cutâneas, permeabilidade dos cateterismos existentes e as drenagens;
- Realiza os registos na folha de enfermagem de UCPA;
- Informa o anestesista de qualquer alteração existente do paciente;
- Controla a dor;

- Avalia possíveis complicações pós-operatórias;
- Presta apoio ao paciente e família na fase pós-operatória;
- Contacta o serviço cirúrgico que irá receber o paciente, informando-o das condições em que o paciente se encontra;
- Gere a comunicação interpessoal e a informação na relação terapêutica com a pessoa e família;

No decurso do estágio no BO, realizei diversos turnos na UCPA, onde foi possível acompanhar a equipa de enfermagem e seguir o percurso do paciente cirúrgico. Sempre que o paciente é transferido para esta unidade é realizado o acolhimento, começando pela monitorização dos parâmetros vitais, verificação da consciência, medição da glicemia, do risco de dor, do risco hemorrágico, observação do penso e de eventuais drenagens e monitorização da temperatura corporal. Constatei que a maioria dos pacientes apresentavam hipotermia à chegada a UCPA. A hipotermia perioperatória inadvertida é originada por dois fatores major: “os efeitos secundários dos agentes farmacológicos envolvidos no processo anestésico e a exposição física da área cirúrgica ao ambiente frio da sala de operações” (AESOP, 2017, p.5), daí a necessidade de colocar uma manta térmica sempre que se verifica esta situação para permitir o aquecimento corporal. Realizei a vigilância contínua dos parâmetros vitais e do estado geral do paciente e respetivos registos de enfermagem, de maneira a evitar o aparecimento de eventos indesejáveis nos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos.

Na UCPA, destaco duas situações que estavam fora da minha área de conforto, uma delas foi um paciente com dificuldade no despertar após a anestesia, onde foi necessário recorrer à utilização da cânula de Guedel, para melhorar a sua capacidade de respiração e evitar que a língua obstruísse as vias aéreas. A segunda situação é referente aos pacientes do foro crítico, que aguardavam por uma vaga no Serviço dos Cuidados Intensivos, e que chegavam com suporte ventilatório portátil à UCPA, obrigando a uma vigilância mais apertada dos parâmetros vitais. Nesta fase, tive sempre o apoio e orientação das enfermeiras anestesistas, permitindo aprender e adquirir práticas de enfermagem perante estes novos cenários clínicos, consolidando assim novos conhecimentos e competências, para no futuro aplicar de forma eficaz.

Após a autorização da alta do paciente na UCPA pelo Médico anestesista, entramos em contacto com o respetivo serviço de internamento e inicia-se a transferência do paciente.

Neste momento, são transmitidas aos colegas do internamento, informações clínicas e terapêuticas sobre o procedimento cirúrgico. No serviço de internamento, o paciente é admitido na enfermaria, dando início a monitorização dos sinais vitais, avaliação da dor, observação do penso da ferida cirúrgica, das eventuais drenagens e da fluidoterapia em curso. Com a ajuda da assistente operacional, é realizado o posicionamento adequado do paciente, disponibilizando a este a campainha, colocando o plano da cama baixo para evitar eventuais eventos adversos, proporcionando um ambiente calmo e seguro ao paciente. Após esta fase, são realizados os registos de enfermagem com as informações clínicas mais recentes e procede-se a preparação da terapêutica. No dia seguinte, realiza-se o primeiro levante do paciente com a ajuda da enfermeira, cumprindo as orientações da equipa médica. Neste período de internamento pós-cirúrgico, a equipa multidisciplinar trabalha no sentido do paciente recuperar a sua autonomia e estabilidade hemodinâmica para preparar a alta.

De acordo com a AESOP (2012), as funções do enfermeiro anestesista são as seguintes:

- Consulta o programa operatório verificando o tipo de cirurgia, o nome do paciente, identifica o nome do cirurgião e do anestesista e da técnica anestésica;
- Realiza a visita pré-operatória e comunica as informações recolhidas à equipa de enfermagem perioperatória;
- Prepara e verifica o material necessário para o ato anestésico;
- Acolhimento do paciente no BO;
- Mobiliza vários conhecimentos e habilidades para estabelecer uma relação de empatia com o paciente;
- Assiste o paciente/família ou pessoa significativa nas perturbações emocionais decorrentes da situação que se encontram, promovendo assim uma relação de ajuda com estes;
- Colabora no posicionamento do paciente;
- Diagnóstica antecipadamente as complicações relacionadas com o procedimento anestésico;
- Monitoriza intensivamente as funções fisiológicas e identifica alterações do estado de saúde do paciente;
- Reconhece as situações de instabilidade das funções vitais/risco de vida, realizando intervenções apropriadas;

- Administra os fármacos necessários para indução e manutenção da anestesia, entre outros;
- Identifica as alterações fisiológicas e emocionais de maneira a garantir a gestão de medidas farmacológicas, como por exemplo alívio da dor;
- Realiza a traçabilidade da intervenção, realizando registos de enfermagem pertinentes e a verificação das diferentes checklist.

Existem três *checklists* diferentes, uma corresponde à lista antes da indução anestésica, outra refere-se à lista antes da incisão e por último, uma que equivale à lista antes de o paciente sair da SO. A primeira *checklist* intitula-se antes da indução da anestesia (*sign in*): cabe ao coordenador da lista verificar verbalmente a identidade do paciente, o tipo de procedimento previsto e se o cirurgião marcou o local da cirurgia. Realiza uma inspeção do equipamento de anestesia, do circuito respiratório, verifica a medicação, certifica-se que o oxímetro de pulso foi colocado corretamente no paciente para alertar a equipa da frequência cardíaca e da taxa de saturação de oxigénio. O paciente é questionado se tem alergias, o anestesista faz uma avaliação das vias aéreas e do risco de aspiração e por fim, é avaliado o risco de perda de sangue. Após estas verificações a equipa pode proceder à indução anestésica.

A segunda *checklist* corresponde antes da incisão da pele (*time out*): todos os profissionais presentes na SO e que irão participar ativamente no procedimento cirúrgico devem apresentar e especificar o seu nome, função e competências. Constatei que no BO as equipas já se conheciam e estavam familiarizadas entre si, conhecendo as respetivas funções de cada elemento. Seguidamente, é reconfirmado o nome do paciente, a cirurgia a ser realizada e o local da cirurgia, segue-se a administração antibiótica profilática para a redução do risco de infeção do local cirúrgico uma hora antes da incisão, também consta na lista de verificação de segurança cirúrgica, a profilaxia tromboembólica, se aplicável. A comunicação eficaz da equipa é um componente crítico da cirurgia segura, do trabalho em equipa eficiente e da prevenção de complicações graves.

A terceira *checklist* descreve o antes do doente sair da SO: em conjunto com a equipa, o enfermeiro confirma verbalmente o nome do procedimento, contam-se as compressas e os instrumentos, rotulam-se as peças anatómicas ou outras amostras obtidas, verificam-se informações sobre quaisquer danos nos equipamentos, assim como outros

problemas a serem resolvidos; finalizam traçando os planos de cuidados em relação ao pós-operatório, antes do encaminhamento do paciente à UCPA.

No BO foram realizados com a supervisão do EEEMC a correta verificação, compreensão e preenchimento de cada *checklist*, efetuadas durante o período intra-operatório. Esta tarefa é mais um passo, no sentido, de garantir a qualidade e a segurança de todos os pacientes que são submetidos a um procedimento cirúrgico.

Sob a orientação do enfermeiro anestesista, verifiquei os equipamentos da SO, assegurando o bom funcionamento do ventilador e respetivo monitor, conferi o material para entubação endotraqueal e confirmei a funcionalidade do laringoscópio. Verifiquei se o carro de apoio do enfermeiro anestesista possuía todo o material necessário para o ato anestésico. Este carro é constituído por quatro gavetas, que suportam diversos materiais, desde os fármacos, o material de preparação da medicação, o material de colocação de cateter (arterial, venoso e central) e diversas unidades de soro fisiológico. Colaborei ainda, na observação e vigilância do paciente através da monitorização dos parâmetros vitais, despiste de complicações ou aparecimento de situações adversas para o paciente.

Tive a oportunidade de participar e assistir por diversas vezes o Médico anestesista durante o ato anestésico, nomeadamente na colocação do tubo endotraqueal e na fixação do mesmo. Durante este procedimento, o Médico anestesista explicou e demonstrou a necessidade de recorrer a manobras adjuvantes, tais como a BURP “*Backward Upward Rightward Pressure*”, com o objetivo de melhorar a visualização da glote, e a manobra de *Sellick* que é uma técnica utilizada para minimizar o risco de aspiração, fazendo pressão na cartilagem cricóide, provocando a oclusão do esófago. Para Oliveira (2020), a manobra BURP consiste em aplicar pressão na cartilagem tiroide na direção posterior, cefálica e direita, sucessivamente, de forma a melhorar a visualização da glote. Não se deve confundir com a manobra de *Sellick*, que consiste na aplicação de pressão na cartilagem cricoide com o intuito de ocluir o esófago e prevenir a regurgitação de conteúdo gástrico.

Assisti e colaborei na preparação do material e administração das diferentes anestésias, exemplo disso, é a anestesia geral balanceada que é uma associação de anestesia intravenosa e anestesia inalatória, a anestesia geral exclusivamente intravenosa, as diversas anestésias regionais, raquianestesia e epidural.

Realizei os registos de enfermagem de forma autónoma no período pré, intra e pós-operatório. No fim do procedimento cirúrgico, acompanhei junto com o Médico anestesista

o acordar do paciente e realizei a sua transferência para a UCPA. Consultei diversas referências bibliográficas e pesquisas *online* atuais, nomeadamente o Manual de Anestesiologia de Humberto Machado e o livro de Enfermagem em Bloco Operatório de Ana Duarte e Olga Martins, que abordam diferentes técnicas anestésicas, fármacos usados e conhecimentos teóricos/científicos, onde descrevem técnicas e todo o processo inerente à anestesia, desde a anatomia à fisiologia humana, os cuidados a ter enquanto o paciente está anestesiado e ainda os cuidados pós-anestésicos.

Além das competências supracitadas, durante o estágio o enfermeiro anestesista deu apoio à Unidade do BO de Gastroenterologia, em colaboração com o Médico anestesista durante os procedimentos que requeriam uma sedação, exemplo disso são as endoscopias altas. Foi possível acompanhar o enfermeiro durante esse exame, e administrar a sedação conforme indicação médica mantendo uma vigilância ativa.

O enfermeiro anestesista também prestou apoio na Unidade do Serviço de Hemodinâmica, durante a implantação de uma válvula aórtica transcater chamada (TAVI), que é realizado quinzenalmente. Este procedimento requer uma ligeira sedação e em alguns casos, pode ser necessário uma anestesia geral.

Não conhecia o serviço de hemodinâmica nem o procedimento invasivo, e tive a oportunidade de assistir o procedimento e verificar que este requer a colaboração de uma equipa multidisciplinar, que envolve médicos, enfermeiros, técnicos de radiologia e cardiopneumologia.

Outra das funções do enfermeiro anestesista, é acompanhar o paciente sempre que necessário, ao serviço de imagiologia para a realização de exames de diagnóstico, sejam estes, uma TAC ou uma ressonância magnética, já que este tipo de exames podem requerer o uso de anestesia. Também são chamados para auxiliar o SU, sempre que algum paciente necessite de uma sedação, exemplo disso, é na redução de uma luxação de um membro, onde o paciente não necessita de uma intervenção cirúrgica, mas sim de uma sedação que permita o relaxamento muscular, fazendo com que este colabore na prestação de cuidados de saúde.

Observei muito atentamente estes procedimentos, e sempre que foi possível mantive uma participação ativa na execução das diferentes técnicas de cuidados de enfermagem, com a constante supervisão do EEEMC.

Outra das funções do enfermeiro anestesista é a realização de uma consulta pré-operatória. No parecer do conselho de enfermagem da OE (2021), a consulta de enfermagem

na fase pré-cirúrgica é muito importante como também o seu planeamento. A intervenção do enfermeiro abrange desde a promoção da saúde e prevenção da doença, de complicações e/ou de incapacidades, facilitando o processo de adaptação e/ou recuperação da saúde da pessoa, a sua capacitação na gestão do processo de saúde, maximizando o seu bem-estar e autocuidado, de modo a impactar de forma positiva na sua qualidade de vida. Esta consulta visa em fazer uma avaliação criteriosa da situação, permite estabelecer uma relação de confiança entre o enfermeiro, o paciente e a família, ajuda o paciente na sua tomada de decisão e na sua recuperação. É o momento ideal para esclarecer dúvidas e avaliar a compreensão das informações que são fornecidas. A OE defende a consulta de enfermagem, como uma ferramenta importante na organização/promoção da qualidade dos cuidados.

No decorrer do estágio I, foi realizado uma visita pré-operatória a um paciente que ia ser submetido a uma cirurgia cardio-torácica. Com a ajuda da EEEMC do serviço de cardiologia responsável pelo paciente, procedeu-se à realização da entrevista de enfermagem perioperatória. Efetuando assim, uma avaliação inicial das atividades de vida diárias do paciente, conhecendo melhor os seus hábitos/costumes, esclarecendo dúvidas e criando uma relação de ajuda e proximidade entre o paciente/enfermeira. O paciente tinha 76 anos de idade, apresentava antecedentes de diabetes mellitus tipo II, hipotiroidismo, hipertrofia benigna da próstata, insuficiência renal, hipertensão arterial, doença pulmonar obstrutiva crónica, síndrome demencial, portador de prótese valvular aórtica há 7 anos. Tinha hábitos tabágicos e alcoólicos, em abstinência há 7 anos.

Alguns dias antes do procedimento cirúrgico, o médico cardiologista realizou um ecocardiograma transtorácico, revelando que a prótese biológica em posição aórtica apresentava sinais de degenerescência ligeira com massa pulsátil peri-protésica-pseudoaneurisma e evidência de fístula que corrobora o diagnóstico de endocardite infecciosa protésica. A partir deste diagnóstico, foi decidido juntamente com o paciente e família a realização da intervenção cirúrgica.

Melo et al. (2017), referem que a endocardite infecciosa (EI) “caracteriza-se pela infecção das estruturas valvulares cardíacas ou do endocárdio mural” (p.19). Apesar dos progressos científicos na área dos diagnósticos (com o desenvolvimento da ecocardiografia) ou na área dos tratamentos terapêuticos (com antibioterapia dirigida e cirurgia valvular precoce) a mortalidade não diminuiu nos últimos 30 anos.

A EI é uma doença mortal e que apesar da constante evolução do tratamento, esta patologia permanece associada à mortalidade elevada e a complicações graves. A taxa de mortalidade intra-hospitalar dos pacientes com EI varia entre 15 a 30%. A identificação precoce dos pacientes com o risco mais elevado de mortalidade permite alterar o curso da doença e melhorar o prognóstico. O prognóstico de EI “é influenciado por quatro fatores principais: características do doente, presença ou ausência de complicações cardíacas e não cardíacas, organismo infeccioso e achados ecocardiográficos” (European Society of Cardiology, 2015, p.21).

Sob a supervisão do EEEMC, realizei o acolhimento e a preparação do paciente para a cirurgia, monitorizei-o, coloquei um cateter de grande calibre para administração da terapêutica, preparei o material e assisti o Médico anestesista na colocação do cateter arterial conectando o fio ao monitor do ventilador, de maneira a visualizar a pressão arterial invasiva durante todo o procedimento. O cateter arterial vai servir também, para a realização de gasimetria arterial.

O período intra-operatório é considerado um período crítico para o paciente, particularmente em cirurgias cardíacas, devido à complexidade da cirurgia e do procedimento que o acompanha - a Circulação Extracorporal. É um equipamento que realiza um desvio cardiopulmonar total, desviando o sangue das veias cavas para um reservatório e reinfundindo-o após a oxigenação artificial de volta à aorta, substituindo temporariamente as funções de bombeamento do coração e ventilatória dos pulmões.

Infelizmente no decorrer da cirurgia o paciente acabou por falecer, devido a uma disfunção bi ventricular com degradação do seu estado hemodinâmico.

A participação da cirurgia cardio-torácica e o acompanhamento deste processo cirúrgico permitiu a realização de um estudo de caso. Onde foi exposto os diversos diagnósticos de enfermagem seguindo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

O estudo de caso é uma abordagem metodológica de investigação, particularmente, adequada quando se procura compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão envolvidos diversos fatores. São estudos aplicados na prática de enfermagem, com o objetivo de analisar e estudar problemas e necessidades da pessoa, família e comunidade, proporcionando ao enfermeiro uma reflexão, que obrigue a encontrar a melhor estratégia para resolver ou reverter os problemas identificados. Este estudo de caso

permitiu uma observação, compreensão, descrição e análise da situação, permitindo adquirir conhecimentos e experiências que podem ser úteis na tomada de decisão perante outras situações. A realização deste estudo de caso foi feito em diversas etapas, começando pela recolha de dados, de um pensamento crítico clínico e reflexivo de maneira a compreender a situação, uma planificação e prestação de cuidados, uma avaliação criteriosa dos resultados. As pesquisas realizadas permitiram uma melhor compressão da patologia cardíaca, a sua evolução e tratamento.

Outra função que compete ao enfermeiro anestésista é o transporte dos pacientes. Durante o estágio foi possível executar o transporte intra-hospitalar, encaminhando o paciente crítico para serviços como a Unidade de Cuidados Intensivos Cardio-Torácica, Unidade de Cuidados Intensivos e para a UCPAP, o que possibilitou a aquisição de uma visão global do transporte do paciente crítico do BO até ao serviço adequado às necessidades do paciente.

A maioria dos transportes intra-hospitalares praticados no decurso deste estágio, foram realizados com o paciente sob sedação anestésica, com o apoio do ventilador portátil, medicação de urgência e uma equipa experiente e treinada para responder a qualquer situação de urgência que pudesse ocorrer durante o transporte.

De acordo com a OE no parecer nº09/2017, existem alguns riscos ao efetuar a transferência do paciente em situação crítica. A sua realização justifica-se pela necessidade de efetuar exames complementares de diagnóstico, não exequíveis no serviço ou na instituição onde o paciente se encontra internado. Por sua vez, segundo Mello et al. (2021), o transporte intra-hospitalar está relacionado com o planeamento, a escolha de equipamentos adequados e a atuação organizada das equipas que prestam cuidados ao paciente. A transferência do paciente é uma das atividades potencialmente vulneráveis para a segurança deste, nessa perspetiva, a segurança é importante para a qualidade dos cuidados prestados ao paciente. No entanto, pode existir possíveis falhas que possam trazer impactos negativos para a saúde do paciente e para a equipa de enfermagem.

Contudo, podemos considerar que as principais funções do enfermeiro no perioperatório são identificar as necessidades físicas e sociológicas do paciente, criar uma cultura centrada na pessoa e na prática de cuidados seguros, criar um plano de cuidados individualizados com as ações de enfermagem, proporcionar a saúde e o bem-estar durante todo o procedimento cirúrgico. A equipa de enfermagem perioperatória zela pela prevenção

dos eventos adversos e estabelece uma comunicação eficaz com o paciente/família e equipa cirúrgica (AESOP, 2012).

O **estágio II** aborda o “Cuidar em contexto de Ambulatório”. Este estágio realizou-se na Unidade do serviço de Hemodinâmica (UHD) do HNM, no mês de fevereiro de 2022, num total de 56 horas realizando manhãs e tardes, sendo um estágio de observação participante.

Esta unidade é composta por uma sala de acolhimento, duas salas de exames, uma sala de comandos com vários equipamentos eletrónicos e uma sala de recobro com quatro camas. Depois temos um corredor amplo para a circulação, espaço para uma copa, os vestiários, o gabinete médico, o gabinete de enfermagem e o secretariado. Por fim temos a zona destacada para os sujos, a zona de lavagem do material contaminado e a rouparia.

Dentro de cada sala de exame, podemos encontrar diversos equipamentos: a marquesa automática, a ampola de raio X, o equipamento usado para o contraste, a reserva de fluxo fracionada, o aparelho para realização do exame de tempo de coagulação ativado, as imagens produzidas pelo *Intra Vessel Ultra Sound* e o carro de emergência com o seu desfibrilhador.

O serviço é composto por uma equipa de enfermagem (3 enfermeiros), assistentes operacionais, técnicos de cardiopneumologia, técnicos de radiologia e médicos especialistas. Estes profissionais de saúde trabalham em equipa e são distribuídos pelas diversas salas. Relativamente à equipa de enfermagem, estes estão presentes na sala do procedimento, recobro e acolhimento.

Existe uma escala de prevenção das 15h até às 08h da manhã seguinte, para fazer face a uma eventual urgência/emergência. Exemplo disso é a Via Verde Coronária e Via Verde do Acidente Vascular Cerebral.

Segundo a EEEMC a UHD recebe pacientes de várias especialidades, nomeadamente especialidades de Cardiologia, Cirurgia Vascular, Unidade de Terapia da Dor, Nefrologia, Neurorradiologia e Hemato-Oncologia. A maioria dos pacientes já se encontram internados, no entanto, em contexto de ambulatório podemos encontrar a especialidade de Hemato-Oncologia e a Unidade de Terapia da Dor, cujos pacientes vêm do domicílio para serem submetidos a procedimentos na UHD.

Os procedimentos terapêuticos mais comuns realizados pela UHD são: o Cardioversor Desfibrilhador Implantável (CDI) mais conhecido por “*Pacemaker*”; Terapia

de Ressincronização Cardíaca e Desfibrilhador; Terapia de Ressincronização Cardíaca; Cateterismos direitos e esquerdos; Angioplastia Coronária Transluminal Percutânea; a TAVI; a Angiografia Vascular e Cerebral; Implantação de Cateter de Hemodiálise, chamada a Fístula Arteriovenosa; a Via Verde Coronária e a Via Verde do Acidente Vascular Cerebral; Forame Oval Patente, defeitos do septo atrial; colocação do Cateter Venoso Central Totalmente Implantável, ou Cateter Totalmente Implantável, dito “*Implantofix*” e as diversas infiltrações.

Como já foi referido, a maioria dos pacientes que são encaminhados para a UHD já estão internados, por isso, são as enfermeiras dos respetivos serviços de internamento que se deslocam e acompanham estes pacientes até a UHD. São estas que revelam alguns factos importantes sobre o paciente e que após o procedimento regressam ao respetivo serviço. Neste contexto, o enfermeiro da UHD realiza um breve resumo do procedimento que o paciente foi submetido e as intercorrências durante ou após o procedimento, caso existam.

À chegada do paciente a UHD, é realizado o acolhimento, são esclarecidas algumas dúvidas acerca do procedimento que vai ser submetido e realiza-se uma breve entrevista no sentido de conhecer o historial clínico deste, ou seja, se tem conhecimentos de reações alérgicas ou adversas a medicamentos, se respeitou o jejum, qual a medicação que efetua no domicílio, nomeadamente anticoagulantes. A partir desse momento, são colocados os eléktodos para a monitorização cardíaca e o cateter venoso periférico para a administração de medicação, caso seja necessário é realizado a tricotomia.

Para Cordeiro et al. (2015), a orientação, a avaliação, a preparação física e emocional dos pacientes fazem parte do período pré-operatório, mais especificamente no acolhimento à chegada à unidade. O conhecimento dos medos, das dúvidas e as expectativas dos pacientes em relação ao procedimento é fundamental para que o enfermeiro possa implementar os cuidados de saúde de maneira personalizada.

Durante os diversos procedimentos terapêuticos, é realizada a monitorização cardíaca, a vigilância da saturação do oxigénio e a administração dos fármacos seguindo as orientações médicas. Durante todo o procedimento, o enfermeiro mantém uma vigilância ativa dos parâmetros vitais, comunica com o paciente e lida com seu estado psicológico, físico e emocional.

Durante o estágio foi possível assistir a diversos procedimentos de diagnóstico e terapêutica nas áreas de Cardiologia, Cirurgia Vascular, Hemato-Oncologia e da Unidade de

Terapia da Dor. É na UHD que a Cardiologia Intervencionista, realiza os diagnósticos e os tratamentos relacionados com as doenças coronárias. Estas unidades foram criadas com o objetivo de reduzir a mortalidade das doenças do coração. É neste serviço que são realizados os estudos das artérias coronárias cujo procedimento é conhecido como cateterismo cardíaco, que é a terapêutica de eleição, onde o médico realiza uma Angiografia e Angioplastia Coronária Transluminal Percutânea.

A angiografia consiste na introdução de um cateter por punção percutânea, na região inguinal, periférica ou do braço, seguindo os vasos sanguíneos até a área de investigação diagnóstica. O cateter é um fio flexível, que é guiado por um sistema de Raios-X, sendo este procedimento realizado sob indução anestésica. Na área de investigação é utilizada a solução de contraste iodado, com a finalidade de identificar obstruções, defeitos congénitos ou estruturais (Carneiro et al., 2021). O cateterismo, por sua vez, trata-se de uma técnica invasiva, que pode ser realizada de forma eletiva ou de urgência/emergência. O médico especialista escolhe efetuar uma punção arterial, podendo ser radial, braquial ou femoral, introduzindo o guia e o cateter na artéria com direção à aorta e ventrículo esquerdo/direito. É utilizado o contraste e a fluoroscopia que vão permitir a projeção das imagens das artérias coronárias observando as suas condições para avaliação e diagnóstico da doença coronária (Aguilar et al., 2016).

Neste estágio, constatei que após o referido procedimento, os pacientes são transferidos para o recobro onde o enfermeiro dá continuidade à avaliação dos dados de monitorização e registos de enfermagem. No caso de um paciente internado, o enfermeiro prepara toda a documentação necessária e realiza a transferência para o respetivo serviço de internamento. Relativamente aos pacientes que regressem ao domicílio, é facultada uma refeição ligeira e é contactada a família ou pessoa significativa para informar como decorreu o procedimento e da respetiva alta do paciente. Posteriormente, o enfermeiro acompanha o paciente até à sala de espera onde se encontra o seu familiar, aproveitando o momento para explicar os cuidados a ter no domicílio, facultando um documento com informações pertinentes acerca das atividades que devem e não devem ser realizadas após o procedimento e os cuidados a ter com o penso. Neste contexto, procedi de forma autónoma, procurando estabelecer uma relação de confiança com a família, criando uma ponte de cooperação e ajuda na vigilância e cuidados de saúde do paciente, para evitar futuros eventos adversos.

Nesta fase, é muito satisfatório receber o agradecimento das famílias pelo tratamento humanizado prestado aos pacientes durante este curto período de internamento.

Ainda neste estágio, foi possível assistir à colocação do CDI, conhecido por “*Pacemaker*”. Os CDIs apareceram nos anos 80, tornando possível o tratamento das arritmias ventriculares malignas (taquicardia ventricular e fibrilhação ventricular). A norma 009/2014 da DGS, atualizada em (2017) refere, que “a implantação dos CDIs está indicada em situações de pessoas: sobreviventes de paragem cardíaca por fibrilhação ventricular ou taquicardia ventricular; com cardiopatia estrutural; com síncope de origem indeterminada; com enfarte do miocárdio prévio; entre outras situações” (p.2).

Outros dos procedimentos realizados na UHD, é a colocação de Cateter Venoso Central Totalmente Implantável (*Implantofix*) ou Cateter Totalmente Implantável. Estes procedimentos requerem uma preparação do material cirúrgico, do material para a realização de anestesia local e o equipamento de proteção individual. Esta função revelou-se ser simples, já que coloquei em prática alguns dos conhecimentos adquiridos no estágio I. Ao longo deste procedimento, colaborei ainda com o médico, dando assistência e prestando apoio nos cuidados de saúde.

A Unidade da Medicina da Dor recorre aos serviços oferecidos pela UHD, para realizar diversos procedimentos, nomeadamente à realização de infiltrações intra-articulares e colocação de neuro estimuladores, tendo sido possível observar estes últimos dois atos médicos. A orientação, a avaliação, preparação física e emocional dos pacientes, fazem parte das funções da equipa de enfermagem desta unidade, como também acolher o paciente no serviço, encaminha-lo até a sala de intervenção e proceder ao posicionamento deste, conforme o ato realizado. Durante o procedimento, prestam apoio ao médico especialista da Medicina da Dor e utilizam um carrinho próprio com todo o material necessário para este tipo de intervenções. De acordo com Trindade (2015), as infiltrações de corticosteróides nas regiões peri-articulares trazem um alívio da dor, permitem uma diminuição da inflamação e aumentam a mobilidade dos pacientes. Além do controlo da dor, a intervenção precoce tem como objetivo prevenir a cronicidade ou reaparecimento dos sintomas.

A equipa de enfermagem deste serviço, possui um registo em suporte de papel onde se encontram apontadas todas as informações referentes aos pacientes e os atos médicos realizados. Após a alta, os pacientes são seguidos pela equipa da Unidade da Medicina da Dor, de maneira a avaliar e controlar a dor.

Em suma, este estágio permitiu-me ter uma visão global das diversas intervenções realizadas na UHD e conhecer de perto as funções desenvolvidas por cada elemento da equipa de enfermagem. Apesar de ter sido um estágio de curta observação, em termos pessoais e profissionais foi muito enriquecedor, o que permitiu consolidar algumas das competências de enfermagem, nomeadamente, orientar o paciente e família antes e após o procedimento no que diz respeito aos cuidados gerais, assim como sinais de complicações no local de punção, seguindo as orientações da equipa médica e utilizando linguagem de fácil compreensão. A admissão, preparação e acompanhamento dos pacientes até o recobro, como também, prestar cuidados de enfermagem durante o período intra-operatório, desde a preparação de material, passando pela vigilância hemodinâmica dos utentes, intervindo no sentido da sua manutenção e todo o trabalho que envolve a equipa multidisciplinar.

O **estágio de opção** divide-se em quatro momentos de estágio. O **primeiro momento** teve início no Serviço de Cirurgia Colorretal/Endocrinologia do HNM e decorreu no mês de março de 2022. Foi um estágio de curta duração (37,5 horas) distribuído por cinco turnos de 7 horas e 30 minutos em horário fixo (manhãs e tardes). A escolha deste serviço teve como principal objetivo reforçar alguns conhecimentos teóricos/práticos desta especialidade, já que possuía alguma experiência de trabalho, como também, conhecer o circuito que o paciente cirúrgico realiza, desde a sua admissão até o momento da alta, de modo a ter uma visão global dos cuidados de enfermagem perioperatórios nesta especialidade.

Este estágio foi orientado pela EEEMC deste serviço, onde foi possível conhecer a dinâmica do serviço, a equipa de trabalho e as diferentes patologias associadas a esta especialidade da medicina. Permitiu melhorar e adequar os cuidados de saúde à pessoa em situação perioperatória, desde o acolhimento do paciente, à preparação para a cirurgia e aos ensinamentos específicos para o período pré-operatório. Foram seguidos e respeitados os protocolos instituídos neste serviço.

O procedimento cirúrgico é uma atividade que requer uma equipa multidisciplinar especializada, é um ato que exige cuidados de saúde específicos onde o paciente tem de ser visto como um todo, digno de atenção, respeito e escuta (Bock et al., 2019).

Durante este período de estágio, foi possível cuidar de um paciente com 70 anos de idade, submetido a uma colectomia total, cirurgia que decorreu sem intercorrências. Na fase pós-operatória, avalei as mais diversas condicionantes, nomeadamente as suas necessidades

fisiológicas, a vigilância dos parâmetros vitais, dos respetivos pensos e drenagens, e de todos os possíveis riscos ligados ao procedimento cirúrgico, sejam eles o risco de infeção, o risco hemorrágico, o risco de tromboembolismo, o risco da dor, entre outros.

A equipa de enfermagem deve durante o período do pós-operatório prestar uma vigilância ativa e apertada ao paciente, durante os primeiros dias que se seguem ao procedimento cirúrgico. A maioria dos pacientes neste período, quando chegam à enfermaria não sabem como proceder, daí ser necessário explicar ao paciente a importância de permanecer no leito até ao dia seguinte para a realização do primeiro levante, permanecer em jejum para evitar náuseas e vômitos, o uso da campainha caso necessite dos nossos cuidados e atenção, garantindo e assegurando a nossa presença sempre que necessário. Em alguns dos casos que acompanhei, constatei que vários pacientes apresentaram um quadro de ansiedade e medos relacionados com a possibilidade de apresentar dores. Perante esta situação, a minha intervenção passou por ouvir, apoiar e auxiliar o paciente a compreender e enfrentar a situação vivenciada.

Ainda neste estágio, foi possível realizar os ensinamentos pós-operatórios numa paciente com 78 anos submetida a uma colostomia descompressiva. Numa fase inicial, os cuidados foram realizados por mim, explicando de forma clara todos os procedimentos a ser seguidos, desde a limpeza do estoma, que deve manter-se rosado, a uma boa secagem da pele que permita uma boa colocação do saco de estomia, até o esvaziamento do mesmo. No dia seguinte, a paciente realizou de forma autónoma os cuidados do estoma, sob a minha supervisão, o que permitiu a preparação da alta da paciente. Neste caso, o objetivo da equipa de enfermagem é tornar autónoma a paciente nos cuidados com o seu estoma.

O cuidar no pós-operatório passa também pelo alívio da dor.

A dor é um sintoma complexo, que em algum momento do ciclo vital, todo o ser humano acaba por experimentar. Em contexto de doença, o enfermeiro é o profissional de saúde que acompanha por mais tempo a pessoa com dor, e por essa razão, tem o propósito de gerir e promover o conforto e alívio da dor, aplicando uma correta avaliação e os devidos cuidados de enfermagem adequadas à pessoa (OE, 2015).

Para a International Association for the Study of pain (2017), os fatores que podem contribuir para a variabilidade da dor no pós-operatório incluem o género, a idade, a etnia, o peso, a condição física, as comorbilidades, a dor pré-operatória e seu tratamento, os fatores sociais, o local da cirurgia ou a técnica cirúrgica e fatores psicológicos.

Segundo a OE (2021), a dor aguda está habitualmente associada a traumatismos dos tecidos ou inflamação causados por cirurgias, queimaduras, fraturas, e também relacionada com procedimentos de diagnóstico e terapêutica ou um sintoma a aferir em doenças, podendo estar igualmente presente em exacerbações de doenças crónicas como nas doenças oncológica, autoimunes, ortopédicas, neurológicas entre outras.

Durante este estágio, identifiquei, avaliei, notifiquei e controlei a dor pós-operatória, de cada paciente oferecendo um cuidado personalizado de acordo com as suas necessidades. O controlo eficaz da dor é um dos deveres dos profissionais de saúde, e como enfermeira devo garantir o conforto e o bem-estar da pessoa, para tal, realizei a avaliação e registo da intensidade da dor de forma contínua e regular à semelhança dos outros sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica administrada e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Durante a avaliação da dor, tive em consideração a queixa algica, o momento de início da sensação, a localização, a intensidade, a qualidade, a duração, para depois adaptar a melhor analgesia conforme a prescrição médica. Após cada administração de tratamento analgésico, realizava uma nova avaliação, de maneira a aliviar a dor e proporcionar conforto aos pacientes.

Realizei ainda, a avaliação dos fatores ambientais, físicos e psicológicos, sendo também estes capazes de influenciar a perceção da dor, desde temperaturas baixas, iluminação intensa, ruídos, crises de ansiedade, cansaço, medo e falta de informação. Proporcionei ao paciente um ambiente calmo e seguro e mantive uma comunicação adequada e uma postura segura de maneira a otimizar os cuidados de enfermagem.

No período pós-operatório, a intervenção da equipa de enfermagem passa por restaurar o equilíbrio fisiológico e emocional dos pacientes submetidos aos procedimentos cirúrgicos. Tem o dever de ensinar sobre o autocuidado, aliviar a dor e preparar o paciente e família para a alta hospitalar. Estes ensinamentos são importantes na prevenção de complicações pós-cirúrgicas. O cuidar no pós-operatório, tem por base principal recuperar o bem-estar do paciente, reduzir o *stress* que possa afetar sua recuperação (Araújo et al., 2021).

O segundo momento de estágio decorreu no serviço de BO do HNM, onde está instalada a Cirurgia Ambulatória, durante 150 horas, no mês de abril de 2022 em horário rotativo (manhãs, tardes e noites). A escolha deste estágio teve como principal propósito voltar ao BO para reforçar e consolidar conhecimentos teórico-práticos no sentido de compreender, melhorar e aperfeiçoar algumas técnicas de enfermagem perioperatória, como

também aprofundar o meu tema de estudo - prevenção da infecção do local cirúrgico. Ambos campos de ação complementam-se, e estão associados ao meu gosto pessoal no que diz respeito, a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem à PSP.

O serviço do BO neste período organizou-se da seguinte forma: quatro salas operatórias, uma ante câmara na sala nº3 que foi adaptada e condicionada para a realização de cirurgias de urgência ou emergência, como também foi criado um espaço cirúrgico à entrada da UCPA. Tendo em conta que o BO Central estava a ser reestruturado, a administração do hospital teve a preocupação de garantir que o BO da Cirurgia Ambulatória tivesse o mesmo número de salas operatórias que existiam no BO Central.

A sala nº1 é dedicada à Cirurgia Cardio-Torácica. Esta sala possui vários equipamentos (como a máquina de circulação extra-corporal), o que obriga que seja um espaço maior. A sala nº3 está direcionada para a cirurgia com os pacientes positivos a SARS-CoV-2 e para as cirurgias urgentes ou emergentes. As salas nº2 e nº4 são usadas para as cirurgias eletivas, que podem ser utilizadas pelas mais diversas especialidades (Ortopedia, Neurocirurgia, Pediatria, entre outros).

Foram realizados vários turnos com a EEEMC e alguns desses turnos com outros elementos da equipa de enfermagem de anestesia. Assisti a vários procedimentos cirúrgicos, de diversas especialidades, desde colecistectomias, apendicectomias, hemicolecotomia, colostomia, amputação do membro inferior, histerectomia total, diversas herniorrafias, prótese total da anca e ressecção endoscópica da próstata. Sob a supervisão destes profissionais realizei os cuidados de enfermagem a serem prestados aos pacientes durante o período pré, intra e pós-operatório. Preparei e administrei de forma autónoma, a terapêutica conforme a indicação do anestesista.

Um das funções da enfermeira anestesista é assistir ao posicionamento do paciente na marquesa, trabalhando em colaboração com as enfermeiras de instrumentação, respeitando as regras de higiene e de assepsia. Após a indução anestésica, é efetuado uma vigilância constante dos parâmetros vitais, o preenchimento das diferentes *checklist* e a realização de registos de enfermagem completos. Tive a possibilidade de participar em todas estas tarefas, e ainda acompanhar o paciente até a UCPA e transmitir as informações clínicas aos colegas da unidade.

As atividades e conhecimentos desenvolvidos e adquiridos ao longo do estágio I, foram consolidados e colocados em prática no decurso deste estágio, com mais autonomia,

segurança e destreza. Foi possível realizar atos como o acolhimento, a preparação do paciente, a administração da terapêutica no intra-operatório, a transferência do paciente de uma unidade para outra, a comunicação entre os diversos serviços, o trabalho em equipa, a comunicação e a partilha de ideias e conhecimentos.

Destaco ainda, uma situação vivenciada, onde o meu contributo foi essencial no que diz respeito à comunicação e acolhimento de uma paciente de nacionalidade francesa no período pré, intra e pós-operatório, já que foram aproveitados os meus conhecimentos e domínio da língua francesa para compreender e comunicar com esta.

Durante a cirurgia, a médica anestesista verificou que a paciente apresentava um sopro cardíaco, condição esta que necessitava de ser comunicada à paciente. Na UCPA a médica anestesista solicitou a minha ajuda no sentido de traduzir para francês o problema de saúde apresentado e as recomendações que devia seguir, desde a marcação de uma consulta com o seu cardiologista à realização de exames complementares.

Outro caso vivenciado, refere-se a um paciente do sexo masculino de 80 anos, transferido do Hospital dos Marmeleiros para o SU do HNM, com dor abdominal. À sua chegada, foi realizada uma TAC abdominal que revelou uma necrose do intestino. Perante este diagnóstico, o paciente foi transferido de imediato para o BO, onde foi submetido a uma cirurgia de urgência.

Neste contexto, realizei o acolhimento do paciente e assisti ao procedimento cirúrgico. Durante o intra-operatório a equipa cirúrgica constatou que a necrose era extensa, e que o paciente apresentava uma disfunção multiorgânica, o que levou à interrupção do ato cirúrgico e à sua transferência para a UCPA. A chegada a unidade, o paciente foi monitorizado conforme o protocolo do BO, pouco tempo depois, encontrava-se sem sinais vitais e o médico anestesista declarou o óbito.

Durante este período, constatei que a equipa de enfermagem permaneceu ao lado do paciente, prestando cuidados de conforto e alívio da dor.

Com a ajuda da EEEMC, foram prestados os cuidados de higiene do corpo *post-mortem*, respeitando a dignidade do paciente. Durante este processo, foram removidos os cateteres de via intravenosa, o tubo endotraqueal, limpeza das secreções dos orifícios orais com ajuda de compressas, higienização do corpo, e por fim procedeu-se a identificação deste com o uso de 2 etiquetas, uma colada ao corpo e outra colada no lençol que envolve o corpo, seguindo deste modo o protocolo instituído pela instituição.

A dignidade é um valor da pessoa humana e deve ter por princípio garantir uma existência humana adequada, virtuosa, honrada em termos materiais e espirituais. “O ser humano tem o direito de receber tratamentos, respeito e proteção independentemente da origem, raça, cor, credo e ou outra variável social e económica” (Costa et al., 2018, p.33).

Ainda no decurso deste estágio, realizei junto com a EEEMC destacada para o programa cirúrgico de urgências, o acolhimento de uma paciente do sexo feminino com idade de 28 anos, cujo diagnóstico era apendicite aguda. A paciente apresentava-se nervosa e com labilidade emocional, referindo que tinha sido mãe há pouco tempo, demonstrando alguma preocupação por não estar perto da sua bebé e não poder amamentá-la.

Questionou na possibilidade de continuar a amamentar após a cirurgia e se existiam riscos. Achei pertinente comunicar esta informação à médica anestesista, a qual esclareceu a paciente que podia continuar a amamentar sem quaisquer consequências para o seu bebé. O procedimento cirúrgico ocorreu sem intercorrências, e a paciente foi transferida posteriormente para a UCPA, onde referiu que apresentava um desconforto na região mamária, devido à acumulação de leite mamário. Comuniquei a EEEMC sobre o estado da paciente e sugeri o contato com as colegas do serviço de maternidade para dar apoio à paciente. A enfermeira especialista em saúde materna, trouxe o material adequado para retirar o leite e reconfortou a paciente nas suas dúvidas.

Constatei que a importância em comunicar e o trabalho em equipa com os colegas de outras especialidades, vem reforçar a qualidade na prestação dos cuidados de saúde aos pacientes.

No decurso deste estágio, o meu objetivo foi aprender e fomentar os fundamentos clínicos pré-anestésicos, os quais destaco: a anatomia e fisiologia para a anestesiologia; a farmacologia; a avaliação pré-anestésica, que inclui a avaliação global do paciente nas diferentes patologias como a cardíaca, respiratória, renal, hepática, endócrina, hematológica e neurológica; a anestesiologia clínica que engloba a via aérea e ventilatória; a monitorização e os diversos equipamentos; os diferentes fármacos utilizados em anestesia; os diversos procedimentos anestésicos, desde a anestesia geral, anestesia do neuroeixo e bloqueios regionais; e por fim os aspetos específicos no período perioperatório, como a UCPA, as complicações pós-operatórias como náuseas ou vômitos, hipotensão, dor e alteração do estado emocional.

O meu foco neste estágio passou também, por conhecer as funções do enfermeiro anestesista, através da experiência do EEEMC, bem como, dos diferentes enfermeiros peritos nesta área, da pesquisa e estudo de artigos científicos e do manual de anestesiologia. Tive a oportunidade de exercer o papel de enfermeira anestesista sob a supervisão da EEEMC.

O terceiro momento de estágio realizou-se na UCPAP do HNM, com duração de 70 horas e decorreu no mês de maio de 2022 em horário rotativo. A escolha deste local de estágio teve como objetivo seguir o percurso do paciente cirúrgico e dar continuidade dos cuidados de enfermagem perioperatórios que são praticados no UCPA.

Trata-se de um espaço destinado a pacientes que necessitam de uma vigilância rigorosa no pós-operatório. Esta unidade é dirigida pela equipa de Anestesiologistas do BO e é considerada uma continuação da UCPA, onde os pacientes requerem uma vigilância acrescida e não estão aptos a regressar aos seus respetivos serviços. Esta Unidade está situada no 1º piso do HNM, acoplada ao Serviço de Cirurgia Vascular e Gastroenterologia. Tem uma capacidade para 3 camas e permite a recuperação cirúrgica com maior qualidade e em condições de maior segurança. Estas 3 camas estão separadas por biombo de forma a assegurar a dignidade e a privacidade dos pacientes, estes espaços estão equipados com materiais e equipamentos necessários à monitorização e vigilância contínua do paciente.

O acolhimento do paciente e os cuidados de enfermagem na UCPAP são muito idênticos à UCPA, no entanto, a UCPAP segue os protocolos instituídos pela Unidade de Cuidados Intensivos.

No decorrer deste estágio foi possível acompanhar o paciente desde a sua chegada até à transferência para o serviço de internamento. Foram prestados diversos cuidados de enfermagem, desde a execução de pensos das feridas cirúrgicas, realização do balanço hídrico a todos os pacientes, vigilância dos parâmetros vitais através da monitorização contínua dos pacientes, manipulação da linha do cateter arterial durante a colheita de sangue ou gasimetria, análise e interpretação dos resultados da gasimetria e realização de alterações terapêuticas conforme os protocolos instituídos, exemplo disso, a reposição de potássio para correção de uma hipocaliemia. Para Vincente et al. (2021), o cuidado de enfermagem está orientado para a assistência, gestão, educação e a prestação dos cuidados ao paciente cirúrgico. Nesta situação a enfermagem desenvolve um papel fundamental, na realização do cuidado tendo em conta a situação clínica, e na gestão de estratégias para abordagem das

necessidades educacionais, emocionais, psicológicas e sociais. Estes temas são desafios diários para classificar a assistência, conhecendo a complexidade do cuidado de enfermagem ao paciente cirúrgico.

No decurso do estágio, foi possível prestar cuidados de saúde a um jovem de 30 anos de idade, que tinha sofrido um acidente de moto, e que foi submetido a uma cirurgia de urgência - osteossíntese do membro inferior esquerdo e que posteriormente foi transferido para a UCPAP para uma melhor vigilância do seu estado de saúde. Durante os cuidados de higiene, o paciente verbalizou o medo de não poder andar mais, apresentava uma labilidade emocional, e solicitou a presença do cirurgião para esclarecer algumas dúvidas acerca do procedimento cirúrgico ao qual foi submetido. Com a ajuda da enfermeira de reabilitação, foi possível tranquilizar o paciente, explicando que este tipo de cirurgia é comum e que ia ter uma equipa multidisciplinar para ajudá-lo durante todo o processo de reabilitação. O enfermeiro procura sempre desenvolver práticas para minimizar as dúvidas, os medos e as angústias dos pacientes cirúrgicos, ajudando na sua recuperação pós cirúrgica.

O quarto e último momento deste estágio decorreu no Serviço das Consultas Externas do HNM no mês de maio de 2022. Tratou-se de um estágio de observação, com duração de 28 horas, distribuídas em 4 turnos (manhãs). A escolha deste último estágio teve como finalidade consolidar, compreender e perceber quais são os cuidados prestados aos pacientes com feridas cirúrgicas limpas ou infetadas após a alta hospitalar, já que se trata do culminar do percurso do paciente cirúrgico.

A Consulta Externa funciona de 2ª feira à 6ª feira. Neste serviço podemos encontrar várias salas de tratamento acopladas às salas de consultas das diferentes especialidades cirúrgicas. As especialidades encontradas durante este estágio foram: cirurgia geral, cirurgia plástica, cirurgia vascular e ortopedia adulta. A equipa de enfermagem é composta por três enfermeiros no turno da manhã e por um enfermeiro no turno da tarde. A enfermeira perita verifica o número de consultas de enfermagem programadas por semana e entrega o plano à enfermeira chefe que realiza a distribuição dos enfermeiros pelas salas, semanalmente.

Ao longo deste estágio, foi possível acompanhar a enfermeira perita durante o período pré e pós-operatório. Esta profissional de saúde possui uma larga experiência no tratamento de feridas cirúrgicas. Segundo a Internacional Council of Nurses (2019), a ferida cirúrgica define-se como “um corte de tecido produzido por um instrumento cirúrgico cortante, de modo a criar uma abertura num espaço do corpo ou num órgão, produzindo

drenagem de soro e sangue, [...] sem mostrar quaisquer sinais de infeção ou pus” (p.64). A ferida cirúrgica resulta de um procedimento planeado, quer seja num contexto eletivo ou de urgência, sendo expectável que a cicatrização dos tecidos siga uma evolução rápida, previsível e com o mínimo de perda de função. É importante assegurar que as pessoas com feridas cirúrgicas recebam uma avaliação apropriada, bem como, cuidados adequados à sua situação clínica. Para Santos et al. (2018), a cicatrização é um processo fisiológico e dinâmico. É necessário conhecimento técnico e científico, dos fatores que poderão acelerar ou atrasar o processo de cicatrização. Desta forma, é imprescindível o conhecimento de novas técnicas e produtos para a prevenção de feridas operatórias. Diante da complexidade do cuidado deste tipo de feridas, o papel do profissional da saúde não se reduz à avaliação de feridas e a sugestões de tratamento. Para garantir um cuidado efetivo, é necessário orientar e educar a equipa de saúde para monitorizar o progresso da cicatrização, avaliar a efetividade das intervenções realizadas e o tratamento utilizado.

Segundo Esteves (2018), a avaliação pormenorizada do utente é um elemento fundamental para a implementação dos cuidados de enfermagem, de maneira a permitir um aumento da qualidade de vida do indivíduo. Uma avaliação detalhada da ferida cirúrgica é essencial para estabelecer o plano de cuidados, a execução do tratamento e a definição de prioridades. Desta forma, o conhecimento das causas e fatores que interferem nas feridas cirúrgicas deverão ser um aspeto importante a considerar pelos profissionais de saúde que realizam o tratamento deste tipo de feridas.

No seguimento deste enquadramento teórico e retomando o que foi observado neste estágio depois da consulta médica com o paciente (consulta pré-operatória), a equipa de enfermagem acolhe e orienta o paciente na realização dos diferentes exames de diagnóstico (eletrocardiograma, raio-x tórax e análises clínicas) e esclarece dúvidas.

Na consulta do pós-operatório, a enfermeira perita, executa os cuidados pós-cirúrgicos, de modo especial na realização dos diferentes tipos de pensos adaptados para os diferentes tipos de feridas. Numa primeira abordagem, a enfermeira perita realiza uma avaliação da ferida, de forma a conhecer qual é o tipo de ferida, o nível de cicatrização e a evolução positiva ou negativa da mesma. Após essa avaliação, é decidido conjuntamente com o médico especialista, qual o tratamento adequado para a ferida. É de realçar, que geralmente o médico especialista valoriza a experiência da enfermeira perita, aceitando sugestões e/ou outras alternativas propostas pela mesma.

O tratamento das feridas cirúrgicas passa pela execução de um penso simples como também pela execução de pensos mais complexos para feridas cirúrgicas complexas, exemplo disso, são os pensos de pressão negativa.

Foi possível assistir e participar na realização de um penso de pressão negativa numa ferida cirúrgica complexa, compreender a sua utilidade, a sua funcionalidade e os benefícios para os pacientes com esse tipo de feridas. Foram ainda realizados registos de enfermagem pertinentes para o seguimento do paciente com este tipo de ferida, sempre com o olhar e conhecimento crítico da enfermeira perita.

Desta forma, este estágio permitiu conhecer os diferentes tipos de pensos, a metodologia de trabalho e a programação dos cuidados de enfermagem na consulta do pré e pós-operatório da Consulta Externa do HNM.

2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Uma pessoa competente é aquela que sabe agir com relevância num determinado contexto, escolhendo e mobilizando um conjunto de recursos, sejam estes pessoais (conhecimento, *savoir-faire*, qualidades, cultura, recursos emocionais,) e tecnológicos (banco de dados, artigos profissionais e científicos). "Ser competente" significa ser capaz de agir e ter sucesso com habilidades, mestria, sabedoria, destreza e prática em uma situação de trabalho. Significa implementar uma prática profissional relevante mobilizando uma combinação adequada dos recursos pessoais e tecnológicos (Le Boterf, 2008).

A OE no seu regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista refere que:

são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (p. 4745).

O enfermeiro é um profissional de saúde que faz parte de uma equipa multidisciplinar, onde trabalha em colaboração e executa intervenções autónomas tendo como objetivo o bem-estar do paciente. No artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 161/96, o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) refere que são “as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.” (p.4).

O enfermeiro especialista dispõe de quatro domínios comuns na prestação de cuidados de enfermagem, são eles a Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; a Melhoria Contínua da Qualidade; a Gestão dos Cuidados e as Aprendizagens Profissionais.

2.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

Segundo o Regulamento n.º 140/2019 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, artigo 5.º, relativo ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal enquadra-se em duas competências. A primeira, o enfermeiro especialista, “desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas

legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e a segunda “garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (p.4745).

De acordo com o REPE, Decreto-Lei n.º 161/96, artigo 8.º, refere que no “exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” e no “exercício da atividade profissional dos enfermeiros tem como objetivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social” (p.4).

Durante o estágio I no BO, verificou-se que ao realizar o acolhimento de um paciente, este não tinha o consentimento informado assinado (o cirúrgico e o anestésico). Sabe-se que durante a admissão de pacientes para a realização de um procedimento cirúrgico, faz parte das funções do enfermeiro a verificação da *checklist* pré-operatória. Dentro desta lista um dos itens a serem confirmados é o consentimento informado, e sem este não pode ocorrer o ato cirúrgico. Neste caso, procedeu-se à comunicação do sucedido à equipa cirúrgica, permanecendo o paciente na antecâmara do BO para resolução desta questão ética/legal. Neste cenário e com a chegada da equipa médica ao BO, esta questão foi rapidamente ultrapassada, esclarecendo e informando o paciente como decorreria o ato cirúrgico. Após a assinatura do paciente de ambos os documentos, este dá entrada na SO e inicia-se o processo cirúrgico, respeitando assim, um dos protocolos instituídos pelo respetivo serviço.

É de realçar, que o médico deve esclarecer o paciente ou o seu representante legal de todos os aspetos relevantes do internamento e em particular dos procedimentos propostos, seus objetivos, consequências e riscos. O documento do consentimento informado deverá ser preenchido de acordo com a Norma 15/2013 de 03/10/2013 atualizada em 04/11/2015 da Direção Geral de Saúde (DGS) devendo ser obrigatoriamente entregue uma cópia ao paciente. Segundo a DGS (2015) o consentimento informado deve ser:

esclarecido e livre dado por escrito pode ser expresso de forma verbal, oral ou escrita e contém em si, duas noções indissociáveis, a de compreensão e autonomia. A informação deverá ser facultada numa linguagem clara e acessível, baseada no estado da arte e isenta de juízos de valor. Para além da comunicação verbal e, sempre que possível, a informação e o esclarecimento devem ser acompanhados de folheto explicativo da responsabilidade da unidade de saúde e/ou dos profissionais de saúde. A informação e o esclarecimento obrigam a um período de reflexão que emana da necessidade da pessoa avaliar qualitativamente a informação e o esclarecimento recebidos. (...) A revogação do consentimento informado, esclarecido e livre pode ocorrer a qualquer momento, sem exigência de qualquer formalidade, e não pode acarretar qualquer prejuízo para a pessoa nos seus correspondentes direitos assistenciais (p.5).

Num segundo momento do estágio, a equipa foi confrontada com um dilema ético, já que a paciente pertencia ao movimento religioso Testemunhas de Jeová. Esta foi informada pela médica anestesista acerca da forte probabilidade de apresentar uma perda significativa de sangue durante o procedimento cirúrgico, e na possibilidade de ser necessário uma transfusão sanguínea. Perante esta situação, foram explicadas e esclarecidas os benefícios de uma transfusão sanguínea, ao que a paciente compreendeu e concordou com a transfusão, sob a condição de não divulgar essa informação à sua família, por temer ser rejeitada.

Segundo o parecer do Conselho Jurisdicional nº87/2018 da OE, refere que as Diretivas Antecipadas de Vontade, também conhecidas como “Testamento Vital”, foram estabelecidas pela Lei n.º 25/2012, o Registo Nacional do Testamento Vital é regulamentado pela Portaria n.º 96/2014, e o Modelo Facultativo de Diretiva Antecipada de Vontade é aprovado pela Portaria n.º 104/2014. A Diretiva Antecipada de Vontade “é uma manifestação antecipada da vontade consciente, livre e esclarecida no que concerne aos cuidados de saúde que deseja ou não receber (...)” (p.4). O Movimento Religioso das Testemunhas de Jeová são portadoras de uma declaração de isenção de responsabilidade que representa a livre e consciente vontade de recusa de transfusão de sangue e seus derivados.

Para a OE (2018), o enfermeiro no seu exercício assume o dever de “cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa”, deve “abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida,” o enfermeiro deve “respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos” (p.6).

Um das responsabilidades do enfermeiro é garantir a privacidade e o respeito pela intimidade dos seus pacientes. Na UCPAP, foi difícil garantir essa privacidade/intimidade, já que era um espaço reduzido (com 3 camas) e dividido com biombos e cortinas. Na inexistência de um gabinete de enfermagem, obrigava a que a equipa de enfermagem criasse estratégias que permitissem assegurar a privacidade/intimidade de cada paciente, utilizando um tom de voz mais baixo, durante a passagem de turno e na prestação de cuidados de saúde, garantindo assim, a proteção de dados e de informações clínicas de cada um deles.

Segundo o Código Deontológico da OE (2015), o enfermeiro respeita e protege a intimidade da pessoa, “salvaguarda sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa.” (p.9). Durante todo o percurso académico e profissional, manteve uma atenção particular no que concerne ao respeito e dignidade dos pacientes e sobre as diversas questões éticas. A ética profissional permite orientar o profissional no sentido ao bom cumprimento de todas as atividades subjacentes ao exercício da sua profissão, seguindo os princípios determinados pela sociedade e por grupos de trabalho.

Os cuidados de Enfermagem devem ser desenvolvidos com base no respeito pela vida, dignidade e direitos humanos, garantindo a liberdade da pessoa humana e evocando a qualidade da assistência à saúde. A dimensão ética assume grande valor no processo de tomada de decisão; sua utilização por parte dos enfermeiros nos seus comportamentos profissionais torna-se imprescindível.

Em suma, a ética corresponde a um conjunto de padrões e de valores que atua como um dispositivo orientador do comportamento humano, além de oferecer valores, a ética oferece princípios e normas que nos demonstra o certo e o justo. No contexto da enfermagem, a ética abrange comportamentos e ações que envolvem conhecimentos, valores, habilidades e atitudes no sentido de favorecer às capacidades do ser humano com a finalidade de preservar ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer (Carvalho et al., 2018).

Ao longo dos estágios clínicos, foram desenvolvidas atividades centradas no respeito pelos princípios éticos, promovendo a privacidade do paciente, respeitando os seus valores, mantendo o sigilo e a segurança das informações clínicas relativas aos pacientes.

2.2. Melhoria contínua da qualidade

Segundo o Regulamento n.º 140/2019 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, artigo 6.º, relativo ao domínio da melhoria contínua da qualidade refere, que o enfermeiro especialista “garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”; “desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” e por fim “garante um ambiente terapêutico e seguro” (p.4745).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020) a qualidade é definida como sendo “a medida em que os serviços de saúde prestados aos indivíduos e às populações aumentam a probabilidade de se obterem os resultados desejados na saúde e são consistentes com os atuais conhecimentos profissionais”. A OMS definiu diferentes conceitos básicos da qualidade, esses cuidados têm de ser “eficazes, eficientes, acessíveis, aceitáveis, centrados no paciente, equitativos e seguros” (p.13).

Os cuidados de saúde de qualidade têm de ser “eficazes” no sentido que devem ser prestados cuidados baseados na evidência a todos aqueles que necessitam. Precisam de ser “seguros”, evitando prejudicar as pessoas a quem os cuidados se destinam e “centrados nas pessoas”, direcionando os cuidados que respondam às preferências, necessidades e valores dos indivíduos. É indispensável que os serviços de saúde sejam “oportunos”, isto é, deverão reduzir os tempos de espera e, por vezes, demoras prejudiciais, tanto para os que recebem como para os que prestam os cuidados. Têm de ser “equitativos”, prestando cuidados que não variem de qualidade em virtude da idade, sexo, género, raça, etnia, localização geográfica, religião, estatuto socioeconómico, questões linguísticas ou filiação política. A qualidade na saúde passa também por cuidados de saúde “integrados”, isto é, prestar cuidados que sejam coordenados em todos os níveis e por todos os prestadores, disponibilizando todo um conjunto de serviços de saúde ao longo da vida. Por fim, os cuidados na área da saúde deverão ser “eficientes”, de modo a maximizar o benefício dos recursos disponíveis e evitando o desperdício (OMS, 2020, p.13-14).

A DGS (2020) refere que a Qualidade em Saúde pode ser definida como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional excelente, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a aprovação e a satisfação do indivíduo. Melhorar continuamente a qualidade no sector da saúde significa que os cuidados prestados necessitam de ser efetivos e seguros. Melhorar a qualidade na saúde exige uma resposta pragmática à necessidade de sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde, porque contribui para melhoria da efetividade e da eficiência da prestação de cuidados de saúde.

O cuidado centrado no paciente é definido “pelo fornecimento de assistência que honrem e respondam às prioridades, necessidades e valores de cada pessoa, e, assegurem que todas as tomadas de decisões clínicas sejam conduzidas pelos valores estabelecidos pelo paciente” (p.3). O cuidado representa a essência do trabalho de enfermagem, ato que envolve um olhar atento, dedicação e a perceção de vários sentimentos, permitindo assim, uma

relação mais próxima entre o paciente e o profissional de enfermagem (Bittencourt et al., 2021).

Costa et al. (2022) definem a melhoria da qualidade como uma: “[...] abordagem sistemática que utiliza técnicas específicas para melhorar os resultados em saúde e a experiência do paciente, por meio de mudanças de comportamento dos profissionais e instituições de saúde e da utilização de métodos sistemáticos voltados para a mudança” (p.2).

Neste contexto, verificou-se que no BO a qualidade dos cuidados de saúde é primordial. O respeito pelo código vestimentário, que passa pela colocação da touca, sapatos adequados, farda, máscara, uso de luvas, entre outros, o respeito pelas regras de higiene e de assepsia, a importância da higienização das mãos e a lavagem cirúrgica das mãos dos enfermeiros instrumentistas e da equipa médica, são regras básicas para evitar o risco de descontaminação e de transmissão de agentes patogénicos, com o objetivo de manter a segurança dos pacientes e evitar eventos adversos. É importante referir, que sempre que se abandone o BO, a equipa de enfermagem tem o dever de trocar de farda, respeitando sempre a qualidade e a segurança no local de trabalho.

Ainda neste contexto, a equipa de enfermagem tem o dever de verificar as condições da SO, desde a sua temperatura até a sua respetiva limpeza, assegurar que os fármacos se encontram bem acondicionados e dentro das datas de validade, verificar as diferentes *checklist*, assegurar que o carro de apoio do enfermeiro anestesista contém todo o material necessário para o procedimento anestésico e testar todos os equipamentos que são utilizados na SO, garantindo a sua operacionalidade.

No Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, a DGS (2022) declara que a segurança dos pacientes é fundamental para a qualidade da saúde e dos cuidados de enfermagem. Indica que a segurança dos pacientes passa pela formação dos profissionais de saúde, pela segurança ambiental, pela gestão do risco, pelo controlo de infeção, pela utilização adequada de medicamentos, pela segurança dos equipamentos e de conhecimentos científicos focados na segurança dos pacientes.

Os registos de enfermagem concedem uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, não só porque possibilitam dar continuidade aos registos efetuados por outros colegas, mas também porque permitem uma visão geral do processo do paciente, de maneira a obter informações sobre a sua situação atual, da história clínica e dos exames complementares, podendo atuar em conformidade de acordo com o que é consultado.

A melhoria da qualidade dos cuidados também passa pela comunicação. A comunicação entre os profissionais da área da saúde deve ser precisa, completa, sem ambiguidade, oportuna e compreendida por todos. Os resultados que uma comunicação assertiva proporciona são inúmeros, mas torná-la altamente eficaz exige muita dedicação e atenção. O exercício da profissão é levado ao limite todos os dias, pois os profissionais lidam com vidas e um pequeno erro pode trazer grandes consequências e ser, até mesmo, fatal.

Durante as passagens de turno ou no momento de transmitir informações aos colegas dos diversos internamentos durante uma transferência, utilizei o método **ISBAR**. Este método é uma ferramenta de padronização da comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do paciente em situações de transição de cuidados. O **I** refere-se à Identificação, o **S** de Situação Atual/Causa, o **B** de Antecedentes/Anamnese, o **A** de Avaliação e o **R** de Recomendações, cujas intervenções em cada passo são enumeradas pela DGS na Norma nº 001/2017. É um método de fácil utilização e compreensão, que permitiu transmitir as informações adequadas de forma clara e objetiva.

Melhorar a comunicação interna nas instituições de saúde é promover a segurança e o bem-estar dos pacientes, por isso, é tão importante investir em meios que tornem esse processo cada vez mais eficaz.

Para a melhoria da qualidade, é importante reduzir o erro medicamentoso, neste âmbito, verifiquei que o BO utiliza a *Pyxis*, um sistema de fornecimento de fármacos automatizado, permitindo remover medicação de forma segura. A reposição dos fármacos em falta neste sistema é realizado pela farmácia hospitalar.

A farmacoterapia tem um papel fundamental no cuidado à PSP pois os fármacos são decisivos na recuperação dos pacientes. Deste modo, para uma intervenção segura e sustentada, realizei um levantamento dos principais fármacos utilizados no BO, consultei os vários protocolos terapêuticos existentes e efetuei um estudo detalhado dos mesmos, tendo em conta o grupo a que pertencem, a via de administração, os cuidados a ter na preparação e administração, os efeitos adversos, contraindicações e as interações medicamentosas. Constatei que os medicamentos mais utilizados pertenciam ao grupo dos antibióticos, inotrópicos, vasopressores e analgésicos. No entanto, é importante realçar que o acesso a *Pyxis* era limitado à equipa de enfermagem, o que por vezes tornava-se um pouco constrangedor por não ter senha de acesso.

No serviço de internamento da Colorretal/Endocrinologia constatei que a equipa de enfermagem utilizava uma metodologia de trabalho que considero inadequada, no que diz respeito a administração da terapêutica, já que estes transcrevem manualmente o tratamento medicamentoso num documento em suporte de papel. Por ser uma situação pouco comum e que pode comportar alguns riscos nos cuidados de saúde, alertei a EEEMC desta situação, já que ao proceder-se desta forma podem ocorrer erros e falhas de escrita, de dosagem, ou simplesmente mudanças de tratamento que não estejam registados nesse documento mas em suporte informático.

Por esta razão, e sob a supervisão da EEEMC verifiquei a tabela terapêutica nos registos informáticos, de maneira a garantir a qualidade na administração terapêutica, na segurança do paciente e na prevenção de eventos adversos. Propus a possibilidade de imprimir a folha terapêutica para evitar os erros medicamentosos e garantir a qualidade dos cuidados prestados. A EEEMC concordou com a minha sugestão, no entanto, reconheceu existir alguma resistência por parte da equipa de enfermagem a essa mudança, já que se trata de um procedimento há muito tempo instituído pelo respetivo serviço.

Por outro lado, na UCPAP verifiquei os protocolos terapêuticos complexos e realizei a administração dos respetivos fármacos, efetuei a gestão e controlo da dor e do bem-estar do paciente, promovi a prevenção da ocorrência de quedas e de úlceras de pressão e ainda investi intensamente na prevenção e controlo das infeções, durante a manipulação do cateter venoso central, da linha arterial, do cateter vesical e das diversas drenagens.

Em todos os campos de estágio, desde a admissão do paciente até ao momento da alta, confirmei a presença da pulseira de identificação e se a informação relativa à identificação do paciente estava correta antes de iniciar qualquer procedimento ou a realização de exames complementares.

Em suma, durante os diversos estágios, adotei um conjunto de atividades que considero essenciais para garantir uma cultura de segurança do ambiente interno, aumentar a segurança da comunicação, correta utilização da medicação com práticas seguras na preparação e administração dos fármacos.

2.3. Gestão dos cuidados

Segundo o Regulamento n.º 140/2019 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, artigo 7.º, relativo ao domínio da gestão de cuidados, abrange duas

competências que o enfermeiro especialista deve dominar. Uma delas passa pela “gestão de cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde”, e “adaptação à liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (p.4745).

No decurso do estágio I no BO, tive a possibilidade de perceber a gestão de recursos humanos e materiais efetuado pela enfermeira chefe. Relativamente à gestão de recursos humanos é da competência da enfermeira chefe efetuar as escalas de serviço, distribuindo o pessoal de enfermagem pelos diversos turnos (manhã, tarde e noite), como também a respetiva organização diária dos recursos humanos pelas diferentes salas das diferentes especialidades. Essa distribuição tem indicações específicas no que se refere aos enfermeiros, que devem ser distribuídos conforme as suas experiências/práticas nessas áreas.

Além das habituais escalas de serviço, constatei que neste serviço existe uma escala de prevenção para a especialidade de Cirurgia Cardio-Torácica e Neurocirurgia, onde são escalados enfermeiros com experiência e preparados para estas áreas.

No que se refere à gestão de materiais e equipamentos necessários para as diversas cirurgias, verifiquei que no BO, a enfermeira chefe delega essas funções a dois elementos da equipa de enfermagem, isto é, existe um enfermeiro que gere os pedidos e os *stocks* desse material e uma enfermeira que gere o controlo dos estupefacientes e a gestão do risco de infeção. Quando a enfermeira chefe está ausente do serviço são estes dois últimos elementos que a substituem, e por sua vez, se estes estão ausentes cabe ao enfermeiro especialista assumir essa função. Os enfermeiros especialistas exercem também funções de chefe de equipa de turno. Neste contexto, foi possível acompanhar a EEEMC no exercício dessa tarefa como responsável do serviço, onde procedeu à receção e verificação de material, à distribuição do plano operatório em cada sala, à verificação do *stock* disponível e ao pedido de material de enfermagem para repor a arrecadação.

No contexto do BO e na UHD, verificou-se que o cumprimento das dotações seguras recomendadas estavam garantidas. No caso do BO o rácio de enfermeiros para cada momento cirúrgico são três, um anestesista, um circulante e um instrumentista. Quanto à UHD o rácio é o mesmo, no entanto, dois enfermeiros são distribuídos pelas salas das intervenções e o terceiro enfermeiro pelo “recobro”. Este último elemento também presta apoio no acolhimento.

Relativamente ao serviço de internamento, as dotações seguras nem sempre são respeitadas, visto que o rácio de enfermeiros por vezes é insuficiente. Esta situação contribui para que os enfermeiros tenham uma sobrecarga de trabalho, podendo refletir-se de forma negativa na prestação dos cuidados de enfermagem, o que pode pôr em causa a segurança dos pacientes.

Tem-se verificado um esforço acrescido por parte dos responsáveis pela gestão de recursos humanos, de maneira a proporcionar o rácio de enfermeiros adequado, todavia a falta destes recursos torna difícil esta gestão.

A dotação segura é um fator importante na área de enfermagem, porque é necessário adaptar os recursos de enfermagem existentes às verdadeiras necessidades dos pacientes. Os recursos necessários, quer em quantidade, quer em competências técnico-científicas, permitem a garantia da qualidade e da segurança nos cuidados. A implementação de dotações seguras nos cuidados de enfermagem tem um impacto direto na eficácia e excelência organizacional, englobando a adequada gestão dos recursos humanos e financeiros, a segurança dos pacientes, a ocorrência e notificação de efeitos adversos e a promoção da saúde (Poeira et al., 2018).

No serviço de Cirurgia Geral, do sector Colorretal/Endocrinologia, foi possível conhecer alguns protocolos instituídos pelo serviço e temas relacionados com os cuidados de enfermagem nesta especialidade. Observei ainda, a gestão dos cuidados de enfermagem prestados pela EEEMC, onde esta segue um plano de enfermagem previamente estabelecido, definindo deveres a serem realizados diariamente, deveres estes que estão devidamente organizados para prestar os cuidados de enfermagem seguros, eficazes e eficientes, exemplo disso, é a realização de pensos cirúrgicos, que devem ser efetuados após a prestação dos cuidados de higiene e a troca de roupa. A EEEMC deste serviço participa nas reuniões da Comissão de Gestão do Risco Global, daí estar muito atenta para a gestão de cuidados na saúde.

Durante este estágio, o meu foco de enfermagem foi dirigido aos pacientes no sentido de prestar cuidados individualizados e fazer com que estes participem nos cuidados sempre que possível. Neste contexto, antes de iniciar qualquer turno, discutia com a minha orientadora quais os cuidados a prestar e a sua respetiva gestão. De forma autónoma, monitorizava os sinais vitais e glicémias; administrava a terapêutica conforme a prescrição médica, seja ela de forma oral ou endovenosa; verificava a permeabilidade dos cateteres

venosos periféricos; trocava os adesivos respeitando as regras de higiene e assepsia; observava o local de inserção do cateter, verificando a presença ou ausência de sinais inflamatórios, certificava-me ainda, se os pacientes sentiam dor no local de punção.

Posteriormente, dava início aos cuidados de higiene, dando prioridade aos pacientes que apresentavam alguma dependência nas suas atividades de vida diárias, exemplo disso, são os pacientes com mobilidade reduzida ou os que apresentem alterações neurológicas. Os pacientes que são autônomos e independentes realizavam os cuidados de higiene sob a vigilância do enfermeiro.

Após os cuidados de higiene, foram realizados os cuidados de enfermagem seguindo o plano de enfermagem previamente definido, como a execução de pensos e remoção dos drenos conforme indicação médica. Por fim, foram registadas as notas de enfermagem relativas aos acontecimentos e procedimentos realizados durante o meu período de trabalho.

Durante a gestão do meu turno e dos cuidados de enfermagem, mantive uma postura calma e segura, informei aos pacientes sobre os diversos procedimentos e cuidados que iam ser submetidos, no sentido que estes se sintam envolvidos e participem nos cuidados ao longo do internamento.

Relativamente, a “Gestão de Cuidados de Enfermagem”, a OE (2021) refere que os enfermeiros têm o dever de excelência de assegurar cuidados em segurança e promover um ambiente seguro. Segundo a OE a excelência é uma exigência ética, no direito ao melhor cuidado em que a confiança, a competência e a equidade se fortalecem. Controlar os riscos que ameaçam a capacidade profissional promove a qualidade dos cuidados, o que corresponde a realizar plenamente a obrigação profissional.

Mota et al. (2022), referem que a segurança do doente é uma prioridade das organizações de saúde e pelas instâncias nacionais e internacionais. A prestação de cuidados exige uma liderança efetiva a fim de promover um compromisso dos profissionais de saúde com a qualidade e a segurança dos cuidados. A equipa de enfermagem constitui a maior força de trabalho das organizações hospitalares. A evidência científica demonstra que uma liderança de enfermagem efetiva está associada a um baixo número de eventos adversos, erros de medicação, baixa da mortalidade, uma diminuição das infeções associadas aos cuidados de saúde, menor taxa de úlceras de pressão e de quedas, permitindo assim uma melhoria no ambiente da prática de cuidados.

Ao longo dos estágios clínicos, o foco foi sempre a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade à PSP, principalmente nos serviços de BO, UHD e UCPAP onde a prestação de cuidados é muito exigente, por serem pacientes do foro crítico, exigindo da equipa de enfermagem uma gestão de cuidados pormenorizados e profissionais de saúde com uma experiência acrescida e conhecimentos consolidados nesse domínio.

2.4. Aprendizagens profissionais

Segundo o Regulamento n.º 140/2019 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, artigo 8.º, relativo ao domínio das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista que desenvolve o autoconhecimento e a assertividade é um profissional que “demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Revela dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional” (p.4749). O enfermeiro baseia a sua prática clínica especializada em evidência científica quando “alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (p.4749).

O meu projeto de autoformação centra-se no cuidado especializado à PSP e na prevenção da Infecção do Local da ferida Cirúrgica, e teve como objetivo a aquisição de conhecimentos teórico-práticos nos serviços de internamento cirúrgico, BO, UCPAP e consulta externa. O objetivo do projeto era conhecer o percurso do paciente cirúrgico, no pré-intra e pós-operatório e apreender acerca da especialidade de enfermeira anestésista.

O meu interesse e as minhas necessidades de conhecimento estiveram sempre definidos e mencionados nos documentos de planeamento dos estágios e também no projeto de autoformação, sendo que este último já diz respeito ao interesse particular pelos cuidados especializados à PSP e a prevenção da Infecção do Local da ferida Cirúrgica. Por meio dos diferentes trabalhos apresentados, defini diversos objetivos e metas que me propus alcançar, sendo possível nesta etapa avaliar o resultado da minha intervenção.

Todas as experiências vivenciadas ao longo deste Mestrado EEEMCPSP contribuíram para o desenvolvimento e consolidação de competências, de aprendizagens, da gestão de situações complexas, avaliações, tomadas de decisão e reflexão das diversas práticas de enfermagem e as suas implicações. Para o meu futuro tanto pessoal como

profissional, pretendo continuar atualizar o meu conhecimento, seja pela via teórica como prática, uma vez que não termina aqui a minha busca pelo saber. Futuramente, gostaria de integrar a equipa de enfermagem do BO, nomeadamente, a equipa de anestesia, já que é a minha área de interesse.

Segundo a OE, citando o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 122/2011), o saber profissional de enfermagem resulta de um processo de construção, de uma prática envolvida e refletida, onde as pessoas e as suas necessidades estão no centro de atenção do enfermeiro.

Segundo o regulamento supra citado, o Enfermeiro Especialista é:

um profissional com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (p.8648).

De acordo com o REPE, Decreto-Lei n.º 161/96, Artigo 9.º, os profissionais de saúde na área de enfermagem contribuem, no exercício da sua atividade em áreas como a gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria de conhecimentos, técnicas/práticas e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, nomeadamente: organizando, coordenando, executando, supervisionando e avaliando a formação dos enfermeiros.

O processo de construção de competências decorre pelo aperfeiçoamento profissional, segundo a OE (2015), “ (...) as formas de operacionalizar e promover o desenvolvimento pessoal e profissional passam pela autoformação, pela formação contínua e pelo processo de avaliação do desempenho. Ou seja, a aprendizagem ao longo da vida, num eixo de atualização e desenvolvimento profissional”. (p. 43).

Para Spínola et al. (2018), a formação em enfermagem está também dependente das aprendizagens profissionais em contexto clínico. O acompanhamento de estudantes e profissionais em formação é geralmente realizado por profissionais experientes.

A prática clínica representa um conjunto de valores e competências, cuja integridade, responsabilidade, dedicação e confiança, têm um impacto direto no trabalho realizado pelos profissionais de saúde envolvidos.

Em contexto dos diferentes estágios praticados, verificou-se que o trabalho desenvolvido pelas diferentes equipas multidisciplinares, contribuíram para a consolidação

e aquisição de novos conhecimentos e aprendizagens. A observação da prática clínica em enfermagem possibilitou o aperfeiçoamento na realização de cuidados de saúde específicos às necessidades dos pacientes.

Durante os diversos estágios, procurei fundamentar as etapas do processo de enfermagem (avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação final) em conhecimentos científicos sólidos e atuais, oriundos de bases de dados, artigos e manuais recentes e credíveis. Mantive uma postura atenta e disponível para discutir e partilhar com os enfermeiros orientadores e restante equipa de enfermagem, os conhecimentos adquiridos em várias áreas, debatendo a sua aplicabilidade na prestação de cuidados. Foi possível observar como os enfermeiros orientadores, bem como outros enfermeiros especialistas, tinham a preocupação de supervisionar os cuidados prestados pelos outros enfermeiros, fornecendo orientações relevantes para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Estes momentos são relevantes no processo de aprendizagem, já que de modo informal e casual, são períodos de formação, fundamentais para a transmissão e assimilação de novos conhecimentos e práticas.

É importante realçar, que o processo de integração de um novo elemento na equipa, é um processo adaptativo, interativo e dinâmico, cuja inter-relação entre o formando, formador e equipa multidisciplinar, envolve os recursos disponíveis no serviço para permitir ao formando aprofundar conhecimentos e adquirir experiência (AESOP, 2012). Por outro lado, importa referir que no seio de uma equipa multidisciplinar, é natural existirem conflitos muitas vezes causados pelas diferentes personalidades e saberes dos seus elementos, daí ser indispensável que estes sejam resolvidos, esclarecidos e direcionados para mudanças positivas e construtivas.

No estágio I no BO, foram realizadas duas reflexões críticas, cada uma com dois temas distintos: Abordagem de enfermagem perioperatória de uma paciente em situação de emergência no BO e Cuidados à criança em situação perioperatória: binómio equipa de enfermagem/família. As reflexões críticas permitem ao formando desenvolver conhecimentos e capacidades de análise nos diferentes contextos clínicos. Foi seguida a metodologia de GIBS, para a elaboração e a construção destes processos reflexivos. A construção destas análises críticas permitiram o fortalecimento do conhecimento, raciocínio e reflexão, no desenvolvimento de competências pessoais e profissionais no contexto das experiências vividas durante a formação. Foi ainda realizado um estudo de caso, relativo a

um paciente submetido a uma cirurgia cardio-torácica, como também, foram elaborados planos de trabalho de enfermagem com ajuda da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, contribuindo desta forma, para melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao paciente.

Destaco ainda, a minha participação numa formação intitulada “Simulação clínica em situação de urgência”, que decorreu durante o estágio de opção no BO, no Centro de Simulação Clínica da Madeira. Esta formação era essencialmente dirigida para a equipa médica, no entanto contou com a presença e participação de alguns enfermeiros.

Na sessão teórica foram expostos diversos casos clínicos de pacientes em situação crítica ou cirúrgica. A vertente prática passou pela simulação do trabalho em equipa entre médicos e enfermeiros perante cada caso clínico. A nossa função foi direcionada no sentido de prestar auxílio e apoio aos pacientes, colaboração com a equipa médica, explicando os sintomas apresentados e iniciando a terapêutica proposta pelo médico especialista, seja este anestesista ou intensivista.

Algumas das situações expostas durante a formação, foram vivenciadas durante o meu percurso profissional e académico. Embora, este tipo de ensinamentos fossem orientados para profissionais da área médica, foi muito pertinente contar com a presença de profissionais da área de enfermagem, já que a maioria das vezes são os primeiros a serem confrontados com situações de urgência. É relevante e imprescindível o investimento neste tipo de formações, já que estas aproximam-nos da realidade e permitem que sejamos rápidos na ação, tratamento e na prestação de cuidados de saúde seguros aos pacientes em situação de urgência, seja num contexto crítico ou cirúrgico.

De acordo com o Estatuto da OE, Lei n.º 156/2015, artigo 100.º, relacionado com os deveres deontológicos em geral, os enfermeiros têm o dever de “assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional” (p. 8079) e corroborando o artigo 97.º, que menciona que os enfermeiros devem:

exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem (p. 8078).

Ao longo dos diversos estágios, foram muitos os momentos que proporcionaram o estímulo ao estudo, ao pensamento crítico, à reflexão, à discussão, à partilha de saberes e conhecimentos, experiências vividas e à aquisição de competências da prática especializada

de enfermagem. Isto deve-se sobretudo ao investimento pessoal na atualização científica e desenvolvimento profissional em bases sólidas, acompanhado por autoconhecimento e maturação pessoal. O desenvolvimento de competências inerentes às competências de enfermeiro especialista é sempre um processo gradual e contínuo.

3. PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são uma das principais preocupações associadas à segurança do paciente e a qualidade dos cuidados, constituem um dos eventos adversos com mais relevância nos cuidados de saúde.

De acordo com AESOP (2012), o risco aumenta quando os cuidados são prestados em contexto de BO, onde a realização de procedimentos invasivos são uma constante. Este é considerado um serviço de "alto risco" não só para os pacientes, mas também para os profissionais que lá trabalham.

As medidas de prevenção e controlo da infeção estão associadas diretamente com a prestação de cuidados de saúde ao paciente, com a equipa cirúrgica, com a assepsia durante os procedimentos, com o controlo ambiental e com os cuidados adequados no pós-operatório que incidem em medidas técnicas, mas também, em medidas comportamentais. Compreender o comportamento individual e a relação com a perceção do risco é um passo importante em termos do controlo efetivo das infeções (AESOP, 2012).

Durante o estágio no BO, foi possível presenciar a prática de diversos protocolos para prevenção e controlo de infeção. As equipas de enfermagem antes de entrar no BO usavam farda e calçado adequado, touca e máscara. Foi possível assistir à desinfeção adequada das mãos pela equipa de enfermagem e lavagem cirúrgica das mãos pelos enfermeiros instrumentistas. Durante a passagem de turno, foi reforçado a importância pelo respeito das regras de higiene e assepsia, bem como, foi sensibilizada para o uso correto de luvas e dos equipamentos de proteção individual (EPIs) que se encontravam acondicionados num local limpo e seco. Diariamente, um elemento da equipa de enfermagem, verificava as condições dos EPIs e registava a quantidade existente, num documento próprio utilizado para esse fim, permitindo assim um controlo sobre o material de forma a evitar ruturas de *stocks*.

No estágio de opção, foi possível conhecer e perceber a realidade e dinâmica do Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCPPCIRA). Verifiquei que a equipa de enfermagem do GCPPCIRA tem nas suas funções uma multiplicidade de atividades diárias, direcionadas no âmbito da vigilância epidemiológica, das normas de boas práticas, da formação e da assessoria. Durante este curto período de estágio, foram abordados algumas questões inerentes ao trabalho desenvolvido por esta equipa, como as precauções básicas do controlo de infeção (PBCI) e

os diferentes feixes de intervenção de prevenção existentes no HNM, nomeadamente a prevenção de infeção de local cirúrgico.

Em conformidade com o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) Nacional, o GCPPCIRA do SESARAM tem como objetivos primordiais segundo o relatório de 2020, a prevenção, deteção e controlo das IACS, a redução do consumo de antimicrobianos e redução da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos.

A norma 029/2012 da DGS, atualizada em 2013, relata que “na admissão à unidade de saúde, deve assumir-se que todo o doente está potencialmente colonizado ou infetado com microrganismos “problema” e podem constituir-se reservatório ou fonte potencial para transmissão cruzada de infeção” (p.3). Desta forma a “aplicação das PBCI durante a prestação de cuidados é determinada pelo nível de interação entre o prestador de cuidados e o utente e o grau de exposição previsto ao sangue ou outros fluidos orgânicos” (p.3).

Os principais riscos das IACS devem-se à presença de dispositivos invasivos, procedimentos cirúrgicos e a infeções por microrganismos multirresistentes, que atualmente constituem uma ameaça significativa devido ao impasse terapêutico que originam. Torna-se, por isso, necessário definir estratégias que reduzam a emergência destes agentes, evitar a disseminação e transmissão nosocomial e conseqüentemente a morbidade e mortalidade devido à infeção. É importante que os profissionais de saúde tenham conhecimento das recomendações para atuar na prevenção da transmissão cruzada da infeção.

De acordo com a norma 029/2012 da DGS refere que as PBCI,

destinam-se a prevenir a transmissão cruzada proveniente de fontes de infeção conhecidas ou não. Essas potenciais fontes de infeção incluem o sangue e outros fluidos orgânicos (excluindo o suor), pele não íntegra, mucosas, assim como, qualquer material ou equipamento do ambiente de prestação de cuidados, passível de contaminação com as referidas fontes. Aplicam-se a todos os utentes independentemente de se conhecer o estado infeccioso dos mesmos. O princípio subjacente às PBCI é de que “não há doentes de risco, mas sim, procedimentos de risco”. A ênfase é dada para as precauções a implementar consoante os procedimentos clínicos e os seus riscos inerentes (p.10).

De acordo com o Serviço Nacional de Saúde no Despacho n.º 3844-A/2016 de 15 de março, as IACS são responsáveis por custos que atingem cerca de 300 milhões de euros por ano, no âmbito das infeções hospitalares. Esta informação vem reforçar a necessidade de combater as IACS, por ter um impacto importante nos custos associados à saúde.

Segundo a OMS, (2016), uma infeção nosocomial ou “infeção hospitalar”, define-se como “uma infeção adquirida no hospital por um doente que foi internado por outra razão que não essa infeção” (p.7). As infeções nosocomiais mais frequentes são as infeções da ferida cirúrgica, das vias urinárias e das vias respiratórias. A prevalência das infeções nosocomiais é mais elevada nas unidades de cuidados intensivos e em serviços cirúrgicos.

A prevenção das infeções nosocomiais passa pela limitação de transmissão de microrganismos entre doentes durante os cuidados diretos, através da lavagem das mãos e da utilização de luvas, da realização de uma prática asséptica adequada, de estratégias de isolamento, de práticas de esterilização e desinfeção e tratamento de roupas (OMS,2016).

Segundo a World Health Organization (WHO, 2016), as IACS são uma das complicações mais comuns que afetam pacientes e profissionais de saúde, provocando o aumento de morbidade e mortalidade, causando um impacto negativo no funcionamento dos sistemas de saúde e aumentando os seus custos. A maioria das vezes, reflete-se num aumento do uso de agentes antimicrobianos, alimentando assim o problema da resistência antimicrobiana. Em 2011, a OMS relatou que cerca de 7% dos pacientes em países desenvolvidos e 10% em países em desenvolvimento adquiriram num determinado momento uma infeção hospitalar. Estima-se que a prevalência das IACS a nível mundial varia entre 5.7% e 19.1%.

Silva e Rodrigues (2016), salientam que a prevenção das infeções associadas aos cuidados da saúde deve constituir um dos componentes críticos de qualquer programa de segurança. Sendo assim, o controlo e a implementação de medidas de prevenção, é essencial para identificar os fatores de risco. As medidas para a prevenção da infeção devem começar com a conceção e o funcionamento do BO, abrangendo o controlo ambiental e as boas práticas. Contudo, é da competência de todos os profissionais de saúde, envolvidos no procedimento anestésico-cirúrgico, supervisionar o cumprimento de regras e de protocolos predefinidos no BO, sejam estes circulantes, instrumentistas, anestesistas e cirurgiões.

Segundo a OE (2017), o EEEMC tem uma função importante na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos, assim como, na procura permanente da excelência no exercício profissional, face aos múltiplos contextos de atuação e à utilização de medidas invasivas no decorrer da doença aguda ou crónica e dos processos médicos/cirúrgicos complexos.

Durante o estágio I e o estágio de opção, foi possível conhecer o Serviço de Esterilização. Este serviço está dividido em diversas áreas de trabalho, onde executam

diferentes tarefas como a descontaminação, a inspeção, a preparação e embalagem, a preparação de têxteis, a esterilização e armazenamento do material esterilizado. Neste contexto, foi possível compreender todo o processo que envolve a correta desinfecção e esterilização dos dispositivos médicos e o seu acondicionamento, tratamento de equipamento contaminado e a respetiva distribuição para os serviços a que se destinam.

Em suma, os estágios clínicos proporcionaram diferentes oportunidades de compreensão, assimilação e consolidação de conhecimentos teórico-práticos da prevenção e controlo da infeção. As competências adquiridas contribuíram para uma melhoria na prestação de cuidados de saúde seguros e de qualidade. Este conjunto de conhecimentos na área da higiene hospitalar, permitiu-me colocar em prática os diferentes procedimentos e circuitos definidos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão.

3.1. Prevenção da infeção do local cirúrgico

A prevenção da infeção do local da ferida cirúrgica é uma problemática comum nos pacientes expostos a cirurgias, daí a importância de investigar, trabalhar, refletir e compreender esta realidade. OEEEMC tem um papel crucial em todo este processo já que pode contribuir para alterar esta realidade, reduzindo custos para a sociedade e alcançando ganhos na saúde do paciente.

A infeção do local cirúrgico (ILC) “está relacionada com o procedimento cirúrgico, ocorre no local da incisão cirúrgica ou próximo dela (incisional ou órgão/espaco), nos primeiros trinta dias do pós-operatório, ou até um ano no caso de colocação de prótese” (DGS, 2022, p.9).

Spira et al. (2018) referem que uma ferida cirúrgica é caracterizada por uma “ruptura da integridade epitelial da pele e estruturas subjacentes ocasionada de forma intencionada” (p.2). O processo de cicatrização ideal e mais frequente consiste na justaposição e alinhamento das bordas da ferida, completando a fase proliferativa até quatro semanas.

Na prestação de cuidados à pessoa com lesões cutâneas, o EEEMC avalia o estado de saúde do paciente e as características das lesões. Aferindo deste modo, o seu estado nutricional, patologia prévia e controlo da dor. Relativamente às lesões, será necessário conhecer a sua etiologia, tamanho, profundidade, localização anatómica, presença de exsudado, risco ou presença de sinais de infeção e características da região peri-lesional.

Para o tratamento da lesão importa considerar as contraindicações, as indicações, as vantagens e desvantagens (OE, 2016).

Para a OE, no parecer nº 3/2016, o tratamento de feridas foi desde sempre um desafio para os profissionais de saúde e para o próprio sistema de saúde. Atualmente, as feridas apresentam uma elevada prevalência mundial, estima-se que atinjam cerca de 14% a 22,8% e são responsáveis por internamentos prolongados, pela diminuição da qualidade de vida dos doentes e da família e pelo consequente aumento dos custos na saúde. O tratamento de feridas é um tema de extrema importância e em constante evolução, fazendo parte das funções diárias do enfermeiro.

Durante o estágio na consulta externa, deparei-me com diversas situações de pacientes submetidos a cirurgias eletivas ou de urgência, que apresentavam infecção do local da ferida cirúrgica. Destaco dois cenários distintos que surgiram na consulta de controlo da ferida no pós-operatório.

A primeira situação corresponde a um paciente de sexo masculino, com 60 anos, que tinha sido submetido a uma amputação transmetatársica do pé esquerdo há algumas semanas atrás e que aparentemente exibia uma infecção da ferida cirúrgica. No momento da realização do penso, verificou-se que este encontrava-se repassado e sujo, a ferida apresentava sinais inflamatórios, rubor, exsudativa, a drenar um líquido sero-purulento. Face a esta situação, a enfermeira perita questionou o paciente acerca da sua rotina diária e o porquê do penso estar naquele estado. O paciente referiu que tinha uma empresa de transporte e que conduzia muitas horas por dia, o que o impossibilitava de dirigir-se até o centro de saúde da sua área de residência para realizar o penso. Perante este relato, a enfermeira explicou a importância de realizar o penso três vezes por semana, de mantê-lo limpo para evitar a proliferação de bactérias e não fazer carga no pé, alternando com períodos de repouso. A enfermeira considerou benéfico mostrar a ferida cirúrgica ao médico especialista, dando orientações ao paciente para a realização do penso na consulta externa, de forma a cumprir o tratamento e garantir uma vigilância acrescida da ferida. Por fim, a enfermeira perita realizou os registos de enfermagem de maneira a dar continuidade ao tratamento da ferida.

A enfermeira perita também auxilia os pacientes a identificarem os fatores de risco, salientando a importância do controlo glicémico perante os pacientes com antecedentes de diabetes mellitus e do adequado autocuidado, como a higiene diária dos pés, secagem eficaz,

inclusive dos espaços interdigitais, cuidado com as unhas e uso de sapatos adequados, bem como a observação dos pés diariamente pelo paciente.

A segunda situação equivale a um caso de uma paciente de sexo feminino de 50 anos, que foi submetida há alguns meses atrás, a uma mastectomia a direita por neoplasia mamária. A chegada à consulta para controlo da ferida, a paciente apresentava uma ferida cirúrgica com uma pequena fístula e com conteúdo purulento.

Na execução do penso, constatei que a ferida apresentava ligeiros sinais inflamatórios e a drenar um líquido sero-purulento em pequena quantidade. Ao observar a ferida, a paciente acabou por verbalizar a sua frustração relativamente à demora da cicatrização da ferida, já que aguardava por uma reconstrução mamária. A enfermeira perita, esclareceu que o procedimento cicatricial era demorado, mas valorizou o facto da ferida apresentar menos conteúdo purulento. Neste caso, é de referir, que existe um acompanhamento apertado da ferida cirúrgica, no sentido de extinguir o processo infeccioso, e garantir uma boa cicatrização da ferida para avançar na reconstrução mamária.

Nestes casos clínicos, as infeções da ferida acabam por dificultar a reconstrução mamária, no entanto, apesar de se tratar de um processo longo, acaba por ter bons resultados e a satisfação das pacientes.

Para a WHO (2018), existem diversos fatores que podem influenciar a cicatrização da ferida cirúrgica e que podem determinar uma possível infeção. Isso inclui, variáveis relacionadas com o paciente (variáveis endógenas) e com o procedimento cirúrgico (variáveis exógenas), que potencializam o risco de um paciente desenvolver uma ILC. Algumas variáveis obviamente não são modificáveis, como a idade e o sexo. No entanto, existem outros fatores que podem ser melhorados para aumentar a probabilidade de um resultado cirúrgico positivo, são estes o estado nutricional do paciente, o tabagismo, o uso correto de antibióticos e a técnica intraoperatória.

Estima-se que uma percentagem significativa de ILC sejam detetadas após a alta do paciente. Essa percentagem pode variar entre 13% e 71%. Pensa-se que a redução do tempo de permanência hospitalar, nas últimas décadas, contribuiu para que muitas das infeções fossem tratadas em regime de ambulatório (WHO, 2018).

Segundo a norma 020/2015 da DGS atualizada em 2022, intitulado o “Feixe de Intervenções” para Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico foram implementadas as seguintes ações:

- a) Realizar banho com cloro-hexidina a 2% no dia anterior à cirurgia e no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência;
- b) Administrar antibiótico para profilaxia antibiótica cirúrgica dentro dos 60 minutos anteriores à incisão cirúrgica, sempre que indicado. Em dose única ou durante um máximo de 24 horas de acordo com a Norma N.º 031/2013 “Profilaxia Antibiótica Cirúrgica”;
- c) Evitar tricotomia e, quando absolutamente necessária usar máquina de corte imediatamente antes da intervenção cirúrgica;
- d) Manter normotermia peri-operatória (temperatura central $\geq 35,5^{\circ}\text{C}$);
- e) Manter glicemia ≤ 180 mg/dl durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes.

Estes “Feixes de intervenções” têm como objetivo prevenir às ILCs e assegurar que os pacientes recebam tratamentos e cuidados recomendados, baseados na evidência científica.

Para Martins et al. (2020), as intervenções de enfermagem mais relevantes durante o período perioperatório para prevenção da infecção no local da ferida cirúrgica **na fase pré-operatória** são:

- a realização da higienização das mãos,
- a tricotomia sem lâmina de barbear (somente quando for necessário),
- o banho com clorexidina no dia anterior à cirurgia e na manhã da cirurgia,
- a administração da antibioterapia profilática.

Na fase intra-operatória foram destacadas as seguintes medidas:

- a antisepsia cirúrgica das mãos,
- a troca de luvas estéreis,
- equipamento estéril para toda a equipa cirúrgica incluindo a equipa de enfermagem,
- o tempo de duração da cirurgia,
- manter a temperatura superior ou igual a $35,5^{\circ}\text{C}$ (a hipotermia pode ser um fator de risco para aumento de infeções).

Na fase pós-operatória:

- cuidados com o banho com clorexidina,
- higienização das mãos,
- na execução do penso, a utilização de filme transparente para a visualização da ferida.

Observei nos estágios do BO, que a equipa de enfermagem respeitava as *guidelines* recomendadas para a prevenção da infecção do local da ferida cirúrgica, durante o período perioperatório (pré, intra e pós-operatório).

Verifiquei, que os cuidados realizados durante este período pela equipa de enfermagem instrumentista, passam pela realização da tricotomia com *clipper* e não com lâmina de barbear para evitar feridas, a desinfeção da pele e a correta colocação dos campos esterilizados do paciente, respeitando as regras de higiene e de assepsia. Destaco ainda, que durante os diversos procedimentos cirúrgicos, realizei sob a supervisão da EEEMC, a administração de antibioterapia uma hora antes da incisão cirúrgica, a medição da glicémia na fase pré e intra operatória, e a medição da temperatura corporal conforme os feixes de intervenção. Constatei ainda, que existe uma preocupação acrescida, por parte da equipa de enfermagem, em respeitar e cumprir com os critérios anteriormente expostos para prevenir a infecção da ferida cirúrgica.

A Association of periOperative Registered Nurses (2019), considera que a higienização das mãos e o uso de precauções *standards* são as intervenções mais importantes para a prevenção de transmissão de infeções. Neste contexto, é primordial que os enfermeiros perioperatórios sigam os protocolos e processos instituídos nas instituições de saúde para a prevenção da infecção e saibam como e quando intervir, para evitar a propagação de infeções.

É de referir ainda, que a SO deve ser limpa diariamente de forma cuidadosa e a ventilação mecânica deve ser adequada para evitar a contaminação da ferida cirúrgica, já que o ar não filtrado pode conter microrganismos que se não forem eliminados do ambiente cirúrgico podem desencadear possíveis infeções.

Neste enquadramento e como era esperado, verificou-se que no BO há uma particular atenção com o controlo da infecção, seguindo com rigor os protocolos concebidos para a prevenção da infecção, nomeadamente, a profilaxia antibiótica, a higienização das mãos, utilização correta do vestuário e dos EPIs, a assepsia da pele, a tricotomia, a manutenção da normotermia, o controlo da glicémia e o respeito do tráfego limitado de profissionais nas salas operatórias.

4. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA

Segundo a OE (2017), os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-cirúrgico permitem orientar a reflexão profissional, a tomada de decisão e estabelecer um padrão de excelência do exercício profissional. Os padrões de qualidade são baseados em enunciados descritivos que são definidos em seis categorias:

1. Satisfação do cliente - persegue os mais elevados níveis de satisfação da pessoa e família/cuidador a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica, nos diversos contextos de atuação.

2. A promoção da saúde - passa pela otimização dos recursos, estruturas e processos para alcançar ganhos em saúde e a capacitação da pessoa e família/pessoa significativa na experiência perioperatória.

3. A prevenção de complicações - passa pela avaliação do risco inerente à situação clínica e procedimentos cirúrgicos, prescrição de intervenções de enfermagem especializadas no sentido de minimizar os riscos, implementação de procedimentos para prevenção e controlo da infeção nos cuidados perioperatórios, na gestão de protocolos terapêuticos, uso de estratégias de comunicação e verificação das condições ambientais e de segurança.

4. O bem-estar e o autocuidado - passa pela garantia do conforto, da integridade e da privacidade da pessoa, a prestação de cuidados e medidas de suporte ajustadas ao grau de dependência da pessoa em situação perioperatória, estratégias de alívio da ansiedade e do medo e a gestão da dor associada aos processos perioperatórios.

5. A readaptação funcional - passa pelo ensino, instrução e o treino da pessoa e família/pessoa significativa promovendo a capacitação e a autonomia.

6. A organização dos cuidados de enfermagem - passa pela elaboração e atualização de procedimentos e recomendações baseadas na evidência científica, a afetação de recursos humanos de acordo com as dotações seguras garantido os cuidados no BO, a importância do acolhimento no BO de acordo com os padrões de segurança e a realização da consulta de enfermagem perioperatória.

A **segurança da pessoa** traduz-se na gestão do ambiente e dos circuitos de acordo com os princípios de assepsia, pelos procedimentos para prevenção e controlo da infeção do

local cirúrgico, pela organização e verificação da disponibilidade, integridade e funcionalidade dos dispositivos médicos, entre outros.

Segundo o Regulamento n.º 429/2018 das competências específicas do EEEMCPSP, o elevado risco associado aos cuidados perioperatórios, no que concerne à ocorrência de eventos adversos resultante da vulnerabilidade da pessoa, dos procedimentos realizados e da complexidade do ambiente e dos recursos, o enfermeiro especialista na área de Enfermagem à pessoa em situação Perioperatória mobiliza conhecimentos e habilidades que garantam à segurança da pessoa, profissionais e ambiente, agindo de acordo com a ética profissional.

A OE em (2018), determina que as competências específicas do EEEMC na área de Enfermagem à pessoa em situação Perioperatória engloba dois campos de ação, são estes: o cuidar da pessoa em situação Perioperatória e respetiva família/pessoa significativa e maximizar a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica.

4.1. Cuidar da pessoa em situação Perioperatória e respetiva família/pessoa significativa

Souza e Corgozinho (2022) referem que a assistência de enfermagem perioperatória tem como base uma visão holística das necessidades do paciente, capacitando o enfermeiro a prestar cuidados de saúde personalizados e qualificados. Trata-se de uma prática que exige um elevado grau de conhecimento e experiência, o que obriga o profissional a um constante aperfeiçoamento e atualização de conteúdos teórico-práticos, para que possa atingir resultados satisfatórios no exercício da sua profissão.

A ciência na área de saúde está em constante desenvolvimento e por isso, o profissional de saúde deve manter-se atualizado e preparado para o aparecimento de novas orientações e diretrizes. Sendo assim, a assistência de enfermagem perioperatória deve ser pautada em evidências científicas sólidas e credíveis, de maneira a fortalecer o saber e a experiência, promovendo o aperfeiçoamento de técnicas e habilidades, para que possam também ser partilhados com a equipa multidisciplinar e permitir assim, troca de experiências, conhecimentos e aprendizagens.

Nos diferentes estágios, a pesquisa de conteúdos e bibliografia foi intensa, como também a partilha de conhecimentos e experiências vividas, tanto com a equipa de

enfermagem, bem como com a restante equipa multidisciplinar. O que permitiu pôr em prática muitos dos conhecimentos adquiridos, melhorando as minhas competências e destreza nos atos de enfermagem perioperatória, atingindo de forma satisfatória os objetivos traçados.

Ao longo deste período, utilizei uma linguagem simples e adequada para comunicar com o paciente e família/pessoa significativa sempre que foi necessário informar, elucidar e tranquilizar. No acolhimento do paciente para a cirurgia, tive o cuidado de esclarecê-lo acerca do procedimento cirúrgico que consiste em várias etapas, desde a desinfeção da pele a ser realizada na véspera e no dia da cirurgia, a alimentação e jejum pré-operatório. Tomei conhecimento da medicação que o paciente realiza no domicílio, realizei diversas *checklist* no período perioperatório, garantindo assim, a segurança dos cuidados prestados ao paciente cirúrgico e respeitando os protocolos instituídos nos diferentes serviços.

Segundo Gustafsson et al. (2019) o programa *Enhanced Recovery After Surgery* é um conjunto de cuidados perioperatórios que tem como objetivos diminuir o *stress* cirúrgico, promover e manter o funcionamento fisiológico no pós-operatório e acelerar a recuperação depois da cirurgia. Este programa valoriza a intervenção da equipa de enfermagem em todo o percurso cirúrgico do paciente, nomeadamente o planeamento e implementação de uma consulta de enfermagem pré-operatória, descrevendo as necessidades, características e expectativas dos pacientes, respeitando as *guidelines* internacionais.

A consulta de enfermagem perioperatória inclui os cuidados de enfermagem dirigidos aos pacientes durante o período pré, intra e pós-operatório. A consulta reúne um conjunto de intervenções específicas realizadas em diferentes contextos hospitalares, com o objetivo de prestar os melhores e mais adequados cuidados ao paciente cirúrgico (Mendes e Ferrito, 2021). Na consulta é importante ter em conta os aspetos físicos e psicossociais do paciente, bem como, respeitar a autonomia, diferenças e individualidade de cada pessoa, desenvolvendo competências de enfermagem que valorizem a essência humana, para que o cuidado se torne mais eficaz.

Importa ainda, estabelecer uma boa relação de confiança, manter uma escuta ativa e efetuar um acolhimento adequado e personalizado para responder às suas necessidades. A humanização no cuidado no BO implica acompanhar e informar os pacientes e familiares sobre o procedimento cirúrgico, de maneira que estes enfrentem a situação com mais tranquilidade e serenidade. A família tem um papel preponderante na recuperação do

paciente e na continuidade dos cuidados de saúde ao longo do processo cirúrgico (Moraes et al., 2022).

Neste sentido, foi possível constatar nos diferentes ensinamentos clínicos, como as equipas de enfermagem mantinham um diálogo aberto com as famílias, informando sempre que necessário sobre o estado de saúde do seu parente. Muitas das questões levantadas pela família ou pessoa significativa, estão associadas ao interesse de perceber como está decorrendo o procedimento cirúrgico, se já finalizou, se existem algumas intercorrências e quando se poderá dar início às visitas. Verifiquei que a equipa de enfermagem perioperatória serve de elo entre o internamento, BO e família/pessoa significativa durante o período perioperatório.

A hospitalização com o objetivo de ser intervencionado gera na maioria dos casos sentimentos de ansiedade, de insegurança, de preocupação e de medo nos pacientes e seus familiares. Durante o acolhimento e no pós-operatório a equipa de enfermagem preocupa-se com o paciente mas também com o bem-estar da família, disponibiliza informações pertinentes e esclarece possíveis dúvidas (Nunes, 2021).

4.2. Maximizar a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica

De acordo com a OE (2017), citando os padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, o enfermeiro especialista na área da pessoa em situação perioperatória tem competências na gestão dos riscos e das consequências que pode causar cada decisão ou ato. O Enfermeiro Especialista é um profissional que:

atua com consciência cirúrgica, prudência e precaução, atento ao pormenor e aos comportamentos, numa atitude de prevenção e vigilância antecipatória, tomando decisões ajustadas à natureza, gravidade e probabilidade de ocorrência de riscos, com o objetivo de evitar um evento adverso prejudicial à pessoa ou equipa (p.27).

Segundo Bohomol e Melo (2019), a segurança do paciente é definida pela OMS como “a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável” (p.132). Os erros e eventos adversos ocorrem em todos os momentos de assistência, incluindo no BO, que é considerado um setor complexo e de alto risco, isto é, este setor envolve uma equipa multidisciplinar, práticas complexas, condições ambientais específicas, variedade de materiais e tecnologias, que favorecem os eventos adversos, que

podem trazer danos aos pacientes. A equipa de enfermagem que está envolvida na assistência perioperatória tem a responsabilidade de promover um ambiente seguro e com qualidade para o paciente.

Neste contexto, Gomes et al. (2018), salientam a necessidade da utilização de indicadores de qualidade no BO, para melhorar a qualidade dos cuidados e a prevenção de complicações. O processo perioperatório permite a redução de erros clínicos evitáveis, isto é, os erros que ocorrem não devido à dificuldade ou complexidade do problema, mas devido a falhas nos processos cirúrgicos.

Existem vários instrumentos e orientações que foram criados e implementados para melhorar os processos cirúrgicos no BO, nomeadamente as diferentes “*checklist*”, o manual “*Cirurgias Seguras Salvam vidas*”, entre outros. Estes indicadores supracitados permitem melhorar a segurança dos pacientes durante o procedimento cirúrgico.

Para prevenir estas situações a OMS (2021), no Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente, criou em 2009 o programa “*Cirurgia Segura Salvam Vidas*” implementando mecanismos que fortalecem os processos de trabalho, designadamente a “*Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica*”, onde consta um conjunto exaustivo de padrões e orientações para a melhoria e segurança do paciente no período perioperatório, permitindo deste modo, ajudar as equipas cirúrgicas a reduzir ocorrências de danos ao paciente, evitando situações indesejadas e desagradáveis.

Neste contexto e no decurso dos estágios na UCPAP e no BO, foi possível prestar cuidados de enfermagem aos pacientes cirúrgicos, desde a preparação da unidade, receção e instalação do paciente, monitorização e vigilância contínua de parâmetros vitais, assim como, a elaboração do processo de enfermagem e dos respetivos registos, detetando sinais de instabilidade hemodinâmica a partir da monitorização invasiva. Assegurei a vigilância contínua do paciente, inclusivamente, durante o transporte intra-hospitalar para a realização de exames complementares de diagnóstico.

5. COMPETÊNCIAS DE MESTRE

De acordo com o Diário da República no Decreto-Lei nº 65/2018, o grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica é conferido aos profissionais que possuem conhecimentos aprofundados e especializados no seu campo de intervenção, que demonstrem níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão numa determinada área de intervenção.

O grau de Mestre é conferido aos que demonstrem:

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
 - i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (p.4162).

Para complementar, o Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica deve possuir um profundo conhecimento no domínio especializado da área Médico-Cirúrgica, deverá ter em consideração os problemas de saúde, um elevado nível de juízo clínico e tomada de decisão.

O ciclo de estudos correspondente ao Grau de Mestre deve assegurar que o formando adquira uma especialização de componente académica com recurso à atividade de investigação, de inovação ou de aprofundamento de competências profissionais. Verifica-se que estas competências interrelacionam-se, na medida em que, a existência de cada uma predispõe a aquisição da outra.

A responsabilidade ética e profissional, a melhoria da qualidade, a gestão e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, são competências que são transversais a qualquer área de especialização bem como as competências direcionadas ao cuidar da PSP. O EEEMC tem também um papel determinante na prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde.

5.1. Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão desenvolvendo e aprofundando os conhecimentos do 1º ciclo, assim como, aplicar os conhecimentos em contexto de investigação

Durante todo este percurso, desde as unidades curriculares e ensinamentos clínicos deste mestrado, surgiram diversos cenários e situações que se revelaram importantes para a aquisição e aperfeiçoamento de conhecimentos teórico-práticos. A prestação de cuidados a pacientes do foro perioperatório, nas diferentes fases (pré, intra e pós operatório) e do foro do paciente crítico no caso de cirurgia urgentes/emergentes, obrigou à utilização de conhecimentos teóricos para a realização da prática, ajudando na consolidação e fortalecimento das competências do EEEMC. A prestação de cuidados em situações novas, permitiu sair da zona de conforto obrigando a uma constante atualização de conhecimentos, personalização dos cuidados de saúde e uma adaptação constante a cada indivíduo nos seus diferentes contextos.

Relativamente ao domínio do saber, as competências assentam em conhecimentos científicos referentes à área de especialidade nas vertentes da ética e deontologia, direito, gestão e investigação, nos cuidados de enfermagem face ao paciente em situação clínica e de maior complexidade, como também no conhecimento das patologias e terapêuticas perante estes cenários mais difíceis. O Código Deontológico do Estatuto da OE (2015), menciona no seu artigo nº 109, que o dever do enfermeiro passa por prestar cuidados de qualidade ao paciente, tendo como base conhecimentos recentes e atualizados, sustentado pela mais recente evidência científica, salvaguardando que essa atualização contínua de conhecimentos deverá ser acompanhada de reflexão e capacidade de compreensão.

Os diferentes trabalhos realizados ao longo deste percurso académico, desde as reflexões críticas, o estudo de caso, os diferentes relatórios de estágio e o projeto de autoformação, permitiram estabelecer e fundamentar as competências desenvolvidas pelo EEEMC.

Durante o meu percurso como enfermeira, verifiquei que o conhecimento é um processo dinâmico e em constante evolução, na qual, o indivíduo adquire por meio da sua experiência, aprendizagem, crenças e valores, conhecimentos e saberes sobre algo no decorrer da sua trajetória. A pessoa que detém conhecimento é capaz de saber alguma informação ou instrução que pode ajudar a mudar comportamentos e auxiliar na tomada de decisões.

É a capacidade de aprendizagem que permite aos enfermeiros a adaptação a um meio em constante transformação, permitindo a resposta aos seus problemas. O conhecimento é provisório, e face às constantes e rápidas mudanças no contexto científico, importa consolidar, aprender, refletir, pensar e compreender o conhecimento adquirido, já que a sua transformação irá refletir-se na prática. Em Enfermagem, o conhecimento combina conteúdos de ciências físicas, humanas e sociais em que o enfermeiro se baseia para cuidar, resolvendo problemas com os quais se depara na sua prática de cuidados e nos diferentes contextos da mesma.

5.2. Aplicar conhecimentos e demonstrar capacidade de compreensão e de resolução de problemas em contextos não familiares/novos inseridos na sua área de estudo

As situações vivenciadas nos diferentes estágios, nomeadamente no BO e na UCPAP, representaram novos desafios para a minha prática profissional. Durante este período, foi possível pôr em prática cuidados altamente especializados e aplicar conhecimentos adquiridos ao longo do exercício e formação profissional, com as adaptações necessárias resultantes da análise das situações e contextos concretos dos cuidados à PSP, em situação de urgência/emergência ou em situação de cirurgia programada, pois, apesar de todos os momentos de estágio serem ambientes onde se prestavam cuidados ao paciente cirúrgico, todos possuíam dinâmicas distintas e focos de atenção particulares pelo que a compreensão, transferência e adequação dos conhecimentos foram essenciais. Sabe-se que na área de enfermagem, nunca existem duas abordagens ou cenários iguais, daí a necessidade de adaptar e personalizar cuidados de saúde individualizados perante cada caso clínico.

O EEEMC na área da enfermagem à PSP exerce um papel importante no que respeita à melhoria na qualidade dos cuidados de saúde que são prestados ao paciente, graças à larga aquisição de conhecimentos e competências ao longo da sua especialização nos ensinamentos teórico-práticos.

As competências comuns e específicas de enfermeiro especialista, puderam ser atingidas e desenvolvidas, através das atividades executadas no decorrer dos diversos estágios, que se refletiram em práticas de cuidados, que promovem e dignificam a profissão na excelência dos cuidados prestados, com estabelecimento de relações interpessoais e de

ajuda, com elevado pensamento crítico e reflexivo como suporte para a capacidade para avaliar e decidir.

5.3. Capacidade de integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões acerca das implicações e responsabilidades

Durante todo este percurso académico, procurei antecipar algumas situações que pudessem ocorrer na prática clínica e realizei a revisão de alguns conteúdos fundamentais que regulam a profissão de enfermagem, procedendo à revisão do REPE e do Código Deontológico dos Enfermeiros. Sabe-se que no BO, surgem inúmeras situações, as quais, por vezes levantam algumas dúvidas relativamente ao comportamento e conduta a adotar, no que diz respeito ao cumprimento das normas deontológicas estabelecidas. Assim, o empenho em aprofundar os conhecimentos nestes domínios esteve presente ao longo de todo o meu percurso.

Como referido anteriormente, o serviço do BO vivencia diariamente diversas situações complexas, seja em cirurgias programadas ou de emergência, onde se torna necessário uma adaptação contínua e tomadas de decisão constantes. Nos diversos estágios, foi-me permitido desenvolver habilidades na tomada de decisão, avaliando a melhor atuação para o bem-estar do paciente.

Tive ainda a possibilidade de observar o trabalho desenvolvido pelas EEEMC bem como de outros enfermeiros e profissionais de saúde, onde constatei a importância de olhar para o paciente de uma forma holística, avaliando de forma responsável e ponderada cada caso clínico, com o objetivo de que a tomada de decisão seja a mais correta e adequada. A tomada de decisão deve ser única e exclusiva, respeitando sempre os princípios éticos e a dignidade humana.

A conceção, a prestação, a gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem encontram-se associados ao processo de enfermagem. Este processo implica a realização de uma avaliação exaustiva do paciente enquanto pessoa, assumindo-o como ser bio-psico-social, o que inclui a sua individualidade, família e comunidade onde está inserido. São definidos os diagnósticos de enfermagem tendo em conta a análise crítica dos dados obtidos na avaliação e estabelecem-se as intervenções de enfermagem gerais e especializadas

necessárias. Todavia, este é um processo dinâmico que requer de avaliação diária e contínua, de modo a garantir que os resultados obtidos sejam os mais aceitáveis, revendo diagnósticos de enfermagem e as intervenções a estes associados, com o evoluir da situação de saúde do paciente, no decorrer do internamento.

A profissão de enfermagem presta cuidados de enfermagem, e tem o dever que esses cuidados sejam cada vez mais humanizados. De acordo com o Código Deontológico do Estatuto da OE (2015), referente ao artigo n.º 102, que aborda os valores humanos, refere que o enfermeiro, no seu exercício profissional, deve:

- Cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa;
- Salvar os direitos das crianças, da pessoa idosa e da pessoa com deficiência;
- Abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida, não impondo os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida;
- Respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos (p.8079).

As competências desenvolvidas nesta área permitem que enquanto enfermeira seja capaz de gerir situações que podem tornar-se complexas, zelando pelo respeito da autonomia e individualidade do paciente, tendo por base o código deontológico e ético-profissional que rege a profissão de enfermagem, apoiado em conhecimentos científicos robustos, permitindo deste modo, a utilização de ações corretas e adequadas para cada caso clínico. Os conhecimentos teóricos adquiridos e as experiências vivenciadas ao longo dos diversos estágios, com situações e casos reais, permitiram e serviram de suporte para uma melhor tomada de decisão, rápida, segura e eficaz que muitas vezes é necessário assumir.

A responsabilidade ética e profissional, a melhoria da qualidade, a gestão e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, são competências que são transversais a qualquer área de especialização bem como as competências direcionadas ao cuidar da PSP.

5.4. Capacidade de comunicar as suas conclusões a especialistas e a não especialistas, de forma clara e sem ambiguidades

O desenvolvimento da Enfermagem enquanto profissão e disciplina científica tem conduzido à produção de conhecimentos próprios, considerados essenciais na prática clínica e na afirmação da sua autonomia.

Durante o estágio I no BO, realizei um estudo de caso, que foi apresentado aos colegas do presente Mestrado Médico-Cirúrgico. Esta apresentação decorreu por via *zoom*, devido ao

contexto pandémico. Foi exposto o caso clínico, exibindo novos conhecimentos e conceitos, promovendo desta forma, o debate e a discussão sobre o caso, tendo por base o processo de enfermagem. Este estudo de caso permitiu ainda, esclarecer algumas dúvidas e trazer melhoria para o trabalho apresentado.

Por falta de disponibilidade e tempo, não foi possível implementar uma formação sobre o meu tema de predileção - a prevenção da infeção do local da ferida cirúrgica. No entanto, foi possível partilhar as pesquisas realizadas sobre o tema, discutir e aprofundar alguns dos conhecimentos adquiridos com os EEEMC e outros colegas dos cuidados gerais. Deste modo, consegui expor, os conteúdos, conceitos e conclusões aos colegas das pesquisas realizadas, e seguir orientações no sentido de aperfeiçoar a minha investigação. Apresentei ainda, algumas sugestões para melhorar o funcionamento de alguns procedimentos de enfermagem.

5.5. Competências de aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo

Desde o meu Curso de Licenciatura em Enfermagem que tomo iniciativa de investir na minha formação pessoal e profissional, seja através de fontes formais ou informais, dirigidas de modo particular, em áreas do meu interesse de intervenção, passando pela especialização e culminando no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Enquanto enfermeira generalista, procurei desenvolver e consolidar todos os domínios de competência preconizados. Saliento ainda a prestação direta de cuidados como fonte informal de conhecimentos ao longo do meu percurso.

O enriquecimento da prática de enfermagem e a atualização dos conhecimentos é realizada de forma autónoma e tem sido uma constante ao longo do meu trajeto profissional. No entanto, reconheço que ao longo deste percurso académico, a procura de saberes e aquisição de novos conhecimentos intensificou-se e tornou-se mais produtivo, permitindo prestar cuidados de acordo com as mais recentes evidências científicas da enfermagem.

O plano de estudos do mestrado, com as suas unidades curriculares permitiram aprofundar, desenvolver conhecimentos e as competências específicas do EEEMC. As unidades curriculares de gestão, investigação, ética e deontologia, enfermagem perioperatório I e II, foram ferramentas necessárias e indispensáveis para o desenvolvimento de conhecimentos adquiridos e futuros, tendo por base a procura e seleção de evidência científica atualizada. Também foi possível demonstrar a minha capacidade de desenvolver a

aprendizagem de forma autónoma e organizada, por meio de projetos de estágio para cada ensino clínico, traçando os meus objetivos e atividades a desenvolver, de modo a adquirir e desenvolver competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Ao longo dos diversos estágios clínicos, lidei com situações muito distintas, sejam estas já conhecidas, novas ou pouco familiares. O ensino clínico I intitulado “ Cuidar na sala operatória” como o estágio de opção, que decorreram no BO, foram vivenciadas experiências novas e complexas, que permitiram o desenvolvimento e a aquisição de novos conhecimentos teórico-práticos na área de enfermagem perioperatória.

Durante o ensino clínico I no BO apresentei um processo de enfermagem fundamentado, sendo este posteriormente discutido em grupo com a orientadora e turma. Esta apresentação descreve um caso clínico que acompanhei, desde a descrição da situação clinica, aos diagnósticos de enfermagem, planeamento e implementação de cuidados de enfermagem individualizados, suportados pela mais recente evidência científica.

Ao longo dos diversos ensinios clínicos, a investigação, o estudo e busca de conhecimento, baseou-se em estudos recentes e bibliografia fidedigna, que permitiu enriquecer, desenvolver e discutir junto dos tutores, colegas e restante equipa multidisciplinar, os diversos assuntos ligados direta ou indiretamente à PSP, a medida que sentia necessidade em consolidar e aprofundar saberes. Neste sentido, continuarei a investir no meu desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências de modo a manter-me atualizada e prestar cuidados de excelência.

A necessidade de acompanhar a evolução do desenvolvimento científico na área da saúde, obriga uma contínua procura na aquisição de conhecimentos e aperfeiçoamento das práticas de enfermagem, assim sendo, procurei dar a resposta mais adequada, perante o desafio constante que é cuidar dos pacientes. A realização deste mestrado, traduz-se como o culminar de uma realização pessoal e profissional, pois muitas competências desejadas foram adquiridas e outras consolidadas. No entanto, pretendo continuar a manter-me atualizada, principalmente dentro das minhas áreas de interesse.

Resumindo, às competências comuns e específicas supra mencionadas e fundamentadas ao longo deste relatório, são uma importante ferramenta que promovem o aperfeiçoamento de conhecimentos, técnicas e habilidades nos cuidados de saúde prestados à PSP. O EEEMC deve ser visto como um elemento de referência dentro das instituições,

serviços e respetivas equipas multidisciplinares, já que contribui com a sua experiência e saber para uma melhoria dos cuidados de saúde.

CONCLUSÃO

O presente relatório expõe o percurso efetuado ao longo do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, bem como, do empenho e trabalho essencial para o desenvolvimento suportado e eficaz do que foi projetado e das competências específicas necessárias para a obtenção do título de especialista e do grau de mestre. O percurso descrito alicerçou-se na prática profissional, crescimento pessoal e experiências formativas consolidando o conhecimento científico especializado e diferenciado, tal como a prática e conduta de excelência na minha área de especialização.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória, enquanto elemento integrante da equipa multidisciplinar participa na elaboração do plano terapêutico, e simultaneamente traça um plano de cuidados de acordo com os diagnósticos de enfermagem, define intervenções e determina resultados. Compete, enquanto profissionais de saúde especializados identificar e diagnosticar, intervir, adequar, controlar, prever resultados e avaliar cada intervenção e cada cuidado, para que a pessoa em situação perioperatória receba cuidados dirigidos com segurança e qualidade.

Relativamente ao desenvolvimento de competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal considera-se que ao longo dos diversos estágios a minha conduta profissional foi pautada pelos princípios éticos e deontológicos da profissão e o respeito pelos direitos humanos dos pacientes e pessoas significativas, tendo em consideração a qualidade dos cuidados e a segurança do paciente e dos profissionais.

Os estágios clínicos foram muito enriquecedores, na medida em que permitiram consolidar conhecimentos adquiridos na componente teórica do Mestrado Médico-Cirúrgico, adquirir novos conhecimentos, vivenciar experiências únicas e aprender com realidades completamente desconhecidas. Nos três momentos dos estágios clínicos, consegui com empenho e dedicação adquirir um conjunto de conhecimentos inerentes ao cuidar da pessoa em situação perioperatória. Destaco ainda, a forma como fui acolhida pelas diferentes equipas de enfermagem, como também, pela partilha de saberes, opiniões e procedimentos, todos baseados em fundamentos sólidos e rigorosos.

Os diferentes ensinamentos clínicos, permitiram o desenvolvimento e aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica como também as competências de Mestre,

enriquecendo a área do cuidado especializado em enfermagem à pessoa em situação perioperatória e contribuindo para uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados.

Por fim, é de referir que a ILC constitui um problema de saúde pública e representa a segunda causa IACS no nosso país. Atualmente, assume-se como um desafio para os enfermeiros e restantes profissionais de saúde, que deverão desenvolver em equipa, um plano de ação com o objetivo de prevenir e controlar as mesmas. A vigilância da ILC é um processo contínuo de análise, interpretação sistemática e de avaliação dos dados recolhidos. É irrefutável a influência que as IACS acarretam para a qualidade de vida dos pacientes e respetivas famílias.

Identifico ainda, como aspeto dificultador a gestão de tempo insuficiente face à complexidade do estágio e elaboração dos diversos relatórios e reflexões críticas, com a vida profissional e familiar.

Deixo como sugestão, se permitido, e tendo em conta a minha experiência ao longo deste mestrado, a importância de criar especialidades direcionadas apenas na área de instrumentação e outra na área da anestesia, já que são áreas muito complexas que requerem ensinamentos específicos tanto na teoria como na prática e que dada a sua complexidade requerem de uma formação diferenciada.

Num futuro próximo, gostaria de integrar a equipa de enfermagem do BO, e exercer as minhas funções na especialidade de enfermagem anestésica.

Esta etapa final foi muito exigente e ao mesmo tempo gratificante e desafiante, a nível profissional e pessoal. No entanto, fazendo uma retrospectiva de todo o percurso realizado nestes últimos meses, com todos os desafios, vivências, experiências e conhecimentos adquiridos, considero que este curso constituiu uma decisão acertada, que me obrigou a sair da zona de conforto e ser proactiva no aperfeiçoamento de técnicas, competências e conhecimentos nos cuidados de saúde prestados à pessoa em situação perioperatória.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, B. F., Rinaldi, E. C.A., Cintho, L. M. M., Martins, C. L. S., & Zimmermann, M. H. (2016). Importância dos cuidados de enfermagem no cateterismo cardíaco. *Ciência, Cuidado & Saúde*, 15(3), 460-465.
https://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38612016000300460
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2012). *Enfermagem perioperatória, da filosofia à prática de cuidados*. Lusodidacta.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2017). *Prevenção e controlo da hipotermia inadvertida. Práticas recomendadas para o Bloco Operatório*.
<https://www.ulsguarda.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2018/02/Draft-Brochura-AESOP-PR-Hipotermia-Pantone-569.pdf>
- Association of PeriOperative Registered Nurses. (2019). *Guideline Implementation: Transmission-Based Precautions*, 110(6), 637-649.
<https://aornjournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/aorn.12867>
- Araújo, A. B. M., Andrade, E. G. R., Caldas, R. J. C., Santos, N. C. C. Lima, C. N., Amorin, S. T., Santana, M.E., & Araújo, J. S. (2021). Vivenciando o cuidado no período perioperatório em clínica cirúrgica: implicações na formação do enfermeiro. *Revista Saúde em Redes*, 7(2), 1-11.
<https://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3140>
- Bilbao, M. (2012). *Enfermagem perioperatória, da filosofia à prática de cuidados*. In AESOP. *O Bloco Operatório/ Departamento Cirúrgico*, 15-45. Lusodidacta.
- Bittencourt, V. L.L., Schwengber, M. S. V., & Aires, M.L.L.G. (2021). O trabalho da equipa de enfermagem na visão de pacientes no perioperatório: revisão integrativa. *XXVI Jornada de Pesquisa*, 1-16.

<https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaoconhecimento/article/view/20581>

Böck, A., Nietsche, E. A., Terra, M. G. Cassenote, L. G., Wild, C. F., & Salbego C. (2019). Ações educativas desenvolvidas no período perioperatório em um hospital universitário: percepção de pacientes cirúrgicos. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 9, 1-20.

<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/34760/pdf>

Bohomol, E., & Melo, E. F. (2019). Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: percepção da equipe de enfermagem. *Revista SOBECC*, 24(3), 132-138.

<https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/491/pdf>

Carneiro, M. V. C., Farias, F. C., Campos, B. A., Sousa, T. D. A., Silva, F. M. V., & Pereira, E. B. F. (2021). Conhecimento sobre angiografia e níveis de ansiedade em pacientes no período pré-cateterismo. *Enfermagem Brasileira*, 20(1), 38-52.

<https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/4263/6951>

Carvalho, A. M., Carvalho, P. M., Souza, G., Resende, M. A., Pereira, S. S., & Carvalho, S. A. (2018). A conduta ética dos profissionais de enfermagem: uma revisão. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (11), 1709-1716.

<https://www.acervosaude.com.br/doc/REAS174.pdf>

Cordeiro, S. M. M., Da Silva, G. R. F., & Luz, M. H. B. A. (2015). Pacientes em Unidade de Hemodinâmica: Aplicabilidade da Teoria Humanística. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*, 1-8.

<https://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/2074/1271>

Costa, L. F. R. M., Nunes, M. B. M., Pereira, R. A., Lopes, A. L., Teixeira, T. C. A., & Gimenes, F. R. E. (2022). Programa de melhoria da qualidade nos cuidados em serviços de saúde. *Global Academic Nursing Journal*, 3(1), 1-5.

<https://www.globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/292/435>

Costa, R. R. O., Medeiros, S. M., Martins, J. C. A., & Coutinho, V. R. D. (2018). A simulação no ensino de enfermagem: reflexões e justificativas a luz da bioética e dos direitos humanos. *Acta Bioethica* 24(1), 31-38.

<https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v24n1/1726-569X-abioeth-24-01-00031.pdf>

Despacho n.º 3844-A/2016. **Diário da República** II Série. 52 (15-03-16) 9254-(2).

[Consult.30 set.2022]. Disponível em WWW:

<https://files.dre.pt/2s/2016/03/052000001/0000200002.pdf>

Decreto-Lei n.º 65/2018.**Diário da República** I Série. 157 (16-08-18) 4147-4182.

[Consult. 20 set. .2022]. Disponível em WWW:

<<https://files.dre.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>>

Diário da República II Série 26 (06-02-2019) 4744-4750 - Regulamento n.º 140/2019

Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. [Consult. 10 Set.2022]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>>

Despacho n.º 1250/2020. **Diário da República** II Série. 19 (18-01-2020) 125-127 – Direção

Geral da Saúde. Criação das Divisões de Planeamento e Melhoria da Qualidade e de Certificação e Avaliação da Qualidade e extinção das Divisões de Gestão da Qualidade e de Mobilidade de Doentes no Departamento da Qualidade na Saúde. [Consult. 10 abr. 2023]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/1250-2020-128571977>>

Direção Geral da Saúde. Norma n° 029/2012 atualizada ao 31/10/2013. Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI).

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012-png.aspx>

Direção Geral da Saúde. Norma n° 009/2014 de 23/07/2014 atualizada a 17/07/2017. Cardioversores-Desfibriladores Implantáveis (CDI) e Terapêutica de Ressincronização Cardíaca (TRC).

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0092014-de-23072014-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2015). Norma n° 015/2013, atualizado ao 04-11-15. Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito.

<https://www.aenfermagemeasleis.pt/wp/wp-content/uploads/2015/11/Norma-015-DGS-Consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito-04-11-20151.pdf>

Direção Geral da Saúde. Norma n° 001/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.

https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf

Direção Geral da Saúde. (2022). Norma n° 020/2015, atualizada a 17/11/2022 “Feixe de Intervenções” para Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico.

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202015-de-15122015-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2022). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026.

<https://www.tecnohospital.pt/userfiles/files/blog/Plano%20Nacional%20para%20a%20Seguran%C3%A7a%20dos%20Doentes%202021-2026.pdf>

Esteves, I. (2018). Infeção da Ferida Cirúrgica. *Journal of Aging & Innovation*, 7(2), 48 – 53.

<https://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/5JAIV7E2.pdf>

European Society of Cardiology. (2015). Recomendações para tratamento da Endocardite Infecçiosa. *Comissão para as Recomendações Práticas, para melhorar a qualidade da prática clínica e o tratamento dos doentes na Europa*. 1-44.

<https://spc.pt/wp-content/uploads/2019/10/Endocardite-Infecçiosa.pdf>

Fantin, M., Buzzacaro, E., Aguiar, D. C. M., Zenevicz, L. T., Moser, G. A. S., & Souza, S. (2019). Percepção dos pacientes no ambiente hospitalar: Um olhar sobre o cuidado de enfermagem no período perioperatório a partir das concepções de Jean Watson. *Scientific Electronic Archives* 12 (6), 102-109.

https://www.researchgate.net/publication/337686849_Patients'_perception_in_hospital_environment_a_look_at_nursing_care_in_perioperative_period_based_on_Jean_Watson_conceptions/fulltext/5de5bb0da6fdcc28370067f1/Patients-perception-in-hospital-environment-a-look-at-nursing-care-in-perioperative-period-based-on-Jean-Watson-conceptions.pdf

Ferrito, C. (2014). *Enfermagem em Bloco Operatório*. In A. Duarte & O. Martins (Coord.). *Conceitos Básicos da Enfermagem Perioperatória*, 3-9. Lisboa: Edição Lidel.

Giron, M. N., & Berardinelli, L. M. M. (2015). O conhecimento em Enfermagem sobre Humanização na recepção do usuário no centro cirúrgico: Revisão Integrativa. *Revista de Enfermagem*, 9 (2), 974-984.

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10423>

Gomes, J. A., Martins, M. M., Tronchin D. M. R., & F, C.S. 2018. Processos de qualidade assistencial no bloco operatório - validação de uma escala. *Journal Health Núcleo de Pesquisa e Extensão em Política, Planeamento, Organização e Práticas (individual e coletiva) em Saúde*, 3(2), 352-367.

<https://dx.doi.org/10.30681/252610103118>

Guido, L. A., Goulart, C. T., Brum, C. N., Lemos, A. P., & Umman, J. (2014). Cuidado de enfermagem perioperatório: revisão integrativa de literatura. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 6(4), 1601-1609.

<https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750770031.pdf>

Gustafsson, U. O., Scott, M. J., Hubner, M., Nygren, J., Demartines, N., Francis, N., Rockall, T. A., Young-Fadok, T. M., Hill, A. G., Soop, M., Boer, H. D., Urman, R. D., Chang, G. J., Fichera, A., Kessler, H., Grass, F., Whang, E. E., Fawcett, W. J., Carli, F., Lobo, D. N., Rollins, K. E., Balfour, A., Baldini, G., Riedel, B., & Ljungqvist, O. (2019). Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations. *World Journal of Surgery*, (43), 659–695.

<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00268-018-4844-y.pdf>

International Association for the Study of Pain. (2017). Dor Pós-Operatória: O que os Profissionais de Saúde devem saber?

https://www.aped-dor.org/images/FactSheets/PosCirurgica/2._Profissionais_de_Sa%C3%BAde.Carr-Arendt-Pt.pdf

International Council of Nurses. (2019). CIPE, Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

<https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser>

Le Boterf, G. (2008). Repenser la compétence. Pour dépasser les idées reçues : quinze propositions.

https://grh-mascara.yolasite.com/resources/Repenser_la_comp_tence._Pour_d_passer_les_id_es_re_ues-_15_propositions_2008_2212541058.pdf

Lei n.º 156/2015. Diário da República, I Série. 181 (16-09-15). 8059-8105. [Consult. 20. Set. 2022]. Disponível em WWW: <<https://files.dre.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>>

- Martins, T., Amante, L.N., Vicente, C., Sousa, G.M., Caurio, E.P., Guanilo, M.E.E., Girondi, J.B.R. (2020). Intervenções de enfermagem para reduzir infecção do sítio cirúrgico em cirurgias potencialmente contaminadas: revisão integrativa. *Revista ESTIMA*, (18), 1-12.
https://www.revistaestima.com.br/estima/article/download/848/_1/2907
- Mayhew, D., Mendonca, V., & Murthy, B. V. S. (2019). A review of ASA physical status – historical perspectives and modern developments. *Anaesthesia* 74, 373–379.
<https://associationofanaesthetistspublications.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/anae.14569>
- Melo, L., Duarte, J., Roque, D., Oliveira, I. F., Faustino, A., Caetano, J., & Oliveira, S. (2017). Endocardite Infecçiosa: Casuística do Departamento de Medicina Interna de um Hospital. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 24(1), 19-23.
<https://revista.spmi.pt/index.php/rpmi/article/view/569/441>
- Mello, T. S., Miorin, J. D., Camponogara, S., Paula, C. C., Pinno, C., Freitas, E. O. (2021). Fatores que influenciam para transferência do cuidado intra-hospitalar efetiva: Revisão integrativa. *Research, Society and Development* 10 (9), 1-14.
<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i9.18153>
- Mendes, D. I. A., & Ferrito, C. R. C. (2021). Consulta de enfermagem pré-operatória: Implementação e avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*, V (8), 1-17.
<https://www.redalyc.org/journal/3882/388270215004/html/>
- Moraes, R. B., Lino, A. I. A., Oliveira, F. P., Mendonça, E., Gomes, J. R. A. A., Boaventura, A. C., & Santos, R. F. R. (2022). A vivência da humanização por profissionais de enfermagem em Centro Cirúrgico. *Health Residencies Journal*, 3(14), 1-13.
<https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/375/280>

Mota, A. S. C., Castillo, A. F. O. M., & Martins, M. M. F. P. (2022). Papéis de liderança em enfermagem preditores da segurança do doente no Bloco Operatório. *Revista Baiana Enfermagem*, (36), 1-12.

<https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/46571>

Neves, A. S., Carneiro, P. R., Miranda, D. C. S., Vieira, H. E., & Abrantes, W. L. (2016). Cirurgia de controlo de danos no trauma abdominal. *Revista Medicina Minas Gerais*, 26(4), 13-15.

<https://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1968>

Nunes, N. A. H. (2021). Comunicação entre a equipe de enfermagem e familiares de pacientes cirúrgicos frente ao período perioperatório. *Revista Ciências & Saúde*, 6(1), 13-17.

<https://revistaeletronicafunvic.org/index.php/c14ffd10/article/download/215/206>

Oliveira, C. M. S. (2020). *Auditoria à incidência e abordagem da Via Aérea Difícil em Pediatria no Centro Hospitalar e Universitário do Porto*. (Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Medicina, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto). Universidade do Porto.

<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/128107/2/410774.pdf>

Oliveira, G. P., Durães, B. A., Fernandes, P. K. L., Soares, C. M., Pereira, D. F., Almeida, M. A., & Maia, L. F. S. (2020). Humanização da assistência de enfermagem no perioperatório e o avanço tecnológico. *Revista Científica de Enfermagem*, 10(31), 165-173.

<https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/301/305>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento n.º 122. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

<https://www.aper.pt/Ficheiros/competencias%20comuns.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Dor 5º Sinal Vital. Concurso padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, da seção regional sul, (2ª edição).

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/IPOLisboa_NormaClinicaEnfermagem_DorQuintoSinalVital.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2016). Assunto: A terapia com pressão negativa é uma intervenção autónoma de enfermagem? Parecer da Ordem dos Enfermeiros, mesa do colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, (3), 1-5.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerMCEEM_C_03_05.09.2016_ATerapiaPress%C3%A3oNegativa.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Parecer nº09/2017. Transporte da pessoa em situação crítica.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_09_2017_MCEEMC_TransportePessoaSituacaCritica.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica. **Ordem dos enfermeiros** (25-11-2017) 26-32. [Consult. 28 set. 2022].

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Parecer Conselho Jurisdicional 87/2018. Sobre transfusão de sangue em grávida testemunha de jeová.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/6258/parecerplus872018_cj_testemunhaspl usjeov%C3%A1_anonimizado.pdf

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.135 (16-07-18). [Consult. 28 set. 2022].

Disponível em WWW:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros. (2021). Parecer Conselho de Enfermagem.

Consulta de Enfermagem e Teleconsulta de Enfermagem.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21447/parecer-n%C2%BA-](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21447/parecer-n%C2%BA-53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf)

[53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21447/parecer-n%C2%BA-53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2021). Parecer Conselho de Enfermagem. Avaliação sistémica da dor.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23617/parecer-n%C2%BA-](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23617/parecer-n%C2%BA-114_avaliao%C3%A7%C3%A3o-sistem%C3%A1tica-da-dor.pdf)

[114_avaliao%C3%A7%C3%A3o-sistem%C3%A1tica-da-dor.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23617/parecer-n%C2%BA-114_avaliao%C3%A7%C3%A3o-sistem%C3%A1tica-da-dor.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2021). Tomada de posição. Gestão de Cuidados de Enfermagem em Unidades de Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e Estruturas Residências para Pessoas Idosas.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23948/tomada-de-](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23948/tomada-de-posi%C3%A7%C3%A3o-da-oe_gest%C3%A3o-de-cuidados-de-enfermagem-em-unidades-da-rncci-e-erpi.pdf)

[posi%C3%A7%C3%A3o-da-oe_gest%C3%A3o-de-cuidados-de-enfermagem-em-unidades-da-rncci-e-erpi.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23948/tomada-de-posi%C3%A7%C3%A3o-da-oe_gest%C3%A3o-de-cuidados-de-enfermagem-em-unidades-da-rncci-e-erpi.pdf)

Ordem dos Médicos (2009). Normas da boa prática em Trauma: Grupo de Trabalho de Trauma Competência em Emergência Médica. 1-227.

https://ordemosmedicos.pt/wpcontent/uploads/2017/09/Normas_de_Boa_Pratica_em_Trauma.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2020). Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde. 1-81

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>

- Organização Mundial da Saúde. (2021). Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021-2030. Em busca da eliminação dos danos evitáveis nos cuidados de saúde.
<https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/11/document.pdf>
- Poeira, A. F., Nunes, L., Cerqueira, A. F., & Lopes, A. S. N. (2018). Dotações Seguras na Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Revisão Sistemática. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 4(3), 1604-1617.
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28171/1/327-1262-1-PB.pdf>
- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Decreto-Lei n.º 161/96 (04-09-96).
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Santos, K. C. B., Ribeiro, G. S. C., Feitosa, A. H. C., Silva, B. R. S., & Cavalcante, T. B. (2018). Qualidade de vida de pacientes hospitalizados com feridas crônicas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, (20), 1-10.
<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/54130/33263>
- Silva, E.L., & Rodrigues F.R.A. (2016). Segurança do doente e os processos sociais na relação com enfermeiros em contexto de bloco operatório. *Cuatrimestre*, (46), 134-145.
https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/61757/1/CultCuid_46_13.pdf
- Souza, H. O., & Corgozinho, M. M. (2022). Desafios à sistematização da assistência de enfermagem perioperatória: revisão integrativa. *Health Residencies Journal*, 3(14), 1-19.
<https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/353/300>
- Spínola, A., Paz, A., Esparteiro, M. J., & Coelho, T. (2018). Supervisão Clínica em enfermagem: uma estratégia de formação. *Revista Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 2(6), 95-101.
<http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS>

- Spira, J. A., Borges, E., Silva, P. A., Abreu, M. N., Guedes, A. C., Pires-Junior, J., (2018). Fatores associados à ferida cirúrgica complexa em regiões de mama e abdome: estudo observacional caso-controle. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* (26), 1-11.
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/xLRJVwQSWjf6qYpYyq3gSMG/?lang=pt&format=pdf>
- Trindade, I. (2015). Infiltração Peri-Articular de Corticosteróides na Abordagem da Patologia Músculo- Esquelética em Medicina Geral e Familiar: Uma Revisão Sistemática. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 28(5), 652-662.
<https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/6127/4499>
- Vicente, C., Amante, L. N., Sebold, L. F., Girondi, J. B. R., Martins, T., Salum, N. C., & Maia, A. R. C. R. (2021). Dimensionamento de enfermagem em Unidade de Internação Cirúrgica: estudo discretoivo. *Cogitare Enfermagem*, 26, 1-11.
<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/72640/pdf>
- Viegas, C., & Névoa, I. (2014). Enfermagem em Bloco Operatório. In A. Duarte & O. Martins (Coord.). *Recursos Humanos*, 29-37. Lisboa: Edição Lidel.
- World Health Organization. (2016). *Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level*.
- World Health Organization. (2018). *Global guidelines for the prevention of surgical site infection*.
- World Health Organization. (2018). *Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services*.