

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Promover a Segurança Cirúrgica e Controlo das Infecções
Associadas aos Cuidados de Saúde através da Rastreabilidade
de Dispositivos Médicos de Uso Múltiplo

Promote Surgical Safety and Control of Healthcare - Associated
Infections through Traceability of Multiple Use Medical Devices

Autor

Margarida Isabel Alves Rodrigues

Oliveira de Azeméis, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Promover a Segurança Cirúrgica e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde através da Rastreabilidade de Dispositivos Médicos de Uso Múltiplo

Promote Surgical Safety and Control of Healthcare - Associated Infections through Traceability of Multiple Use Medical Devices

Orientador(es)

Liliana Andreia Neves da Mota

Autor

Margarida Isabel Alves Rodrigues

Oliveira de Azeméis, 2025

FRASE OU PENSAMENTO

"A coisa mais indispensável a um homem é reconhecer o uso que deve fazer do seu próprio conhecimento."

Platão

DEDICATÓRIA

A todos os enfermeiros do perioperatório e colegas, pelo incentivo e apoio,
durante a realização do estágio e pela disponibilidade e partilha de conhecimento.

Aos mestrandos pela partilha de experiências e conhecimentos durante este
percurso de aprendizagem.

Aos meus pais, por estarem lá sempre que foi preciso.

Ao meu marido pela motivação e por me fazer acreditar que era possível.

Aos meus filhos por compreenderem as minhas ausências e atitude altruísta.

À Sofia que nunca me deixou desistir desta caminhada.

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a conclusão deste percurso.

Muito Obrigada.

AGRADECIMENTO

De salientar, a importância dos enfermeiros tutores,
pelas experiências de aprendizagem proporcionadas, pela disponibilidade
em promover o desenvolvimento de competências e pela partilha de conhecimentos.
De referir, ainda o contributo importante da professora orientadora como peça fundamental
para nos direccionar.
À orientadora deste percurso, Professora Doutora Liliana Mota, muito obrigada.

RESUMO

A especialidade em Enfermagem Médico - Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória (PESP) surge como resposta às reais necessidades identificadas na PESP, implicando a prestação de cuidados elevada complexidade científica e tecnológica. Apoia-se nos padrões de qualidade recomendados, nos referenciais teóricos e no processo de enfermagem, no período perioperatório. Independentemente do tipo de procedimento invasivo a ser vivenciado pela PESP e família, o Enfermeiro Especialista (EE) munido pelas suas competências e experiência atua na satisfação da pessoa, na promoção de cuidados de qualidade e seguros, na prevenção dos riscos e complicações, no bem-estar e autocuidado, na readaptação funcional, na organização dos cuidados de enfermagem e na segurança para todos.

Este relatório tem como objetivo demonstrar o caminho percorrido na aquisição competências comuns e específicas no cuidado à PESP ao longo de todo o processo cirúrgico, que envolve um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, nas diversas áreas das técnicas científicas, tecnológicas e humanas.

Este relatório circunscreve-se na seguinte área temática: “Promover a Segurança Cirúrgica e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde através da Rastreabilidade de Dispositivos Médicos de Uso Múltiplo”. Integrando-o no exercício profissional com a melhor evidência disponível, com vista a promoção e a melhoria dos cuidados que se repercutem em ganhos em saúde.

No contexto de estágio foi possível adquirir e aprimorar competências como a avaliação da condição física e emocional da PESP e família, orientados pelo *Perioperative Patient Focused Model* nos seus domínios da resposta comportamental, resposta fisiológica e segurança, focada nos resultados esperados para ela. Realizados dois estudos de caso, nos quais se procedeu à pesquisa aprofundada no âmbito da enfermagem avançada e centrada na pessoa, apoiados na observação direta, na recolha dos dados, no pensamento crítico reflexivo e na evidência científica, desenvolvendo o plano de cuidados de enfermagem com diagnósticos e intervenções.

Este estágio foi essencial para o desenvolvimento de competências profissionais que qualificam o enfermeiro especialista a atuar de forma eficaz, segura e humanizada na área da Enfermagem Perioperatória.

O estágio também proporcionou a oportunidade de aplicar e aprofundar o conhecimento teórico em práticas clínicas, desenvolvendo habilidades que vão além da técnica, competências não instrumentais, através da capacitação, comunicação e assertividade interdisciplinar,

fundamentais para a execução segura e eficiente do cuidado perioperatório. Ainda, a preparação e assistência durante os procedimentos cirúrgicos e anestésicos, a gestão e organização dos cuidados de enfermagem, a monitorização contínua da PESP nas três fases do perioperatório uma vez que os dois contextos de estágio se completavam, assim como, o conhecimento das normas de segurança, protocolos e procedimentos de prevenção de complicações e erros.

Palavras Chaves: Enfermagem perioperatória; Competências Profissional; Estudo de caso; Segurança do paciente

ABSTRACT

The speciality in Medical-Surgical Nursing in the area of perioperative nursing arises as a response to the real needs identified in the PESP, involving the provision of highly complex scientific and technological care. It is based on recommended quality standards, theoretical references and the nursing process in the perioperative period. Regardless of the type of invasive procedure to be experienced by the PESP and their family, the Specialist Nurse (SN), armed with their skills and experience, acts to ensure the person's satisfaction, the promotion of quality and safe care, the prevention of risks and complications, well-being and self-care, functional readaptation, the organization of nursing care and safety for all.

The aim of this report is to demonstrate the path we have travelled in acquiring common and specific competences in caring for the PESP throughout the surgical process, which involves a set of knowledge, skills and attitudes in the various areas of scientific, technological and human techniques.

This report focuses on the following thematic area: 'Promoting Surgical Safety and Control of Healthcare-Associated Infections through the Traceability of Multiple-Use Medical Devices'. Integrating it into professional practice with the best available evidence, with a view to promoting and improving care that results in health gains.

In the internship context it was possible to acquire and improve skills such as assessing the physical and emotional condition of the PESP and family, guided by the Perioperative Patient Focused Model in its domains of behavioral response, physiological response and safety, focused on the results expected for her. Two case studies were carried out, in which in-depth research was carried out within the scope of advanced and person-centered nursing, supported by direct observation, data collection, critical reflective thinking and scientific evidence, developing the nursing care plan with diagnoses and interventions.

This internship was essential for the development of professional skills that qualify the specialist nurse to act in an effective, safe and humanized way in the area of Perioperative Nursing.

The internship also provided the opportunity to apply and deepen theoretical knowledge in clinical practice, developing skills that go beyond technical, non-instrumental competences, through training, communication and interdisciplinary assertiveness, which are fundamental for the safe and efficient execution of perioperative care. In addition, the preparation and assistance during surgical and anesthetic procedures, the management and organization of nursing care, the continuous monitoring of the PESP in the three phases of the perioperative period since the two internship contexts complemented each other, as well as knowledge of

safety standards, protocols and procedures for preventing complications and errors.

Key words: Perioperative nursing; Professional competences; Case study; Patient safety

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

AESOP – Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portuguesas

AORN – Association of perioperative Registered Nurses

ASA - Sociedade Americana de Anestesiologia

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BO - Bloco Operatório

CAM – Consumo de AntiMicrobianos

CAOG - Central Association of Obstetrician and Gynecologists

CD – Código Deontológico

CSSV – Cirurgia Segura Salva Vidas

DGS -Direção-Geral da Saúde

DM – Dispositivos Médicos

EE - Enfermeiro Especialista

EMC - Enfermagem Médico - Cirúrgica

EEEMCAEPESP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa Em Situação Perioperatória

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

EP - Embolia Pulmonar

EPI – Equipamento de Proteção Individual

HUA - Hemorragia Uterina Anormal

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN – Internacional Council of Nurses

IIE - Intervenções Interdependentes de Enfermagem

ILC – Infecções do Local Cirúrgico

ISBAR – Identify-Situation-Background-Assessment-Recommendation

LVSD – Lista de Verificação de Segurança do Doente

NVPO – Náuseas Vómitos Pós-Operatórios

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAPA – Programa de Apoio à Prescrição Antibiótica

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PESP – Pessoa Em Situação Perioperatória

PPFM -Perioperative Patient Focused Model

PQCEEMC_ PESP – Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem Especializada em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa Em Situação Perioperatória

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

RAM – Resistências a AntiMicrobianos

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SIE – Sistema de Informação de Enfermagem

SPA – Sociedade Portuguesa de Anestesiologia

SPG – Sociedade Portuguesa de Ginecologia

SWOT – Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats

UCA – Unidade Cirurgia de Ambulatório

URDM – Unidade de Reprocessamento de Dispositivos Médicos

TVP – Trombose Venosa Profunda

VE – Vigilância Epidemiológica

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

FRASE OU PENSAMENTO	3
DEDICATÓRIA	5
AGRADECIMENTO	7
RESUMO	9
ABSTRACT	11
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS	13
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	17
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	23
3. CASO 1. REVISÃO DE PRÓTESE TOTAL DO JOELHO DIREITO	27
3.1. Enquadramento teórico	27
3.2. Clientes	30
3.3. Medicação	30
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	31
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	36
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	38
3.5. Domínios	43
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	44
3.6. Conceção de Cuidados	47
3.7. Especificação das intervenções	50
3.8. Síntese relativa ao caso	51
4. CASO 2. HISTERECTOMIA POR LAPAROSCOPIA	53
4.1. Enquadramento teórico	53
4.2. Clientes	55
4.3. Medicação	56
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	56
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	59
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	60
4.5. Domínios	65
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	65
4.6. Conceção de Cuidados	70
4.7. Especificação das intervenções	72
4.8. Síntese relativa ao caso	74
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	77
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	99
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103

ANEXOS	117
--------------	-----

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

Fruto da nossa experiência profissional e interesse académico crescente este relatório foca-se na segurança da pessoa em situação perioperatória (PESP) e na importância da prevenção das infeções do local cirúrgico (ILC), de forma a proporcionar um processo de tomada de decisão baseado na melhor evidência para promover e melhorar a qualidade dos cuidados prestados, gerando ganhos em saúde. Em sintonia com os objetivos estratégicos estabelecidos pela *World Health Organization* (WHO), o “Objetivo Estratégico 1”, que visa a eliminação de danos evitáveis à PESP, e a “Estratégia 1.1”, que foca o desenvolvimento de políticas abrangentes de segurança da PESP, refletem a necessidade de protocolos como a verificação da esterilização dos dispositivos médicos de uso múltiplo (DMUM). Além disso, a “Estratégia 3.4”, recomenda garantir a segurança dos DMUM e enfatiza a importância de um sistema robusto de monitorização e controlo, desde a sua produção até a sua utilização (WHO, 2021). No contexto do perioperatório, reforçar a rastreabilidade dos DMUM é fundamental para garantir a segurança cirúrgica.

A ILC não compromete apenas a recuperação da PESP, mas também está associada a elevados custos em saúde, impactando diretamente a qualidade de vida da PESP e a eficiência do sistema de saúde. Apesar dos avanços nas tecnologias de esterilização e controle de DM, as ILC continuam a ser uma ameaça à segurança da PESP, o que leva a um esforço constante das organizações de saúde para reduzir esses incidentes. A pressão pela produtividade aumenta o risco de erros, e, para mitigar esses riscos, é necessário estabelecer protocolos claros e listas de verificação eficazes, como o registo da conformidade da esterilização. A falta desse registo pode comprometer a rastreabilidade, dificultando a deteção da causa raiz do problema e aumentando o risco de infeções associadas a DMUM não conformes. Os profissionais de saúde e as organizações devem seguir as políticas de saúde e aplicar as melhores evidências disponíveis para melhorar a qualidade dos cuidados e os resultados em saúde. A implementação de sistemas adequados para registar a conformidade de esterilização nos sistemas de informação de enfermagem é essencial para aumentar a adesão dos enfermeiros à prática e garantir sua efetividade.

De forma a sustentar a nossa prática de enfermagem avançada é fundamental uma base de conhecimentos, incluindo teorias de enfermagem que a suportem. As teorias de enfermagem contribuem para a humanização dos cuidados, promovendo uma visão holística e a sustentação da prática (Rothrock, 2000; Lobão et al., 2024).

O *Perioperative Patient Focused Model* (PPFM), representado graficamente por uma sucessão de

esferas concêntricas, com áreas que se interligam e interagem (ANEXO I). A PESP, ficando no centro do modelo, enfatiza de forma clara a atenção da enfermagem perioperatória e a personalização dos cuidados que lhe são prestados. A área seguinte é dividida em 4 domínios representando Respostas Comportamentais da PESP e família e o quarto reservado à representação dos Sistemas de Saúde, que compõe a oferta da rede de saúde estabelecida, preocupações administrativas e estruturais, elementos essenciais para os resultados perioperatórios bem-sucedidos, incluindo as determinantes sociais da saúde (Wicklin, 2020).

As teorias e os modelos de enfermagem abrangem e representam todos os elementos do processo de enfermagem. As inter-relações dos domínios e conceitos defendidos pelo PPFM fornecem uma imagem da sequência dos cuidados prestados à PESP no perioperatório e das intervenções de enfermagem de forma, a orientar a prática (Wicklin, 2020).

No PPFM o foco são os resultados esperados na PESP e estes estão posicionados logo a seguir aos 3 domínios dos cuidados, sendo que os diagnósticos e as intervenções se posicionam posteriormente. Assim de forma sistematizada, o processo de enfermagem perioperatória, realiza-se sequencialmente através da aquisição de dados da PESP, do conjunto de conhecimentos dos resultados pretendidos, dos diagnósticos reais ou potenciais identificados pelos enfermeiros do perioperatório e posteriormente a tomada de decisão das intervenções a implementar, orientando para a prática clínica (Hinckle & Cheever, 2020; Rothrock, 2000).

Torna-se relevante enaltecer que tanto o domínio da segurança da PESP como os domínios relativos às respostas fisiológicas e comportamentais, defendidos por este modelo, na medida em que estes são, também destacados nas duas competências específicas do enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória (Regulamento nº 429/2018, 2018).

Este relatório insere-se no âmbito do Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II, do 3º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, da Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, para obtenção de grau de mestre. Esta unidade curricular tem sete objetivos gerais tendo sido adicionados três específicos que se encontram descritos no ANEXO II.

No século XIX Florence Nightingale definiu que a função específica de enfermagem seria colocar o doente nas melhores condições para que a natureza atuasse sobre ele, ou seja, disponibilizar um ambiente com condições propícias à possibilidade de cura e recuperação (Alligood & Tomey, 2004). Virgínia Henderson por sua vez lançou a profissionalização da enfermagem, afastando-a do modelo biomédico, quando em 1966 refere que enfermagem é assistir o indivíduo, doente ou são, na realização das atividades que contribuem para a recuperação (ou morte tranquila), e que ele realizaria sem auxílio se para tal tivesse a força necessária, vontade ou conhecimentos. Virando o foco da enfermagem não só para as reações biológicas do indivíduo, mas também do

bem-estar emocional, social e espiritual. Descreve 3 tipos de relação enfermeira -doente, a que o substitui, a que ajuda e a parceira (Alligood & Tomey, 2004).

No Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE) a Ordem dos Enfermeiros (OE) refere que a enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (OE, 1998). E que cuidados de enfermagem são “as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais” (OE, 1998, p.2960).

A *Association of periOperative Registered Nurses* (AORN, 1998) defende que o enfermeiro em contexto de Bloco Operatório (BO) deve “Identificar as necessidades do doente/família, para elaborar e pôr em prática um plano individualizado de cuidados que coordene as ações de enfermagem, baseadas no conhecimento das ciências humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do indivíduo antes, durante e após a cirurgia” (como citado em Cabral, 2004). A Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portuguesas (AESOP, 2012) definiu a enfermagem perioperatória como o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelos enfermeiros do perioperatório através de um processo, pelo qual reconhecem as necessidades do doente a quem vai prestar cuidados, com destreza e segurança e avalia-os pelos resultados obtidos.

Alcançar o objetivo do cuidar da PESP tem sido um desafio para os enfermeiros que trabalham em contexto de BO. A PESP que vivencia a experiência cirúrgica, encontra-se perante um estado de fragilidade física, emocional, social, funcional, económica, com possíveis resultados, variáveis entre recuperação, equilíbrio ou até mesmo a morte (OE, 2017). Por outro lado, o curto tempo de contato com a PESP e sua família na passagem pelo BO, muitas vezes sob anestesia geral ou similares, diminui o espaço temporal que o enfermeiro do BO tem para criar a interação com esta e assim utilizar e desenvolver o processo de enfermagem (AESOP, 2012).

Meleis declarou que ao lidar com pessoas dificilmente uma teoria única conseguiria explicar, descrever, prever ou modificar todos os fenómenos, prejudicando a criatividade, investigação e instrução do conhecimento (Alligood & Tomey, 2004).

A AORN, em 1998, criou um grupo denominado de Comitê Coordenador de Elementos de Dados da AORN, com o objetivo de encontrar um modelo conceptual de enfermagem no perioperatório. Depois de analisar 15 modelos teóricos de enfermagem existentes e nenhum promover os conceitos e as práticas de cuidados à PESP geraram um novo modelo teórico, tendo por base 10 teorias e modelos de enfermagem dos 15 anteriormente apurados pelo grupo. Em 1999 foi apresentado e aceite o modelo gerado – Modelo Conceptual De Enfermagem Perioperatória, *Perioperative Patient Focused Model* atualizado em 2016 (Wicklin, 2020).

Por todas estas especificidades a PESP carece de cuidados de enfermagem especializada e diferenciada. Através do juízo clínico, reflexivo e com tomada de decisão, baseados na evidência científica mais atual, com a capacidade de trabalho em equipa, otimização dos recursos que dispõe, executa o processo de enfermagem, avaliando, planeando e implementando. Munido não só de capacidade de prática técnico - científica diferenciada, mas também de gestão de recursos humanos e materiais, liderando equipas e equilibrando a dimensão humana do cuidar. Assumindo-se, assim, “advogado” da PESP, perante todos (PESP, família, equipa), garantindo-lhe cuidados especializados e individualizados (AESOP, 2012; Regulamento nº 429/2018, 2018).

Através de uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva transcreve-se para este relatório o caminho percorrido ao longo do Estágio, nomeadamente, as competências desenvolvidas, barreiras encontradas, experiências vividas, situações facilitadoras, expectativas e resultados, de forma a dar Cumprimento aos objetivos gerais "conceber, formular e desenvolver um relatório de estágio que inclui a componente de investigação científica na área de especialização em enfermagem à pessoa em situação perioperatória" e "analisar criticamente, argumentar e sistematizar ideias complexas e de inovação na área científica" (ANEXO II).

Dividido em cinco capítulos, inicia-se com a introdução definindo a estruturação do documento e da enfermagem perioperatória, seguindo-se o enquadramento e caracterização dos contextos clínicos, onde se desenvolveu o Estágio II. O terceiro e quarto capítulos referem-se à apresentação e desenvolvimento dos Casos de Estudo. No quinto capítulo apresentamos o percurso efetuado, analisando com escrutínio as atividades desenvolvidas, com o propósito da aquisição das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, seus domínios de atuação e o nível de concretização dos objetivos gerais e específicos. Terminando com a síntese final do relatório, onde será realizado um balanço sobre o trabalho desenvolvido.

A rápida evolução das ciências da saúde, da tecnologia, das técnicas executadas, quer a nível cirúrgico quer a nível anestésico, traz consigo a necessidade de ter profissionais altamente qualificados que respondam e acompanhem esta complexidade. A enfermagem é uma profissão, entre outras, que permanece presente e constante no contexto operatório, contribuindo com um papel fundamental na qualidade dos cuidados prestados e, por isso esta, cada enfermeiro, autodesenvolve-se, através da aquisição de competências que se diferenciam e procuram a excelência dos cuidados.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) subdividiu a especialidade médico - cirúrgica em quatro áreas sendo uma delas a área de cuidados de enfermagem à pessoa em situação perioperatória. Ficando-lhes atribuídas, a estes especialistas, o desenvolvimento das competências comuns, segundo o Regulamento n.º140/2019 e específicas, segundo o Regulamento n.º429/2018. O Decreto - Lei nº 65/2018 sustenta que a especialização com aquisição de grau de mestre pede e pretende que o mestrando procure a obtenção de capacidades de adaptação a toda esta complexidade utilizando os conhecimento, habilidades e atitudes apreendidas, adquiridas e

treinadas no percurso do plano de estudos estruturado.

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

No seguimento da contextualização anterior, neste capítulo procedemos ao enquadramento dos contextos onde ocorreu o Estágio, suas características e dinâmicas assim como, as possibilidades oferecidas ou inexistentes.

O Estágio decorreu num hospital em dois contextos diferentes, com início a 1 de outubro de 2024 e término a 28 de fevereiro de 2025. Primeiro no intraoperatório de um BO misto, com valências cirúrgicas de caráter urgente e programado tanto convencional como ambatório, com unidade de cuidados pós-anestésicos integrada (UCPA). Segundo no pré e pós-operatório na unidade de cirurgia de ambatório (UCA). Com as suas áreas de atuação diferentes os contextos complementaram-se e trouxeram abertura do leque de aprendizagem de enfermagem perioperatória, abrangendo as 5 áreas do perioperatório desde a consulta pré-operatória de enfermagem, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos (Regulamento nº 429/2018, 2018).

O BO, sofreu obras de requalificação e aumento em 2020 pelo que apresenta linhas e formas geométricas limpas, cores claras e luminoso com diversos pontos de luz natural, trazendo mais leveza ao ambiente, lembrando o estilo minimalista onde menos é mais. Distanciando-se da aparência rígida e temperatura baixa pelo que é conhecido (Brunner & Suddart, 2020). A estrutura física do BO implica na prática diária da atividade profissional da equipa multidisciplinar, influenciando o funcionamento, gestão, prevenção de riscos e infeções (Duarte & Martins, 2021).

Composto por 3 salas operatórias, que constituem a área restrita, com dispositivos médicos (DM) de apoio à cirurgia e anestesia semelhantes contendo algumas especificidades adaptadas às especialidades cirúrgicas que nelas se desenvolvem. Sempre que surge uma cirurgia de caráter urgente ou emergente esta é encaminhada para a sala mais adaptada à especialidade cirúrgica urgente, se possível, ou para a disponível no imediato. Esta situação é geradora de stress adicional na equipa que recebe a referida PESP em causa. Nenhuma das salas tem pressão negativa pelo que na sua necessidade são encaminhados para outros BO que ofereçam essa condição. Cada sala tem o seu local de lavagem das mãos, com torneiras de sensor, espelho para verificar a correta colocação dos equipamentos de proteção individual (EPI) touca, máscara, óculos, ... caixote de lixo com pedal do grupo III, pela razão de proximidade com a porta das salas operatórias correspondentes e o seu uso inadvertido pelos profissionais em colocar os EPIs no fim da cirurgia.

Dispõe na área semi-restrita, uma zona de transferência de PESP (admissão e alta), corredor

de acesso; 2 - salas de armazenamento de DM estéreis, de uso múltiplo e único, mais frequentemente usados ou que possam dar resposta numa eventual necessidade, adaptadas para as necessidades das especialidades. Outras áreas de apoio são: 1 - armazém de material de consumo clínico; 1 - sala como o armário de farmácia e cofre de estupefacientes e frigorífico, assim como armário de produtos inflamáveis; 1 - gabinete de enfermeiro chefe; 1- gabinete de registos e sala de pausa; 1 - área de refeições para os profissionais; 2 - vestiários (feminino e masculino) com instalações sanitárias e duche; 2 - salas de despejos para lavagem e stock de contentores de resíduos vazios; Como área livre tem apenas 1 - sala de contentores com lixo cheios para recolha.

O recobro dispõe de 6 box equipadas com dupla monitorização, sendo um dos monitores de transporte, que se adapta aos monitores dos ventiladores das salas 2 e 3 e têm autonomia para o transporte do doente fora das instalações do BO, se necessário. O BO carece de circuito diferenciado de pessoas-limpo-esterilizados-lixos, sendo o mesmo para limpos, sujos e admissão ou alta das PESP. Como estratégia os lixos e material sujo circulam em carros fechados e identificados com o símbolo vermelho (CONTAMINADO). Assim como existem carros de transporte dos DMUM entre o BO e a esterilização diferentes e identificados para material esterilizado e contaminado (Duarte & Martins, 2021).

A PESP é recebida no BO pelo enfermeiro que se encontra adstrito à admissão ou à UCPA dependendo se é dia de cirurgia programada ou dia só de cirurgia de urgência, no local designado por “transfere”. É então encaminhado para uma das duas salas de admissão, dependendo da especialidade cirúrgica a que vai ser submetida. São usadas para efetuar a preparação da PESP pela equipa do intraoperatório, efetuando acolhimento, verificação da segurança anestésica atual, marcações corporais e lateralidades, ensinamentos e esclarecimentos de dúvidas, e ainda, se iniciam procedimentos anestésicos com apoio de ecógrafo.

A coordenação da equipa multidisciplinar exige um planeamento rigoroso e partilhado pelos responsáveis hierárquicos dos vários profissionais que a compõe. É composta por enfermeiros, e técnicos auxiliares de saúde exclusivos para o BO, médicos cirurgiões das diversas especialidades e anestesistas que também estão adstritos a outros serviços. Sendo apoiado por técnicos de radiologia, laboratorial e anatomopatologia. Não possui administrativos próprios sendo partilhado este trabalho pelos dos respetivos pisos cirúrgicos e especialidades.

A enfermeira em funções de chefia, com a especialidade de enfermagem em saúde comunitária, com experiência de gestão da unidade de reprocessamento de DM de uso múltiplo e equipas de controle de infeção, coordena 28 enfermeiros, dos quais 8 especialistas (1 em reabilitação e as restantes em médico cirúrgica). O modelo de distribuição de enfermeiros está de acordo com o preconizado pela OE, sendo 3 elementos por sala em funcionamento, 1 enfermeiro por cada 3 PESP na UCPA (Regulamento n.º140/2019, 2019). Nos turnos de urgência diurna são 3 elementos na sala e 1 na UCPA, à noite a UCPA é assegurada pelos elementos da sala. Embora

alguns enfermeiros estejam adstritos a uma área de atuação a maioria deles está integrado em todas as valências cirúrgicas e áreas de atuação de enfermagem. Existindo ainda em curso processos de integração de elementos mais novos, da equipa, em algumas áreas. A OE defende que os postos de enfermagem no perioperatório deve ser ocupado preferencialmente por EEEEMCAEPSP. Na inexistência de número suficiente devem integrar enfermeiros de outras áreas de especialidades, dando-se preferência à enfermagem médico cirúrgica (Regulamento n.º140/2019, 2019).

No fim do turno da manhã é efetuado com a enfermeira em funções de chefia, ou responsável substituto em caso de ausência da mesma, um debriefing onde são transmitidas oralmente as informações relativas ao turno que findou, intercorrências, alterações e dinâmicas entre outros assuntos. O enfermeiro substituto ou o responsável de turno (tarde, noite e fim-de-semana) é preferencialmente enfermeiro especialista, como recomendado pela OE.

A Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) situa-se num andar diferente pelo que a PESP é transferida de um serviço para o outro recorrendo ao elevador monta cargas, com capacidade para transportar a cama, a enfermeira e a auxiliar. Para chegar à UCA temos de percorrer o espaço destinado a outras valências como hospital de dia e consultas de hematologia e oncologia, pois a porta de acesso e o corredor central são comuns. O espaço físico não teve obras de requalificação recentes pelo que as instalações físicas não se tornam tão atrativas como as do BO.

A UCA tem 16 camas disponíveis, com enfermarias de 3 camas tendo que se deslocar no corredor para se dirigirem aos serviços sanitários e de 2 camas com wc privativos. Estas enfermarias, havendo necessidade, podem ser ocupadas pelas outras valências do serviço o que dificulta a gestão dos cuidados com privacidade, dignidade e a promoção da autonomia da PESP. A equipa relata a falta de ergonomia do serviço, que pode levar a acidentes de trabalho, fadiga física e mental, causar doenças profissionais ou até agravar outras (Serranheira et al, 2021).

A equipa é composta por 23 elementos estando 6 afetos à UCA e destes apenas 1 é enfermeira especialista em enfermagem médico cirúrgica e outra especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Devido à volatilidade dos planos cirúrgicos o horário desta equipa oscila com alterações todas as semanas, ajustando o número de enfermeiros/PESP de acordo com as recomendações das dotações seguras (Regulamento n.º140/2019, 2019).

Dispõe ainda, uma sala de preparação cirúrgica / execução de tratamentos e um gabinete onde se realizam os registos e gestão das listas e dos processos das pessoas a serem intervencionadas, assim como, as passagens de turno. Os locais de apoio como sala de consumo clínico e farmácia, copa e instalações sanitárias do pessoal do serviço são partilhados.

Existe ainda o gabinete onde se realiza a consulta pré-operatória de enfermagem com

privacidade, luz natural, com áreas que permitem a deslocação facilitada a pessoas com incapacidades ou dificuldades motoras e wc privativo. O senão deste espaço é estar situado no fim de todo o serviço. Ou seja, quando a PESP vem à consulta atravessa um serviço multifacetado deparando-se com a realidade situacional de saúde de outras pessoas, cruza-se com pessoas que circulam no corredor vestidos apenas com a bata adequada para a intervenção cirúrgica e como o serviço é longo vão perguntando aos profissionais que surgem nesse trajeto se está a fazer o caminho certo para chegar. Quando a PESP chega à consulta de enfermagem pré-operatória para além do receio normal, de quem vai para uma consulta a fim de cuidar de si, surge mais ansiosa e renitente.

Cabe ao EE do perioperatório reunir as suas competências de autoconhecimento e assertividade estabelecendo uma relação empática e funcional, através de uma boa comunicação, e ir ao encontro da satisfação da PESP e sua família capacitando-os para a autodeterminação e autogestão da situação cirúrgica que vão vivenciar.

Outro constrangimento é a descoordenação das consultas de especialidade médica e anestésica, execução de exames complementares de diagnóstico e consulta de enfermagem. Apenas uma das especialidades se organiza corretamente de forma que a PESP faça todo o percurso no mesmo dia, proporcionando fator facilitador em todo o processo.

Quando a PESP não tem forma de se deslocar ou habita distante do hospital o enfermeiro da consulta pré-operatória efetua-a por telefone, criando compromissos nomeadamente para que se possa fornecer o desinfetante para os banhos pré-operatórios, sinalizando a PESP que não cumpriu e que por isso realizará o banho do dia no serviço. É efetuado o telefonema 24h antes da cirurgia para relembrar os cuidados a ter e 24h após a alta cirúrgica. Esta consulta pós-operatória é defendida pela equipa de enfermagem como mais valia se fosse presencial, avaliando melhor a situação da PESP, da sua saúde e suas aprendizagens evitando algumas situações em que recorrem aos serviços de urgência, melhorando a qualidade da sua vida (Lopes et al., 2022).

3. CASO 1. REVISÃO DE PRÓTESE TOTAL DO JOELHO DIREITO

Pessoa em situação perioperatória do sexo feminino, de 64 anos com cirurgia programada, prioritária, para uma revisão de prótese do joelho. Foi-lhe colocado a prótese total do joelho há 6 meses, sem intercorrências registadas, mas esta refere dor incapacitante desde a recuperação pós cirúrgica, na reabilitação e fisioterapia até aos dias de hoje, tendo recorrido ao SU diversas vezes pelo mesmo motivo e mantém seguimento na consulta externa. Outros antecedentes: HTA; DM2; Síndrome Depressivo; Enxaquecas; Gastrite; Sinusite e Rinite; hipermetropia. Medicação habitual no domicílio: Topiramato; Loflazepato de etilo; Perindopril; Escitalopram; Metformina; Omeprazol. Após exames complementares de diagnóstico é agenda nova intervenção cirúrgica para revisão da prótese total do joelho, com suspeita de infeção.

3.1. Enquadramento teórico

De seguida iremos relatar o enquadramento do estudo de caso que denominamos de CASO 1, iniciamos com a contextualização da epidemia e etiologia da artroplastia total do joelho (ATJ), seguimos com a descrição do estudo diagnóstico e por último o quadro geral da PESP em causa.

Epidemia e Etiologia

Segundo a OCDE, no relatório de 2023, a ATJ é uma das principais cirurgias mundialmente realizadas e com resultados eficazes. Esta está indicada em diversas patologias, mas a principal indicação recai sobre a osteoartrite, desgaste degenerativo da cartilagem, que devido à dor, edema e rigidez provoca perda da mobilidade e da função. Existem vários fatores preditivos para o seu aparecimento e desenvolvimento como: idade, sexo, obesidade, tabagismo, sedentarismo, excesso no consumo de álcool e as lesões anteriores. Estima que em média por cada 100 000 habitantes 119 sejam operados para substituição da articulação do joelho, mas ressalva a descida deste valor, no primeiro ano de pandemia em 2021, para valores inferiores a 2019.

Relata como principais riscos, evitáveis, a Embolia pulmonar (EP) e a trombose venosa profunda (TVP) que por sua vez causam dor, diminuição da mobilidade ou até morte da PESP. A sua taxa de incidência sofreu um aumento pela priorização da cirurgia à população com riscos mais elevados e a diminuição de capacidade de cuidados agudos. Outras complicações que podem

ocorrer são acidentes vasculares cerebrais (AVC), infeções superficiais e/ou profundas, fraturas periprotésicas, anemia aguda pós-operatória, aumentando o tempo de internamento, novos internamentos e a necessidade de revisão da prótese do joelho, ainda a síndrome de implantação do cimento (Butterworth et al., 2024).

Artroplastia Total do Joelho (ATJ) Primária

Na cirurgia primária há a substituição da articulação femorotibial por material protésico, constituído por componentes de plástico e metal. A finalidade é a melhoria da mobilidade articular, diminuição da dor e aumento da capacidade funcional, devolvendo à PESP uma vida mais ativa, com interação social e livre de dor crônica no joelho. Alguns dos fatores que levam ao sucesso da recuperação são a deambulação precoce, o alívio adequado da dor e de náuseas e vômitos, a qualidade do tempo de internamento, a fisioterapia com mobilização ativa precoce, a prevenção de trombose com a colocação de meias elásticas de compressão, dispositivos de compressão pneumática intermitente, anticoagulantes e antibioterapia. Embora a grande maioria das ATJ obtenham resultados satisfatórios há ainda uma percentagem de pessoas intervencionadas que se mantêm com dor, instabilidade ou rigidez (Guimarães & Sousa, 2018; Neto, 2019).

Artroplastia Total do Joelho (ATJ) Secundária/Revisão (RATJ)

A revisão da artroplastia total do joelho (RATJ) surge como uma cirurgia secundária, após insucesso da ATJ primária. As falências descritas desse mecanismo são a descелagem assética, infeção, instabilidade, desalinhamento patelofemural, rigidez, fraturas periprotésicas, rotura do mecanismo extensor, síndrome de cluck patelar, conflito com o tendão poplíteo, síndrome dolorosa regional complexa, e dor referida (Guimarães & Sousa, 2018). A RATJ pode ser total, substituindo todos os componentes por outros novos ou parcial, substituindo apenas parte dos implantes ou adicionar adjuvantes dos componentes da prótese.

O sucesso da cirurgia depende do diagnóstico concreto sendo necessário uma boa anamnese (da cirurgia prévia) e exames complementares de diagnósticos adequados procedendo à identificação correta da etiologia da falha. Assim como, estudar os passos e necessidades da nova cirurgia, a abordagem para exposição e vias de acesso articular, a técnica e materiais para remoção dos implantes prévios, os implantes de revisão, os enxertos ósseos disponíveis, o tipo de cimento ósseo e restritor e outros dispositivos de apoio (Funchs, 2015; Rocha et al., 2022). Se a causa for infeção o procedimento deve ser realizado em dois tempos distintos (Datti, 2019).

O sucesso da recuperação depende do planeamento tido em conta na preparação do novo processo cirúrgico e anestésico, mas também do planeamento de controlo da dor, da reinserção na vida social com aquisição de serviços e apoios, na aprendizagem e adaptação do domicílio,

da fisioterapia, da dieta, da prevenção de queda e infeções. Segundo WHO nas recomendações do plano ação global para a segurança dos doentes 2021-2030 é vital o enfoque na promoção de cultura de segurança dos doentes e na melhoria dos processos e dos resultados (WHO, 2021).

Estudo prévio / Anamnese da PESP

Neste estudo de caso a queixa constante da PESP foi a dor crónica pós cirúrgica (DCPC). Conhecer a causa da dor pós ATJ é fundamental, antes de apresentar esta perante uma RATJ uma vez que é uma cirurgia tecnicamente mais difícil com maiores riscos de complicações. A DCPC pode ter uma grande diversidade de origem, levando à necessidade de uma análise criteriosa e sistemática de forma a definir o seu correto diagnóstico. No seu estudo deve-se ter em conta: **a história da dor da PESP, o exame físico, os exames de imagem complementares de diagnóstico e análises clínicas** (Guimarães & Sousa, 2018; Varacallo et al., 2023).

Existem duas categorias da **etiologia da dor**, as intrínsecas e as extrínsecas. Na categoria das etiologias intrínsecas / intra-articulares encontra-se a infeção, a instabilidade, o mau alinhamento, a soltura asséptica, o desgaste polietileno, a osteólise, a fratura do implante, a artrofibrose, a interposição de tecidos moles, o “*clunk*” patelar, implantes muito grandes (“*overhang*”), alterações da patela. Nas extrínsecas / extra-articulares enumaram-se a patologia da anca e/ou coluna, claudicação vascular, processo inflamatório dos tecidos moles e fratura periprotésica (Funchs, 2015;).

No **exame físico** deve ser contemplado a inspeção visual, a palpação cuidadosa de pontos dolorosos ou derrame articular, testes de estabilidade em extensão, média flexão e 90° de flexão e finalmente a avaliação da estabilidade femoropatelar com possíveis pontos dolorosos da patela ou retináculos. Observação da PESP a caminhar; Medição do arco de movimento ativo e passivo; Avaliação do “tracking” patelar; Observar as articulações adjacentes (coluna, quadril, tornozelo e pé, pois uma deformidade com pé plano-valgo pode levar à falência de prótese com retenção do ligamento cruzado posterior-LCP) (Funchs, 2015; Rocha et al., 2022).

Os **exames de imagem complementares de diagnóstico** ajudam a identificar sinais de mau alinhamento dos componentes, mostrar desgaste do polietileno, deslocação dos componentes, fraturas no manto de cimento, progressão de osteólise entre outros. A TAC e a RNM ajudam também na definição e explicação do problema em causa. A cintilografia óssea pode ajudar na identificação de soltura asséptica, infeção e algumas fraturas periprotésicas, mas da qual resultam muitos falsos positivos e por isso se recomendam apenas como segunda linha no caso de não ser possível obter líquido sinovial pelo método de aspiração (Varacallo et al., 2023).

As **análises clínicas**, como a velocidade de sedimentação (VHS) e o nível da proteína-C-reativa (PCR), revelam a existência ou não de infeção. Deve-se fazer a punção articular para obter

aspirado e fazer exame de Gram, cultura, contagem de células brancas e diferencial do líquido sinovial, mantendo evicção de antibioterapia durante 15 dias antes do exame (Funchs, 2015).

Quadro Clínico da PESP

A PESP, deste estudo de caso, foi intervencionada a ATJ por dor e após a cirurgia manifestou dor impossibilitando a recuperação motora e condicionando a sua vida diária. Na procura de respostas efetuou uma angiografia que revelou uma captação aumentada do radiofármaco em topografia periprotésica, nas imagens tardias observação de hiperfixação do radiofármaco na periferia dos componentes, achados em relação com descелagem e com processo inflamatório associado.

A dor persistente desde a cirurgia é um dos principais alertas de infeção crónica. Fatores de risco, encontrados neste CASO1., as duas cirurgias anteriores na mesma articulação, comorbilidades predisponentes para imunossupressão (por exemplo diabetes mellitus, artropatia inflamatória) (Guimarães & Sousa, 2018). Pelo que após o estudo foi inscrita para RATJ direito como prioritário (Portaria n.º 87/2015, 2015).

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 64 anos | Feminino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-11-05 08:00:00	Solução Polieletrolítica Simples 1000 + 1000 EV	
2024-11-05 08:00:00	Midazolam 2mg EV	
2024-11-05 08:00:00	Cloridrato de Bupivacaína Hiperbárica 12mg IT	
2024-11-05 08:00:00	Fentanil 0,01mg IT	
2024-11-05 08:00:00	Cefazolina 2g EV	
2024-11-05 08:00:00	Paracetamol 1g EV	

Início	Medicação	Fim
2024-11-05 08:00:00	Cetorolac 30mg EV	
2024-11-05 08:00:00	Dexametasona 4mg EV	
2024-11-05 11:00:00	Cloridrato de Ropivacaína 250mg IT	
2024-11-05 11:00:00	Sufentanil 0,2mg IT	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

No REPE define-se que a competência em atuar e mobilizar conhecimentos na administração da terapêutica prescrita é do enfermeiro. Administração de fármacos prescritos é uma atividade interdepende na qual o enfermeiro identifica efeitos desejados e secundários, age em conformidade e em situações de emergência mantendo ou recuperando as funções vitais da pessoa que cuida (REPE, 2015).

O EE de anestesia está familiarizado com a farmacologia que manipula, conhecimento das ações pretendidas, das reações adversas, vias de administração, contraindicações, técnicas e DM utilizados, posicionamentos, domínio das técnicas de assepsia e, portanto, estar ciente dos riscos e preparado para atuar, antecipando-se e comunicando sempre com a equipa de pluridisciplinar e com a PESP e família (OE, 2017).

A WHO (2018) desafiou os estados membros a estabelecerem políticas de melhoria e estratégias, com o objetivo de reduzir 50% dos erros com a medicação no espaço temporal de 5 anos, com foco no doente, nos profissionais de saúde, nos sistemas e práticas e nos medicamentos e apontou áreas de trabalho prioritárias (WHO, 2018).

O PNSD 2015/2020, definia que para aumentar a segurança no uso do medicamento se teria de aplicar práticas seguras relacionadas com:

- o uso de medicamentos **LASA** (DGS - Norma nº 020/2014 de 30/12/2014, atualizada em 14/12/2015);
- o uso de medicamentos de **Alerta máximo** (DGS - Norma nº 014/2015, de 06/08/2015);
- a implementação da **reconciliação terapêutica**, principalmente nos momentos de **transição** e transferência (DGS - Norma nº 018/2016, 30/12/2016);
- a adequada comunicação aos **sistemas de informação** (DGS - Norma nº 001/2017, 08/02/2017);
- a **notificação de incidentes e eventos adversos** (DGS - Norma nº 017/2022, 19/12/2022).

Cabe ao EE, com as suas competências corresponder aos padrões de qualidade exigidos. Ser parte ativa da prevenção de complicações e gestão do risco, fomentar as boas práticas, a

formação, a padronização e organização envolvendo a equipa multidisciplinar, gerando um ambiente seguro para todos, gerando ganhos em saúde, financeiros e económicos e bem-estar (OE, 2017).

Por ser conhecedor das metodologias e normas padronizadas, aplica e promove estratégias junto das equipas como a identificação dos fármacos com cores normalizadas (ISO 26825:2020 - Equipamento anestésico e respiratório — Rótulos aplicados pelo utilizador para seringas contendo medicamentos utilizados durante a anestesia — Cores, design e desempenho); A padronização do carro de anestesia seguindo as recomendações da SPA & AESOP (2020).

De seguida são descritos os fármacos usados na PESP deste CASO 1, de forma sucinta, listando grupo farmacêutico, indicações, especificidades e propriedades, contraindicações, efeitos secundários, vias de eliminação e antídotos, se aplicado em caso de sobre dosagem ou toxicidade. A informação que se segue foi obtida através das seguintes fontes:

- Infarmed - Prontuário terapêutico online;
- Índice Nacional Terapêutico - área Índice Profissional;
- Ferreira (2023) "Preparação de terapêutica Farmacológica - Manual Prático para Enfermeiros";
- Duarte e Martins (2021) "Enfermagem em Bloco Operatório";
- Machado (2013) "Manual de Anestesiologia";
- Butterworth et al (2024) "Anestesiologia Clínica de Morgan y Mikhail - Manual Moderno"

Solução Polieletrólítica Simples

Grupo Farmacológico: Corretivos das alterações hidroeletrólíticos

Indicações: Tratamento de desidratação e hipovolémia independentemente da causa e da acidose metabólica ligeira.

Propriedades: Atenção aos sinais e sintomas de flebites, obstrução, edema, na zona de administração. A velocidade e dosagem de administração varia em função do peso, idade, antecedentes e objetivos de tratamento.

Contraindicações: Hipercaliémia/ Oligoanúria/ Alcalose metabólica/ HTA grave/ IC descompensada/ Edemas generalizados/ IR grave/ Hipertensão intracraniana/ Monitorização de ionograma/

Efeitos secundários: Edemas/ Dispneia/ Agravamento Insuficiência Cardíaca e/ou Renal.

Eliminação: Renal

Midazolam

Grupo Farmacológico: SNC/ Psicofármaco/ Ansiolítico, Sedativos e Hipnóticos/ Benzodiazepinas.

Indicações: Ansiedade, indução ou manutenção de anestesia, preparação de cirurgia e/ou meios complementares de diagnóstico invasivos.

Propriedades: Só deve ser administrado num local com suporte para reanimação cardiorrespiratória.

Contraindicações: Na apneia do sono. Cuidado em idosos e crianças pelos efeitos paradoxais.

Efeitos secundários: Sonolência/ Alteração da memória a curto prazo/ Confusão/ Depressão/ Vertigem/ Alterações visuais/ Irregularidades cardiovasculares.

Eliminação: Renal

Antídoto: Flumazenil.

Bupivacaína

Grupo Farmacológico: SNC/ Anestésico Local

Indicações: Na anestesia local por BNP e BNC, prolonga a anestesia/ Analgesia pós cirúrgica e no Parto.

Propriedades: Visualiza-se a sua ação através da perda da dor; temperatura; toque; propriocepção; tônus muscular esquelético, por esta ordem. É apenas para administração por via epidural, via intra-articular, via subcutânea ou via intramuscular.

Contraindicações: Hipersensibilidade à Bupivacaína ou a outros anestésicos locais do tipo amida. Anestesia regional intravenosa (Bloqueio de Bier).

Efeitos secundários: reações alérgicas e ou anafiláticas mais graves. Alterações da ansiedade, gosto metálico e dormência da boca, zumbidos, tremores, convulsões, depressão da respiração, alterações da frequência cardíaca, entre outros. Náuseas e vômitos, dor de cabeça e de costas.

Eliminação: Renal

Antídoto: Tratar sintomatologia, ter benzodiazepinas e relaxantes musculares (succinilcolina) , suporte ventilatório e intubação endotraqueal. LAST

Fentanil

Grupo Farmacológico: SNC/ Analgésico Estupefaciente/ Opioide Sintético.

Indicações: Alívio da dor, potenciação da indução anestésica do propofol.

Propriedades: Ajustar a dose na presença de infeções respiratórias e DPOC. Paciente queimados podem exigir dosagens maiores.

Contraindicações: História de hipersensibilidade aos opioides.

Efeitos secundários: Tonturas, náuseas, vômitos, tosse, broncoespasmos, sedação, alterações da frequência cardíaca e pressão arterial. Pode causar rigidez torácica, do pescoço e globo ocular.

Eliminação: Renal

Antídoto: Naloxona

Cefazolina

Grupo Farmacológico: Cefalosporina de 1ª geração.

Indicações: Profilaxia da infecção do local da cirurgia ortopédica, por germes gram-positivos e menos eficaz nos germes gram-negativos.

Propriedades: Deve ser administrada 60 minutos antes da cirurgia e repicada a sua dosagem consoante referenciado pela DGS - NORMA CLÍNICA: 031/2013 de 31/12/2013 Atualizada a 17/11/2022.

Contraindicações: Sensibilidade à penicilina/ Insuficiência renal.

Efeitos secundários: Reações alérgicas e anafiláticas/ Erupção cutânea/ Náuseas e vômitos/Diarreia/ Dor e endurecimento no local da injeção/ Convulsões/ Tonturas/Tosse entre outros.

Eliminação: Renal

Antídoto: Tratamento da sintomatologia, se não surtir efeito ponderar hemodiálise com hemoperfusão.

Paracetamol

Grupo Farmacológico: SNC - Analgésico não opioide/ Antipirético.

Indicações: Hipertermia, dor ligeira a moderada, dor pós-operatória.

Propriedades: Não necessita de ajuste terapêutico em idosos. Não se deve misturar com outros fármacos.

Contraindicações: Insuficiência hepática vírica, Insuficiência hepatocelular grave, alergia, insuficiência renal.

Efeitos secundários: Hipotensão, Lesão hepática, Hipersensibilidade simples a anafilática.

Eliminação: Renal

Antídoto: N-acetilcisteína. (INFARMED, 2024)

Cetorolac

Grupo Farmacológico: Anti-inflamatórios não esteroides.

Indicações: Tratamento da dor moderada a intensa.

Propriedades: Muito usado em oftalmologia na forma de colírio e no controlo da dor e da reação inflamatória pós-operatória e pós-traumática.

Contraindicações: Hipersensibilidade conhecida ao Cetorolac e a outros AINE's, história de, Asma, hemorragias gástricas, hemorragia ativa, Insuficiência Cardíaca/Rena, juntamente com anticoagulantes, entre outros.

Efeitos secundários: Hemorragia, reações de hipersensibilidade moderadas a graves, Zumbidos.

Eliminação: Renal

Antídoto: Tratamento dos sintomas. (INFARMED, 2024)

Dexametasona

Grupo Farmacológico: Corticosteroides/ Glucorticoides

Indicações: Anti-inflamatórios e Imunossupressores. Profilaxia e tratamento de náuseas e vômitos. Tratamento de Asma e Diminuição de edemas.

Propriedades: Tem ações anti-inflamatórias que atuam na inibição das prostaglandinas e leucotrienos.

Contraindicações: Infecção fúngica atual ou outra infecção anterior. Não administrar com vacinas "Vivas".

Efeitos secundários: Fraqueza muscular/ Alterações do ritmo cardíaco/ Sintomatologia da síndrome de Cushing/ Miopatias/Hiperglicemia.

Eliminação: Renal

Cloridrato de Ropivacaína

Grupo Farmacológico: SNC/ Anestésico Local

Indicações: Analgesia pós cirúrgica. e Anestesia cirúrgica: Bloqueio epidural para cirurgia; Bloqueio de nervos major; Bloqueio de campo.

Propriedades: A dose varia de acordo com o procedimento, grau de anestesia desejada, vascularização dos tecidos, duração da anestesia e condição física do paciente.

Contraindicações: Hipersensibilidade à ropivacaína ou a outros anestésicos locais do tipo amida. As contraindicações gerais da anestesia epidural, independentemente do anestésico local usado, deverão ser tidas em consideração. Anestesia regional intravenosa. Hipovolémia.

Efeitos secundários: Sinais e sintomas de reação anafilática súbita/Hipotensão/ Náuseas e vômitos/ Formigueiro/ Dor de Cabeça/ Dor de costas/ Febre/ Rigidez.

Eliminação: Renal

Antídoto: Tratar sintomatologia, ter benzodiazepinas e relaxantes musculares (succinilcolina) , suporte ventilatório e intubação endotraqueal. LAST

Sufentanil

Grupo Farmacológico: SNC/ Analgésico Estupefaciente/ Opioide Sintético

Indicações: Analgésico adjuvante de anestesia e anestésico único em doentes ventilados. Analgésico potente para cirurgias longas e/ou dolorosas. Analgésico via espinal.

Propriedades: 5 a 10 vezes mais potente do que o Fentanil, e 500 vezes mais potente que a Morfina. Boa estabilidade cardiovascular. A administração de Sufentanil por via epidural, provoca analgesia, com início rápido (5 a 10 minutos) e uma duração moderada (geralmente 4-6 horas)

Contraindicações: Hipersensibilidade ao Sufentanil ou outro Morfinomimético. Infecções e coagulopatias que impeçam a técnica epidural.

Efeitos secundários: Pode causar rigidez muscular, euforia, miose e bradicardia. Efeitos de sedação, prurido, náuseas e vômitos. Reações alérgicas graves, coma, convulsões, depressão cardiorrespiratória.

Eliminação: Renal

Antídoto: Naloxona

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

05-11-2024 08:00

05-11-2024 08:00 - Procedimento invasivo [RESOLVIDO] 05-11-2024 11:00

05-11-2024 08:00 - Tipo de procedimento invasivo: Revisão de Prótese Total do Joelho Direito.

05-11-2024 08:00 - Verificado: antecedentes clínicos, alergias, consentimento informado, toma de medicação pré-operatória, próteses, identificação do doente, jejum, preparação pré-operatória.

05-11-2024 08:00 - Perda sanguínea

05-11-2024 08:00 - Membro inferior Direita(o): Perda sanguínea externa, em pequena quantidade.

05-11-2024 08:00 - Localização do Pulso

05-11-2024 08:00 - Antebraço Direita(o)

05-11-2024 08:00 - Frequência do pulso: 88 pulsações por minuto.

05-11-2024 08:00 - Pulso de grande amplitude (magnus) e regular.

05-11-2024 08:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

05-11-2024 08:00 - Membro superior Direita(o)

05-11-2024 08:00 - Pressão sanguínea sistólica: 143 mmHg.

05-11-2024 08:00 - Pressão sanguínea diastólica: 90 mmHg.

05-11-2024 08:00 - Temperatura corporal periférica

05-11-2024 08:00 - Ouvido: 37.00 °C.

05-11-2024 08:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o procedimento invasivo [FIM] 05-11-2024 11:00

05-11-2024 08:00 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia [FIM] 05-11-2024 11:00

05-11-2024 08:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [FIM] 05-11-2024 11:00

05-11-2024 11:00 - Temperatura corporal periférica

05-11-2024 11:00 - Ouvido: 36.00 °C.

05-11-2024 08:00 - Promover autogestão: procedimento invasivo [FIM]

05-11-2024 11:00

05-11-2024 08:00 - Conhecimento sobre procedimento invasivo: facilitador.

05-11-2024 08:00 - Procedimento anestésico: Bloqueio Subaracnóideo (BSA)

[RESOLVIDO] 05-11-2024 11:00

05-11-2024 08:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com BSA [FIM] 05-11-2024 11:00

05-11-2024 08:00 - Sem sinais de complicações relacionados com BSA

05-11-2024 08:00 - Avaliar sinais de hipotensão [FIM] 05-11-2024 11:00

05-11-2024 08:00 - Avaliar sinais de náuseas e vômitos [FIM] 05-11-2024 11:00

05-11-2024 08:00 - Avaliar prurido [FIM] 05-11-2024 11:00

05-11-2024 08:00 - Avaliar percepção sensitiva [FIM] 05-11-2024 11:00

05-11-2024 08:00 - Avaliar capacidade motora [FIM] 05-11-2024 11:00

05-11-2024 08:00 - Promover autogestão: procedimento anestésico [FIM]

05-11-2024 11:00

05-11-2024 08:00 - Conhecimento sobre procedimento anestésico: facilitador

Sondas, Drenos e Cateteres

05-11-2024 08:00

05-11-2024 08:00 - Dreno

05-11-2024 08:00 - Localização do dreno

05-11-2024 08:00 - Membro inferior Direita(o)

05-11-2024 08:00 - Sem complicações no local de inserção do dreno.

05-11-2024 08:00 - Características do dispositivo: dreno aspirativo de baixa pressão nº14 para frasco fechado.

05-11-2024 08:00 - Determinar evolução da drenagem pela sonda / dreno

05-11-2024 08:00 - Avaliar evolução da drenagem

05-11-2024 11:00 - Substância drenada: hemática.

05-11-2024 11:00 - Quantidade drenada pelo dreno de ferida: 400 ml.

05-11-2024 08:00 - Cateter epidural

05-11-2024 08:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter

05-11-2024 08:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter epidural

05-11-2024 11:00 - Substância administrada pelo cateter epidural: fármaco.

05-11-2024 08:00 - Cateter venoso periférico

05-11-2024 08:00 - Localização do cateter venoso periférico

05-11-2024 08:00 - Antebraço Esquerda(o)

05-11-2024 11:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico

05-11-2024 11:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

05-11-2024 08:00 - Garrote pneumático [RESOLVIDO] 05-11-2024 11:00

05-11-2024 08:00 - Prevenir complicações relacionadas com o garrote pneumático [FIM] 05-11-2024 11:00

05-11-2024 08:00 - Avaliar local de colocação do garrote pneumático [FIM]

05-11-2024 11:00

05-11-2024 08:00 - Colocar garrote pneumático em colaboração com a equipa médica [FIM] 05-11-2024 11:00

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

Para este estudo de Caso foram considerados 2 momentos de prestação de cuidados de enfermagem avançada. O primeiro na fase final do procedimento cirúrgico, em sala operatória, e o segundo na UCPA imediatos antes da alta para o serviço internamento ortopédico.

ATITUDES TERAPÊUTICAS

Neste ponto dar-se-á relevo às intervenções interdependentes de enfermagem (IIE) que os EE do perioperatório realizam, em conjunto com outros profissionais do BO (OE, 2015). O EE cumpre o planeamento estruturado antecipadamente por esses profissionais mantendo a garantia do respeito pela sua autonomia, sendo este o responsável pelas decisões que toma e sobre a implementação das mesmas. Através das suas competências assegura a continuidade de cuidados e a avaliação dos resultados (Regulamento n.º 613/2022, 2022).

Ciente dos riscos o EE em contexto de BO atuou conforme preconizado nos seus padrões de qualidade, na prevenção de complicações cirúrgicas, anestésicas e na promoção da segurança dos cuidados de enfermagem (OE, 2017). E, por isso, dando resposta às dimensões do PPFM, da segurança, das respostas fisiológicas e comportamentais (Rothrock, 2021).

Quanto ao Procedimento Cirúrgico

Os procedimentos cirúrgicos, para além da classificação com base no grau de urgência, podem ser classificados mediante a sua finalidade diagnóstica, curativa e reparação, reconstrutiva ou estética, paliativa ou reabilitação (Hinkle & Cheever, 2020). No caso de estudo tratou-se de uma cirurgia reconstrutiva.

Para a realização do procedimento cirúrgico que foi proposto à PESP, o EE preparou e confirmou a disponibilidade dos materiais ou efetuou diligências para os adquirir. Prevenindo falhas na gestão dos planos cirúrgicos e/ou cancelamentos por falta de material. Gerindo com a equipa médica (cirúrgica / anestesia) a utilização da sala com maior efetividade e eficiência. No dia da cirurgia, verificou novamente a disponibilidade e funcionalidade dos equipamentos, a existência de DMUM suficientes e em conformidade, organizou os implantes fundamentais passíveis de serem usados, alertando sempre qualquer falta ou necessidade de ajuste (AORN, 2019, 2019a).

Foi realizado no decurso deste Estágio II a construção de dois documentos de apoio às intervenções dos enfermeiros do BO. Um documento com as recomendações e normas de verificação periódica (preventiva, manutenção, reparação) dos DM utilizados no BO e outro sobre o processo de confirmação e registos da esterilização dos dispositivos médicos de uso múltiplo e sua importância. Estes tornaram-se ferramentas de apoio à tomada de decisão baseadas na evidência científica atual e disponível (ANEXOS III e IV).

À chegada ao BO o EE através da lista de **verificação pré-operatória de dupla confirmação** validou a existência dos requisitos pretendidos para o procedimento em causa. Identificação correta da PESP e intervenção a realizar, lateralidade, jejum de líquidos e sólidos, medicação habitual e pré-operatória, existência de alergias, meios complementares de diagnóstico efetuados, consentimentos para procedimentos anestésicos, cirúrgicos, invasivos, transfusão de hemoderivados assinados, adornos e próteses retirados, banhos pré-operatórios, temperatura corporal e glicemia capilar normalizadas. Com esta verificação pretende-se no contexto do pré-operatório identificar ou confirmar fatores de risco que podem levar a complicações durante o procedimento cirúrgico ou que sejam preditivos de complicações pós-operatórias e atrasar a recuperação (Alpendre et al., 2017).

A **comunicação** tem um papel preponderante no bom funcionamento da equipa e nos resultados. O EE recolhe os dados e avalia os resultados comunicando-os à equipa com assertividade (Hinkle & Cheever, 2020). O EE reconhece a importância destas recomendações e adapta-as a cada PESP que cuida. Usa estratégias de orientação e comunicação individualizadas dando resposta às preocupações, dúvidas ou necessidades de aprendizagem e esclarecimento de cada PESP (Rothrock, 2021). Não menos importante, a comunicação com a equipa multidisciplinar, segundo a DGS (2017), pela necessidade de melhorar e tornar eficaz a comunicação nos contextos de saúde, fomenta a utilização de instrumentos padronizados como

a ferramenta ISBAR (Identificação, Situação atual, Antecedentes, Avaliação e Recomendação) (DGS, 2017). Contribuindo para a redução da ocorrência de erros e lacunas na transmissão da informação com potencial para causar quebras graves na continuidade de cuidados e no tratamento adequado. Estes processos de transição são também designados como handover ou handoff (Barroso et al., 2021).

Promovendo a **prevenção das infeções do local cirúrgico (ILC)** nesta fase do intraoperatório, deu seguimento ao preconizado segundo as normas. Administrou antibioterapia profilática prescrita nos 60 minutos anteriores da incisão, desinfetou a pele (campo cirúrgico) da PESP, utilizando solução antisséptica de clorexidina a 2% em álcool a 70%, e garantiu a homeostasia pré/intraoperatória da PESP e manteve a, normotermia, normoglicemia e saturação periférica de oxigénio igual ou superior a 95% (DGS, 2022; 2022c).

Cientes da sua importância elaboramos o trabalho em formato de poster que foi aceite no evento científico - 6º Congresso Internacional IACSS 2024: Desafios e Inovação em controle de Infecção - ESSNORTECVP - intitulado "Importância da Normotermia na Prevenção da Infecção na Pessoa em Situação Perioperatória" (ANEXO V).

De forma a evitar a ocorrência de úlceras de pressão por **posicionamento cirúrgico**, o EE avaliou os fatores de risco da PESP e a sua tolerância ao mesmo, a disponibilidade e conformidade dos DM necessários (AORN, 2019, 2019a). A intervenção do EE, através da mobilização das suas competências, durante o posicionamento cirúrgico é fundamental para possibilitar o melhor acesso à equipa cirúrgica, garantir a segurança da PESP e prevenir complicações (Souza et al., 2023).

A implementação de listas checklist como a **LVSC** ajudam a diminuir as taxas de complicações e mortes evitáveis, criando um impacto positivo na cultura de segurança da PESP e melhorando todo o processo de cuidados, contribuindo para a implementação da prática baseada na evidência (Haugen et al., 2019). O Enfermeiro circulante efetuou o registo da LVSC, ciente da sua importância (Mota, 2021).

Quanto ao Procedimento Anestésico

A evolução da anestesia, desde Morton em 1846, como área integrante da medicina, foi acompanhada pela enfermagem que se atualizou, empoderou e capacitou. Sabe-se que anestesia deriva da língua grega, an -ausência - e aisthesis - sensação, que é um ato médico que bloqueia, total ou parcialmente, a sensação tátil e dolorosa da PESP e que se compõe de 3 fases, a indução, a manutenção e o recobro. Existem diversas técnicas que foram desenvolvidas de forma a dar resposta mais segura e adequada a cada caso clínico e cirúrgico, minimizando os possíveis riscos decorrentes da anestesia, cirurgia e/ou condições da própria PESP (Sousa & Marques, 2014).

A ASA recomenda a avaliação do estado físico da PESP e sua classificação para previsão e estratificação do risco anestésico, tendo por base as características do doente. Independentemente do tipo de anestesia aplicado é recomendado a permanente monitorização (oximetria, pressões arteriais não invasivas, frequência cardíaca, eletrocardiografia, temperatura) por profissionais competentes e com materiais e fármacos na sala para atuar em caso de complicações (ASA, 2020).

No presente Caso 1, foi aplicada como estratégia anestésica a **anestesia loco regional** do neuro-eixo, que se caracteriza pela administração de anestésicos locais com a função de bloquear o estímulo nociceptivo através do bloqueio do fluxo nervoso. A escolha desta técnica não invalida o uso de fármacos endovenosos, pelo contrário, a sua associação ajuda a PESP, na transição do seu percurso cirúrgico em contexto intraoperatório. A enfermagem tem em conta que como qualquer fármaco administrado, os anestésicos locais também têm níveis de toxicidade influenciados por fatores como: - local de injeção; - dose e volume; - presença de vasoconstritor; e a possibilidade de ocorrência de reações alérgicas (Butterworth et al., 2024).

A técnica anestésica aplicada, bloqueio sequencial, aliou com a introdução do cateter epidural, à instalação rápida da anestesia por Bloqueio Subaracnóideo, a possibilidade de prolongar tanto a anestesia como a analgesia. Pelos riscos potenciais inerentes, o EE nas suas intervenções de prática avançada testa a sua permeabilidade antes de administração de fármacos por esta via, monitoriza a pressão arterial e a frequência cardíaca a cada 5 minutos nos primeiros 15 minutos após a administração dos fármacos (Sousa & Ambrósio, 2013).

O 5º sinal, a dor aguda, relacionada à estimulação nociceptiva por lesão tecidual, num processo inflamatório ou de doença e pode durar horas a semanas. A dor pós-operatória intensa embora que esperada se não for tratada terá impactos negativos relacionados à experiência cirúrgica da PESP, aos resultados esperados e ao aumento dos gastos por prolongamento de internamento e tratamentos, pelo que se requer uma abordagem da analgesia centrada em cada PESP (Motta et al., 2024).

Tendo como antecedente cirúrgico a realização de uma artroplastia, a PESP manifesta-se um pouco ansioso e expectante, já que vivenciou um resultado cirúrgico menos positivo, pela presença da dor constante, pelo que pede para ser logo anestesiada. É imprescindível a cooperação da PESP no sucesso e na segurança em cada procedimento anestésico, principalmente em anestesia loco regional. Se esta não tiver sucesso terá se de recorrer a outra técnica expondo a PESP a mais riscos durante a cirurgia (Butterworth et al., 2024).

SONDAS, DRENOS E CATETERES

Dreno Aspirativo de Baixa Pressão

A revisão integrativa levada a cabo por Oliveira et al. (2020) revelou uma baixa incidência de estudos realizados relativamente às intervenções de enfermagem com os DM de drenagem cirúrgica. Afirmando que a enfermagem avançada detém competências, na gestão destes DM e no reconhecimento da planificação dos cuidados baseados em evidência científica atual. Reforçando a necessidade em produzir mais pesquisa e reflexão sobre estas intervenções, promovendo a sua uniformização e a avaliação, diminuindo lacunas e aproximando os enfermeiros dos sistemas de padronização de linguagem (SPL) (Oliveira et al., 2020). A Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) é um (SPL) continuamente melhorado, com a participação dos enfermeiros, através do pensamento reflexivo e da investigação sobre as práticas clínicas (Butcher et al., 2020).

Cateter Venoso Periférico

A punção venosa (NIC - 4190) é uma das intervenções de enfermagem mais comuns, obtendo acessos venosos periféricos, essenciais para a administração de líquidos, sangue e hemoderivados, medicação endovenosa e nutrição parentérica (Butcher et al., 2020).

Este acesso venoso periférico, menos invasivo, de rápida colocação é a via eleita no contexto perioperatório pela manutenção da PESP em regime de nada pela boca e pela rapidez de início de ação dos fármacos. O EE mobiliza as suas competências atuando na manutenção da segurança e permeabilidade do acesso venoso periférico, prevenindo e resolvendo complicações, que possam surgir, durante a cirurgia (Gomes et al., 2020).

A WHO preconiza através da LVSC, para aumentar a segurança e diminuir o risco de complicações, a colocação de 2 acessos venosos periféricos/centrais, se risco de perda hemática for superior a 500ml de sangue, para administração de fluidos e sangue (WHO, 2009).

São momentos suscetíveis de risco de exteriorização por repuxamento as sucessivas transferências e mudanças de posição durante a fase do perioperatório. Este DM está também relacionado a complicações na sua manipulação e a riscos de infeção, que podem retardar a alta hospitalar. O EE assume um papel fundamental na vigilância e na adoção de medidas adequadas na manipulação do mesmo (Catarino et al., 2022).

Cateter Epidural

O cateter epidural é um DM descartável, radiopaco, flexível e projetado para se adaptar às características anatómicas da coluna vertebral. Este é inserido pelo anestesista em estrita colaboração com o enfermeiro de anestesia, que coloca em prática a sua enfermagem avançada, nomeadamente no conhecimento dos fármacos e DM a usar, monitorização necessária e sua interpretação, gestão da técnica assética cirúrgica. Utilizado para a instalação de anestesia e analgesia pós-operatória, através da combinação de anestésicos locais, opioides e corticoides, contribui na redução do stress cirúrgico, na prevenção de complicações e na diminuição do tempo de internamento (Pasin & Schnath, 2007).

O EE após a instalação do cateter epidural destaca-se pela sua competência enfermagem avançada realizando intervenções ao nível da avaliação da eficácia da analgesia, monitorização de efeitos adversos e/ou possíveis complicações, vigiando o local de inserção do cateter, a adaptação da PESP à analgesia epidural e/ou DM assim como efetuar registos das suas intervenções, dados e resultados.

Garrote Pneumático

Para a prevenção de hemorragia foi utilizado o garrote pneumático (prescrição médica), uma vez que um procedimento cirúrgico sem sangue facilita a visualização do campo cirúrgico (Machado, 2013).

Novos estudos questionam a falta de evidência do seu uso na prevenção de complicações pós cirúrgicas (Farhan-Alanie et al., 2021).

Outros referem prevenir a hemorragia através do uso de ácido tranexâmico, mantendo a colocação do mesmo sem insuflação por questões preventivas (Martin et al., 2023).

A colocação e gestão de utilização do garrote é uma responsabilidade partilhada com o ortopedista e com o anestesista. O EE pode delegar a sua colocação no técnico auxiliar de saúde em sala, mantendo a vigilância e responsabilidade sobre o mesmo. Na PESP do CASO 1. foi colocado em pele integra e protegida o mais proximal possível ao nível da coxa. Foi aplicado com uma pressão de insuflação em relação aos valores basais de referência da PESP, sem exceder o dobro da pressão sistólica. Outro aspeto importante tido em conta foi a duração da insuflação, sendo cronometrada de forma a não ultrapassar 90 minutos. Com estas intervenções a equipa pretendeu evitar eventos tromboembólicos e/ou lesões neurológicas (EORNA, 2023).

3.5. Domínios

Início
05-11-2024 08:00

Domínios
Consciência

Fim

Início	Domínios	Fim
05-11-2024 08:00	Sensações somáticas	
05-11-2024 08:00	Sistema cardiovascular	
05-11-2024 08:00	Pele e mucosas	
05-11-2024 08:00	Metabolismo	
05-11-2024 08:00	Termorregulação	
05-11-2024 08:00	Atitudes terapêuticas	
05-11-2024 08:00	Sondas, Drenos e Cateteres	

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

Os ganhos em saúde obtidos pela prática clínica da enfermagem avançada perioperatória ganham visibilidade através da utilização da metodologia científica, onde se encontram as 5 etapas do processo de enfermagem. Este fomenta o desenvolvimento do raciocínio clínico, ancorado na aquisição de conhecimento formal e prático baseado na evidência científica atual, na conceção da tomada decisão. Identifica as necessidades, através da recolha e análise de dados obtidos, objetivos ou subjetivos, gerando intervenções de enfermagem individualizadas a cada PESP (Alves et al, 2024).

A intervenção autónoma da enfermagem avançada torna-se um importante facilitador na experiência cirúrgica, desde a preparação à recuperação, diminuindo a ansiedade, aumentando a capacitação e empoderamento da PESP e sua família/responsável (Garland, 2024).

O EE, apoiado pelo modelo conceptual de enfermagem PPFM, obtém conhecimento prévio das necessidades da PESP em cada domínio, no internamento, visita ou consultas pré-operatórias, de forma a planear cuidados de enfermagem especializados e específicos centrados na PESP orientado pelos resultados (Wicklin, 2020).

No CASO 1. em estudo os dados foram recolhidos no intraoperatório pelo que se impõe a rapidez de ação pelo intervalo temporal imposto pelo contexto. De seguida iremos enquadrar cada domínio identificado na PESP em relação ao quadro teórico do CASO, na procura da conceção de plano de cuidados personalizados maximizando a sua segurança.

Consciência

A sedação, através de fármacos endovenosos, foi aplicada complementando o bloqueio sequencial. Esta atuou de forma a diminuir a atenção e perceção da PESP relativamente ao seu redor.

Avaliar o estado da consciência é fundamental para determinar a evolução da sedação, assim como a identificação precoce de complicações cirúrgicas e anestésicas. (Reith et al., 2016)

De forma a avaliar este importante diagnóstico de enfermagem é usada a Escala de Coma de

Glasgow nos dois momentos de observação do CASO1 e na UCPA em conjunto com a escala de *Aldrete*, constituindo ferramentas de apoio à decisão para a alta (Mourão et al., 2018).

Sensações Somáticas

Este domínio foi identificado associado à dor tendo em conta a técnica analgésica e anestésica escolhidas. Quem melhor avalia a sua dor é o próprio, refletida na interligação do físico com o psicológico, social, cultural e espiritual (APCA, 2013). A dor considerada como 5º sinal vital pela DGS através da Circular Normativa nº9/2003, foi definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano tecidual real ou potencial (DGS, 2003).

A raquianestesia gera um intenso bloqueio, sensitivo e motor, reversível da medula espinal com o benefício de reduzir o risco de hemorragia e de tromboembolismo venoso. Este bloqueio obtém a perda da sensação de dor, tato e temperatura. A PESP deve ser sempre alertada e informada sobre a perda de sensibilidade e sobre os riscos inerentes a este procedimento e aos fármacos nela usados. Podendo surgir o prurido, as náuseas e vômitos, assim como, as cefaleias e a alteração da capacidade de micção espontânea (Volquind et al., 2021).

Sabe-se que um elevado número de pessoas experienciaram a dor pós-operatória e de forma a evitar essa situação se optou pela inserção do cateter epidural. A dor bem controlada leva ao aumento do conforto, acelera a recuperação e previne complicações pós-operatórias (Venkatesan et al., 2021).

Na UCPA foi oportuno iniciar ensinamentos à cerca de medidas não farmacológicas para controlo da dor, imaginação guiada, musicoterapia e implementação do toque terapêutico, capacitando a PESP para lidar com a dor pós-operatória, realidade vivenciada na sua anterior experiência cirúrgica o que lhe gerava ansiedade (Anderson et al., 2015). Estes cuidados foram transmitidos à equipa de enfermagem no momento de transição de cuidados para o serviço de internamento.

Sistema Cardiovascular

A hemorragia em contexto do perioperatório é uma das complicações mais comuns e de múltiplos fatores requerendo uma abordagem multimodal e multidisciplinar para a redução desse risco (Shah et al., 2020). É também um dos motivos de recondução ou intervenção urgente sendo a PESP conduzida de volta à sala cirúrgica, para realizar uma revisão da hemóstase (Rothrock, 2021). O controle da homeostasia é também preconizado pelas políticas nacionais como aliado no combate às ILC (DGS, 2022).

A enfermagem avançada ciente deste risco atua no tratamento e na prevenção, avaliando continuamente a PESP, tendo por base variáveis como a pressão arterial, a perfusão dos tecidos, consciência, oxigenação, volume de perdas e infusões intravenosas, temperatura, de forma a adaptar a prestação e gestão de cuidados desde a consulta pré até à pós-operatória ganhando mais ênfase no período crítico do intra (Estevam, 2022).

Pele e Mucosas

A monitorização da pele e mucosas relacionada diretamente com a exposição que a PESP sobre durante a sua experiência cirúrgica. Vulnerável a alterações da integridade da pele pelas incisões/lesões intencionais como a incisão cirúrgica e as evitáveis como as lesões por posicionamento cirúrgico, uso de DM, como garrote pneumático e a placa de dispersão de bisturi elétrico e complicações cirúrgicas (Palos & Sousa, 2024).

Mais uma vez a enfermagem avançada atua na prevenção dos riscos e na promoção da segurança mobilizando para isso as suas competências no planeamento de cuidados individualizados, na formação das equipas e no empoderamento da PESP.

Os fatores influenciadores do surgimento das ILC conhecidos são o estado do sistema imunitário da PESP, a presença de material estranho, como os componentes da prótese e o cimento neste CASO1 - RARTJ, o grau de contaminação bacteriana da ferida e o uso de profilaxia antibiótica (Seidelman et al., 2023).

As políticas internacionais e nacionais no combate às ILC, através da sua prevenção, defendem a implementação de medidas randomizadas e estandardizadas como: - *rastreio de Staphylococcus aureus metilina resistente (SAMR)*, - *banho com clorexidina (CHD 2 a 4%) na noite anterior à cirurgia e no próprio com pelo menos 2 horas de antecedência*, - *tricotomia realizada apenas quando absolutamente necessária antes da intervenção cirúrgica com máquina descartável*, - *profilaxia antibiótica cirúrgica conforme recomendação da norma específica*, - *antisepsia da pele do doente imediatamente antes da incisão, utilizando solução antisséptica de CHD a 2% em álcool a 70%*, - *garantir a homeostasia pré/intra-operatória do doente (normotermia; normoglicemia; saturação periférica de oxigénio (SpO2) igual ou superior a 95% e perfusão adequada durante a cirurgia)*, - *cumprir técnica assética na realização do penso (DGS, 2022 e 2022c; WHO, 2018 e 2018b)*.

Quanto às lesões por posicionamento cirúrgico e pela utilização de DM já abordadas no presente CASO1. o EE detém as competências necessárias para o seu conhecimento, planeamento preventivo, formação de equipas, intervenção junto dos decisores reportando as necessidades, falhas e adequação dos mesmos, participando nas tomadas de decisão com base na melhor evidência científica atual e nos resultados da sua prática clínica avançada (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Metabolismo e Termorregulação

Estes dois domínios estão presentes em todo o período do perioperatório. O enfermeiro monitoriza, avalia, regista, comunica, age em conformidade por forma a manter a normotermia e normoglicemia preconizados (DGS, 2022).

Ao longo do procedimento cirúrgico podem surgir oscilações comprometendo a segurança da

PESP, tendo o EE papel preponderante na identificação precoce de alterações inadvertidas, permitindo uma atuação célere na restituição do equilíbrio de saúde da PESP e como consequência a otimização das condições de cicatrização da ferida cirúrgica (DGS, 2022b).

O stress cirúrgico pode levar à hiperglicemia, libertação das hormonas contrarreguladoras (catecolaminas, cortisol, glucagon e hormona do crescimento) e a inibição da secreção de insulina, e esta ao risco aumentado de ILC, de morbilidade e mortalidade, gastos em saúde, má cicatrização da ferida cirúrgica por deficiente função dos leucócitos e redução da síntese do colagénio (WHO, 2018b).

A hipotermia define-se como uma temperatura central inferior a 36°C, é uma das complicações recorrentes no final das cirurgias e pode ocorrer em qualquer momento durante o procedimento. A anestesia do neuroeixo, aplicada no CASO1., também afeta a termorregulação induzindo à perda de calor, devido à vasoconstrição e tremores, causando uma redistribuição da temperatura do centro para a periferia. Como consequência direta aumenta a perda hemática em 16% e a necessidade de transfusão sanguínea em 22% (SPA, 2017). Ocorrendo aumenta a permanência na UCPA, necessitando de maior aporte de oxigénio, sendo também um fator de predisposição para as ILC. Pode ainda levar a isquemia miocárdica, arritmias cardíacas, redução da biotransformação medicamentosa (Azenha et al., 2018).

Neste reconhecimento, a enfermagem avançada promove intervenções e estratégias como aplicação de mantas ligadas ao convector de aquecimento e a administração de fluidos endovenosos aquecidos (AESOP, 2013; EORNA, 2023).

Atitudes Terapêuticas e Sondas, Cateteres e Drenos

Foram tidas em conta decisões e intervenções necessárias aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica já referidos no item próprio sendo que se encontram intimamente ligados aos domínios aqui explanados. A razão do mesmo deve-se à partilha dos objetivos e atuação num plano de cuidados multidisciplinar (Regulamento n.º 613/2022, 2022).

3.6. Conceção de Cuidados

Consciência

05-11-2024 08:00

05-11-2024 08:00 - Consciente.

05-11-2024 08:00 - Determinar sinais de alteração da consciência

05-11-2024 08:00 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência

05-11-2024 11:00 - Consciente.

Sensações somáticas

05-11-2024 08:00

05-11-2024 08:00 - Sem manifestação de prurido.

05-11-2024 08:00 - Sem manifestação de dor.

05-11-2024 08:00 - Dor

05-11-2024 08:00 - Localização da dor

05-11-2024 08:00 - Joelho Direita(o)

05-11-2024 08:00 - Intensidade da dor - sem dor.

05-11-2024 11:00 - Localização da dor

05-11-2024 11:00 - Joelho Direita(o)

05-11-2024 11:00 - Intensidade da dor - 2.

05-11-2024 11:00 - frequência da dor - contínua.

05-11-2024 11:00 - dor de tipo - moedeira.

05-11-2024 08:00 - Determinar evolução da dor

05-11-2024 08:00 - Avaliar evolução da dor

05-11-2024 11:00 - Diminuir dor

05-11-2024 11:00 - Gerir analgesia

05-11-2024 11:00 - Aplicar frio

05-11-2024 11:00 - Executar técnica não farmacológica de alívio da dor

05-11-2024 11:00 - Posicionar para aliviar a dor

05-11-2024 11:00 - Promover autocontrolo: dor

05-11-2024 11:00 - Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

05-11-2024 11:00 - Significado atribuído às estratégias não farmacológicas de alívio da dor: não dificultador.

05-11-2024 11:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas

05-11-2024 11:00 - Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas

05-11-2024 11:00

05-11-2024 11:00 - Sem manifestação de prurido [MANTEVE].

05-11-2024 11:00 - Manifesta dor [PIOROU].

Sistema cardiovascular

05-11-2024 08:00

05-11-2024 08:00 - Temperatura das extremidades

05-11-2024 08:00 - Membro inferior Direita(o): Temperatura das extremidades diminuída.

05-11-2024 08:00 - Coloração das extremidades

05-11-2024 08:00 - Membro inferior Direita(o): Coloração pálida das extremidades.

05-11-2024 08:00 - Tempo de preenchimento capilar: 4 segundos.

05-11-2024 08:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

05-11-2024 08:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

05-11-2024 11:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

05-11-2024 11:00 - Membro superior Direita(o)

05-11-2024 11:00 - Pressão sanguínea sistólica: 120 mmHg.

05-11-2024 11:00 - Pressão sanguínea diastólica: 67 mmHg.

05-11-2024 08:00 - Hemorragia

05-11-2024 08:00 - Determinar evolução de sinais de hemorragia

05-11-2024 08:00 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia

05-11-2024 08:00 - Promover hemóstase

05-11-2024 08:00 - Aplicar penso compressivo

05-11-2024 08:00 - Processo neurovascular comprometido [RESOLVIDO] 05-11-2024 11:00

05-11-2024 08:00 - Determinar evolução do processo neurovascular

05-11-2024 08:00 - Por presença de garrote pneumático

05-11-2024 08:00 - Avaliar evolução de sinais de compromisso neurovascular

05-11-2024 11:00 - Frequência do pulso: 60 pulsações por minuto.

05-11-2024 11:00 - Pulso simétrico.

05-11-2024 11:00 - Temperatura das extremidades

05-11-2024 11:00 - Membro inferior Direita(o): Temperatura das extremidades normal [MELHOROU].

05-11-2024 11:00 - Coloração das extremidades

05-11-2024 11:00 - Membro inferior Direita(o): Coloração normal das extremidades [MELHOROU].

05-11-2024 11:00 - Tempo de preenchimento capilar: 1 segundos.

05-11-2024 11:00 - Localização da dor

05-11-2024 11:00 - Joelho Direita(o)

05-11-2024 11:00 - Intensidade da dor - 2.

05-11-2024 11:00 - frequência da dor - contínua.

05-11-2024 11:00 - dor de tipo - moedeira.

05-11-2024 08:00 - Perfusão dos tecidos periféricos comprometida [RESOLVIDO]

05-11-2024 11:00

05-11-2024 08:00 - Determinar evolução da perfusão dos tecidos periféricos

[FIM] 05-11-2024 11:00

05-11-2024 08:00 - Avaliar evolução da perfusão dos tecidos periféricos [FIM]

05-11-2024 11:00

05-11-2024 08:00 - Melhorar perfusão dos tecidos periféricos [FIM] 05-11-2024 11:00

05-11-2024 08:00 - Posicionar para otimizar a perfusão periférica dos tecidos [FIM]

05-11-2024 11:00

05-11-2024 08:00 - Manter temperatura corporal [FIM] 05-11-2024 11:00

Pele e mucosas

05-11-2024 08:00

05-11-2024 08:00 - Alterações da integridade dos tecidos.

05-11-2024 08:00 - Determinar evolução da integridade dos tecidos

05-11-2024 08:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos

05-11-2024 11:00 - Alterações da integridade dos tecidos.

05-11-2024 08:00 - Ferida cirúrgica

05-11-2024 08:00 - Localização da ferida cirúrgica

05-11-2024 08:00 - Joelho Direita(o)

Metabolismo

05-11-2024 08:00

05-11-2024 08:00 - Glicemia capilar: 125 mg/dl.

05-11-2024 08:00 - Glicemia

05-11-2024 08:00 - Determinar evolução da glicemia

05-11-2024 08:00 - Avaliar evolução da glicemia

05-11-2024 11:00 - Glicemia capilar: 99 mg/dl.

Termorregulação

05-11-2024 08:00

05-11-2024 08:00 - Determinar evolução da temperatura corporal

05-11-2024 08:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal

05-11-2024 08:00 - Promover termorregulação

05-11-2024 08:00 - Aplicar manta de aquecimento

3.7. Especificação das intervenções

Avaliar evolução da glicemia

- Monitorização da Glicemia Capilar (Butcher et al.,2020)

Avaliar evolução da temperatura corporal

- Monitorização da Temperatura Corporal Auricular (Butcher et al., 2020)
- Aplicar Manta de Aquecimento através de Equipamento de Convecção de ar (Butcher et al., 2020)

Avaliar evolução da dor

- Vigiar Dor através de escala numérica da Dor (Butcher et al., 2020)
- Administrar Analgesia conforme prescrição (Butcher et al., 2020)
- Comunicar ao Anestesta se as medidas não obtiveram sucesso (Butcher et al., 2020)

Avaliar evolução de sinais de compromisso neurovascular

- Avaliar Pele Antes da Colocação de Garrote Pneumático (Butcher et al.,2020)
- Avaliar Sinais Vitais Antes da Colocação de Garrote Pneumático (Butcher et al.,2020)
- Colocar Garrote Pneumático de acordo com as recomendações (Butcher et al.,2020)
- Retirar Garrote Pneumático de acordo com as recomendações (Butcher et al.,2020)
- Avaliar Pele Depois da Retirada de Garrote Pneumático (Butcher et al.,2020)
- Avaliar Sinais Vitais Antes da Colocação de Garrote Pneumático (Butcher et al.,2020)

Avaliar evolução da integridade dos tecidos

- Avaliar Integridade Cutânea da PESP antes dos Procedimento Invasivos (Butcher et al.,2020)
- Posicionar para Procedimento Anestésico (Butcher et al.,2020)
- Posicionar para Procedimento Cirúrgico (Butcher et al.,2020)
- Aplicar géis posicionadores em zonas de pressão (EORNA, 2023)

- Avaliar Integridade Cutânea da PESP depois dos Procedimento Invasivos (Butcher et al., 2020)

Avaliar evolução da administração pelo cateter epidural

- Avaliar a permeabilidade do cateter epidural (Butcher et al., 2020)
- Administrar analgesia através de cateter epidural (Butcher et al., 2020)
- Manter penso de proteção cateter epidural (Butcher et al., 2020)

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

- Verificar Permeabilidade do Cateter Venoso periférico (Butcher et al., 2020)
- Verificar a Existência de Sinais Inflamatórios (Butcher et al., 2020)

3.8. Síntese relativa ao caso

Realizou-se a revisão da ATJ, do CASO1., por presença de complicações pós-operatórias, após uma cirurgia primária de ATJ. A PESP manifestava dor crónica pós cirúrgica do joelho e os exames complementares de diagnóstico suspeitavam de possível infeção.

Na cirurgia primária houve a substituição da articulação femorotibial por material protésico, com a intenção de melhorar a mobilidade articular, diminuir a dor e aumentar capacidade funcional, devolvendo à PESP uma vida mais ativa, com interação social e livre de dor crónica no joelho. Por insucesso da mesma realizou-se nova cirurgia pretendendo alcançar os objetivos da cirurgia primária.

Durante este processo cirúrgico, o EEMCAEEPSP desempenha um papel fundamental. Capacitado e orientado gere cuidados de enfermagem avançada e lidera a equipa para a prática baseada na evidência, de forma a atingir elevados níveis de qualidade e segurança, antecipando-se aos riscos e otimizando resultados.

A conceção de cuidados é crucial no atendimento à PESP, abrangendo todo o período do perioperatório, embora este estudo de caso se reporte a dois momentos específicos do processo vivenciado pela PESP.

O processo de enfermagem (composto pelas 5 fases) e o PPFM (modelo conceptual da enfermagem perioperatória) são a referência na conceção dos cuidados no contexto perioperatório.

O plano de cuidados de enfermagem é a metodologia organizada das intervenções e diagnósticos sistematizados e inter-relacionados numa dinâmica constante, sofrendo alterações pela volatilidade do contexto quer do local, equipas multidisciplinares, procedimentos invasivos ou da própria PESP.

Através da colheita de dados específicos e relevantes da avaliação da PESP, é fundamentada a identificação dos diagnósticos de enfermagem e a justificação das suas intervenções. A enfermagem avançada no perioperatório constrói um plano de cuidados individualizado com o objetivo de minimizar riscos, promover a segurança (Domínio da Segurança) e a recuperação desejada, centrado na PESP e focado nos resultados. Estas intervenções visam garantir uma prestação de cuidados holística e personalizada, promovendo não só apenas a recuperação física (Domínio das Respostas Fisiológicas), mas também o bem-estar emocional e psicossocial (Domínio das Respostas Comportamentais) da PESP e sua família. Diferindo dos outros modelos de processo de enfermagem pois os resultados encontram-se adjacentes aos quadrantes dos domínios e só depois a que há a identificação dos diagnósticos e intervenções para cada PESP. Ou seja, o EE do perioperatório visa alcançar determinados resultados para a PESP, após ter identificado as suas necessidades, gerando posteriormente o plano de enfermagem com os diagnósticos e intervenções personalizadas.

No CASO1. analisamos que o EE do perioperatório, apoiado pela NIC, focado na obtenção dos resultados esperados (no domínio da segurança, das respostas fisiológicas e comportamentais) na PESP realizou intervenções na prevenção e promoção da segurança da PESP como: Controle da Hemorragia (460); Controle de volume de líquidos (4120); Cuidados Cardíacos (4040); Terapia intravenosa (4200); Regulação da temperatura: perioperatória (3902); Prevenção de lesões por pressão (3540); Supervisão da pele (3590); Posicionamento transoperatório (0842); Identificação de riscos (6610); Monitoração neurológica (2620); Monitoração de sinais vitais (6680); Prevenção do choque (4260); Redução do sangramento (4020); Cuidados com o local da incisão (3440); Controle de Infecção Transoperatória (6545); Cuidados com sondas e drenos (1870); Monitorização da Glicemia Capilar (4035). Sabendo que qualquer alteração nos dados recolhidos levará à necessidade de reformulação e adequação do plano estipulado.

Porque a intervenção da enfermagem avançada não inicia apenas aquando da receção da PESP para os seus cuidados, atuou por forma a assegurar que o recebia num ambiente seguro e tranquilo para todos. Analisando as necessidades e a correta disponibilidade dos DM para os procedimentos a que iria ser submetida. Procurou as melhores evidências para a prática e impulsionou a formação da equipa multidisciplinar. Assegurou a continuidade dos cuidados e da segurança para PESP após a alta clínica junto das suas famílias e/ou cuidadores responsáveis.

4. CASO 2. HISTERECTOMIA POR LAPAROSCOPIA

Pessoa em situação perioperatória, do sexo feminino, de 61 anos, intervencionada cirurgicamente, em regime de ambulatório, pela especialidade cirúrgica de ginecologia, a histerectomia por laparoscopia, por apresentar mioma uterino. Apresenta como antecedentes: - Cirúrgicos: 1 cesariana; - Familiares: mãe com cancro do intestino.

4.1. Enquadramento teórico

De seguida iremos relatar o enquadramento do estudo de caso que denominamos de CASO 2. Iniciamos com a contextualização da incidência da histerectomia, seguimos com a descrição das vantagens e desvantagens do tratamento cirúrgico centrando o foco na via laparoscópica e os passos para a sua concretização e por último uma breve reflexão sobre a anestesia no contexto.

Incidência

Quer seja por razões do foro diagnóstico, terapêutico ou estético muitas mulheres passam por procedimentos cirúrgicos ginecológicos. A enfermagem avançada no contexto perioperatório presta cuidados centrando-se nestas mulheres essencialmente com uma abordagem holística sensível às suas necessidades especiais (Rothrock, 2022).

A evidência diz que a causa que motiva a consulta ginecológica em 70% dos casos na idade peri e pós-menopausa são as hemorragias uterinas anormais (HUA) (Lasmar & Lasmar, 2017). As HUA na pré-menopausa raramente se associam a malignidade, o diagnóstico etiológico deve ser efetuado através de estudos de diagnóstico com a utilização de métodos complementares nomeadamente imagiologia ou histeroscopia. A histeroscopia, é um exame onde se visualiza diretamente o canal cervical e a cavidade uterina e na presença de lesões, permite a biópsia dirigida ou tratamento cirúrgico imediato. Considerado como um procedimento Gold standard por apresentar taxas de sucesso superior a 95%, ser seguro para a PESP e com baixa incidência de complicações (SPG, 2018).

Tratamento Cirúrgico

A histerectomia é um procedimento cirúrgico irreversível, recomendado por falha dos

tratamentos médicos (hormonais e não hormonais) e cirúrgicos anteriormente tentados ou a impossibilidade de os realizar sendo então a escolha de primeira linha. Realizado com o intuito de tratar mulheres com patologia ginecológica como miomas uterinos, endometrioses, crescimentos não malignos, dor persistente, HUA e cancro ginecológico. Entre os diferentes tipos de histerectomia encontramos a histerectomia total (remoção de útero e colo do útero), a subtotal (remoção do corpo do útero e sem seccionar o colo do útero) e a radical (remoção de útero, colo do útero, 1/3 da parte superior da vagina e por vezes também dos tecidos próximos). Existem atualmente quatro tipos de abordagem, a via abdominal, a via vaginal, a laparoscópica e a robótica. Segundo a evidência a histerectomia por via laparoscópica e robótica são consideradas as mais seguras, com menor taxa de morbilidade e recuperação pós cirúrgica mais rápida (Hinkle & Cheever, 2020).

Vantagens da via laparoscópica

- Incisões abdominais menores; - Menor hemorragia e necessidade de transfusões sanguíneas; menores taxas de complicações; - Menor tempo de internamento podendo ser em regime ambulatorial; - Retorno mais rápido às atividades habituais; - Permite inspeção da cavidade abdominal e diagnóstico de patologias associadas (Burtet, 2023).

Desvantagens da via laparoscópica

- A utilização do gás CO₂ para criar espaço visual no peritoneu formando intencionalmente o pneumoperitoneu pode causar complicações cardiopulmonares e hemodinâmicas, como: • Pneumotórax; • Arritmia cardíaca; • Enfisema subcutâneo; • Embolia gasosa; • Enfisema mediastinal (Rothrock, 2022).

Contraindicações

- Comorbilidades que impedem a anestesia geral, ventilação invasiva adequada e o uso de pneumoperitoneu; - A existência de massas volumosas que impeçam o acesso às estruturas; - Cirurgiões não experientes ou seguros na técnica (Burtet, 2023).

Vantagens da cirurgia ginecológica

Com este procedimento cirúrgico pretende-se obter alívio dos sintomas (hemorragias e prolapso uterinos), tratamento definitivo, redução do risco de recidivas (cancro uterino) e melhoria da saúde geral. Algumas mulheres referem ter uma melhoria da vida sexual, pelo alívio dos sintomas hemorragia e dor, enquanto que outras referem piorar, nomeadamente pela diminuição da libido. A questão das alterações hormonais prende-se com a remoção ou não dos ovários (ooforectomia), já que estes são os responsáveis por produzir estrogénios e progesterona (Sena Filho et al., 2024).

Complicações pós - cirúrgicas

As complicações cirúrgicas mais frequentes são a infecção, hemorragia, lesões nos órgãos adjacentes e relacionadas com a anestesia. Na abordagem por laparoscópica são introduzidos DM delicados em pequenas incisões intencionais na parede abdominal. Obtendo-se uma visão alargada e ampliada do campo cirúrgico através da utilização da câmara de laparoscopia permitindo executar o procedimento com maior precisão (Burtet, 2023).

Passos da Histerectomia Laparoscópica

Para o procedimento cirúrgico e a PESP é colocada na posição de litotomia, de preferência com ela acordada de forma a se confirmar o conforto evitando lesões quer neurológicas quer por pressão. Após a desinfecção da pele, colocam-se os campos estéreis, introduz-se o cateter vesical e insere-se o manipulador uterino pelo canal vaginal. A manipulação uterina permite mobilizar o útero expondo-o melhor. Após a inserção da agulha de Veress substitui-se pelo trocar de laparoscopia que permitirá colocar a câmara para visualizar as estruturas e iniciar a insuflação por CO₂ permitindo a expansão abdominal e exposição do campo cirúrgico. Após a certificação de anatomia interna procedesse ao posicionamento de *Trendelenburg* (Rothrock, 2022).

O passo seguinte é a colpotomia, após libertar o útero retira-se a peça pela vagina. A sutura da cúpula pode ser uma sutura endoscópica com fio de absorção lenta, consoante preferência do cirurgião e/ou disponibilidade do DM. De forma a prevenir a deiscência é usual efetuar a sutura agregando a mucosa vaginal em conjunto com tecido púbico-cervical/retro-vaginal e inserção de ligamento útero sacro. Comparativamente com a sutura vaginal a endoscópica confere menor taxa de infecção (Burtet, 2023).

A sonda vesical foi retirada no fim da cirurgia conforme indicação médica, uma vez que, não se verificaram intercorrências durante o procedimento que carecesse a sua continuação e assim se retira um DM suscetível de causar infecção. A sonda vesical foi colocada para prevenir lesões durante a colocação das portas dos trocares e na manipulação do processo cirúrgico (Rothrock, 2022).

Anestesia

A estratégia anestésica deve ser de acordo com as condicionantes inerentes à PESP e ao anestesista que assiste, sendo consensual que uma abordagem multimodal mostra benefícios quer para o ato cirúrgico quer para o controle da dor pós-operatória (Sena Filho et al., 2024; Augusto et al., 2024).

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 61 anos | Feminino

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2025-01-03 08:00:00	Solução Polieletrolítica Simples 1000mL EV	
2025-01-03 08:00:00	Cefazolina 2g EV	
2025-01-03 11:00:00	Tramadol 100mg EV	
2025-01-03 11:00:00	Metoclopramida 10mg EV	
2025-01-03 11:00:00	Ondansetrona 4mg EV	

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Na primeira sessão deste caso de estudo CASO 2. não se administrou fármacos uma vez que se enquadrava no momento pré operatório, após admissão na UCA, à espera de chamada para o bloco operatório. Na segunda sessão, após a intervenção cirúrgica, a PESP encontrava-se novamente na UCA. A medicação prescrita e administrada nesta fase relacionou-se com a prevenção e controle de náuseas/ vômitos e dor pós cirurgia.

Em regime de cirurgia ambulatoria existem especificações relativas à medicação com as quais tivemos de lidar como EE. Antes da cirurgia, na consulta pré-operatória verificamos se a PESP tomava medicação no domicilio e se que carecia de suspensão e/ou substituição para o procedimento cirúrgico/anestésico se efetuar em segurança sem o risco de cancelamento da mesma. Assim como, capacitamo-la sobre a que deveria tomar sem interrupção, explicando a que horas e que quantidade de água deveria consumir para ingerir a mesma. Indicações reforçadas no telefonema no dia anterior à cirurgia.

No segundo momento, para além dos cuidados prestados no controle farmacológico dos sintomas pós cirúrgicos, iniciamos a preparação para a alta hospitalar, verificando a medicação prescrita para o domicílio. Nesta, podemos encontrar medicação cedida pelo hospital e em

receita para compra no exterior.

De seguida listaremos os fármacos usados nos momentos de observação deste estudo de CASO 2. organizados por: grupo farmacêutico, indicações, especificidades e propriedades, contraindicações, efeitos secundários, vias de eliminação e antídotos, se aplicado em caso de sobre dosagem ou toxicidade. A informação que se segue foi obtida através das seguintes fontes:

- Infarmed - Prontuário terapêutico online;
- Índice Nacional Terapêutico - área Índice Profissional;
- Ferreira (2023) "Preparação de terapêutica Farmacológica - Manual Prático para Enfermeiros";
- Duarte e Martins (2021) "Enfermagem em Bloco Operatório";
- Machado (2013) "Manual de Anestesiologia";
- Butterworth et al (2024) "Anestesiologia Clínica de Morgan y Mikhail - Manual Moderno"
- DGS: Norma clínica 031/2013 de 31/12/2013, atualizada a 17/11/2022 "Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto".

Solução Polieletrolítica Simples

Grupo Farmacológico: Corretivos das alterações hidroeletrólíticas

Indicações: Tratamento de desidratação e hipovolémia independentemente da causa e da acidose metabólica ligeira.

Propriedades: Atenção aos sinais e sintomas de flebites, obstrução, edema, na zona de administração. A velocidade e dosagem de administração varia em função do peso, idade, antecedentes e objetivos de tratamento.

Contraindicações: Hipercaliémia/ Oligoanúria/ Alcalose metabólica/ HTA grave/ IC descompensada/ Edemas generalizados/ IR grave/ Hipertensão intracraniana/ Monitorização de ionograma/

Efeitos secundários: Edemas/ Dispneia/ Agravamento Insuficiência Cardíaca e/ou Renal.

Eliminação: Renal

Tramadol 100 mg EV

Grupo Farmacológico: SNC - Analgésico estupefaciente / Opioide fraco sintético.

Indicações: Tratamento sintomático da dor moderada a severa

Propriedades: Atenção administração diluída em 100cc de soro fisiológico.

Contraindicações: hipersensibilidade à substância ativa; epilepsia não controlada; intoxicação aguda com álcool, sedativos, analgésicos, opioides ou psicotrópicos.

Efeitos secundários: náuseas e vômitos, obstipação, tonturas, vertigens, convulsões, sonolência.

Eliminação: Renal

Antídoto: Naloxona

Metoclopramida 10 mg EV

Grupo farmacológico: Modificadores da motilidade gástrica ou procinéticos. Antieméticos e antivertiginosos.

Indicação: prevenção náuseas e vômitos.

Propriedades: Administração e dose no contexto: administração direta de forma lenta 3 a 5 minutos, 10 mg. Antagonista do receptor dopaminérgico D2, responsável pela indução do vômito; como procinético, estimulando a motilidade gastrointestinal e, ainda no aumento da pressão do esfíncter esofágico inferior, acelerando o esvaziamento gástrico.

Contraindicações: hipersensibilidade à substância ativa, doença de Parkinson, epilepsia, feocromocitoma, hemorragia/obstrução intestinal.

Efeitos secundários: reações extrapiramidais, sonolência, síndrome neurolética maligna, diarreia, agitação.

Eliminação: Renal

Ondansetrom 4 mg EV

Grupo farmacológico: Antieméticos e antivertiginosos.

Indicação: prevenção náuseas e vômitos no pós-operatório associados à anestesia.

Propriedades: Administração em doses de 4mg EV, durante 2 a 3 minutos. É um antagonista seletivo do receptor da serotonina, neurotransmissor que ao ser libertado pode causar náuseas e vômitos.

Contraindicações: hipersensibilidade à substância ativa e/ou antagonistas 5-HT3.

Efeitos secundários: cefaleias, diarreia, sensação de calor.

Eliminação: Renal

Cefazolina 2g EV

Grupo farmacológico: antibacterianos - cefalosporinas 1ª geração.

Indicação: profilaxia perioperatória nos 60 minutos que antecedem a cirurgia.

Recomendação: Quando a PESP refere alergia à penicilina mas com sinais e sintomas de baixo risco de anafilaxia devem receber a profilaxia antibiótica cirúrgica padrão, incluindo cefazolina quando indicado.

Contraindicações: hipersensibilidade à substância ativa e/ou cefalosporinas e penicilinas.

Efeitos secundários: flebite, náuseas/vómitos, diarreia, convulsões, dor na administração, erupções cutâneas.

Administração: 2g, nos 60 minutos que antecedem a cirurgia, via endovenosa de forma lenta, durante 30 a 60 minutos. Repicagem, a cada duas vezes a semivida da Cefazolina, 1g de 4 em 4 horas, em cirurgias prolongadas ou perda de sangue intra-operatória superior a 1.500ml).

Eliminação: Renal após metabolização hepática.

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

03-01-2025 08:00

03-01-2025 08:00 - Regime de nada pela boca

03-01-2025 08:00 - Promover adesão: regime de nada pela boca

03-01-2025 08:00 - Conhecimento sobre necessidade de manter regime de nada pela boca: facilitador.

03-01-2025 08:00 - *Avaliar evolução da adesão ao regime de nada pela boca*

03-01-2025 08:00 - Procedimento invasivo [RESOLVIDO] 03-01-2025 11:00

03-01-2025 08:00 - Tipo de procedimento invasivo: Histerectomia por Laparoscópica.

03-01-2025 08:00 - Verificado: antecedentes clínicos, alergias, consentimento informado, toma de medicação pré-operatória, próteses, identificação do doente,

jejum, preparação pré-operatória.

03-01-2025 08:00 - Perda sanguínea

03-01-2025 08:00 - Abdómen: Perda sanguínea interna, retida dentro dos tecidos.

03-01-2025 08:00 - Localização do Pulso

03-01-2025 08:00 - Antebraço Esquerda(o)

03-01-2025 08:00 - Frequência do pulso: 79 pulsações por minuto.

03-01-2025 08:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

03-01-2025 08:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

03-01-2025 08:00 - Membro superior Direita(o)

03-01-2025 08:00 - Pressão sanguínea sistólica: 135 mmHg.

03-01-2025 08:00 - Pressão sanguínea diastólica: 90 mmHg.

03-01-2025 08:00 - Temperatura corporal periférica

03-01-2025 08:00 - Ouvido: 36.10 °C.

03-01-2025 08:00 - Promover autogestão: procedimento invasivo [FIM]

03-01-2025 11:00

03-01-2025 08:00 - Conhecimento sobre procedimento invasivo: facilitador.

03-01-2025 08:00 - *Avaliar evolução da autogestão: procedimento invasivo [FIM]*

03-01-2025 11:00

03-01-2025 08:00 - Procedimento anestésico [RESOLVIDO] 03-01-2025 11:00

03-01-2025 08:00 - Promover autogestão: procedimento anestésico [FIM]

03-01-2025 11:00

03-01-2025 08:00 - Conhecimento sobre o procedimento anestésico: necessita de ser melhorada para progredir para mestria, mas não é o momento próprio para intervir

03-01-2025 08:00 - *Avaliar a autogestão: Procedimento anestésico [FIM]*

03-01-2025 11:00

Sondas, Drenos e Cateteres

03-01-2025 08:00

03-01-2025 08:00 - Cateter venoso periférico

03-01-2025 08:00 - Localização do cateter venoso periférico

03-01-2025 08:00 - Mão Esquerda(o)

03-01-2025 08:00 - Características do dispositivo: 18 G.

03-01-2025 08:00 - Ausência de dor.

03-01-2025 08:00 - Ausência de calor.

03-01-2025 08:00 - Ausência de rubor.

03-01-2025 08:00 - Ausência de tumefação.

03-01-2025 08:00 - Ausência de exsudado.

03-01-2025 08:00 - Ausência de infiltração.

03-01-2025 08:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter

03-01-2025 08:00 - *Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico*

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

Atitudes Terapêuticas

Neste ponto dar-se-á relevo às intervenções interdependentes de enfermagem (IIE) que os EE realizam no pré e pós operatório, em conjunto com outros profissionais do BO (OE, 2015). O EE cumpre o planeamento estruturado antecipadamente por esses profissionais mantendo a garantia do respeito pela sua autonomia, sendo este o responsável pelas decisões que toma e sobre a implementação das mesmas. Através das suas competências assegura a continuidade de cuidados e a avaliação dos resultados (Regulamento n.º 613/2022, 2022).

A **cirurgia de ambulatório** é reconhecida nacional e internacionalmente por proporcionar cuidados de saúde de alta qualidade e pela eficiente organização hospitalar, trazendo múltiplas vantagens associadas. Além do impacto positivo para a PESP que, vê diminuir o tempo de espera para aceder à cirurgia e da dor pós cirurgia, regressando a casa em menos de 24 horas, recuperando num ambiente familiar, sendo menos exposto a complicações como tromboembolismo e infeções associadas aos cuidados de saúde, possibilita também, uma organização da estrutura hospitalar no sentido de dedicar o internamento às situações mais complexas, racionalizando a despesa em saúde com uma correta reorientação dos custos hospitalares (Lopes et al., 2022).

Numa revisão da literatura, foram identificados e confrontados os **indicadores de qualidade de cirurgia de ambulatório** entre as realidades internacionais e portuguesa. Estes indicadores avaliam o pré-operatório, pós-operatório e perioperatório (Nunes et al., 2018).

Sendo que no **pré operatório** é taxado o número de casos em que: - São anulados os procedimentos cirúrgicos após a chegada; - Não há comparência no hospital da PESP inscrita; - Há anulação de cirurgia no próprio dia. No **pós-operatório** é avaliado: - O estado geral da PESP 24h após a intervenção, efetuado por chamada telefónica; - A dor e fadiga identificados; - A capacidade da PESP para retomar as suas atividades normais; - O nível de satisfação; - O conforto físico e independência, estado emocional e apoio psicológico; - Nauseas e vômitos pós-operatórios; - Infeção do local cirúrgico; - Complicações imprevista; - Atraso não planeado superior a 6h; - Pernoita não prevista; - Regresso não planeado ao bloco operatório. Já no **perioperatório** temos: - Informação clínica oferecida á PESP e família; - Incidência de erro (local/lateralidade/PESP/procedimento/Implante); - Vacinação contra a gripe da equipa de saúde; - Erros na medicação; - Antibioterapia profilática antes da cirurgia (Nunes et al., 2018).

Já a Entidade Reguladora da Saúde definiu sete indicadores para a cirurgia de ambulatório embora nenhum avalie diretamente a qualidade do serviço. Os indicadores são: - Educação a quando da alta; - Fornecimento de medicamentos para as dores aquando da alta; - Seleção

de PESP para administração de profilaxia de náuseas e vômitos pós-operatório; - avaliação pós-operatória 24 após a alta; - Avaliação da dor pós-operatória; - Seleção de profilaxia para náuseas e vômitos pós-operatória; - Número de telefone indicado (Nunes et al., 2018).

Os EE reconhecem os indicadores de qualidade como ferramentas de avaliação dos resultados, promovendo a procura da melhoria contínua dos cuidados para a qualidade desejada, ajudando-os na tomada de decisão prática reflexiva (Báo et al., 2019).

Na especialidade cirúrgica de ginecologia são realizados muito procedimentos usando técnicas minimamente invasivas. A para acesso ao programa de cirurgia de ambulatório é efetuada uma triagem onde se identificam riscos de infecção, doenças e alterações cardíacas, respiratórias, hematológicas e outras doenças que podem interferir no cuidado da PESP, estrutura de apoio e suporte familiar (Rothrock, 2022).

Regime de Nada pela Boca

A estratégia do jejum pré-operatório foi considerada a forma de promover a segurança da PESP e prevenir a aspiração pulmonar de conteúdo alimentar durante o procedimento cirúrgico, principalmente em situação de anestesia geral (Ramírez-Pimiento & Diaztagle-Fernández, 2024).

Hoje em dia sabe-se, através dos estudos e da evidência gerada pelas recomendações perioperatórias dos programas multimodais como os protocolos *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS), na Europa, e "Aceleração da Recuperação Total Pós-operatória" (ACERTO), na América Latina e no Brasil, que a redução do tempo de jejum pré-operatório traz benefícios para a recuperação da PESP (Nelson et al., 2023).

Segundo estudos e testes randomizados a PESP em situação de cirurgia ginecológica laparoscópica deve ser encorajada a ingerir 200ml de líquidos claros, contendo hidratos de carbono e proteína, até 2 horas antes da cirurgia. Esta abreviação do jejum pré-operatório leva à diminuição da sede, fome, dor, agitação, resistência à insulina, promovendo aumento da satisfação e bem-estar assim como, um aceleração da correção do próprio metabolismo (Marquini et al., 2019).

Na admissão verificamos o cumprimento do tempo de jejum, conhecimento para o qual foram capacitados (PESP e família) na consulta de enfermagem pré-operatória e reforçado com o telefonema efetuado no dia anterior à cirurgia. Com o aumento da literacia em saúde da PESP e família o EE visa garantir a diminuição dos riscos e favorecendo uma experiência cirúrgica segura.

Procedimento Cirúrgico

Como noutras modalidades de programa cirúrgico, antes de qualquer intervenção cirúrgica ou anestésica efetuamos as verificações pré-operatórias, reavaliando e revalidando informações importantes à manutenção da segurança cirúrgica da PESP. Estas como registado em

"Verificado: antecedentes clínicos, alergias, consentimento informado, toma de medicação pré-operatória, próteses, identificação do doente, jejum, preparação pré-operatória" serão posteriormente transmitidas ao enfermeiro do BO que admitir a PESP, efetuando uma transição de cuidados também, segura, utilizando a metodologia ISBAR (Nunes et al., 2023).

A comunicação tem um papel preponderante no bom funcionamento da equipa e nos resultados. O EE recolhe os dados e avalia os resultados comunicando-os à equipa com assertividade (Hinkle & Cheever, 2020).

Procedimento Anestésico

A anestesia geral pode ser anestesia geral inalatória, anestesia geral intravenosa, ou ambas, anestesia geral balanceada (Guimarães et al., 2020). A estratégia anestésica para o CASO 2. foi a anestesia geral balanceada.

A classificação ASA (*American Society Anesthesiologists*) foi desenvolvida com o objetivo de definir o grau de risco que as comorbilidades da PESP representam para o ato anestésico. A PESP em causa foi classificada com ASA II. A escolha do ato anestésico é baseada no tipo de cirurgia, na duração e posicionamento da mesma e ainda nos fatores intrínsecos e extrínsecos da PESP, como avaliação física, estado clínico, psicológico e até sociofamiliar (SOBECC, 2021).

A anestesia geral é induzida por fármacos que promovem a inconsciência, amnésia, analgesia e o relaxamento dos músculos esqueléticos, além de estabilizar simultaneamente os sistemas autonômico, cardiovascular, respiratório e termorregulador. Esse processo é composto por três fases: indução, manutenção e recuperação (Marinho, 2021).

A manutenção anestésica é obtida por inalação contínua ou por fármacos intravenosos, isolados ou em combinação, e abrange o período que vai desde o início até o término do procedimento cirúrgico. No período de recuperação e reversão, ocorre a suspensão dos gases e/ou fármacos administrados durante o procedimento anestésico, geralmente com o uso de antagonistas específicos, favorecendo um despertar seguro e a extubação (Guimarães et al., 2020).

Promover Autogestão: Procedimento invasivo e procedimento anestésico

De forma a dar resposta aos indicadores de qualidade anteriormente descritos e a garantir a segurança cirúrgica, a enfermagem avançada preconiza um plano de cuidados e intervenções específicas, centradas na PESP. Avaliando a PESP de forma holística, refletindo sobre as suas necessidades físicas, psicológicas culturais ou sociais e expectativas, conseguimos implementar estratégias e cuidados de enfermagem avançada humanizados durante a sua experiência cirúrgica (Lopes et al., 2022).

Na primeira sessão do CASO 2, é identificado o conhecimento que a PESP detém relativamente ao procedimento cirúrgico e anestésico. Caso seja identificado lacunas ou ideias erróneas é o

momento adequado para intervir, chamando o cirurgião e ou o anestesista se necessário (2930) (Butcher et al., 2020).

Na segunda sessão do CASO 2, nas intervenções de EE, relativas ao procedimento cirúrgico e anestésico na preparação para a alta cirúrgica, focamo-nos na monitorização dos sinais vitais (6680), da consciência (2620), da função respiratória (3350), das náuseas e vômitos (1450), dos efeitos da medicação analgésica prescrita e administrada (1410), e na capacitação da PESP e família sobre a recuperação e os sinais de complicações (cirúrgicas/anestésicas) (Butcher et al., 2020).

Posicionamento

Este procedimento cirúrgico foi realizado com a PESP inicialmente em posição de litotomia e posteriormente foi também posicionado em *trendelenburg*. Em ambos existem riscos de lesões de pressão, musculoesqueléticas, nervosas, respiratórias, circulatórias e urológicas. As áreas de maior risco de complicações por pressão são as regiões do sacro e lombar e nas pernas podem surgir lesões do nervo peroneal. Quanto maior for a flexão dos membros inferiores sobre a anca, maior será a pressão intra-abdominal, diminuindo a expansão pulmonar. Essa posição pode causar complicações para qualquer PESP, porém, nos idosos, desnutridos e obesos são mais graves e frequentes (AORN, 2019 e 2019a; Spruce, 2021; Souza et al., 2023).

O posicionamento é da responsabilidade partilhada da equipa multidisciplinar do BO no entanto, como EE no pré-operatório comunicamos no momento de transição de cuidados se identificamos alguma lesão ou incapacidade funcional que interfira com o posicionamento. No segundo momento deste estudo de CASO 2 analisamos os sinais que possam indicar lesão ou não por posicionamento cirúrgico, registando e comunicando ao médico. Estas intervenções de enfermagem, baseando a prática clínica nas evidências científicas mais atuais, levam a melhores cuidados de enfermagem, quer na prevenção de riscos quer na promoção da segurança e bem-estar da PESP em toda a sua experiência cirúrgica.

SONDAS, DRENOS E CATETERES

Cateter Venoso Periférico

A punção venosa (NIC - 4190) é uma das intervenções de enfermagem mais comuns, obtendo acessos venosos periféricos, essenciais para a administração de líquidos, sangue e hemoderivados, medicação endovenosa e nutrição parentérica (Butcher et al., 2020).

Este acesso venoso periférico, menos invasivo, de rápida colocação é a via eleita no contexto perioperatório pela manutenção da PESP em regime de nada pela boca e pela rapidez de início de ação dos fármacos. O EE mobiliza as suas competências atuando na manutenção da segurança e permeabilidade do acesso venoso periférico, prevenindo e resolvendo

complicações, que possam surgir, durante a cirurgia (Gomes et al., 2020).

A WHO preconiza através da LVSC, para aumentar a segurança e diminuir o risco de complicações, a colocação de 2 acessos venosos periféricos/centrais, se risco de perda hemática for superior a 500ml de sangue, para administração de fluidos e sangue (WHO, 2009).

São momentos suscetíveis de risco de exteriorização por repuxamento as sucessivas transferências e mudanças de posição durante a fase do perioperatório. Este DM está também relacionado a complicações na sua manipulação e a riscos de infecção, que podem retardar a alta hospitalar. O EE assume um papel fundamental na vigilância e na adoção de medidas adequadas na manipulação do mesmo (Catarino et al., 2022).

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
03-01-2025 08:00	Consciência	
03-01-2025 08:00	Termorregulação	
03-01-2025 08:00	Atitudes terapêuticas	
03-01-2025 08:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
03-01-2025 08:00	Sistema cardiovascular	
03-01-2025 08:00	Metabolismo	
03-01-2025 08:00	Sistema respiratório	
03-01-2025 08:00	Sensações somáticas	
03-01-2025 08:00	Digestão	

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

No contexto perioperatório, a enfermagem avançada aplica as suas competências na realização de um bom plano de cuidados. Usa os dados recolhidos através da pesquisa da consulta médica, meios complementares de diagnóstico e da entrevista na consulta de enfermagem. Nesta consulta deve recolher informações da PESP, relativa aos seus sistemas corporal e mental, exame físico, anamnese médica e cirúrgica, antecedentes familiares de doenças ginecológicas, hipertensão, diabetes e doenças cardíacas (Rothrock, 2022).

Os **domínios identificados** mereceram a nossa atenção pela sua pertinência no CASO 2. em estudo e demonstram a nossa atuação enquanto EE e do cuidado de enfermagem avançada. De seguida iremos fundamentar com evidência a identificação de cada um desses domínios, com foco na obtenção dos resultados esperados, por nós para a PESP e pelas expectativas da mesma e sua família, na prevenção e diminuição dos riscos, na implementação das intervenções e na

maximização da segurança cirúrgica.

Estabelecer uma **comunicação assertiva** é um instrumento essencial para aproximar a PESP e sua família para o processo cirúrgico a vivenciar, oferecendo suporte, capacitação e empoderamento (Goodman & Spry, 2017).

Neste estudo de CASO 2. a PESP foi submetida a cirurgia ginecológica em contexto de UCA pelo que esta comunicação foi iniciada na consulta pré-operatória, reforçada com o telefonema no dia anterior à cirurgia e no dia de admissão para o procedimento cirúrgico, mantendo-se até aos **telefonemas do follow up 24h e 30 dias** após a alta hospitalar.

Foi garantida a **privacidade**, para compartilhar informações sensíveis, mas no dia de admissão, por se encontrarem mais 2 PESP na mesma enfermaria, não se pode proporcionar a mesma. Assim, confirmamos as informações já anteriormente recolhidas revendo os parâmetros de segurança para a cirurgia como a história ginecológica / obstétrica, medicamentos prescritos e não prescritos, a história médica e o exame físico, os resultados analíticos e dos meios complementares de diagnóstico (Rothrock, 2022).

Consciência

Sendo a consciência uma "resposta mental a impressões resultantes de uma combinação dos sentidos, mantendo a mente alerta e sensível ao ambiente exterior" (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 46), consideramo-la como um domínio importante em todo o perioperatório.

De forma a avaliar este importante diagnóstico de enfermagem é usada a Escala de Coma de *Glasgow* nos dois momentos de observação do CASO 2. na UCA (pré e pós-operatório) em conjunto com a escala de *Aldrete*, constituindo ferramentas de apoio à decisão para a alta (Mourão et al., 2018).

Só conseguimos que a PESP, que é o centro do nosso plano de cuidados, faça parte como elemento ativo na sua experiência cirúrgica se esta não se encontrar num estado de consciência comprometido. Logo é importante determinar o seu estado de consciência para identificar se irá ser um fator facilitador ou uma barreira na capacitação que pretendemos instruir e na participação em todo o processo cirúrgico.

Durante o intraoperatório esteve submetida a anestesia geral balanceada, pelo que esta atuou de forma a diminuir a atenção e percepção da PESP relativamente ao seu redor. Avaliar o estado da consciência é fundamental para determinar a recuperação da sedação, assim como a identificação precoce de complicações cirúrgicas e anestésicas. (Reith et al., 2016)

Também por estas razões é aconselhado pela evidência científica que por ter estado sob o efeito da anestesia não se aconselha que nas próximas 24 a 48 horas realize atividades que requeiram a sua atenção, como a condução de veículos, ou assinar contratos. Assim como, é um dos pressupostos da cirurgia de ambulatório que apenas podem abandonar a UCA, após alta

hospitalar, se acompanhados por outra pessoa maior de idade, capaz de conduzir e/ou acompanhar até ao domicílio e que por si fique responsável, recebendo as informações e recomendações (Hinkle & Cheever, 2020).

Digestão (Náuseas e Vômitos)

A ocorrência de náuseas e vômitos após a cirurgia (NVPO) são efeitos secundários comuns dos opioides e do aumento de distensão do estômago ou ansas do cólon após o procedimento endoscópico (SAESP & ESA, 2025).

Torna-se imperioso tratar a náusea logo no momento da primeira queixa da PESP antes que esta progrida para vômitos efetivos. O risco varia entre 10 e 30% nas primeiras 24 horas, estando mais predisposta a PESP feminina, sob anestesia geral, fumadora, com história de anterior de NVPO e cinetose potenciando o risco de isquemia do miocárdio e arritmias, pelos aumentos da frequência cardíaca, da pressão intra-abdominal, pressão venosa central e sistêmica, levando também à desidratação, risco de aspiração pulmonar, deiscência de suturas e a exacerbação da dor pós-operatória (Hinkle & Cheever, 2020).

Sensações Somáticas

Este domínio foi identificado associado à **dor** tendo em conta a técnica analgésica e anestésica escolhidas. Quem melhor avalia a sua dor é o próprio, refletida na interligação do físico com o psicológico, social, cultural e espiritual (APCA, 2013). A dor considerada como 5º sinal vital pela DGS através da Circular Normativa nº9/2003, foi definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano tecidual real ou potencial (DGS, 2003).

É expectável que a dor e o desconforto pós-operatórios tenham uma melhoria positiva ao longo do tempo. Neste CASO 2. a PESP foi capacitada para o tipo de dor e a sua localização, como na área do ombro relacionada ao gás usado para criar o pneumoperitонеu na laparoscopia e que este pode se fazer sentir durante alguns dias, mas que irá desaparecer (SAESP & ESA, 2025).

A enfermagem avançada torna-se fundamental na gestão deste domínio junto da PESP, administrando não só a medicação prescrita assim como na capacitação para que no domicílio possam saber avaliar e gerir a dor. Ensinamos que devem evitar posições desconfortáveis e usar almofadas no posicionamento, ou cobertores dobrados para apoiar o abdómen. Ensinamos sobre a gestão medicamentosa no combate à dor. Ensinamos sobre a retoma gradual das atividades de vida diárias. Ensinamos que estaremos disponíveis ao alcance de um telefonema. Ensinamos a vivenciar esta experiência cirúrgica com menos ansiedade, porque a PESP e família se sentem mais seguros e apoiados psicologicamente pois aliviamos os seus medos e preocupações (Rothrock, 2022).

Sistema Cardiovascular

No pré-operatório o EE procura verificar as condições da PESP para que os procedimentos

cirúrgicos e anestésicos se procedam com segurança. A avaliação dos sinais vitais iniciais tem dupla função, a verificação da normalização dos mesmo ou atuação para os normalizar antes dos procedimentos e estabelecer a base para futuras comparações (Hinkle & Cheever, 2020).

Em geral, uma **pressão arterial** sistólica de 90 mmHg promove a pressão arterial média para irrigar tecidos da PESP em decúbito dorsal. A “Crise hipertensiva” é o termo convencional para aumentos repentinos da pressão arterial sistólica em valores >180 mmHg e da pressão arterial diastólica em valores >120 mmHg. Uma crise hipertensiva é considerada “urgente” em caso de permanecer assintomático e uma “emergência” se houver sinais ou sintomas, como dor no peito, dor de cabeça ou distúrbios visuais. (SAESP & ESA, 2025).

De acordo com a pesquisa de Póvoa et al. (2021), a hipertensão não controlada é uma das principais razões de cancelamento de cirurgias. Os hipertensos são mais suscetíveis a instabilidade hemodinâmica, arritmias cardíacas, isquemia do miocárdio, complicações neurológicas e renais no pós-operatório. A monitorização da pressão arterial desempenha um papel fundamental nos cuidados pré, intra e pós-operatórios na estratificação dos riscos e das estratégias que visam otimizar a melhor abordagem dos procedimentos, quer anestésico quer cirúrgico ou tratamento após os mesmos (Póvoa et al., 2021).

Na fase pós-operatória a frequência cardíaca, a pressão arterial não invasiva e a frequência respiratória são avaliadas e registadas a cada 15 minutos na primeira hora, a cada 30 minutos nas duas horas seguintes e depois 2 vezes por turno se os valores se mantiverem estáveis (Hinkle & Cheever, 2020).

Metabolismo / Termorregulação / Sistema Respiratório - (Homeostasia)

Optamos por agrupar estes 3 domínios pois embora, cada um deles vigie uma área diferente ambos convergem no objetivo plasmado na norma da DGS “Feixes de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico, garantir a homeostasia no período perioperatória da PESP.

O enfermeiro monitoriza, avalia, regista, comunica, age em conformidade por forma a manter a normotermia, a normoglicemia e a $SpO_2 \geq 95\%$ preconizados (DGS, 2022).

A depressão respiratória pode ocorrer devido aos sedativos, opioides e agentes halogenados durante a anestesia geral. O EE reconhece a importância de recolher os valores da **SpO₂** antes do início da cirurgia, enquanto a PESP respira ar ambiente e assim, obter a SpO₂ basal e definir o valor de referência a ser alcançado na fase pós-cirúrgica. Vários fatores podem interferir nos valores medidos, como hipotensão, verniz nas unhas e hipotermia. Destacamos que a oximetria de pulso monitoriza apenas a oxigenação e não avalia a ventilação alveolar após a administração de oxigénio suplementar. Sendo essencial monitorização adicional para certificar a função respiratória adequada da PESP que cuidamos (SAESP & ESA, 2025).

Portanto, a monitorização adequada da função respiratória, a reflexão dos fatores que podem interferir nas leituras e o fornecimento de oxigénio suplementar, se necessário para obter SpO₂ igual ou superior a 95%; e perfusão adequada durante a cirurgia, são cruciais para garantir a segurança da PESP durante todo o perioperatório e contribuir no combate às ILC.

O stress cirúrgico pode levar à **hiperglicemia**, libertação das hormonas contrarreguladoras (catecolaminas, cortisol, glucagon e hormona do crescimento) e a inibição da secreção de insulina, e esta ao risco aumentado de ILC, de morbilidade e mortalidade, gastos em saúde, má cicatrização da ferida cirúrgica por deficiente função dos leucócitos e redução da síntese do colagénio (WHO, 2018b).

A **hipotermia** define-se como uma temperatura central inferior a 36°C, é uma das complicações recorrentes no final das cirurgias e pode ocorrer em qualquer momento durante o procedimento. A anestesia do neuroeixo, aplicada no CASO1., também afeta a termorregulação induzindo à perda de calor, devido à vasoconstrição e tremores, causando uma redistribuição da temperatura do centro para a periferia. Como consequência direta aumenta a perda hemática em 16% e a necessidade de transfusão sanguínea em 22% (SPA, 2017). Ocorrendo aumenta a permanência na UCPA, necessitando de maior aporte de oxigénio, sendo também um fator de predisposição para as ILC. Pode ainda levar a isquemia miocárdica, arritmias cardíacas, redução da biotransformação medicamentosa (Azenha et al., 2018).

Ao longo do procedimento cirúrgico podem surgir oscilações comprometendo a segurança da PESP, tendo o EE papel preponderante na identificação precoce de alterações inadvertidas, permitindo uma atuação célere na restituição do equilíbrio de saúde da PESP e como consequência a otimização das condições de cicatrização da ferida cirúrgica (DGS, 2022).

Cientes da importância que o registo se faça em todo o processo de enfermagem no cuidado direto e indireto à PESP, executamos um trabalho sobre a padronização dos registos de enfermagem perioperatória em formato eletrónico, que foi defendido no evento científico *Desafio Cirúrgico: Passado, Presente e Futuro* intitulado "PADRONIZAÇÃO DOS REGISTOS ELETRÓNICOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA" (ANEXO VI) tendo ficado classificado em segundo lugar.

Atitudes Terapêuticas e Sondas, Drenos e Cateteres

Utilizando os dois momentos de contacto que se tem com a PESP (Consulta pré-operatória presencial e o contato telefónico no dia anterior à cirurgia), como EE através da comunicação efetiva estabelecemos uma relação terapêutica. Verificamos os dados e as informações já obtidas e realizamos um plano de cuidados personalizado, mas ao mesmo tempo apoiado na uniformização de protocolos e procedimentos de atuação baseados na evidencia científica mais atual (Lopes et al., 2022).

Aqui, verificamos o conhecimento prévio que a PESP e sua família têm da intervenção que lhes é proposta, damos resposta a dúvidas e questões que estas colocam, chamamos outros profissionais a clarificarem algum ponto da sua área de atuação e geramos um compromisso. Neste compromisso a enfermagem avançada, através desse empoderamento e capacitação, chama a PESP e família a terem um papel ativo em todo o processo cirúrgico, participando na tomada de decisão, criando um ambiente mais colaborativo, onde todos se sintam parte das escolhas e ações que afetam a saúde e o bem-estar da PESP (OE, 2017).

Para nos auxiliar neste empoderamento usamos os boletins informativos relativos à cirurgia de ambulatório, que distribuímos na consulta pré-operatória onde estão agrupadas informações sobre o percurso durante a cirurgia de ambulatório, os banhos pré-operatórios, Jejum, terapêutica prescrita, os pertences que deve ou não trazer, contatos telefônicos diretos e de apoio da UCA, critérios para a alta e acompanhamento até 30 dias após a cirurgia (Rothrock, 2022).

Foram tidas em conta decisões e intervenções necessárias aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica já referidos no item próprio sendo que se encontram intimamente ligados aos domínios aqui explanados. A razão do mesmo deve-se à partilha dos objetivos e atuação num plano de cuidados multidisciplinar (Regulamento n.º 613/2022, 2022).

4.6. Conceção de Cuidados

Consciência

03-01-2025 08:00

03-01-2025 08:00 - Consciente.

03-01-2025 08:00 - Determinar sinais de alteração da consciência

03-01-2025 08:00 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência

Sensações somáticas

03-01-2025 08:00

03-01-2025 08:00 - Sem manifestação de dor.

03-01-2025 08:00 - Determinar sinais de dor

03-01-2025 08:00 - Avaliar evolução de sinais de dor

03-01-2025 11:00

03-01-2025 11:00 - Manifesta dor [PIOROU].

03-01-2025 11:00 - Dor

03-01-2025 11:00 - Determinar evolução da dor

03-01-2025 11:00 - Avaliar evolução da dor

03-01-2025 11:00 - Diminuir dor

03-01-2025 11:00 - Gerir analgesia

03-01-2025 11:00 - Executar técnica não farmacológica de alívio da dor

Sistema respiratório

03-01-2025 08:00

- 03-01-2025 08:00 - Frequência respiratória: 18 ciclos/min.
- 03-01-2025 08:00 - Ritmo respiratório regular.
- 03-01-2025 08:00 - Movimento respiratório simétrico.
- 03-01-2025 08:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.
- 03-01-2025 08:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.
- 03-01-2025 08:00 - Sem adejo nasal.
- 03-01-2025 08:00 - Saturação do oxigénio no sangue
 - 03-01-2025 08:00 - Periférico(a): 98 %.
- 03-01-2025 08:00 - Coloração da mucosa: rosada.
- 03-01-2025 08:00 - Não comunica falta de ar.

03-01-2025 08:00 - Homeostasia

- 03-01-2025 08:00 - Oximetria de pulso
- 03-01-2025 08:00 - Avaliar oximetria de pulso*

03-01-2025 11:00

- 03-01-2025 11:00 - Frequência respiratória: 18 ciclos/min.
- 03-01-2025 11:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].
- 03-01-2025 11:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].
- 03-01-2025 11:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].
- 03-01-2025 11:00 - Saturação do oxigénio no sangue
 - 03-01-2025 11:00 - Periférico(a): 98 %.
- 03-01-2025 11:00 - Coloração da mucosa: rosada.
- 03-01-2025 11:00 - Não comunica falta de ar [MANTEVE].

Sistema cardiovascular

03-01-2025 08:00

03-01-2025 08:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

- 03-01-2025 08:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea*

03-01-2025 11:00

- 03-01-2025 11:00 - Localização do Pulso
 - 03-01-2025 11:00 - Punho Esquerda(o)
 - 03-01-2025 11:00 - Frequência do pulso: 68 pulsações por minuto.
 - 03-01-2025 11:00 - Pulso rítmico.
- 03-01-2025 11:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea
 - 03-01-2025 11:00 - Membro superior Direita(o)
 - 03-01-2025 11:00 - Pressão sanguínea sistólica: 112 mmHg.
 - 03-01-2025 11:00 - Pressão sanguínea diastólica: 58 mmHg.
- 03-01-2025 11:00 - Localização da dor
 - 03-01-2025 11:00 - Abdómen Inferior
 - 03-01-2025 11:00 - Intensidade da dor - 5.
 - 03-01-2025 11:00 - frequência da dor - contínua.

03-01-2025 11:00 - Determinar evolução de sinais de hemorragia

- 03-01-2025 11:00 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia*

Digestão

03-01-2025 08:00

03-01-2025 08:00 - Sem sensação de enjoo.

03-01-2025 08:00 - Sem refluxo dos alimentos deglutidos.

03-01-2025 08:00 - Sem vômitos.

03-01-2025 08:00 - Determinar vômitos

03-01-2025 08:00 - Avaliar evolução do vomitar

03-01-2025 08:00 - Avaliar existência de Vômitos

03-01-2025 11:00

03-01-2025 11:00 - Com sensação de enjoo [PIOROU].

03-01-2025 11:00 - Sem vômitos.

03-01-2025 08:00 - Determinar evolução da náusea

03-01-2025 08:00 - Avaliar evolução da náusea

03-01-2025 08:00 - Avaliar a existência de Náuseas [FIM] 03-01-2025 11:00

03-01-2025 08:00 - Avaliar a existência de Náuseas

03-01-2025 11:00 - Náusea

03-01-2025 11:00 - Gravidade da náusea: moderada.

03-01-2025 11:00 - Aliviar náusea

Metabolismo

03-01-2025 08:00

03-01-2025 08:00 - Glicemia capilar: 114 mg/dl.

03-01-2025 08:00 - Glicemia

03-01-2025 08:00 - Determinar evolução da glicemia

03-01-2025 08:00 - Avaliar evolução da glicemia

03-01-2025 11:00

03-01-2025 11:00 - Glicemia capilar: 102 mg/dl.

Termorregulação

03-01-2025 08:00

03-01-2025 08:00 - Determinar evolução da temperatura corporal

03-01-2025 08:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal

03-01-2025 11:00

03-01-2025 11:00 - Temperatura corporal periférica

03-01-2025 11:00 - Ouvido: 36.20 °C.

4.7. Especificação das intervenções

Avaliar evolução da glicemia

- Monitorização da Glicemia Capilar (Butcher et al., 2020)

Avaliar evolução do vomitar

- Avaliar existência de Vômitos (Butcher et al., 2020)
- Gerir medicação prescrita no controle dos Vômitos (Butcher et al., 2020)

- Comunicar ao anestesista se a medicação administrada não tiver sucesso (Butcher et al., 2020)

Avaliar evolução da temperatura corporal

- Monitorização da temperatura Corporal Auricular (Butcher et al., 2020)
- Fornecer cobertor para conforto da PESP (Butcher et al., 2020)

Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico

- Verificar permeabilidade de CVP (Butcher et al., 2020)
- Verificar a existência de sinais inflamatórios (Butcher et al., 2020)

Avaliar evolução de sinais de dor

- Vigiar Dor através da Escala Numérica da DOR (Butcher et al., 2020)
- Administrar analgesia conforme prescrição (Butcher et al., 2020)
- Comunicar ao anestesista se as medidas não obtiveram sucesso (Butcher et al., 2020)

Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência

- Monitorizar valores de Escala Coma Glasgow (Royal College of Physicians and Surgeons of Glasgow, 2018)

Avaliar evolução da adesão ao regime de nada pela boca

- Confirmar Jejum pré-operatório (Butcher et al., 2020)
- Vigiar jejum pós-operatório

Avaliar evolução da autogestão: procedimento invasivo

- Verificar conhecimento sobre o procedimento invasivo (Butcher et al., 2020)
- Esclarecer dúvidas sobre a cirurgia proposta (Butcher et al., 2020)
- Providenciar que o anestesista esclareça as dúvidas sobre o ato cirúrgico (Butcher et al., 2020)
- Informar a PESP e a família sobre os sinais de complicações relativos à cirurgia (Butcher et al., 2020)

Avaliar a autogestão: Procedimento anestésico

- Verificar conhecimento sobre o procedimento anestésico (Butcher et al., 2020)
- Esclarecer dúvidas sobre a anestesia proposta (Butcher et al., 2020)
- Providenciar que o anestesista esclareça as dúvidas sobre o ato anestésico (Butcher et al., 2020)
- Informar a PESP e a família sobre os sinais de complicações relativos à anestesia (Butcher et al., 2020)

Avaliar a existência de Náuseas

- Avaliar existência de Náuseas (Butcher et al., 2020)
- Gerir medicação prescrita no controle dos Náuseas (Butcher et al., 2020)
- Comunicar ao anestesista se a medicação administrada não tiver sucesso (Butcher et al., 2020)

Avaliar oximetria de pulso

- Avaliar a Oximetria de pulso com vista à homeostasia (Butcher et al., 2020)
- Manter saturação periférica de oxigénio (SpO2) igual ou superior a 95% (Butcher et al., 2020)
- Aplicar Oxigenoterapia conforme prescrita para SpO2 igual ou superior a 95% (Butcher et al., 2020)
- Comunicar ao anestesista se homeostasia não conseguida (Butcher et al., 2020)

4.8. Síntese relativa ao caso

Após reflexão e demonstração pelo descrito anteriormente podemos afirmar que o EE, nos dois momentos deste estudo de CASO2., destaca-se pelo seu nível de atuação, autonomia na tomada de decisão e aplicação de conhecimentos em enfermagem avançada, baseados em evidência científica. Atua na prevenção de riscos e complicações, na promoção da segurança de todos, presta cuidados com altos padrões de qualidade e capacita a PSP e família, implementando protocolos institucionais e colaborando com a equipa multidisciplinar.

A conceção de cuidados é crucial no atendimento à PESP, abrangendo todo o período do perioperatório, embora este estudo de caso se reporte a dois momentos específicos do processo vivenciado pela PESP.

No CASO 2. analisamos a atuação do EE nos momentos do pré e pós-operatório, apoiado pela NIC, focado na obtenção dos resultados esperados para a PESP, nos domínios da segurança, das respostas fisiológicas e comportamentais do (PPFM) *Perioperative Patient Focused Model*.

Através da colheita de dados específicos e relevantes da avaliação da PESP, é fundamentada a identificação dos diagnósticos de enfermagem e a justificação das suas intervenções. A enfermagem avançada no perioperatório constrói um plano de cuidados individualizado com o objetivo de minimizar riscos, promover a segurança (Domínio da Segurança) e a recuperação desejada, centrado na PESP e focado nos resultados.

Estas intervenções visam garantir uma prestação de cuidados holística e personalizada, promovendo não só apenas a recuperação física (Domínio das Respostas Fisiológicas), mas também o bem-estar emocional e psicossocial (Domínio das Respostas Comportamentais) da PESP e sua família acompanhando-as até 30 dias após a alta hospitalar.

Realizamos intervenções como: Acompanhamento por telefone (8190); Administração de medicamentos: intravenosa (2314); Apoio à tomada de decisão (5250); Monitorização da Glicemia Capilar (4035); Documentação (7920); Ensino: Indivíduo (5606); Ensino: pré-operatório (5610); Ensino: medicamentos prescritos (5616); Ensino: procedimento/tratamento (5618); Identificação de riscos (6610); Monitoração de sinais vitais (6680); Regulação da

temperatura: perioperatória (3902); Controle da dor aguda (1410); Controle de Infecção Transoperatória (6545); Controle de náuseas (1450); Controle de vômitos (1570); Monitorização respiratória (3350); Punção venosa (4190); Controle do ambiente: conforto (6482); Controle do ambiente: seguro (6486); Coordenação pré-operatória (2880); Planejamento da alta (1020) (Butcher et al., 2020).

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A atribuição do grau de mestre evidencia a importância de aproximar a aquisição de conhecimento teórico e científico com o treino das capacidades e habilidades, apostando na investigação, formação contínua, trabalho multidisciplinar, comunicação construtiva, tendo por base as responsabilidades éticas e legais constantes ao longo de todo o percurso profissional (Decreto-Lei nº 65/2018, 2018). Assim, a unidade curricular, estágio de enfermagem à pessoa em situação perioperatória II, integrado na estrutura curricular, publicada no Despacho nº 11688/2020, possibilita o aperfeiçoamento e aquisição de competências avançadas e especializadas de enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

O “enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializadas nas áreas de especialidades em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído, nos termos do disposto da alínea i) do nº 3 do artigo 3º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros” e que “partilham um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde” (Regulamento n.º140/2019, 2019).

O EE desempenha um papel fundamental no desenvolvimento de uma prática de enfermagem avançada e baseada na evidência científica, que se traduza na melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Lidera processos de tomada de decisão, impulsionadores da garantia da qualidade e continuidade dos cuidados. De acordo Assunção & Goulart (2016) **competência** é definida pelo **conhecimento, habilidades e atitudes**. Referem que o conhecimento tem diversas formas e origens, o explícito adquirido através da formação académica e o tácito com origem na abstração pessoal. Aportando-nos a capacidade de usar o “saber” e o “agir”, adaptados e necessários a cada contexto novo, através das nossas vivências e aprendizagens de cada uma das experiências. De acordo com Le Boterf (2006) as três dimensões que integram o conceito competência são: - O conhecimento, conjunto de informações e saberes detidos; - A capacidade, habilidade prática e técnica para aplicar o conhecimento; - A reflexividade/atitude, capacidade proativa e adaptativa apreendida pela reflexão das experiências vividas. Permitindo adaptação aos novos desafios com a utilização hábil da aprendizagem acumulada. E vinculando que quanto maior for o número de experiências a que a pessoa se propuser melhor capacidade de resposta terá.

O desenvolvimento de competências em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória foi suportado conceptualmente pelo Modelo Perioperatório Focado no Paciente (MPFP) (Wicklin, 2020).

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

De seguida, serão apresentadas as competências comuns de EE, explanadas pela OE no

Regulamento n.º140/2019, cotejadas com os objetivos gerais propostos para a unidade curricular Estágio de Enfermagem à Pessoa Em Situação Perioperatória II (ANEXO II). As ações praticadas e os objetivos de cada uma delas, ao longo do estágio tiveram um cariz dinâmico, como se pretende em todo este processo e que perpetue na vida profissional. Por vezes, correspondem à aquisição simultânea, de várias competências de EE, tanto comuns como específicas e de objetivos gerais e específicos definidos para este estágio.

Domínio da responsabilidade, ética e legal

Cada indivíduo detém a sua autonomia e liberdade moral, cultural, religiosa e social. Como enfermeiros regemo-nos por normas e princípios morais, éticos e legais, desde a génese da nossa formação académica. Os padrões morais provêm do hábito de agir de determinada forma, que pode ser irrefletida e enraizada em leis, normas, deveres hierarquizados, pelo meio em que nos construímos como cidadãos e depois como enfermeiros (OE, 2015b). É no decurso da construção como especialista que ganham mais ênfase, com a auto - consciencialização e autorreflexão da própria responsabilidade da procura da excelência do cuidar, investindo na prática da enfermagem, através do desenvolvimento do conhecimento e das competências técnicas e não-técnicas (Santos & Magri, 2024).

A ética, ciência que estuda o comportamento moral, traz a capacidade de questionar, refletir, duvidar e até mesmo ponderar esse comportamento. Transmite como nos devemos comportar de forma a não criar prejuízo a nós próprios ou ao outro. Através da ética o enfermeiro procura a ponderação para agir corretamente, utilizando-a como uma capacidade da inteligência reflexiva, e de acordo com os seus valores e os da pessoa que cuida, equacionando os princípios da beneficência, da autonomia, da justiça e da não-maleficência (FIA & Silva, 2023).

Espera-se do EE a competência de tomar decisões autónomas perante questões e dilemas éticos complexos e difíceis, muitas vezes relacionados com confrontos de valores e conflitos de princípios. Qualquer decisão clínica em enfermagem tem inerente a tomada de decisão ética (Nunes, 2024).

A PESP encontra-se numa situação de vulnerabilidade e fragilidade, num contexto já por si só altamente complexo e diferenciado. O EE deve liderar, efetuando uma apreciação contextual enraizada em princípios e valores éticos. Estabelecer uma relação terapêutica de confiança e de compreensão minimizando medos, receios e incertezas, através da comunicação adequada e diferenciada (Marques et al., 2024), e preparar melhor a PESP, para as alterações de autonomia e autoimagem que podem resultar da intervenção cirúrgica a que se submete (Regulamento nº 429/2018, 2018).

Desde o primeiro momento de estágio houve a preocupação em demonstrar e sermos exímias na responsabilidade profissional, no respeito pelos direitos humanos e na excelência do exercício (Lei nº156/2015, 2015). Em cada contacto com a PESP houve a preocupação em estabelecer uma relação de confiança e adaptar a comunicação a cada um deles. A todos nos apresentamos, identificando-nos com nome e função respeitando um dos direitos fundamentais descritos na Lei nº 15/2014 (2014).

Disponibilizando-nos a esclarecer dúvidas da PESP e/ou familiares, pedindo apoio aquando do limite das funções ou conhecimentos. Verificando se a informação do consentimento informado esclarecido e livre dado por escrito tinha sido assimilada promovendo o princípio da autonomia e da autodeterminação (DGS, 2013). Na impossibilidade desta comunicação por alterações cognitivas trabalhou-se junto dos seus representantes legais, verificando o conhecimento que tinham ou não sobre a intervenção cirúrgica a realizar, completando lacunas, analisando o contexto familiar, económico e/ou social procurando saber se estariam ou não estabelecidas as condições necessárias para que aquela família prestasse os cuidados pós cirúrgicos que a PESP iria precisar (Duarte & Martins, 2021).

Considera-se que pela ausência de consulta de enfermagem pré-operatória e o isolamento num serviço “fechado”, os enfermeiros do BO se distanciam desta conjuntura da PESP, mas que dela faz parte. Lideramos a equipa para que abraçasse também esta problemática, procurando a obtenção de respostas. Conhecendo a PESP holisticamente e propondo soluções que antecipem prováveis problemas. Para isso foram realizadas sessões de alerta através da metodologia TALK© (Target, Analysis, Learning Points, Key-actions), nas passagens de turno (Diaz-Navarro et al., 2024; TALK FOUNDATION, 2020 – pág. 2). Colocando a questão “como cuidar bem no acolhimento?” obrigando a equipa a uma reflexão conjunta da prática. Auxiliamos na execução do relatório da avaliação da satisfação da PESP, analisando os inquéritos de satisfação preenchidos por estes, processo liderado pelos EE deste contexto que visam a melhoria dos cuidados.

Promovemos não só o nosso desempenho profissional de acordo com a deontologia na antecipação e resolução de problemas em conjunto com a PESP, como também que a equipa participasse no processo de tomada de decisão. Lideramos estratégias que envolvesse a equipa na reflexão dos resultados das suas decisões e avaliação das suas ações. E assim obter cuidados promotores da segurança dos direitos humanos, garantindo as medidas apropriadas (Regulamento nº149/2019, 2019).

Na admissão da PESP com alterações da consciência, nomeadamente intervenções de urgência, foram utilizados os princípios da beneficência e da não-maleficência, pensando no bem maior para da PESP (DGS, 2013). Como advogado da PESP e no respeito pela sua dignidade e privacidade pautando-nos por promover ações que permitissem proporcionar um ambiente calmo e adequado. Diminuindo a exposição corporal desta, estivesse consciente ou não, assim como restringindo nos momentos de exposição necessária ao número de profissionais extremamente necessários ao momento do cuidar (AESOP, 2012).

Através de uma postura assertiva e convicta perante a equipa multidisciplinar ao agir na defesa da PESP ganhou-se respeito individual dos mesmos, quebrando e desmistificando barreiras de preconceitos hierárquicos e profissionais. Por exemplo, providenciou-se que os cirurgiões se apresentassem à PESP e reforçassem a explicação sobre a cirurgia, expectativas de resultados e possíveis complicações, assim como, falassem com os familiares no fim das mesmas, principalmente nas situações que tivessem ocorrido intercorrências. Com esta atitude vê-se a influência positiva no comportamento da equipa, aproximando e envolvendo todos (equipa

multidisciplinar, PESP, família). deste é um exemplo, em que atitude gera atitude e esta munida de valores éticos, morais e deontológicos traz a mudança, repercutindo-se em resultados positivos. Pode afirmar-se, que sentiu-se que trouxe felicidade na equipa, uma vez que, realizamos as melhores ações (refletidas, ponderadas, fundamentadas) fazendo o bem para todos.

No contexto de UCA a humanização do cuidar conseguiu ganhar mais terreno através da consulta pré-operatória de enfermagem. Aqui tivemos mais contato com a PESP e sua família, pudemos estabelecer uma relação interpessoal mais facilitadora e trabalhar áreas que o enfermeiro do intraoperatório teria mais dificuldade em conseguir devido aos obstáculos e pressões da própria dinâmica do serviço de BO.

Verificamos a relevância do conhecimento da PESP e família sobre a experiência cirúrgica e como EE trabalhamos a capacitação para a autodeterminação e autogestão da situação. Emponderamo-los sobre o procedimento invasivo, anestésico, cuidados pré-operatórios a ter como regime de nada pela boca, alterações medicamentosas adaptadas e verificamos a existência ou não das diretivas antecipadas de vontade destes (Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida [CNECV], 2017).

Garantimos a satisfação das necessidades da PESP e sua família ao nível físico, psicológico, sociológico e espiritual, com cuidados centrados na PESP, na sua defesa e manutenção da segurança, como preconizado pelos Domínios das respostas comportamentais e da segurança (Wicklin, 2020).

No decorrer do estágio deparamo-nos com o confronto de direitos da pessoa em situação perioperatória. Este obrigou-nos ao exercício do processo de tomada de decisão e avaliação do mesmo, tendo como pilares os princípios da dignidade, da segurança e da privacidade.

Por um lado, a PESP detém o poder sobre o consentimento informado que fez permitindo os cuidados de saúde acordados podendo revogá-lo a qualquer momento sem sofrer prejuízo (DGS, 2013).

Por outro lado, o “Manual de Organização UCA” do contexto de estágio refere que a PESP apenas se pode ausentar acompanhado por outra pessoa, familiar ou que por esta se responsabilize, independentemente do tipo de intervenção realizada (Critério de Seleção para Cirurgia de Ambulatório). Providenciamos a capacitação deste conhecimento na consulta de enfermagem pré-operatória, reforçando com a distribuição do panfleto “Guia do Utente” e vincamos no telefonema efetuado 24h antes do dia da cirurgia. Verificamos que na maioria das vezes fora percebida e atendida pela PESP e família. Nos casos em que existiram resistências deixámo-las descritas no processo para transmissão de informação à equipa que efetuasse o acolhimento no dia da cirurgia/alta.

Assistimos a um caso em que a PESP não atendeu a esta diretriz e no momento da alta vincou a sua vontade em se ausentar sozinho da UCA. Mobilizamos todas as competências que de nós

dependiam para que reverteresse a sua posição. Acabou por referir que compreendia muito bem a informação disponibilizava assim como agradecia o cuidado prestado, mas que a sua decisão era prescindir do acompanhamento de outras pessoas. Havendo renitência do cirurgião responsável foi contactado o chefe de equipa de urgência para que se procedesse à disponibilização do termo de responsabilidade.

Na passagem de turno realizamos com a equipa uma reflexão conjunta. Analisamos retrospectivamente e propusemos a regulação de um instrumento assertivo no qual a PESP se comprometa no respeito pelas normas instituídas, que foram orientadas em prol da segurança de todos. Concluímos que o direito de liberdade não se sobrepõe ao dever para com a comunidade (Declaração Universal dos Direitos do Homem, 1978). Isto é as implicações que podem advir de se ausentar sozinho da UCA podem não incidir apenas sobre si mesmo, mas também na sociedade e prejudicar outros gravemente e de forma irreversível. Por isso, nos manuais de divulgação e apoio de informação distribuídos pelas UCAs se recomenda que nas 24h seguintes não deve: - manusear máquinas ou equipamentos perigosos; - tomar decisões importantes ou assinar contratos; - ingerir bebidas alcoólicas; - cozinhar ou permanecer de pé longos períodos. Propomos a construção de um instrumento assertivo no qual a PESP se comprometa no respeito pelas normas instituídas, que foram orientadas em prol da segurança de todos.

Revemos neste domínio o cumprimento do objetivo geral “Refletir sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultam do processo de tomada de decisão na área de enfermagem especializada” (ANEXO II).

Domínio da melhoria contínua da qualidade

A qualidade em saúde exige reflexão sobre a ciência e a tecnologia dos cuidados de saúde e a sua aplicação na prática. A execução de projetos de melhoria contínua da qualidade de cuidados de enfermagem leva ao aumento da qualidade em saúde das organizações (Vilela et al., 2024).

O modelo de Donabedian, introduzido pela primeira vez em 1966, continua como a grande referência na avaliação da qualidade em saúde, assente em três grupos de indicadores essenciais: de estrutura, processo e resultado. Os indicadores de avaliação dos cuidados de enfermagem são quadros específicos do estado de saúde da população. Trazem à luz da evidência científica os ganhos obtidos em saúde, para a população, que com os cuidados de enfermagem foi possível alcançar (OE, 2007).

Toda a complexidade, que se apresenta nos BO eleva e direciona a prioridade em implementar medidas que garantam a segurança da PESP e dos profissionais, assim como a qualidade dos cuidados prestados. Reconhecendo a segurança como uma importante componente da qualidade, torna-se imperativo estabelecer uma avaliação criteriosa de ambas, identificando lacunas, investindo na melhoria contínua das práticas e dos cuidados, publicando os bons resultados, numa partilha de saberes, para que outros possam replicar e todo o processo recomeça com nova avaliação, pois ele quer-se continuo e dinâmico.

A qualidade e a segurança de cuidados são influenciadas por aspetos estruturais do sistema, compostos pela gestão organizacional, suas políticas, fins e objetivos, equipas multidisciplinares e serviços que dispõe e por aspetos do processo que se reporta aos procedimentos efetuados e à qualidade dos cuidados prestados (Gomes, 2020).

Trabalhou-se na procura da garantia dos objetivos dos 5 pilares do Plano Nacional de Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026. Para o enfermeiro especialista, a segurança do doente constitui o foco principal da atividade profissional. Durante o estágio procurou-se ter a postura promotora e dinamizadora da segurança em contexto perioperatório. Influenciando positivamente a equipa na procura da melhoria da qualidade e segurança dos seus cuidados, promovendo uma transformação positiva do ambiente de prática, com melhores resultados para a PESP, no âmbito de uma maior qualidade e segurança dos cuidados prestados (Regulamento nº149/2019, 2019).

Desenvolveram-se propostas de melhoria no serviço, após avaliação das necessidades. Como exemplo temos o projeto de melhoria de qualidade relativo ao registo de confirmação da conformidade de esterilização e rastreabilidade dos DM de uso múltiplo. Investiu-se na consciencialização de todos os profissionais sobre essa lacuna e as suas implicações legais e profissionais. Embora vista inicialmente como mais uma “tarefa” a executar, adequamos a estratégia formativa e de aprendizagem com o foco no indivíduo. A equipa ao se identificar com os pontos fortes e o interesse dessa aprendizagem aceitou o processo de transformação interiorizando a necessidade de mudança (Sousa, 2024).

Em conjunto com as tutoras debateu-se sobre, como melhorar diversos procedimentos de enfermagem e instruções de trabalho, seguindo as normas institucionais em vigor, procurando estabelecer a presença constante das boas práticas, a melhoria continua dos cuidados assim como dos indicadores sensíveis aos mesmos. Houve preocupação em trazer para os contextos conhecimentos atualizados, pesquisando continuamente, questionando o existente, equiparando com o recomendado e sugerindo com fundamento na evidência científica mais atual, gerando melhoria dos cuidados (Vilela et al., 2024).

Aproveitando as diferenças nos contextos de estágio, mas complementares um do outro, partilhou-se o conhecimento, experiências e práticas de cuidados. Aproximando os enfermeiros de serviços diferentes, criando atividades conjuntas e participando na capacitação do pensamento crítico e reflexivo utilizado para a tomada de decisão, e promovendo a iniciativa das sugestões de melhoria (Sousa, 2024).

Conseguiu-se introduzir noções de conceitos sobre os quais estas equipas não refletiam como indicadores de qualidade e segurança, dados e indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem no perioperatório. Esta iniciativa dará um continuum pós estágio, na medida em que foi autorizado a elaboração de um relatório com a recolha das sugestões de melhoria, a ser reportado superiormente, com a finalidade da introdução de alterações no sistema, tornando-o mais atrativo na ótica do utilizador, aumentando a sua interoperabilidade.

Estas ações são a prova que o desenvolvimento das competências individuais fornece valor às instituições garantindo melhores resultados em saúde (Sousa, 2024). O MPFP no domínio sistema de saúde defende que as organizações devem garantir elementos estruturais de apoio à prestação de cuidados em quantidade e qualidade, assim como investir no desenvolvimento das competências dos seus colaboradores (Wicklin, 2020).

Concedendo ao mesmo tempo resposta ao objetivo geral “Desenvolver competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida de forma auto-orientada ou autónoma” (ANEXO II).

Domínio da gestão dos cuidados

Ao EE é-lhe pedido competências a nível da gestão, organização e liderança, de cuidados, de equipas, de serviços. Munido de competências e qualidades, adquiridas pelo conhecimento e experiência profissional, o EE, consegue gerir as necessidades, do serviço, das equipas e da PESP, antecipando-se a elas (OE, 2017).

Na gestão e liderança em contexto de sala operatória, o EE lidera, adequa e gere os recursos de forma a dar resposta adequada às necessidades para uma prestação de cuidados de saúde de qualidade e com segurança. Promove um ambiente seguro para todos, melhora as relações entre os profissionais da equipa, antecipa as necessidades, apoia nas tomadas de decisão, articula, orienta e avalia tarefas delegadas e articula com outros serviços (Regulamento nº149/2019, 2019).

A OE defende, no Regulamento nº 743/2019, evidencia que os enfermeiros que assumem estes postos de trabalho sejam EE em EMC na área de Enfermagem à PESP. Mencionando ainda que, até à existência de número suficiente desses EE, sejam alocados nesse contexto preferencialmente EE em EMC. Na gestão, de forma disponibilizar à PESP cuidados com altos padrões de qualidade e segurança, o EE deve manter a procura e a implementação das melhores práticas baseadas na evidência (Barros et al., 2023).

Na gestão e liderança da equipa de enfermagem, o EE deve procurar continuamente munir-se de estratégias e modelos de liderança adequados ao seu contexto. Utilizando as competências técnicas e não técnicas e a experiência profissional, para transformar a equipa que lidera, tornando-a coesa, ativa e envolvida (Carrapato, 2024). Conhecer a política institucional, os recursos que detém e as vias de aquisição atempada, assim como as estratégias de recurso, comunicar as lacunas existentes aos superiores hierárquicos, aos serviços responsáveis e às equipas multidisciplinares fundamentando a necessidade dos mesmos. Agindo de forma organizada e planeada para que as cirurgias decorram sem intercorrências e/ou quebras de segurança para a PESP e/ou equipa (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

Relativamente a este domínio houve oportunidade de liderar o planeamento em contexto de sala, preparando os DM necessários ao desenrolar dos planos cirúrgicos. Em contexto de cirurgias urgentes organizar a equipa de forma a dar a melhor resposta, adequando as suas competências aos lugares de plano de trabalho, anestesia, circulação, instrumentação. Proceder

à lista de tarefas a delegar ao técnico auxiliar de saúde (TAS), como na colocação de garrote pneumático, a reposição atempada de material por exemplo de soros na estufa de aquecimento, a manipulação de dispositivos médicos para posicionamento do corpo da PESP mantendo a supervisão da segurança e qualidade. Priorizar os cuidados de enfermagem mediante a urgência, risco e organização situacional, respeitando a disponibilidade da PESP e os recursos humanos e materiais (Duarte & Martins, 2021).

Foi possível desenvolver competências na identificação dos constrangimentos, na área da gestão, assim como as estratégias para os ultrapassar. Nas atividades desenvolvidas deu-se resposta ao objetivo geral “Aplicar conhecimentos no processo de tomada de decisão na resolução de situações complexas, em contextos alargados e multidisciplinares, na área científica de enfermagem” (ANEXO II).

Apesar da experiência profissional este domínio carece de inovação, atualização e compreensão contínua e por isso mereceu o nosso foco de atenção. Até por que, as equipas mudam, os valores das gerações são diferentes e são contextos multifacetados e complexos suscetíveis de alterações constantes, pelo que o enfermeiro especialista compreende a necessidade da constante reciclagem deste domínio (Regulamento n.º140/2019, 2019).

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Como enunciado no Regulamento n.º140/2019, o enfermeiro especialista procura o autoconhecimento e a assertividade assim como baseia a sua prática clínica especializada em evidência científica e procura estratégias de promoção da mudança e implementação desse novo conhecimento. O presente curso de mestrado, nas suas vertentes teóricas e práticas, tornou-se uma ferramenta de desenvolvimento pessoal e profissional introduzindo a noção do saber – evoluir, passando por transformações sucessivas para um futuro aperfeiçoamento.

Ao desenvolver a competência do autoconhecimento adquire-se a capacidade de: - compreender mais profundamente as nossas próprias emoções e sentimentos; - conhecer as suas próprias qualidades, valores, desejos e habilidades, bem como as limitações e pontos fracos; refletir continuamente sobre a forma como nos relacionamos/comunicamos com os outros (equipa e PESP/família) (Pereira, 2024).

A assertividade é uma capacidade de comunicação na qual nos é possível expor, com clareza e empatia, determinada posição sem chocar com os princípios de ninguém. Na comunicação assertiva aprende-se a: - dizer “não”; - pedir o que se deseja; - expressar adequadamente sentimentos e pensamentos positivos e negativos; - iniciar, manter e terminar uma interação (Sequeira & Sampaio, 2020).

O enfermeiro especialista atua junto dos seus pares, da PESP e sua família aplicando uma comunicação assertiva, clara, concisa, adaptada ao receptor. Atua na resolução de conflitos com as ferramentas adequadas e/ou antecipa-os gerindo as suas emoções, da equipa e da PESP. Temos de lidar com a PESP que recebe a experiência cirúrgica que vai vivenciar, com a família que se preocupa se é capaz de lidar com os resultados da cirurgia, de dar resposta aos cuidados

de que o seu familiar vai precisar. Mais uma vez o MPFP vem dar poio com o domínio das respostas comportamentais da PESP e família.

Pelos aumentos da complexidade do contexto do perioperatório o EE, no sentido de responder a essa evolução, procura reforçar os seus conhecimentos e dos seus pares, sendo um elemento ativo e facilitador dos processos de aprendizagem, fomentando a partilha de experiências, identifica lacunas, desenvolve estudos de investigação, procura a evidência científica atual para dar suporte à sua tomada de decisão e preconiza a implementação dos padrões de qualidade (OE, 2017).

No decurso do estágio, em ambos os contextos, as tutoras ressaltaram a constatação deste crescimento. Apontaram características comportamentais como: maior autocontrole das emoções, menor reatividade a estímulos internos ou externos, menor impulsividade; comunicando de forma clara e objetiva; maior empatia pelas necessidades dos outros; maior eficiência na gestão de conflitos e tomada de decisão. Este crescimento proporcionou não só o desenvolvimento pessoal como profissional, mas também da inteligência emocional e a melhoria das relações interpessoais, profissionais (Pereira, 2024).

Estabeleceu-se o máximo de contacto com a PESP e sua família, envolvendo-os e ajudando-os a fazer parte da decisão de todo o processo, emponderando-os, ganho conseguido mais amplamente no contexto da UCA. No contexto do intraoperatório com os momentos das visitas da dor aguda para continuar o contato.

Houve oportunidade de assistir à formação em serviço sobre a metodologia Lean, uma das primeiras etapas para a aplicação correta desta filosofia. Seguida pela implementação das ferramentas e técnicas e por último a implementação das mudanças e melhoria contínua (Kaizen) de uma maneira sustentável. “A metodologia *Kaizen* é baseada em 5 princípios fundamentais: - Valor para o cliente; - Eficiência de fluxo; - Eficácia no Gemba (palavra japonesa que significa “espaço onde a ação acontece”); - Envolver todas as pessoas; - Gestão Visual.” (Ferreira & Silva, 2022 pág. 5-6).

Pautamo-nos pela procura do conhecimento, identificando lacunas, sugerindo estratégias de melhoria, processos de investigação e aprendizagem e participação em processos formativos. Incentivamos os nossos pares na aquisição dos saberes desenvolvendo a prática clínica especializada. À luz deste domínio, revemos nas atividades efetuadas e na postura perseverante mantida, a realização dos objetivos gerais “Analisar criticamente, argumentar e sistematizar ideias complexas e de inovação na área científica” (ANEXO II).

Acompanhando a enfermeira em funções de chefia aprendeu-se sobre a dinâmica organizacional escolhida para a coordenação do serviço. Foi concretizada e apresentada, no evento científico **III Convenção Internacional dos Enfermeiros**, dinamizado pela Ordem dos Enfermeiros em Fátima, uma revisão integrativa da literatura em formato de e-pôster “A Liderança do Enfermeiro Gestor no Bloco Operatório” (Anexo VII) e no **I Congresso de Enfermagem Perioperatória da ULSEDV** com o e-pôster “Impacto da Liderança nos Cuidados

de Enfermagem no Bloco Operatório" (Anexo VIII).

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa Em Situação Perioperatória

A especialidade de enfermagem à PESP surge como resposta essencial da enfermagem à produção da atividade com segurança e qualidade neste contexto. Acompanhando a evolução tecnológica, técnica e científica, dos conhecimentos nas ciências da saúde, humanas e sociais, bem como das diretrizes e políticas internacionais e governamentais. O papel dos profissionais capacitados e diferenciados, é vital para diminuir efeitos negativos do processo cirúrgico, como o stress, a ansiedade e os medos da PESP. Essa abordagem contribui para uma experiência cirúrgica mais tranquila, mas também tem impacto direto nas condições hemodinâmicas e bem-estar emocional, social e familiar. Ainda previne os erros, lacunas, eventos adversos e outros resultados indesejáveis, promovendo uma recuperação mais eficaz e segura. Portanto, a especialidade em enfermagem à PESP é essencial para o aperfeiçoamento da prática clínica, aumentando a segurança da PESP e oferecendo uma abordagem mais humanizada e eficiente ao longo de todo o processo até à recuperação pós-operatória (Hinkle & Cheever, 2020).

A OE no Regulamento n.º 429/2018 (pág. 19366) refere que “A área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória tem como alvo de intervenção a pessoa e família/pessoa significativa, a vivenciarem experiência cirúrgica/anestésica. 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”.

De seguida iremos descrever as atividades e objetivos desenvolvidos para aquisição das duas competências específicas do EE em EMC na área de Enfermagem à PESP (EEEMCAEPESP). “Cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa” e “maximizar a segurança da PESP e da equipa multidisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica”, escrutinando cada unidade de competência correspondente (Regulamento nº 429/2018, 2018).

Cuidar da Pessoa Em Situação Perioperatória e Respetiva Família/ Pessoa Significativa

O desempenho de funções de todos os profissionais que compõe a equipa multidisciplinar tem de ser organizado, planeado, harmonizado, responsabilizando-se cada um dos atores do seio da equipa multiprofissional, tendo o EEEMCAEPESP papel especial nesta condução.

O EEEMCAEPESP atua na promoção da saúde, prevenção de incidentes adversos e tratamento da doença, intervindo em “cinco áreas de atuação complementares entre si: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos. Este período comporta as fases pré, intra e pós-operatório”. Com os objetivos de “*capacitar a pessoa e família, para a gestão da experiência cirúrgica. Promover cuidados à pessoa em situação perioperatória. Desenvolver a sua intervenção numa perspectiva profissional.*” (Regulamento

nº429/2018, 2018, pág. 19366, 19367).

O MPFP na sua estrutura conceptual para a prática de enfermagem perioperatória centrasse na PESP com o foco nos resultados trabalhando dois dos seus domínios que vão ao encontro das unidades de competências anteriormente enumeradas. Através do domínio das respostas fisiológicas, o MPFP, enfoca que os enfermeiros prestam cuidados para a manutenção da normalização das respostas fisiológicas de cada PESP. No domínio dos comportamentos para além da PESP o enfermeiro do perioperatório trabalha também com as famílias ajudando-os a entender todo o processo cirúrgico (Wicklin, 2020).

Capacita a pessoa e família, para a gestão da experiência cirúrgica

Com a aquisição das competências de EEEMCAEPESP este “cuida da pessoa e família/pessoa significativa promovendo a compreensão do processo vivenciado e a vivenciar, capacitando-os para o autocuidado e reintegração familiar e social” (Regulamento nº 429/2018, 2018).

No decorrer deste estágio, desenvolvido em dois contextos diferentes, mas complementares, BO com cirurgia urgente e programada (convencional e ambatório) e UCA, procurou-se antecipadamente saber o máximo de informação relativa à PESP a cuidar e ao mesmo tempo, orientados pela conceptualização, efetivar uma relação com esta e sua família. Pois como nos indica J. Watson, numa orientação fenomenológica existencial e espiritual, apenas se consegue capacitar e cuidar para a experiência cirúrgica que vai vivenciar se estiver direcionado também para os seus aspetos transcendentais. Revela que o cuidar transpessoal permite alcançar uma maior harmonia com a mente, corpo, espírito, consigo, com as outras pessoas e com a natureza através dos 10 fatores curativos implicitamente na satisfação das necessidades e o conforto do doente (Evangelista et al., 2020).

Foi possível antecipar as necessidades, quer da equipa, quer da PESP e família e planear as ações. Não permanecer fiel à centralidade da PESP em todo o processo a enfermagem perioperatória corria o risco de ver toda a sua atuação reduzida à prestação de cuidados direcionados aos procedimentos (cirúrgico e anestésico) ou seja cingir-se ao modelo biomédico. Um exemplo seria pensar e atuar para os “planos cirúrgicos” que as equipas médicas enviam, muitas carecendo de informação, para as intervenções cirúrgicas programadas/prescritas.

À sua chegada ao BO identificamo-nos, com o nome e função, iniciando uma comunicação empática, avaliando a receptividade da mesma e sua família. Iniciando uma relação terapêutica eficaz e adequada com ambos. No BO o EEEMCAEPESP ouve atentamente a transmissão de informação que os enfermeiros dos serviços de origem da PESP acolhida e prática da escuta ativa com a pessoa e a sua família/pessoa significativa, sempre que estes a acompanhem até ao BO. Esclarecendo as dúvidas possíveis e nas limitações pede ajuda. Cabe ao EEEMCAEPESP “valorizar o potencial da pessoa, família/cuidador”, capacitando-as de “competências necessárias à gestão do processo saúde/doença e ao cuidado personalizado” (Regulamento nº 429/2018, 2018, pág. 19361).

Mas é na UCA que o EEEMCAEPESP consegue maior aproximação do seu foco, graças aos

contatos diretos e de proximidade que estabelece nas consultas pré, e pós cirurgia. Durante o intraoperatório enquanto esta permanecesse acordada e consciente mantivemos o diálogo e a relação estabelecida, introduzindo outros profissionais, aproximando-os, reforçando os laços de confiança entre todos.

No BO sempre que possível eram reforçados ensinamentos, assim como, se permitia o acompanhamento e entrada da sua família/pessoa significativa. Embora este BO pratique cirurgias de foro ambulatorial carece de algumas condições físicas e procedimentos protocolares, nomeadamente a sala de espera de familiares e o acompanhamento das crianças e/ou pessoas com necessidades especiais até ao momento da indução anestésica (Portaria 291/2012, 2012; Despacho n.º 6668/2017, 2017).

Realizamos o contato telefónico, preconizado no serviço, com a pessoa identificada para tal, solicitando primeiro à PESP, se pretendia que o mesmo fosse efetuado. Existe ainda controvérsia sobre o mesmo, havendo enfermeiros contra e a favor. Perante esta situação a posição, após análise da mesma, foi efetuar o contato após obter consentimento da PESP, ou seja, esta já se encontra recuperada plenamente das faculdades mentais. Identificamo-nos e pedimos que se identificasse quem atendia a chamada e informando que o seu familiar já se encontrava na UCPA, tendo sido intervencionado e que lhe passaríamos o telefone para se ouvirem mutuamente. Desta forma, não nos comprometíamos com a informação clínica do doente e atingimos o objetivo preconizado que é apaziguar, diminuir a ansiedade em ambos e cumprir-se com o Parecer nº CJ 44/2024 da OE (2024).

Conversando com as tutoras identificamos as dificuldades que sentimos como enfermeiros, do intraoperatório, pela ausência de consulta de enfermagem pré e pós-operatória. Esta é desenvolvida pelos enfermeiros afetos à UCA, sendo que a PESP em cirurgia convencional não tem possibilidade de a realizar.

Promove cuidados à pessoa em situação perioperatória

Numa situação, desconhecida e de profunda vulnerabilidade para a PESP, o EEEMCAEPESP assume o papel de seu advogado. Com aporte nas suas competências desenvolvidas e sempre sustentado pela evidência científica, estabelece medidas e planos de cuidados diferenciados de forma a fornecer conforto, proteção (Wicklin, 2020).

Segundo o Internacional Council of Nurses (ICN) conforto é a “sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal” (ICN, 2019). Neste sentido, promoveu-se conforto térmico à PESP, durante todo o perioperatório, questionando-o se sentia frio, monitorizando a temperatura corporal, tomando medidas de compensação e registando tanto os dados obtidos como as intervenções efetuadas e seus resultados. Padronizado pela norma n.º 20/2015 atualizada a 17/11/2022 da DGS, onde classificam esta ação e a vigilância da normoglicemia, na “Categoria IA Fortemente recomendada para implementação e bem suportada por estudos epidemiológicos, clínicos e ou experimentais bem conduzidos” (DGS, 2022).

Preconizamos que fossem recebidos num ambiente calmo e tranquilo e que o mesmo se

mantivesse. Situação difícil, que requer capacidade de liderança de enfermagem diferenciada, uma vez que devido ao número de profissionais a trabalhar neste contexto e às inúmeras situações que possam surgir facilmente se estabelece o caos e o ruído, geradores de stress e ansiedade e propícios ao erro.

O cuidado no posicionamento é uma responsabilidade partilhada pela equipa, que deve mobilizar o número adequado de elementos para proceder ao mesmo. Devem executar o correto alinhamento e mobilização corporal, respeitando a anatomia e a patologia da PESP, prevenindo lesões, evitando consequências no equilíbrio hemodinâmico e na recuperação da PESP (AESOP, 2012). Com a exposição da análise e preocupação com esta temática, desenvolvemos uma ação formativa sobre esta temática e a aplicação da Escala de Avaliação do Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico (ELPO).

Pautamo-nos pela correta monitorização da PESP, com leitura e avaliação de intercorrências, identificando precocemente alterações endócrinas e metabólicas, comunicando e registando toda essa informação assim como as ações tomadas e resultados, como esperado do enfermeiro especialista (Regulamento nº 429/2018, 2018 pág. 19361). Assim como, no controlo da dor não só no intra como no pré e pós-operatório, procedendo ao ajuste terapêutico junto dos anestesistas após a devida avaliação.

A utilização da linguagem padronizada Identify - Situation - Background - Assessment - Recommendation (ISBAR) é uma metodologia que já fazia parte da conduta como enfermeira generalista, estando integrada no grupo de trabalho da sua implementação em contexto de BO, anterior ao presente mestrado e que com o mesmo adquiriu fortalecimento (DGS, 2017).

Para além da aprendizagem e atualização técnica constante para executar devidamente os procedimentos, em qualquer área de enfermagem em contexto perioperatório, o enfermeiro especialista defende o aprimoramento da diferenciação destes cuidados à PESP, tendo em vista a melhoria da qualidade dos mesmos.

Desenvolve a sua intervenção numa perspectiva interprofissional

O contexto de BO pela sua multiplicidade em termos técnico-científico-profissional pode encontrar como barreira a dificuldade nas relações interpessoais (Lomba, 2023). Aplicando as estratégias adquiridas pelo autoconhecimento e assertividade, com a consciência de nós próprios e das nossas atitudes, estabelecemos uma comunicação adequada, eficaz e assertiva. Geramos articulação positiva nas equipas multidisciplinares, otimizando todo o processo em si e diminuindo os fatores causadores de stress. Permitindo que a PESP recebesse cuidados com alta qualidade e segurança, direcionados para as suas necessidades clínicas e atendendo às suas respostas psicológica, sociológicas e espirituais da PESP (Wicklin, 2020).

O EEEMCAEPESP gere as equipas e as inúmeras situações de stress, adequa estratégias, avalia as necessidades e planeia a implementação de formações e treinos, liderando pelo exemplo técnico-científico (Regulamento nº 429/2018, 2018). Compreendendo que para se poder desenvolver esta competência é necessário ter conhecimentos multifacetados e harmonizar as

caraterísticas envolventes, humanas, sociais, laborais, económicas, como peças de um puzzle dinâmico.

Uma estratégia e ferramenta escolhida e utilizada foi a metodologia TALK. É um programa estruturado, constituído por quatro etapas, fácil de aplicar e que permite uma comunicação eficaz na equipa. Assim, a equipa tem a possibilidade de partilhar a sua perspectiva de determinada situação precisa, identificando as barreiras e os facilitadores. Dirigida em especial para a *“comunicação, tomada de decisão, consciência situacional e/ou eficiência para o acontecido”* (Díaz-Navarro et al., 2024a; TALK FOUNDATION, 2020 – pág. 2). Através desta ferramenta a equipa multidisciplinar garante ganhos da sua própria competência uma vez que se posicionam de forma reflexiva perante as suas experiências comuns e os seus conhecimentos gerando medidas corretivas e aprimorando as futuras ações. Foi colada em prática esta ferramenta, junto das equipas dos contextos de estágio, sendo bem recebida e acreditamos que a irão replicar. Dando cumprimento ao objetivo específico: *“Promover a exposição de dúvidas recorrentes que a equipa da UCA apresentem, através da metodologia TALK, comprometendo-me com a aquisição das respostas.”* (ANEXO II)

Maximiza a Segurança da Pessoa Em Situação Perioperatória e da Equipa Pluridisciplinar, Congruente com a Consciência Cirúrgica

Como refere o regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista “O enfermeiro perioperatório demonstra competências especializadas no cuidado à pessoa em situação perioperatória e na garantia da segurança congruente com a consciência cirúrgica” (Regulamento nº 429/2018, 2018). A WHO define que segurança é “a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento” (DGS, 2011).

Nos padrões de qualidade dos cuidados especializados (PQCEEEMC_ PESP) preconiza-se a consciência cirúrgica como um pilar dos cuidados de enfermagem perioperatória e define-a como *“princípio ético e moral que orienta o enfermeiro na prática de cuidar a pessoa em situação perioperatória, agindo em seu benefício em qualquer situação independentemente do controlo externo efetuado.”* (OE, 2017).

É de tal forma o peso e a importância que a segurança tem na qualidade da saúde que a WHO defende que as intervenções dos sistemas de saúde devem ter os seus objetivos gerais alinhados com as políticas de segurança (WHO, 2019). Para além do ambiente perioperatório, em nenhum outro contexto de prestação de cuidados coexistem os três *“Desafios Globais para a Segurança do Doente”* definidos pela WHO (*“Clean Care is Safer Care”*, *“Safe Surgery Saves Lives”* e *“Medication Without Harm”*) (WHO, 2005; WHO, 2009; WHO, 2017).

Em Portugal a Direção Geral da Saúde (DGS) tem desenvolvido trabalhos de divulgação, esclarecimento, normalização e monitorização relativo à segurança em saúde. Mais recentemente lançou o Plano Nacional de Segurança do Doente (PNSD 2021-2026) com o *“objetivo de consolidar e promover a segurança da prestação dos cuidados em saúde”*

(Despacho n.º 9390/2021, 2021).

A OE no Anexo IV do documento PQCEEMC_PESP descreve na definição do conceito “ambiente perioperatório” tanto a sua complexidade como as oportunidades de erro que elas possibilitam.

No MPFP esta representa um dos quatro quadrantes, o domínio da segurança, onde refere que os enfermeiros do perioperatório devem prestar cuidados que protejam a PESP de lesões (Wicklin, 2020). Assim como Mota, (2021) acrescenta, a estas preocupações do contexto perioperatório, as constantes pressões de produção e as dotações inadequadas ou insuficientes de enfermagem colocando em causa a segurança da PESP. Vemos a segurança representada em todos os documentos que regem a enfermagem, ganhando foco neste relatório de estágio, pois é de facto um conceito e uma preocupação presente na enfermagem especializada em perioperatório.

Demonstra consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes do período perioperatório

O Regulamento n.º 429/2018 diz que a *“Consciência cirúrgica é um princípio ético e moral que orienta o profissional na prática de cuidar à pessoa em situação perioperatória, agindo em seu benefício em qualquer situação independentemente do controlo externo efetuado. É demonstrado pelo comportamento profissional baseado no conhecimento, compreensão e aplicação dos princípios da prática cirúrgica e responsabilidades legais, éticas e morais, para com a pessoa e equipa, pelas quais cada profissional é responsável”* (Regulamento nº 429/2018, 2018).

De forma a não se tornar repetitivo apenas se acrescenta que se prestaram cuidados à PESP como indivíduo unitário e na sua totalidade, proporcionando um ambiente de recuperação e seguro para todos.

A segurança não abrange apenas a PESP. Também se deve preconizar um ambiente seguro para os profissionais que lá trabalham. Daí as condições ambientais e de trabalho terem ganho atenção, com o objetivo de os tornar mais seguros e com melhor qualidade. Para que haja a promoção de uma cultura de consciência cirúrgica, preconizando a criação de uma política proativa de gestão do risco, promovendo um ambiente seguro e propondo mudanças para aplicar as práticas recomendadas.

Propôs-se formação e treino na aplicação dos princípios de assepsia, autodisciplina, organização e planeamento das necessidades da PESP e equipa, na minimização dos riscos na utilização de materiais e equipamentos. A WHO, numa estratégia de reforçar as práticas de segurança e promover uma melhor comunicação do trabalho em equipa elaborou a LVSC, recomendando a sua implementação em todo o mundo (DGS, 2013a). No contexto em questão, a LVSC está implementada em suporte digital e integrada no sistema de informação SClínico.

Promoveu-se o conhecimento desta à equipa da UCA e a participação na atividade PND 2025 divulgada pela AESOP, alusiva à comemoração dos 10 anos de implementação da LVSC.

Lidera o processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios

O projeto “*Cirurgia Segura Salva-Vidas*” (CSSV), foi a primeira estratégia global de implementação de medidas de prevenção da Infecções do Local Cirúrgico (ILC), através do qual se promoveu a responsabilidade e rigor na administração do antibiótico profilático segundo as recomendações e na verificação da conformidade dos indicadores de esterilização (Mota, 2021).

O desenvolvimento de competência na vigilância epidemiológica, associou-se a esta unidade, onde após formação, foram efetuados momentos de monitorização e registo de lavagem das mãos, preenchendo o “*Formulário Para Observação da Higiene das Mãos*”, preconizado na Norma n.º 007/2019 da DGS. Os dados recolhidos serão posteriormente inseridos na plataforma onde se juntarão a outros. Avalia-se que, embora o grupo dos enfermeiros seja quem mais preconiza a higienização das mãos, ainda é preciso consciencializar mais os profissionais sobre o tema em causa, pois as percentagens obtidas não foram satisfatórias, sendo o primeiro momento de lavagem das mãos o que teve menor adesão.

A prevalência da taxa de ILC, em Portugal, influenciou que a política de segurança, integrasse como um dos nove objetivos estratégicos do PNSD 2015-2020 (Despacho 1400-A/2015). Embora a DGS já tivesse iniciado investimento em publicação de normas, na área de prevenção da ILC clínicas, continua a investir na sua atualização e implementação tais como a: Norma nº 020/2015 atualizada a 17/11/2022 “*Feixe de Intervenções*” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico; Norma nº 031/2013 atualizada a 17/11/2022 *Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto*; Norma nº 02/2013 de 12/02/2013 atualizada a 25/06/2013 “*Cirurgia Segura, Salva Vidas*” (DGS, 2013a; 2022; 2022c).

As cinco medidas do feixe de prevenção da ILC, trouxeram com a sua aplicação a fixação de práticas padronizadas possibilitando prestar cuidados mais seguros. Neste contexto de estágio efetuasse a lista de verificação dupla, em formato eletrónico, onde o enfermeiro do serviço de origem e o enfermeiro do BO que admite a PESP verificam, entre outras informações, as correspondentes ao feixe de intervenção: - a realização do banho com clorhexidina a 2% no dia anterior e no dia da cirurgia; - a administração do antibiótico profilático, nos 60 minutos anteriores à incisão da pele, sempre que indicado; - a realização da tricotomia, se necessária e com máquina de corte imediatamente antes da intervenção cirúrgica; - a monitorização da normotermia e da glicemia, durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes. A implementação da norma está padronizada, no entanto a sua avaliação, como é preconizado, não é realizada neste contexto por inoperância dos elementos nomeados, para o devido efeito. Houve oportunidade de assistir à formação sobre prevenção e controlo da colonização e infeção.

Atualmente está em vigor o PNSD 21-26 estando a prevenção da ILC contemplada no pilar 5 - Práticas Seguras em Ambientes Seguros, composto por 3 Objetivos Estratégicos e cada um destes com as suas ações, atividades exemplo e responsáveis a quem fica atribuído a implementação e monitorização.

Sobre o “*Objetivo Estratégico 5.1 - Implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de*

prestação de cuidados de saúde:

a) Promoção da utilização de ferramentas digitais para práticas seguras relativas à segurança cirúrgica segurança (...), ocorrência de úlceras por pressão, identificação inequívoca de doentes, segurança da medicação e reconciliação terapêutica;"

b) "b) Uniformização da utilização de ferramentas de monitorização do risco de incidentes de segurança na prestação de cuidados nos diferentes níveis de cuidados, incluindo o domicílio."

Existe nos contextos de estágio uma plataforma própria que os profissionais podem usar para além da plataforma do Sistema Nacional de Notificação (Notific@) da DGS (DGS, 2022a). Foi promovido à equipa uma formação, no presente ano, sobre comunicação onde se abordou o tema.

No "Objetivo Estratégico 5.3 - Reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (...) e as resistências aos antimicrobianos", temos como ações:

a) a promoção da estratégia multimodal em precauções básicas de controlo de infeção (PBCI);

b) a implementação dos programas de vigilância epidemiológica (VE) com a monitorização das bundles de prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS);

c) a promoção do Programa de Apoio à Prescrição Antibiótica (PAPA).

Com utilização e desenvolvimento de metodologias restritivas e de capacitação, tanto educativas como comportamentais. Garantindo a atribuição de tempo protegido aos profissionais envolvidos na prevenção, controlo e monitorização das IACS e na operacionalização do PAPA. Partilhando com os profissionais de saúde, os resultados dos indicadores de resultado e de processo definidos, na área das IACS, consumo de antimicrobianos (CAM) e resistências a antimicrobianos (RAM), assim como a sua relação com a implementação de intervenções de melhoria da qualidade (DGS, 2022). Verifica-se através neste documento o grau de organização e empenho nesta temática, tornando-se numa ferramenta que apoia a prática avançada do EE, capacitando-o para a implementação de formação e procedimentos fundamentados assim como poder contribuir com a VE do seu local de trabalho.

A gestão correta de antimicrobianos foi instituída no serviço, ficando a norma disponível junto ao carro de anestesia de cada sala operatória, para consulta em caso de dúvida. Foram tidos em conta ainda, durante o presente estágio, o cuidado com a higienização ambiental, fomentação do respeito pelos tempos de turnover e os cuidados de assepsia no manuseio dos EPI, dos DM estéreis, da pele antes e depois de cada procedimento cirúrgico tendo por base as práticas recomendadas, padronizadas e instituídas legalmente.

Dando cumprimento ao objetivo específico: *"Dinamizar formação em serviço sobre o processo de confirmação e registos da esterilização dos dispositivos médicos e sua importância."* (ANEXO

II e III) e reconhecendo a importância do EEEMCAEPESP ter um papel ativo construímos e expusemos esta temática através de formação no serviço (ANEXO IV).

Promove a gestão e o controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório

Falamos anteriormente na capacidade de gestão e liderança organizacional como sendo uma entre as muitas competências que assistem o EE em contexto de perioperatório e aplica-se também aqui nesta unidade de competência. Na verdade, em todo o percurso vimos que as competências andam de mãos dadas, entrelaçam umas nas outras como os elos de uma corrente.

Existe um número crescente de DM, cada vez mais complexos e apesar de mais seguros ainda continuam a provocar lesões à PESP e equipa. Uma vez mais, se destaca que o EE é um elemento de mudança e um líder no processo de diferenciação cirúrgica.

O EE conhece os DM quer sejam de uso único ou múltiplo, sabe manipulá-los de forma adequada, partilha esse conhecimento junto da equipa e promove o seu uso adequado. Perante o plano cirúrgico programado e a atividade de urgência possível de ocorrer, o EEEMCAEPESP, identifica as necessidades e preconiza junto da gestão a aquisição e disponibilidade dos DM.

Para promover o controlo da gestão de risco deve procurar deter as fichas técnicas dos DM, assim como exigir que na aquisição de um DM novo/ou a título de empréstimo, mas desconhecido, o mesmo se faça acompanhar pela respetiva ficha técnica.

O EEEMCAEPESP deve articular-se com a Unidade de Reprocessamento de Dispositivos Médicos (URDM) na receção e envio de novos DM de uso múltiplo, na exposição das necessidades previstas, na comunicação das faltas/falhas no sentido de melhoria, entre outras.

Gerou-se um livro de registo de empréstimos de DM, onde se escreve qual o DM em causa e como se vai processar a sua utilização, acondicionamento/reprocessamento e devolução/receção. Aumentando o controlo sobre o percurso desses DM, promovendo o seu manuseio e uso correto, aumentamos a segurança de todos.

O EEEMCAEPESP detentor de tais competências e fazendo parte da solução dos problemas ou potenciais problemas propõe ativamente a conceção de planos estratégicos, de forma crítica, reflexiva e fundamenta. Nesta orientação propusemo-nos ao objetivo específico: *“Elaborar um documento com as recomendações e normas de verificação periódica dos Dispositivos Médicos/ Equipamentos utilizados no BO.”* (ANEXO II) Através das atividades delineadas no projeto de desenvolvimento profissional, elaboramos um documento de apoio à gestão e prevenção de acidentes, portanto fomentando a segurança da equipa e da PESP, intitulado *“Gestão do Inventário de Equipamentos Ativos e Registo de Atividade no Bloco Operatório”* (ANEXO III).

Com a conceção deste documento será permitido inserir todos os dispositivos médicos, inventariá-los, rastrear o seu uso, vida, circuito, assim como vigiar a manutenção de cada DM, quer sejam de cariz preventiva ou curativa. Esta ação de manutenção dos DM, proporciona a

sua máxima eficiência, otimizando-os e assegurando a segurança, qualidade e eficácia do diagnóstico, tratamento e reabilitação das PESP e a própria segurança dos profissionais que os utilizam. (APORMED, 2023) Ficando constituído com uma breve introdução, onde referimos o porquê da sua construção, evidenciando a importância da manutenção preventiva e curativa, da correta utilização dos DM e os benefícios da formação, garantindo a segurança. Geramos também uma tabela para controlo, gestão, rastreabilidade do DM. Com ela podemos também avaliar os DM disponíveis, realizar estudos de necessidades, justificar a tomada de decisão em novos pedidos entre outras. Os dados colocados nessa tabela são os recomendados conforme indica a APORMED (ver Figura 2 - Itens que constam na Tabela de Inventário dos DM).

Manutenção Preventiva - DM Equipamentos do Bloco Operatório																			
nº inventário	CDM ou UDI	Modelo e nº de série	nº de referência	Especialidade Médica	Descrição do Ativo	Equipamento Principal ou	Alocação Habitual	Centro de Custos	Valor da Compra	Custo Anual de Manutenção	Fornecedor	Fabricante	Ano de Fabrico	Data da Instalação	Datas de Inicio e Fim de	Frequência de MP	Última MP	Próxima MP	MC

Figura 2 – Itens que constam na Tabela de Inventário dos DM

Como utilizadores, os profissionais são os responsáveis por implementar estratégias que garantam a utilização segura dos DM e que estes desempenhem as suas funções corretamente durante mais tempo, de acordo com as especificações dos fabricantes. Estas estratégias aplicam-se desde que o DM é adquirido até ao fim da sua vida útil, mesmo quando se encontram sem utilização durante algum tempo (APORMED, 2023).

Em Portugal, o Sistema Português de Qualidade (SPQ) promove, garante e dinamiza o desenvolvimento da qualidade nos diversos sectores de atividade, através das entidades que intervêm em cada um deles, subdivididos em três subsistemas: Metrologia, Normalização e Qualificação. Na saúde existe a Comissão Setorial para a Saúde/09, composta por 20 membros representantes de diversas entidades do setor da Saúde, como a OE, INFARMED, Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), Entidade Reguladora da Saúde (ERS), Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS), (IPQ, 2025).

“O Sistema Nacional de Vigilância de Dispositivos Médicos (SNVDM) tem por missão a monitorização de incidentes resultantes da utilização de dispositivos médicos, incluindo os dispositivos médicos para diagnóstico in vitro, e a divulgação de informação de segurança relacionada.” A entidade responsável pelo SNVDM é o Infarmed. Para prevenir a repetição de

erros ocorridos com os DM e se possam implementar medidas corretivas é fundamental a comunicação desses erros, para que a investigação identifique as causas (Infarmed, 2023).

Cada instituição nomeia um elo que fica responsável pela comunicação com o SNVDM, em conformidade com o Regulamento nº 745/2017 do Parlamento Europeu e do Conselho. É também recomendado que cada instituição tenha os seus serviços responsáveis pela manutenção, que entre outras ações certifiquem a instalação, manutenção preventiva e movimentos dos DM adequados, com inventários sempre atualizados (APORMED, 2023).

Já no Plano de Ação Global para a Segurança do Doente 2021-2030, a WHO definiu, seguindo o lema *“Rumo à eliminação dos danos evitáveis nos cuidados de saúde”*, o quadro de ação com 7 objetivos estratégicos a serem obtidos através de 35 estratégias específicas.

No *“Objetivo estratégico 1: Causar zero danos evitáveis aos doentes, um paradigma e uma atitude de compromisso no planeamento e na prestação de cuidados de saúde em todo o lado.”* E na *“ESTRATÉGIA 1.1: Desenvolver uma política abrangente ou global de segurança do doente, ...”* com as ações *“Reconhecer a segurança dos doentes como uma prioridade de saúde nas políticas e nos programas do setor da saúde, (...). Integrar a implementação com programas técnicos em áreas críticas para a segurança, como a segurança cirúrgica (...)”* (WHO, 2021).

No *“Objetivo estratégico 3: Segurança dos processos clínicos”* para *“Garantir a segurança de todos os processos clínicos”* na *“ESTRATÉGIA 3.4: Garantir a segurança dos dispositivos médicos, (...)”* Recomendando como *“Ações para os governos: Reforçar os programas de segurança para dispositivos médicos, (...), desde a sua produção, armazenamento e fornecimento até à sua utilização no hospital, clínica ou comunidade. Prever disposições políticas, jurídicas e regulamentares adequadas para garantir que estes programas possam ser implementados de forma segura e eficaz para cumprir o seu objetivo. Estabelecer ligações bidirecionais entre os programas de segurança dos dispositivos médicos, (...) e os programas de segurança do doente”* (WHO, 2021).

A WHO revelou que um dos 3 eventos de sentinela mais ocorridos em contexto de BO relaciona-se com a retenção inadvertida de itens (corpos estranhos), colocando em risco a saúde podendo até provocar a morte da PESP (Mota, 2021). A aplicação da LVSC veio ajudar na prevenção deste evento, alertando o enfermeiro circulante no seu preenchimento seja em formato papel ou digital. Na terceira coluna de preenchimento da LVSC, designada *“Sign Out – Antes do doente sair da sala”*, o enfermeiro circulante, a quem foi atribuída esta responsabilidade, confirma verbalmente, na presença do anestesista e cirurgião, se a contagem dos instrumentos, compressas e corto-perfurantes foi efetuada e se encontra em conformidade com o valor total. Esta contagem é levada a cabo pelo enfermeiro circulante, juntamente com o instrumentista e o cirurgião, efetuando dupla contagem reduzindo a possibilidade do erro. É pertinente sistematizar o processo de contagem de itens cirúrgicos na sala do BO evitando a sua retenção inadvertida, contribuindo para o aumento da segurança cirúrgica (AESOP, 2012).

No contexto cirúrgico recolhem-se frequentemente tecidos e fluidos orgânicos para análise ou

eliminação assim como se procede à colheita e transplante. Cabe ao EEEMCAEPESP desenvolver procedimentos corretos, implementando-os com formação à equipa multidisciplinar, assim como a articulação com os serviços que de destino. É necessário relembrar, tal como é importante proceder à correta identificação da PESP, deve-se garantir que esses produtos colhidos sejam também identificados corretamente, bem-acondicionados, nos recipientes indicados, acompanhados pelas requisições e enviados aos serviços correspondentes.

A verificação da conformidade dos indicadores de esterilização, é referida no projeto “Cirurgia Segura Salva-Vidas” (CSSV), como medida de prevenção da (ILC), por se ter verificado uma necessidade do serviço foi realizado um projeto de melhoria no estágio anterior.

Em todas estas ações atrás desenvolvidas vemos a importância conferida ao EEEMCAEPESP, como um elemento de mudança e um líder no processo de diferenciação cirúrgica no BO.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

A enfermagem avançada no perioperatório requer uma reflexão constante sobre a prática, com o desenvolvimento contínuo do pensamento crítico reflexivo, a procura de novas evidências científicas, que apoiem a tomada de decisão e que possam ser aplicadas e/ou adaptadas eficazmente no seu contexto de trabalho. Além disso, a avaliação da implicação na prática através da apreciação dos resultados gerados possibilita a otimização dos cuidados e da qualidade e segurança, dos mesmos, oferecidos à PESP e família.

A evolução do contexto do perioperatório, implica também a adaptação dos enfermeiros a novas estratégias e das suas competências (Conhecimentos/Habilidades/Atitudes), quer sejam de cariz científico, tecnológico ou cuidado humanizado.

Esta evolução leva à necessidade do aperfeiçoamento da competência da tomada de decisão em enfermagem avançada, com o objetivo de proporcionar um ambiente mais seguro para todos, qualificado e centrado na PESP, com foco na obtenção dos melhores resultados.

O Mestrado em Enfermagem Médico - Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória com a conjugação das suas vertentes teóricas e práticas permitiu desenvolver e consolidar competências avançadas comuns e específicas implicando um crescimento contínuo para a prática no contexto do perioperatório.

Com a construção deste relatório de estágio, dando resposta aos objetivos gerais "conceber, formular e desenvolver um relatório de estágio que inclui a componente de investigação científica na área de especialização em enfermagem à pessoa em situação perioperatória" e "analisar criticamente, argumentar e sistematizar ideias complexas e de inovação na área científica, pretendeu-se demonstrar o caminho percorrido, desenvolvimentos pessoais e profissionais, barreiras e estratégias de melhoria, na evolução positiva como futuros enfermeiros especialistas da área de enfermagem médico cirúrgica à pessoa em situação perioperatória.

Os contextos de estágio abrangendo todo o período do perioperatório, desde a consulta de enfermagem pré-operatória, passando pelo intraoperatório e a consulta telefónica de enfermagem 30 dias pós-operatória, permitiu a completitude da experiência. Isso facilitou a aquisição de competências em diversas áreas da enfermagem avançada perioperatória, proporcionando uma visão holística do cuidado. Para cada fase, sentiu-se a necessidade da procura, consolidação e fundamentação do conhecimento teórico, o desenvolvimento de habilidades essenciais para atuar de forma eficaz em cada fase do processo cirúrgico e o crescimento/aperfeiçoamento do autoconhecimento e da assertividade.

Assim sendo, foi-nos possível atuar na capacitação para a autodeterminação e autogestão da situação, pela PESP e família, sobre a experiência cirúrgica a vivenciar, expectativas e resultados esperados assim como as necessidades de apoio na recuperação após alta hospitalar. Recolhemos dados e avaliamos a conformidade dos mesmos de forma a garantir a sua segurança, construímos uma relação terapêutica, com empatia e comunicação adequadas, respeitando as suas características individuais de forma holística, diminuindo a ansiedade, stress e medo.

Aprimoramos os planos de cuidados com base nas necessidades da PESP, identificando as intervenções adequadas de enfermagem avançada para alcançar os resultados.

As complicações cirúrgicas e anestésicas, a dor as náuseas e vômitos pós cirúrgicos, as hemorragias, as lesões por posicionamento cirúrgico, as ILC, a manutenção da homeostasia, assim como, os cuidados na minimização riscos iatrogênicos do ambiente cirúrgico são exemplos de preocupação e atuação da enfermagem avançada que com um olhar crítico e reflexivo maximiza a segurança cirúrgica e a qualidade dos cuidados prestados.

Defendemos formação, a investigação e o aperfeiçoamento de práticas seguras centradas na pessoa, promovendo uma cultura de melhoria contínua, essencial para a prestação de cuidados de excelência. São prova disso os casos clínicos apresentados, no exercício da tomada de decisão autónoma com a identificação das intervenções adequadas da enfermagem avançada, com apoio da plataforma e4nursing, da Ontologia e da NIC, apoiadas pelo *Perioperative Patient Focused Model*, assegurando a prestação de cuidados especializados e individualizados. Os trabalhos realizados no âmbito de eventos científicos onde participamos com pôsteres e nos trabalhos desenvolvidos em cada contexto de estágio.

A escolha da temática teve uma motivação e interesse pessoal. As ILC são uma problemática séria sobre a qual as organizações internacionais e nacionais continuam a procurar mitigar com a melhoria nas práticas diárias. Aliado a este facto, a procura crescente quer de resposta dos cuidados de saúde, pela população quer pelas organizações levam a aumentos de pressão de produtividade. De forma a dar resposta positiva a essas solicitações sem criar espaço para o erro é necessário criar protocolos e listas de verificação capazes de orientar as práticas mitigando riscos de esquecimento ou o ultrapassar de algumas fases no procedimento, como por exemplo a confirmação e registo da verificação da conformidade de esterilização. Que na sua ausência não permite a rastreabilidade nem a deteção atempada da sua não conformidade e, por conseguinte, a possível ILC por DMUM não conformes.

As principais dificuldades encontradas foram a gestão de tempo entre a vida familiar, o trabalho e a realização das horas de estágio, além da execução do relatório. Este processo levou não só à busca de evidências científicas que sustentassem a fundamentação da prática descrita, mas também o uso de uma plataforma nova, que exigiu um período de aprendizagem para sua utilização adequada. Esses desafios tornaram o processo mais complexo, mas também

proporcionaram uma oportunidade de crescimento e adaptação.

Em conclusão, este relatório abordou de forma detalhada o processo e as experiências vivenciadas ao longo da aquisição de competências essenciais nas diversas áreas da enfermagem avançada, com foco na tomada de decisão, na adaptação às novas práticas científicas e tecnológicas, e na promoção de um cuidado humanizado à PESP, fundamentais para a prática de enfermagem avançada.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Assunção, Y. B., & Goulart, I. B. (2016). Qualificação Profissional ou Competências para o Mercado Futuro? *Future. Studies Research Journal: Trends and Strategies*, 8(1), 175-207. <https://doi.org/10.24023/futurejournal/2175-5825/2016.v8i1.249>.
- Alligood, M., & Tomey, A. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5th ed.). Lusodidata.
- Alpendre, F. T., Cruz, E. D. de A., Dyniewicz, A. M., Mantovani, M. de F., Silva, A. E. B. de C. E., & Santos, G. de S. D. (2017). Safe surgery: validation of pre and postoperative checklists. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25(e2907).
- Alves et al. (2024). A metodologia científica do processo de enfermagem. Marques, R., Néné, M., & Sequeira, C. *Enfermagem Avançada*. Lidel. 978-989-752-924-5.
- Anderson, J. G., Suchicital, L., Lang, M., Kukic, A., Mangione, L., Swengros, D., Fabian, J., & Friesen, M. A. (2015). The Effects of Healing Touch on Pain, Nausea, and Anxiety Following Bariatric Surgery: A Pilot Study. *EXPLORE*, 11(3), 208-216.
- APCA, Sarmento, P., Marcos, A., Fonseca, C., Marques, M., Lemo S, P., & Vieira, V. (2013). *Recomendações para o Tratamento da Dor Aguda Pós-Operatória em Cirurgia Ambulatória*.
- APORMED. (2023). *Recomendações sobre Gestão e Manutenção de Equipamento Médico*, Lisboa.
- ASA. (2020). *Padrões para Monitoramento Anestésico Básico. Comitê de Padrões e Parâmetros de Prática (CSPP)*, 13 de dezembro de 2020.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP). (2012). *Enfermagem Perioperatória - Da Filosofia à Prática de Cuidados*. Loures, Portugal: Lusodidacta. ISBN 978-972-8930-16-5.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (AESOP). (2013). *Práticas Recomendadas para Bloco Operatório*. 3ª edição. ISBN 978-989-20-3725-7.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP) & Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (SPA) (2020). *Normalização de um carro de anestesia*. https://www.aesopenfermeiros.org/wpcontent/uploads/2020/01/carro_anestesia_012_Hi_gth-res.pdf.

Association of Perioperative Registered Nurses (AORN) (2019). *Guideline for positioning the patient. Guidelines for Perioperative Practice*. Denver, CO: AORN, Inc; 2019:637-714.

Association of Perioperative Registered Nurses (AORN) (2019a). *Surfaces for Prevention of Pressure Injuries. Prevention of Perioperative Pressure Injury Tool Kit*. Recuperado de: [https://www.gynecologiconcology-online.net/article/S0090-8258\(23\)00180-4/fulltext](https://www.gynecologiconcology-online.net/article/S0090-8258(23)00180-4/fulltext).

Augusto, C., Luisa, M., Mendonça, G., Ferreira, P., Raul Valério Ponte, Ingrid Botelho Ribeiro, Guilherme Cristovam Pina, Julia Oliveira Moreira, Lissa Fernandes Solano, Gabriela Freitas Alves, Fabrício Eiji Yuami, & Ariane Simião Garcia. (2024). Técnicas Cirúrgicas e Anestésicas na Histerectomia. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(4), 1331-1346.

Azenha, M., Rocha, C., Oliveira, E., Cruz, L., Pascoal De Carvalho, M., Luísa Macedo, A., Carreira, C., Pinheiro, F., & Correia, M. J. (2018). *Recomendações Portuguesas de Manutenção da Normotermia em Cirurgia de Ambulatório*.

Barros, A. C. L., Menegaz, J. do C., Santos, J. L. G. dos, Polaro, S. H. I., Trindade, L. de L., & Meschial, W. C. (2023). Conceitos de gestão e gerência do cuidado de enfermagem: revisão de escopo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(76), e20220020.

Butcher, H. K., Dochterman, J. M., Bulechek, G. M., & Wagner, C. M. (2020). *NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem* (7o ed.). GUANABARA KOOGAN.

Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S. (2021). *Guia prático para a segurança do doente*. Lidel. Edições Técnicas.

Butterworth, J. F., Mackey, D. C., & Wasnick, J. D. (2024). *Anestesiología clínica de Morgan y Mikhail* (7o ed.). Artmed Editora.

Cabral, D. (2004). *Cuidados especializados em enfermagem perioperatória : contributos para a sua implementação* [Tese Doutoramento]. http://catalogo.up.pt/F?func=find-b&local_base=UPB01&find_code=SYS&request=000093396

Carrapato, P. (2024). A liderança organizacional. Marques, R., Néné, M., & Sequeira, C. *Enfermagem Avançada*. Lidel. 978-989-752-924-5.

Catarino, F., Lourenço, C., Correia, C., Dória, J., Dixe, M., Santos, C., Sousa, J., Mendonça, S., Cardoso, D., & Costeira, C. R. (2022). Nursing care in peripheral intravenous catheter (PIVC): Protocol of a best practice implementation project. *Nursing Reports*, 12(3), 515-519.

CNECV. (2017). *Parecer N.º 95/CNECV/2017 sobre a transmissão de informação relativa às Diretivas*. *Cnecv.pt*; Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.

Datti, I. (2022). *REVISÃO DE PRÓTESE DE JOELHO - Cirurgia de*

Joelho.<https://iberedatti.com.br/blog/revisao-de-protese-de-joelho/>.

Declaração Universal dos Direitos Humanos. (1978). Diário da República, 1.^a série A — N.º 57/78. 9 de março de 1978.

Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República n.º 157/2018, Série I de 2018-08-16, páginas 4147 - 4182. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>.

Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro (2015). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República n.º 28/2015, 1.^o Suplemento, Série II de 2015-02-10, páginas 3882-(2) a 3882-(10). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>.

Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). Diário da República n.º 187/2021, Série II de 2021-09-24, páginas 96 - 103. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>.

Despacho n.º 6668/2017, de 2 de agosto (2017). Estabelece disposições sobre o direito de acompanhamento de criança ou jovem, com idade inferior a 18 anos, em situação de intervenção cirúrgica, igualmente aplicável a pessoas maiores de idade com deficiência ou em situação de dependência, no momento da indução anestésica e durante o recobro cirúrgico. Diário da República n.º 148/2017, Série II de 2017-08-02, páginas 16068 - 16069. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/6668-2017-107794485>.

Despacho n.º 11688/2020 (2020). Estrutura curricular e plano de estudos do 2.^o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre em Enfermagem Médico -Cirúrgica, na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Diário da República n.º 230/2020, Série II de 2020-11-25, páginas 174 - 176. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/11688-2020-149595005>.

Diaz-Navarro, C., Armijo-Rivera, S., Prudencio-Palomino, C., José Gamaliel Velazco-González, Castro, P., & León-Castelao, E. (2024). *Evaluation of TALK© training for interprofessional clinical debriefing in Latin America*. Archives of Medical Research, 55(7), 103060-103060. <https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2024.103060>.

Diaz-Navarro, C., Iago Enjo-Perez, Leon-Castelao, E., Hadfield, A., Nicolas-Arfelis, J. M., & Castro-Rebollo, P. (2024a). *Implementation of the TALK© clinical self-debriefing tool in operating theatres: a single-centre interventional study*. British Journal of Anaesthesia, 133(4). <https://doi.org/10.1016/j.bja.2024.05.044>.

Direção Geral da Saúde (DGS). (2003). Circular Normativa - Nº 09/DGCG de 14/06/2003. *A Dor*

como 5ª sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgc-g-de-14062003-pdf.aspx>.

Direção Geral da Saúde (DGS). (2011) *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. Relatório Técnico Final. Versão Portuguesa de WHO. (2009). Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. © WHO, 2009. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoISegDoente_Final.pdf

Direção Geral da Saúde (DGS). (2013). Norma nº 015 /2013. *Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito*. norma-consentimento-informado-esclarecido-livre-dado-por-escrito.

Direção Geral da Saúde (DGS). (2013a). Norma nº 2 /2013. *Cirurgia Segura, Salva Vidas*. <https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Norma-Cirurgia-Segura-Salva-Vidas-.pdf>.

Direção Geral da Saúde (DGS). (2015). Norma nº 020/2014 atualizada a 14/12/2015. *Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2014/12/30/medicamentos-com-nome-ortografico-fonetico-ou-a-speto-semelhantes/>.

Direção Geral da Saúde (DGS). (2015a). Norma nº 014/2015 - *Medicamentos de alerta máximo*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/08/06/medicamentos-de-alerta-maximo/>.

Direção Geral da Saúde (DGS). (2016). Norma nº 18/2016. *Reconciliação da medicação* - Portal das Normas Clínicas. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2016/12/30/reconciliacao-da-medicacao/>.

Direção Geral de Saúde (DGS). (2017). Norma nº 001/2017 de 08 de fevereiro: *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Lisboa, 08 de fevereiro. (1-8) Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>.

Direção Geral de Saúde (DGS). (2019). Norma nº 007/2019 de 16 de outubro: *Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. Lisboa, Disponível em: [higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/2019/10/16/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf) (min-saude.pt).

Direção Geral da Saúde (DGS). (2022). Norma DGS n-º 020/2015 atualizada a 17/11/22: *“Feixes de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico*. Lisboa. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-de-local-cirurgico/>.

Direção Geral da Saúde (DGS). (2022a). Norma nº 017/2022, 19/12/2022. *Notificação e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2022/12/19/notificacao-e-gestao-de-incidentes-de-seguranca-d>

o-doente/.

Direção Geral de Saúde (DGS). (2022b). *Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. Lisboa. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026.pdf (tecnohospital.pt).

Direção-Geral da Saúde. (DGS). (2022c). Norma DGS nº 031/2013 atualizada a 17/11/2022. *Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2013/12/31/profilaxia-antibiotica-cirurgica-na-crianca-e-no-adulto/>.

Duarte, A., & Martins, O. (2021). *Enfermagem em bloco operatório*. Lidel. 978-972-757-959-4.

EORNA. (2023). *EORNA Best Practice for Perioperative Care*. 3ª Ed. Junho 2023. European Operating Room Nurses Association. ISBN: 9789082370904.

Estevam, C. (2022). *Tratamento de anemia perioperatória sem transfusão de sangue alogênico: proposta de abordagem multiprofissional para uso de medicamentos em apoio à gestão do sangue do paciente*. UFS. <http://ri.ufs.br/jspui/handle/riufs/16849>.

Evangelista, C., Lopes, M., Nóbrega, M., Vasconcelos, M., & Viana, A. (2020). An analysis of Jean Watson's theory according to Chinn and Kramer's model. *Revista de Enfermagem Referência*, V Série(No 4). <https://doi.org/10.12707/rv20045>.

Farhan-Alanie, M. M., Lee, Y., Underwood, M., Metcalfe, A. J., Jeremy Mark Wilkinson, Andrew D.F. Price, Warwick, J., & Wall, P. (2021). *Effect of tourniquet use on the risk of revision in total knee replacement surgery: an analysis of the National Joint Registry Data Set*. BMJ Alberto, 11(6), e045353–e045353. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045353>.

Ferreira, J., & Silva, C. (2022). *Melhoria de fluxos num Bloco Operatório* [Dissertação Apresentada Para a Obtenção Do Grau De Mestre Em Engenharia e Gestão Industrial]. <https://hdl.handle.net/10316/103072>.

Ferreira, A. (2023). *Preparação de Terapêutica Farmacológica - Manual Prático para Enfermeiros* (1a ed.). Lidel – Edições Técnicas, Lda.

FIA, & Silva, A. (2023). *Ética e moral: diferenças, exemplos e aplicações na atualidade*. Blog FIA. <https://fia.com.br/blog/etica-e-moral/>.

Funch, R. & Fuch, T. (2015). - *Infecção Pós Artroplastia Total do Joelho – Tratamento de Joelho e Quadril em Curitiba*. <https://institutofuchs.com.br/infeccao-pos-artroplastia-total-do-jelho/>.

Garland, R. (2024, September 16). *Key Metrics of a Successful Total Joints Program*. Parrott, J. *Outpatient Surgery Magazine*; Association of periOperative Registered Nurses. <https://www.aorn.org/outpatient-surgery/special-editions/article/key-metrics-of-a-successful-total-joints-program>.

Gomes, B. M., Mendes, J. L. L., & Pedro, A. D. (2020). CUIDADOS DE ENFERMAGEM ASSOCIADOS AO CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO. *Revista Ibero-Americana de Saúde E Envelhecimento*, 6(1), 2135. [https://doi.org/10.24902/r.riase.2020.6\(1\).406.2135-2149](https://doi.org/10.24902/r.riase.2020.6(1).406.2135-2149).

Gomes, J. (2020). *A Qualidade Assistencial no Bloco Operatório de Hospitais Portugueses*, tese de doutoramento, instituto de ciências biomédicas Abel Salazar.

Goodman, T., & Spry, C. (2017). *Essentials of perioperative nursing* (6th ed.). Jones & Bartlett Learning.

Guimarães, A. C. P., & Sousa, R. J. G. (2018). Prótese total do joelho dolorosa: Abordagem diagnóstica. *Revista Portuguesa de Ortopedia E Traumatologia*, 26(4), 318-340. https://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-21222018000400003#c.

Guimarães, S. M., Mauro, J. E. P., & Wazenkeski, E. S. (2020). Diretrizes de Práticas em Enfermagem Cirúrgica e Processamento de Produtos para a Saúde-SOBECC Nacional. *Revista Aletheia*, 53(1), 153-155.

Haugen, A. S., Wæhle, H. V., Almeland, S. K., Harthug, S., Sevdalis, N., Eide, G. E., ... & Søfteland, E. (2019). *Causal analysis of World Health Organization's surgical safety checklist implementation quality and impact on care processes and patient outcomes: secondary analysis from a large stepped wedge cluster randomized controlled trial in Norway*. *Annals of surgery*, 269(2), 283. doi: 10.1097/SLA.0000000000002584.

Hinkle, J., & Cheever, K. (2020). Brunner & Suddarth - *Tratado De Enfermagem Médico-Cirúrgica* (14o ed.). Guanabara Koogan. tradução língua portuguesa - Sônia Regina de Souza.

INFARMED. (2023). Vigilância de dispositivos médicos. [Infarmed.pt](https://www.infarmed.pt). <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/dispositivos-medicos/vigilancia-de-dispositivos-medicos>.

INFARMED. (2024). *Infomed: Base de Dados de Medicamentos de Uso Humano*. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/index.xhtml>.

(IPQ). (2025). *Instituto Português de Qualidade*. <https://www.ipq.pt/>.

(ICN). (2019). *Internacional Council Nurse*. ICNP Browser. Ordem dos Enfermeiros. Navegador ICNP | CIE - Conselho Internacional de Enfermeiros.

Lasmar, R. B., & Lasmar, B. P. (2017). The role of leiomyomas in the genesis of abnormal uterine bleeding (AUB). *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 40(40), 82-88. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2016.09.008>.

Le Boterf, G. (2006). *Avaliar a Competência de um Profissional: Três dimensões a explorar*. Reflexão RH, 61-63.

<http://www.guyleboterf-conseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf>.

Lei n.º 15/2014, de 21 de março (2014). *Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde*. Diário da República n.º 57/2014, Série I de 2014-03-21, páginas 2127 - 2131. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/15-2014-571943>.

Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro (2015). *Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais*. Diário da República n.º 181/2015, Série I de 2015-09-16, páginas 8059 - 8105. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>.

Lobão et al., (2024). Dos dados à decisão do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica. Marques, R., Néné, M., & Sequeira, C. *Enfermagem Avançada*. Lidel. 978-989-752-924-5.

Lomba, A. G. da S. (2023). *A Avaliação da Satisfação do Cliente como Ferramenta de Melhoria dos Cuidados Intraoperatórios* [Tese De Mestrado].

Lopes, E., Cerqueira, M., & Rocha, M. (2022). As vantagens da consulta de enfermagem presencial à pessoa submetida a cirurgia ambulatoria. *Revista de Enfermagem Referência*, VI Série (No 1). <https://doi.org/10.12707/rv21149>.

Machado, H. (2013). *Manual de Anestesiologia*. Editora LIDEL.

Marinho, H. (2021). *Relatório de estágio: Dissertação da candidatura ao grau de Mestre em Medicina*, Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar da universidade do Porto. Repositório científico de acesso aberto. <https://hdl.handle.net/10216/134313>.

Marques, R., Néné, M., & Sequeira, C. (2024). *Enfermagem Avançada*. Lidel. <https://m.lidel.pt/pt/catalogo/ciencias-da-enfermagem/enfermagem/enfermagem-avancada/>.

Marquini, G. V., Pinheiro, F. E. S., Vieira, A. U. C., Pinto, R. M. C., Uyeda, M. G. B. K., Girão, M. J. B. C., & Sartori, M. G. F. (2019). Efeitos da abreviação do jejum pré-operatório com solução de carboidrato e proteína em sintomas pós-operatórios de cirurgias ginecológicas: ensaio clínico randomizado controlado duplo-cego. *Revista Do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 46(5). <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20192295>.

Martin, J. R., Archibeck, M. J., Gililland, J. M., Anderson, L. A., Polkowski, G. G., Schwarzkopf, R., Seyler, T. M., & Pelt, C. E. (2023). Trends in Total Knee Arthroplasty Cementing Technique Among Arthroplasty Surgeons—A Survey of the American Association of Hip and Knee Surgeons Members. *The Journal of Arthroplasty*, 38(7), S233-S238.e6. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2022.12.034>.

- Mota, S. (2021). *Segurança do doente no bloco operatório: contributos do ambiente de prática e da liderança em enfermagem* [Doctoral dissertation, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/140139>.
- Motta, R. S., Ogliari, K. B. da C., Oliveira, H. C. S. S., & Funez, M. I. (2024). Cuidados de enfermagem com a analgesia controlada pelo paciente: revisão de escopo. *Brazilian Journal of Pain*, 7(7), 01-07. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20240056-pt>.
- Mourão, J., Pereira, L., Alves, C., Andrade, N., Cadilha, S., & Perdigão, L. (2018). Indicadores de Segurança e Qualidade em Anestesiologia. *Revista Da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 27(2), 23-27. <https://doi.org/10.25751/rspa.13568>.
- Nelson, G., Fotopoulou, C., Taylor, J., Glaser, G., Bakkum-Gamez, J., Meyer, L. A., Stone, R., Mena, G., Elias, K. M., Altman, A. D., Bisch, S. P., Ramirez, P. T., & Dowdy, S. C. (2023). Enhanced recovery after surgery (ERAS®) society guidelines for gynecologic oncology: Addressing implementation challenges - 2023 update. *Gynecologic Oncology*, 173(173), 58-67. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2023.04.009>.
- Neto, S. C. G. (2019). *Influência do Índice de Massa Corporal nos resultados pós-artroplastia total do joelho*.
- Nunes, J. S., Gomes, R., Povo, A., & Alves, E. C. (2018). Quality Indicators in Ambulatory Surgery: A Literature Review Comparing Portuguese and International Systems. *Acta Médica Portuguesa*, 31(7-8), 425-430. <https://doi.org/10.20344/amp.10416>.
- Nunes, L. (2024). Tomada de decisão ética. Marques, R., Néné, M., & Sequeira, C. *Enfermagem Avançada*. Lidel. 978-989-752-924-5.
- Nunes, O. J. S., Munhoz, O. L., Cauduro, G. M. R., Freitas, E. de O., Andolhe, R., & Magnago, T. S. B. de S. (2023). Construção e validação de checklist para transferência do cuidado na alta da sala de recuperação pós-anestésica. *Ciência, Cuidado E Saúde*, 22. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v22i0.66042>.
- Oliveira, T. G. S., Carmo, T. G. do, Teodoro, L. C. L., Tinoco, J. de M. V. P., & Flores, P. V. P. (2020). *Intervenções de enfermagem com drenos no período perioperatório: Uma revisão integrativa*. Research, Society and Development, 9(7), e206974048. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4048>.
- Ordem dos Enfermeiros. (1998). REPE. Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro, com nova redação dada pelo Decreto-Lei nº 104/98, 21 de abril. Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respectivo Estatuto. Diário da República n.º 93/1998, Série I-A de 1998-04-21, páginas 1739 - 1757. (OE). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/104-175784>.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de*

Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. Outubro (1-16) [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicador es-VFOut2007.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicador_es-VFOut2007.pdf).

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *CIPE ® Versão 2. – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. (OE). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Ordem dos Enfermeiros, 1-112. (OE). <https://ordemdosenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documentos/REPE.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. (OE). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Médico Cirúrgica*. (OE). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2024). - *Parecer Conselho Jurisdicional (CJ) da Ordem dos Enfermeiros - 44/2024*. (OE). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/34040/p44-2024_inf-telef%C3%B3nicas-a-familiares-de-utentes.pdf.

Palos, L. C., & Sousa, C. S. (2024). Competências de enfermagem no posicionamento do paciente cirúrgico: revisão de escopo. *Revista Recien*, 14(42), 839-850. <https://doi.org/10.24276/rrecien2024.14.42.839850>.

Pasin, S., & Schnath, F. (2007). Cuidados de enfermagem na analgesia por cateter peridural. *Rev HCPA*, 27(2), 69-73.

Pereira, K. B. (2024). *Autoconhecimento: o que é*. Blog | Conexa Saúde. <https://www.conexasaude.com.br/blog/autoconhecimento/>.

Portaria n.º 291/2012, de 24 de setembro (2012). *Estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para as unidades privadas que prossigam atividades no âmbito da cirurgia de ambulatório*. Diário da República n.º 185/2012, Série I de 2012-09-24, páginas 5376 - 5392. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/291-2012-176039>.

Portaria n.º 87/2015, de 23 de março (2015). *Define os tempos máximos de resposta garantidos para todo o tipo de prestações de saúde sem carácter de urgência, publica a Carta de Direitos de Acesso e revoga a Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro*. Diário da República n.º 57/2015, Série I de 2015-03-23, páginas 1656 - 1659.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/87-2015-66807918>.

Póvoa, F. F., Bombig, M. T. N., & Póvoa, R. (2021). AVALIAÇÃO PERIOPERATÓRIA DO PACIENTE HIPERTENSO. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 28(4), 276-282. <https://doi.org/10.47870/1519-7522/20212804276-82>.

Ramírez-Pimiento, J. D., & Diaztagle-Fernández, J. J. (2024). Nil per os after midnight: history of preoperative fasting. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 1(53). <https://doi.org/10.5554/22562087.e1134>.

Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho (2028). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica*. Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16, páginas 19359 - 19370. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>.

Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06, páginas 4744 - 4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>.

Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro (2019). *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Diário da República n.º 184/2019, Série II de 2019-09-25, páginas 128 - 155. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>.

Regulamento n.º 613/2022, de 8 de julho (2022). *Regulamento que define o ato do enfermeiro*. Diário da República n.º 131/2022, Série II de 2022-07-08, páginas 179 - 182. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/613-2022-185836226>.

Reith, F. C., Van den Brande, R., Synnot, A., Gruen, R., & Maas, A. I. (2016). The reliability of the Glasgow Coma Scale: a systematic review. *Intensive care medicine*, 42(1), 3-15. <https://doi.org/10.1007/s00134-015-4124-3>.

Rocha, K. N. S., Souto, M. F. O., Azevedo, E. V. A., Alves, C. P. de C., Nébias, V. A. de S., Moraes, J. M., Azevedo, E. de O., Cangue, L. C. R., & Spanier, J. P. (2022). O manejo cirúrgico da artroplastia total de joelho. *Brazilian Journal of Health Review*, 5(1).

Rothrock, J. C., & Smith, D. A. (2000). Selecting the perioperative patient focused model. *AORN Journal*, 71(5).

Rothrock, J. C. (2021). *Alexander: Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. (16ª Edição) Gen. Guanabara Koogan Ltda. ISBN: 9788595151000.

Rothrock, J. C. (2022). *Alexander's Care of the Patient in Surgery*. (17th ed.). Elsevier - Health

Science.

SAESP, & ESA. (2025). *Diretrizes da Sociedade Europeia de Anestesiologia e do Conselho Europeu de Anestesiologia para sedação e analgesia em procedimentos em adultos*. Webpkgcache.com.

<https://saesp-org-br.Diretrizes-da-Sociedade-Europeia-de-Anestesiologia-e-do-Conselho-Europeu-de-Anestesiologia-e-analgesia-em-procedimentos-em-adultos-1.pdf>.

Santos, B. C., & Magri, M. D. F. (2024). ÉTICA E ENFERMAGEM: UMA ANÁLISE DOS PRINCÍPIOS BIOÉTICOS. *Revista Ilustração*, 5(4), 211-221. Recuperado de: <https://doi.org/10.46550/ilustracao.v5i4.339>.

Seidelman, J. L., Mantyh, C. R., & Anderson, D. J. (2023). *Surgical Site Infection Prevention*. JAMA, 329(3), 244-252. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.24075>.

Sena Filho, C. A. da C., Acioli, M. L. B., Jales, J. G. M. B., Souza, P. F. de L. e, Ponte, R. V., Ribeiro, I. B., Pina, G. C., Moreira, J. O., Solano, L. F., Alves, G. F., Yuami, F. E., & Garcia, A. S. (2024). Técnicas Cirúrgicas e Anestésicas na Histerectomia. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(4), 1331-1346. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n4p1331-1346>.

Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em saúde mental: diagnósticos e intervenções*. Lidel.

Serranheira, F., Cotrim, T. P., Sousa-Uva, A. (2021). *Ergonomia e Segurança do Doente*. Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S. (2021). *Guia prático para a segurança do doente*. Lidel. Edições Técnicas.

Shah, A., Palmer, A. J. R., & Klein, A. A. (2020). Strategies to minimize intraoperative blood loss during major surgery. *British Journal of Surgery*, 107(2), e26-e38. <https://doi.org/10.1002/bjs.11393>.

SOBECC, R. (2021). Diretrizes de Práticas em Enfermagem Perioperatória e Processamento de Produtos para Saúde. *Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico*, 2, 567-596.

Sociedade Portuguesa de Anestesiologia. (SPA). (2017). *CONSENSOS DE MANUTENÇÃO DA NORMOTERMIA NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO*. Recomendações SPA - SPA . Sociedade Portuguesa de Anestesiologia.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE GINECOLOGIA. (SPG). (2018). *Consenso Nacional sobre Hemorragias Uterinas*. Senso Nacional sobre Hemorragias Uterinas 2018. <https://spginecologia.pt/>; SPG. <https://spginecologia.pt/academia/consensos/>.

Sousa, B.B.M. (2024). Os serviços de saúde: contextos de formação e aprendizagem. Marques, R., Néné, M., & Sequeira, C. *Enfermagem Avançada*. Lidel. 978-989-752-924-5.

Sousa, H., & Marques, O. (2014). 9. Anestesia, Duarte, A., & Martins, O. (2014). *Enfermagem em*

bloco operatório. Lidel. 978-972-757-959-4.

Sousa, M., & Ambrósio, R. (2013). Anestesia do Neuroeixo. In *Manual de Anestesiologia* (1st ed., pp. 298-307). Lidel.

Souza, A. C. F. de, Do O', C. B., Santos, B. da S., Macêdo, E. A. B. de, Silva, H. M. M. D., & Xavier, S. S. de M. (2023). Posicionamento cirúrgico: uma atualização das evidências científicas para intervenções de enfermagem. *Revista SOBECC*, (27:E2227841). <https://doi.org/10.5327/z1414-4425202227841>.

Spruce, L. (2021). Positioning the Patient. *AORN Journal*, 114(1), 75-84. <https://doi.org/10.1002/aorn.13442>.

TALK FOUNDATION (2020). Talk debrief. Manual de Utilizador. *TALK Foudation*. <https://www.talkdebrief.org/>.

Varacallo, M., Luo, T. D., & Johanson, N. A. (2023). *Técnicas de Artroplastia Total do Joelho*. In *StatPearls*. Ilha do Tesouro (FL): StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499896/>.

Venkatesan, U., Kamal, S., Viswanathan, J., (2021). Perception of Pain, Attitude and Satisfaction of Pain Management among Postoperative Patients. *Journal of Clinical & Diagnostic Research* 15 (1), 5-8. DOI: 10.7860/JCDR/2021/45991.14457.

Vilela et al. (2024). Projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Marques, R., Néné, M., & Sequeira, C. *Enfermagem Avançada*. Lidel. 978-989-752-924-5.

Volquind, D., Bossardi, A., Ribeiro, F., Angeletti, M., Tonatto Filho, A., (2021). *Guia pratico de anestesiologia*, P.77. - Editora da Universidade de Caxias do Sul, DOI: 10.18226/9786558070733.

Wicklin, S. (2020). *The Perioperative Patient Focused Model: A literature review*. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 18 (100083), ISSN 2405-6030, <https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2019.100083>.

WHO. (2005). *Launch of the Global Patient Safety Challenge: Clean Care is Safer Care*. [Www.who.int](http://www.who.int). <https://www.who.int/news/item/13-10-2005-launch-of-the-global-patient-safety-challenge-clean-care-is-safer-care>.

WHO. (2009). *Orientações da WHO para Cirurgia Segura 2009: Cirurgia Segura Salva Vidas*, Versão Portuguesa. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde. Recuperado de <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2/orientacoes-da-who-para-a-cirurgia-segura-2009-pdf.aspx>.

WHO. (2017). *Medication Without Harm WHO Global Patient Safety Challenge*. World Health

Organization.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

WHO. (2018). *Global Guidelines for the Prevention of Surgical site Infection*. World Health Organization. Recuperado de: 1-186 GuidelinesFinalCorrect9 (who.int).

WHO. (2018b). *Preventing Surgical Site Infections: Implementation approaches for evidence-based recommendations*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/273154/9789241514385-eng.pdf>.

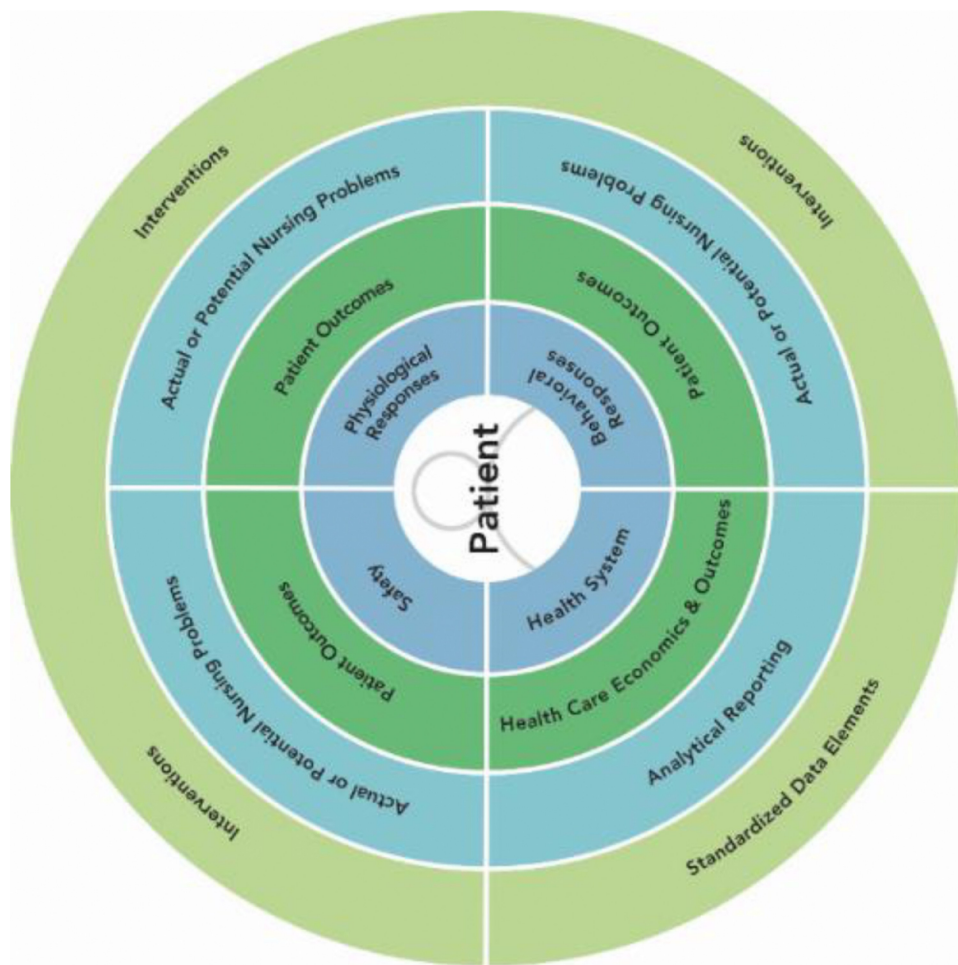
WHO. (2019). *Global Action on Patient Safety. Seventy - Second World Health Assembly*. Agenda item 12.5. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/resolutions>.

WHO. (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde*. World Health Organization.

WHO. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>.

8. ANEXOS

Anexo I



Anexo II



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

4º Curdo de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Área de Especialização de
Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II

PROJETO DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

Mestranda: Margarida Rodrigues 2023101130

Orientadora: Professora Doutora Liliana Mota

1. INTRODUÇÃO

O presente projeto de desenvolvimento pessoal insere-se no âmbito da unidade curricular, que decorre entre o dia 19 de setembro de 2024 e o dia 9 de abril de 2025, denominada de Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II, do 3º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, da Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa. Conforme publicado no Despacho nº 11688/2020 no Diário da República a 25 de novembro de 2020 foi estruturado a realização de 810 horas de tempo total de trabalho, 440 horas de estágio, 80 horas de orientação tutorial e 20 horas de seminário. O local escolhido, para a realização do mesmo, derivou de um conjunto variado de fatores pessoais, económicos e familiares assim como laborais, mas também académicos e futuristas. Ou seja, como refere (Lee et al, 2017) com o pensamento na melhoria continua de desenvolvimento de atitudes, de habilidades, de saberes, com espírito crítico-reflexivo, para a prática de enfermagem avançada e aquisição de capacidade de tomada de decisão.

O estágio decorrerá numa unidade hospitalar do norte dividido em duas componentes. A primeira parte será no contexto do intraoperatório no bloco operatório da especialidade de ortopedia (BOEO) e a segunda será na unidade de cirurgia de ambulatório (UCA) obtendo assim contato com o pré e o pós-operatório. Esta divisão trará enriquecimento à aprendizagem que se pretende no estágio uma vez que se poderá alargar a visão de contato e experiência com a pessoa em situação perioperatória, possivelmente alertando para outras dimensões dos problemas experienciando perspetivas diferentes. No Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE) a Ordem dos Enfermeiros (OE) refere que a enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (OE, 1998). E que cuidados de enfermagem são “as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais” (OE, 1998).

A Association of periOperative Registered Nurses (AORN) defende que o enfermeiro em contexto de Bloco Operatório (BO) deve “*Identificar as necessidades do doente / família, para elaborar e por em prática um plano individualizado de cuidados que coordene as ações de enfermagem, baseadas no conhecimento das ciências humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do individuo antes, durante e após a cirurgia.*” (AORN, 1998, cit. in AESOP, p. 9). A Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portuguesas (AESOP) define enfermagem perioperatória como “*conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro da sala de operações através de um processo programado (ou de várias etapas integradas entre si), pelo qual o enfermeiro reconhece as necessidades do doente a quem presta ou vai prestar cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos do trabalho realizado*” (AESOP, 2012).

Alcançar o objetivo do cuidar da PESP tem sido um desafio para os enfermeiros que trabalham em contexto de BO. A PESP, que vivencia a experiência cirúrgica, encontra-se perante um estado de fragilidade física, emocional, social, funcional, económica, com possíveis resultados, variáveis entre recuperação, equilíbrio ou até mesmo a morte. Por outro lado, o curto tempo de contato com a PESP e sua família na passagem pelo BO, muitas vezes sob anestesia geral ou similares, diminui o espaço temporal que o enfermeiro do BO tem para criar a interação com esta e assim utilizar e desenvolver o processo de enfermagem (AESOP, 2012).

Por sua vez, a OE, subdividiu a especialidade médico cirúrgica em quatro áreas sendo uma delas a área de cuidados de enfermagem à pessoa em situação perioperatória. Ficando-lhes atribuídas, a estes especialistas, o desenvolvimento das competências comuns, segundo o Regulamento 140/2019 e específicas, segundo o Regulamento 429/2018. Assim como, no Decreto – Lei nº 65/2018 sustenta que a especialização com aquisição de grau de mestre pede e pretende que o mestrando procure a obtenção de capacidades de adaptação a toda esta complexidade utilizando os conhecimento, habilidades e atitudes apreendidas, adquiridas e treinadas no percurso do plano de estudos estruturado.

Pelos aumentos da complexidade do contexto do perioperatório o enfermeiro especialista, no sentido de responder a essa evolução, procura reforçar os seus conhecimentos e dos seus pares, sendo um elemento ativo e facilitador dos processos de aprendizagem, fomentando a partilha de experiências, identificando lacunas, desenvolvendo estudos de investigação, procurando a evidência científica atual para dar suporte à sua tomada de decisão (OE, 2019). Preconiza também a implementação dos padrões de qualidade dos cuidados especializados assente nos seus cinco pilares (OE, 2017).

Os temas a serem abordados ao longo do projeto terão como objetivo desenvolver os domínios de competências comuns e específicas e a perseguição dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade, utilizando o discurso conceptual de enfermagem para a prática da enfermagem avançada, tendo por base todo o processo de enfermagem.

Como metodologia serão usados a observação exploratória, com análise crítico-reflexiva e de introspeção apoiada na evidência científica, mais atual, através de revisão bibliográfica.

Após esta breve introdução referimos que o presente projeto se encontra dividido em três partes. Iniciará com a planificação onde serão inscritos os objetivos gerais e específicos do Estágio II, com as atividades e os recursos necessários para os atingir organizados numa tabela. Estes corresponderão às competências técnicas e não técnicas comuns e específicas dos regulamentos correspondentes. Recorrer-se-á ao diagrama de Gantt para expor de forma sucinta e organizada a planificação temporal. De seguida será abordado a monitorização, controlo e avaliação do projeto utilizando a técnica SWOT. Por último estarão as referências bibliográficas.

2. PLANIFICAÇÃO

Neste capítulo serão relatados os objetivos gerais, de acordo com o Guia de Orientação Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II (2024/2025) e os objetivos específicos escolhidos assim como as competências e domínios com os quais estão correlacionados. Cada objetivo específico terá a descrição das atividades a realizar para que sejam atingidos, assim como os recursos necessários e a sua temporalidade.

No preâmbulo do regulamento 140/2019 define que *“enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializadas nas áreas de especialidades em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído, nos termos do disposto da alínea i) do n.º 3 do artigo 3.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros”* e que *“partilham um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde”*. (OE, 2019).

A OE no regulamento n.º 429/2018 (pág. 19366) refere que *“A área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória tem como alvo de intervenção a pessoa e família/pessoa significativa, a vivenciarem experiência cirúrgica/anestésica. 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”*.

Objetivos Gerais do Estágio de Enfermagem à Pessoa Em Situação Perioperatória II:

- Aplicar conhecimentos no processo de tomada de decisão na resolução de situações complexas, em contextos alargados e multidisciplinares, na área científica de enfermagem;
- Refletir sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultam do processo de tomada de decisão na área de enfermagem especializada;
- Conceber, formular e desenvolver um relatório de estágio que inclui a componente de investigação científica na área de especialização em enfermagem à pessoa em situação perioperatória;
- Analisar criticamente, argumentar e sistematizar ideias complexas e de inovação na área científica;
- Disseminar os conhecimentos emergentes dos resultados da investigação em enfermagem;
- Desenvolver competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida de forma auto-orientada ou autónoma.

Objetivos Específicos do Estágio de Enfermagem à Pessoa Em Situação Perioperatória II:

1. Elaborar um documento com as recomendações e normas de verificação periódica dos Dispositivos Médicos/ Equipamentos utilizados no BO.

Detém o desenvolvimento de unidades de competências comuns dos quatro domínios do regulamento nº 140/2019, assim como do regulamento nº 429/2018 se extrai o desenvolvimento da competência da maximização da segurança da PESP e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica, vertida na unidade funcional da promoção e gestão e o controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório.

2. Dinamizar formação em serviço sobre o processo de confirmação e registos da esterilização dos dispositivos médicos e sua importância;

Detém o desenvolvimento de unidades de competências comuns dos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal e da melhoria continua da qualidade do regulamento nº 140/2019, assim como do regulamento nº 429/2018 se extrai o desenvolvimento da competência da maximização da segurança da PESP e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica, vertida na unidade funcional de liderança de processos de prevenção e controlo de infeção associados aos cuidados perioperatórios.

3. Promover a exposição de dúvidas recorrentes que a equipa da UCA apresentem, através da metodologia TALK, comprometendo-me com a aquisição das respostas.

Detém o desenvolvimento de unidades de competências comuns do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais do regulamento nº 140/2019, assim como o desenvolvimento da intervenção numa perspetiva interprofissional descrito no regulamento nº 429/2018.

Na tabela seguinte estarão discriminadas as atividades, os recursos e a temporalidade planificada para atingir os objetivos específicos delineados.

Tabela 1. Atividades planeadas e Recursos necessários para execução dos Objetivos Específicos

(Baseado no modelo de Gantt)

Elaborar um documento com as recomendações e normas de verificação periódica dos Dispositivos Médicos/ Equipamentos utilizados no BO		
Atividades	Recursos	Tempo
Levantamento dos equipamentos a listar; Identificando as casas comerciais responsáveis pela manutenção dos mesmos; Agregação dos contatos; Verificação das recomendações;	Humanos: orientador, gestor, aluna, comerciais Materiais: computador, guias de utilização Tecnológicos: <i>internet</i> , computador	Até 2 de dezembro de 2025

Datando a verificação seguinte dentro da periodicidade recomendada.		
Dinamizar formação em serviço sobre o processo de confirmação e registos da esterilização dos dispositivos médicos de uso múltiplo e sua importância;		
Atividades	Recursos	Tempo
Revisão Bibliográfica sobre tema; Discussão do tema com enfermeiro Tutor e Gestor; Formação à equipa.	Humanos: gestor, aluna Materiais: materiais utilizados para a verificação da esterilização Tecnológicos: <i>internet</i> , computador	Até 2 de dezembro de 2025
Promover a exposição de dúvidas recorrentes que a equipa da UCA apresentem, através da metodologia TALK, comprometendo-me com a aquisição das respostas.		
Atividades	Recursos	Tempo
Esclarecimento com enfermeiro Tutor e Gestor sobre a atividade; Análise das dúvidas prévias; Execução o dia TALK Recolhendo as dúvidas não satisfeitas e pesquisar; Convidando outros elementos para a iniciativa.	Humanos: orientador, gestor da UCA, aluna e outros Materiais: literatura Tecnológicos: computador, projetor, <i>internet</i>	Até 20 de janeiro de 2025

As atividades a desenvolver para aquisição de competências pretendidas neste Estágio II não se prendem apenas às anteriormente expostas. De facto, será colocado em seguida o diagrama de Gantt, com as diferentes etapas de desenvolvimento do projeto que aqui se está a delinear.

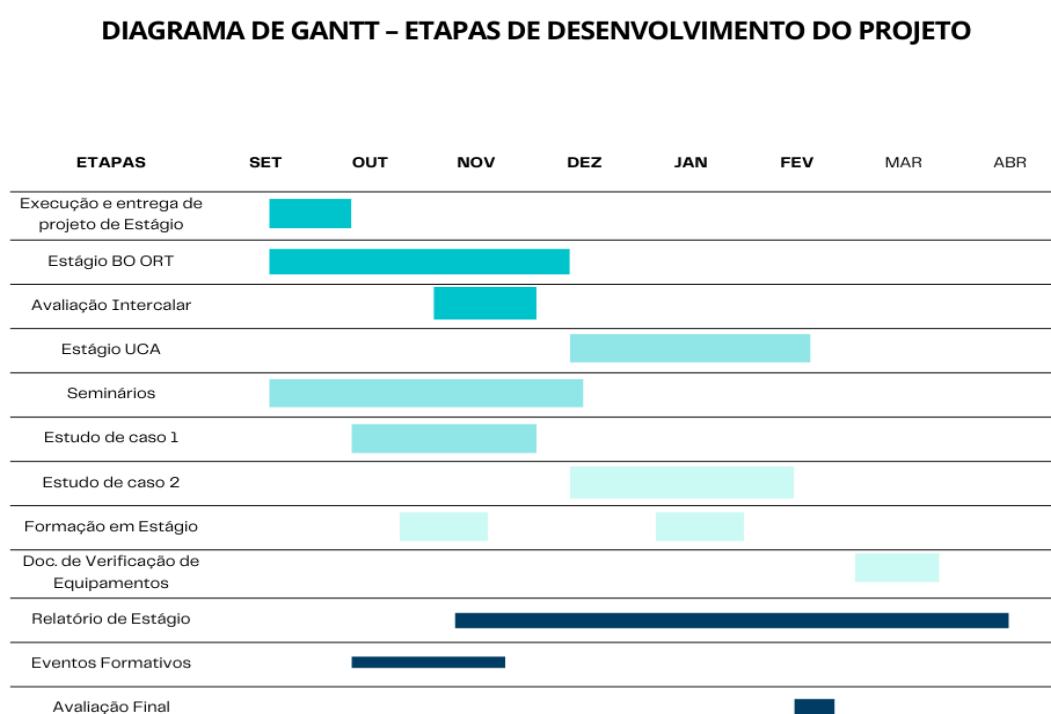
3. MONITORIZAÇÃO, CONTROLO E AVALIAÇÃO DO PROJETO

Com a monitorização e controlo do projeto pode-se verificar o desempenho do mesmo. Com este tipo de processo realiza-se uma análise contínua do planeado, do estado atual da sua evolução, identificando e antecipando problemas ou desvios e inadequações permitindo assim gerir a implementação de mudanças. Esta etapa ajuda também a manter o projeto dentro de prazos e orçamentos. No fim do projeto é realizada a sua avaliação final.

Este projeto prevê a execução das atividades descritas no diagrama de Gantt entre os quais há dois momentos de avaliação formais, a avaliação intercalar e a final. Estas avaliações referem-se ao desempenho do aluno em si e não do próprio projeto.

No decurso do estágio esse diagrama e os objetivos específicos escolhidos serão postos à prova, mostrando ou não a sua assertividade assim com a sua adequação. Assim como a sua perseguição dará ao aluno uma linha orientadora quer a nível de atividades e competências a desenvolver quer a nível temporal, uma vez que baliza no tempo cada atividade.

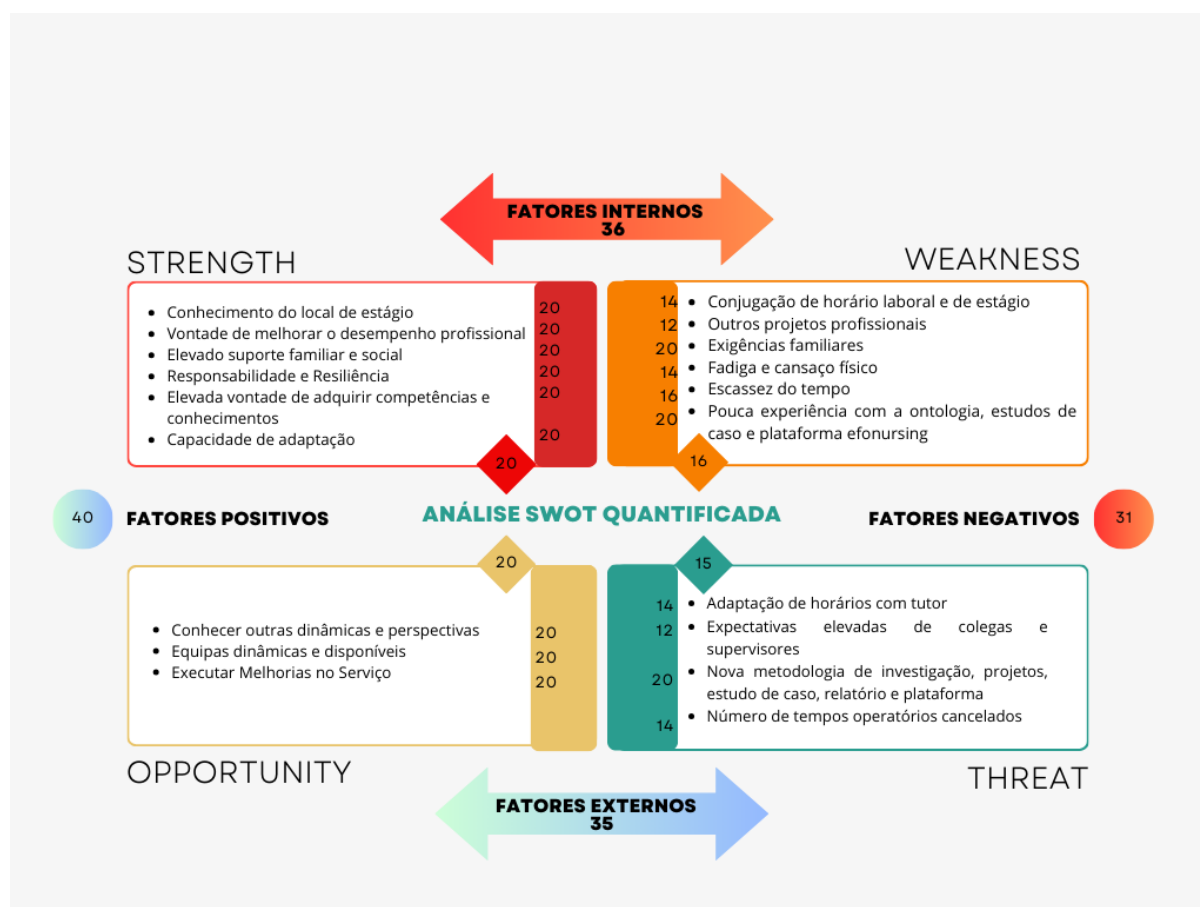
Tabela 2. Diagrama de Gantt – Etapas de Desenvolvimento do Projeto



Realizou-se uma análise SWOT quantificada, relativamente a esta unidade curricular, de forma a se tornar mais perceptível as sinergias dos trabalhos a desenvolver. Com esta estratégia identifica-se ou faz-se uma previsibilidade da tendência dessa execução, com maior ou menor facilidade, do projeto em si.

Permitindo otimizar os pontos fortes, minimizar as fraquezas, utilizar as oportunidades e gerir as ameaças, conforme a tabela que se segue.

Tabela 3. Análise SWOT - Quantificada



Esta tabela SWOT, assim como o diagrama de Gantt, pode ser alterada ao longo do percurso do estágio pela capacidade de variância dos fatores enunciados em cada ponto. Exige-se uma postura critico-reflexiva e atenta até ao fim do estágio. Os fatores negativos devem ser encarados como estratégias para a superação e os positivos como impulsionadores para o sucesso.

A execução deste projeto trouxe uma maior segurança e preparação para o desafio imediato, o Estágio II e suas implicações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Lee, D. S., Abdullah, K. L., Subramanian, P., Bachmann, R. T., & Ong, S. L. (2017). An integrated review of the correlation between critical thinking ability and clinical decision-making in nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 4065–4079. <https://doi.org/10.1111/jocn.13901>
- Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNCVP). (2024). Guia Orientação Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II. Oliveira de Azeméis.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (1998). REPE. Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro, com nova redação dada pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de abril).
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2018). Regulamento n.º 429/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Diário da República, 2ª série, n.º 135 de 16 julho, (19359-19370). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2019). Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República 2ª série, nº 26 de 6 de fevereiro, (4744-4750).

ANEXO

Apresentação do Projeto

PROJETO DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

Promover a Segurança Cirúrgica e controlo das IACS através da Rastreabilidade de DMUM

INTRODUÇÃO

Âmbito: unidade curricular, que decorre entre o dia 19 de setembro de 2024 e o dia 9 de abril de 2025.

Local: unidade hospitalar do norte, dividido em duas componentes bloco de ortopedia (intraoperatório) e unidade de cirurgia de ambulatório (pré e pós operatório).

Legislação: Decreto – Lei nº 65/2018, Despacho nº 11688/2020 no Diário da República a 25 de novembro de 2020.

Documentos de apoio: Guia de Orientação Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II (2024/2025).

Ordem dos enfermeiros: RLPEI; Regulamento nº140/2019 e Regulamento nº429/2018.

Associações de enfermeiros de perioperatório: AESOP; AORN.

Metodologia: observação exploratória, com análise crítico-reflexiva e de introspeção apoiada na evidência científica, mais atual, através de revisão bibliográfica.

• PLANIFICAÇÃO

- Objetivos Gerais
- Objetivos Específicos
- Tabela SWOT Quantificada

• MONITORIZAÇÃO, CONTROLO E AVALIAÇÃO

- Diagrama de Gantt

• REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

OBJETIVOS GERAIS



OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Elaborar um documento com as recomendações e normas de verificação periódica dos Dispositivos Médicos/ Equipamentos utilizados no BO		
Atividades	Recursos	Tempo
Levantamento dos equipamentos a listar; Identificar as causas comerciais responsáveis pela manutenção dos mesmos; Agrupar contactos; Verificação das recomendações; Dar a verificação seguinte dentro da periodicidade recomendada.	Humanos: orientador, gestor, aluna, comerciais Materiais: computador, guias de utilização Tecnológicos: internet, computador	Até 2 de dezembro de 2025

Detém o desenvolvimento de unidades de competências comuns dos quatro domínios do regulamento nº 140/2019, assim como do regulamento nº 429/2018 se extrai o desenvolvimento da competência da maximização da segurança da PESP e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica, vertida na unidade funcional da promoção e gestão e o controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório.

Dinamizar formação em serviço sobre o processo de confirmação e registos da esterilização dos dispositivos médicos e sua importância.		
Atividades	Recursos	Tempo
Revisão Bibliográfica sobre tema; Discussão do tema com enfermeiro Tutor e Gestor; Formação à equipa.	Humanos: gestor, aluna Materiais: materiais utilizados para a verificação da esterilização Tecnológicos: internet, computador	Até 2 de dezembro de 2025

Detém o desenvolvimento de unidades de competências comuns dos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal e da melhoria contínua da qualidade do regulamento nº 140/2019, assim como do regulamento nº 429/2018 se extrai o desenvolvimento da competência da maximização da segurança da PESP e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica, vertida na unidade funcional de liderança de processos de prevenção e controlo de infeção associados aos cuidados perioperatórios.

Promover a exposição de dúvidas recorrentes que a equipa da UCA apresentem, através da metodologia TALK, comprometendo-me com a aquisição das respostas.		
Atividades	Recursos	Tempo
Esclarecimento com enfermeiro Tutor e Gestor sobre a atividade; Recolha de dúvidas da equipa; Análise das dúvidas prévias; Executar o dia TALK; Recolher as dúvidas não satisfeitas e pesquisar; Convidar outros elementos para a iniciativa.	Humanos: orientador, gestor da UCA, aluna e outros Materiais: literatura Tecnológicos: computador, projetor, internet	Até 20 de janeiro de 2025

Detém o desenvolvimento de unidades de competências comuns do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais do regulamento nº 140/2019, assim como o desenvolvimento da intervenção numa perspectiva interprofissional descrito no regulamento nº 429/2018.

MONITORIZAÇÃO, CONTROLO E AVALIAÇÃO DO PROJETO

DIAGRAMA DE GANTT – ETAPAS DE DESENVOLVIMENTO DO PROJETO



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



Anexo III

Anexo IV



Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de
Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

**PROCEDIMENTO DE CONFIRMAÇÃO E REGISTO DE
ESTERILIZAÇÃO DOS DISPOSITIVOS MÉDICOS DE USO
MÚLTIPLO E SUA IMPORTÂNCIA
RASTREABILIDADE**

Margarida Rodrigues– número de aluno 2023101130

Oliveira de Azeméis
2024



Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de
Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

**PROCEDIMENTO DE CONFIRMAÇÃO E REGISTO DE
ESTERILIZAÇÃO DOS DISPOSITIVOS MÉDICOS DE USO
MÚLTIPLO E SUA IMPORTÂNCIA**

RASTREABILIDADE

Trabalho realizado no âmbito do Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II, do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, dando cumprimento ao objetivo específico.

Margarida Rodrigues– número de aluno 2023101130

Orientadora: Professora Doutora Liliana Mota

Oliveira de Azeméis

2024

RESUMO

Contextualização: Um dos incidentes mais frequentes associados aos cuidados de são as infecções do local cirúrgico. Os processos de prevenção requerem estratégias e equipas multimodais. Uma das ações indicadas prende-se com a verificação pelos enfermeiros do perioperatório (circulante e instrumentista) da conformidade do processo de esterilização e seu consequente registo. Executando assim um instrumento, que possibilita a rastreabilidade em caso de auditoria e base legal de defesa. Com a evolução tecnológica na área da saúde faz sentido que este registo seja contemplado nos sistemas de informação de enfermagem e disponíveis à equipa multidisciplinar assim como ser partilhada com outros serviços. O presente bloco operatório carece deste tipo de registo.

Objetivo: Dinamizar formação em serviço sobre o procedimento de confirmação e registo de esterilização dos dispositivos médicos e sua importância;

Metodologia: Pesquisa bibliográfica.

Resultados: Recorrendo às bases de dados Medline e CINAHL encontrou-se 5 artigos, dos quais foram incluídos 4 por apresentarem texto integral, ficando 3 selecionados por se definir a janela temporal de 2019 a 2024. Após leitura dos resumos foi excluído 1 por se desviar do foco da presente pesquisa. Também foi efetuada pesquisa em outras fontes, nacionais e internacionais. Verifica-se um número baixo de produção de artigos de enfermagem perioperatória relativamente ao assunto e suas conexões legais e clínicas.

Considerações finais: Embora esteja sustentado que o registo de conformidade de esterilização seja uma mais valia, clínica e legal, há ainda um vazio relativamente à prática. Cabe aos profissionais e às organizações corresponder às políticas de saúde e aplicar as melhores evidências científicas disponíveis, melhorando os resultados e elevando a qualidade dos cuidados. É preciso impulsionar os enfermeiros para que invistam na investigação e se envolvam nos processos das estruturas onde trabalham. Se por um lado, os enfermeiros não estão despertos para o tema, os avanços tecnológicos dos sistemas de informação de enfermagem não estão devidamente parametrizados a fim de receber este registo dos enfermeiros, facilitando a sua adesão e efetividade.

Palavras-Chave: Equipment Safety, RDM, Readability,

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

BO - Bloco Operatório

DGS -Direção-Geral da Saúde

DMUM - Dispositivos Médicos de Uso Múltiplo

IC - Índices de Conformidade

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PESP - Pessoa Em Situação Perioperatória

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RCERDMUM – Registo de Conformidade de Esterilização e Rastreabilidade de Dispositivos Médicos de Uso Múltiplo

SWOT - Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats

INTRODUÇÃO

O presente documento insere-se no âmbito do Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II, do terceiro semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, da Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, para cumprimento do objetivo específico.

A segurança cirúrgica e a gestão do risco perioperatório são aspetos cruciais a considerar durante a prática clínica. Nos blocos operatórios, a prevenção de incidência das infeções do local cirúrgico (ILC) faz parte das superiores preocupações da equipa multidisciplinar. Os métodos de combate às ILC são complexos e multifatoriais. Os enfermeiros dos blocos operatórios verificam a conformidade do processo de esterilização dos DM, mas não estão a produzir registos que evidenciem essa prática. E desta forma não é possível proceder à rastreabilidade dos DMUM sempre que haja lugar a auditorias, não se protegem em caso de processos legais. Um ato não registado não existe.

Entendemos ser de significativa pertinência, na área da segurança do doente, centrado na prevenção da infeção do local cirúrgico, desenvolver formação com vista à implementação de registos de conformidade da esterilização dos DMUM.

Para tal desenvolvemos os seguintes passos:

- Pedido de autorização para trabalhar esta temática, junto dos enfermeiros gestor;
- Pesquisa bibliográfica, incluindo trabalhos, artigo, legislação nacional e internacional, posições e pareceres de instituições e organizações e seleção;
- Elaboração do documento de suporte teórico à formação;
- Formação de sensibilização á equipa de enfermeiros do BO;

Importa referir que a apresentação foi definida da seguinte forma:

Primeira parte – Apresentação do tema, objetivo e definição de conceitos;

Segunda parte – Suporte e obrigações legais;

Terceira parte – Vantagens e forma de cumprir o garante da rastreabilidade;

Quarta parte – Conclusão com apresentação de modelo tipo e discussão.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

A “Segurança dos Cuidados Cirúrgicos” foi reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “Segundo Desafio Global da Segurança do Doente” no programa Cirurgia Segura Salva Vidas (CSSV). Tendo sido identificado a ILC como uma área crítica a melhorar através de um conjunto de boas práticas agregadas na Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC). Procurando obter melhores resultados em termos de taxa de ILC, diminuindo a sua incidência, melhorando processos entre os quais a avaliação da conformidade dos indicadores de esterilização (Mota, 2021). Segundo o Centro Europeu de Prevenção e Controle de Doenças (ECDC), em cada 100 intervenções cirúrgicas a percentagem de ILC variou de 0.6% a 9,5% de entre os vários tipos de procedimentos analisados (ECDC, 2016).

Em Portugal foi promovido a implementação da LVSC desde 2009, sendo reforçada com o despacho 2905/2013 de 22 de fevereiro. Em 2014 ainda existia baixa adesão à LVSC. O Plano Nacional de Segurança do Doente (PNSD) 2015-2020, (Despacho 1400-A/2015), incluiu a efetividade de execução da LVSC nos contratos programa, garantindo o registo e auditoria da sua utilização. Estabelecendo metas fixadas em taxas traduzidas por indicadores sensíveis à prática clínica e organizacional (Mota, 2021).

As ILC, são responsáveis pelo aumento da resistência aos antimicrobianos, dos dias de internamento nos serviços ou transferências para serviços especializados como unidades de cuidados intensivos, ameaçando a vida das pessoas e levando a custos adicionais a todo o sistema de saúde. Com recurso às estratégias que a evidência científica identifica como rigorosos processos de limpeza, descontaminação e esterilização dos DM utilizados nos procedimentos cirúrgicos 50% delas diz-se evitáveis (OMS, 2018).

A equipa do BO verifica a conformidade dos indicadores de esterilização (IE) antes da incisão da pele. Sem o registo de evidência da avaliação efetuada, não garante a rastreabilidade e identificação precoce, em caso de ILC, assim como carece de suporte legal para os profissionais de enfermagem.

Portugal como estado membro da União Europeia (EU) obedece ao Regulamento (EU) 2017/745 do Parlamento Europeu e do Conselho de 5 de abril de 2017, relativo aos DM, mais recentemente republicado pelo Decreto-Lei 29/2024 de 5 de abril.

Como profissão inserida num grupo de trabalho multidisciplinar, a enfermagem obedece a regulamentação própria assim como às políticas organizativas e governamentais.

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), Decreto-Lei nº 161/96, artigo 9º do capítulo IV, ponto seis, descreve que “os enfermeiros contribuem, no exercício...para a melhoria e evolução da prestação de cuidados de enfermagem” (Nunes et al., 2005, p.385). O documento Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem determina que o enfermeiro deve promover “a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional; (...) a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade; a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade” (OE, 2012, p.18). Ainda no mesmo documento, a Ordem do Enfermeiros (2012) refere que a atuação assenta em cinco pilares, entre os quais se destaca a consciência cirúrgica e a prudência e gestão de risco, “através da prevenção e vigilância antecipatória” (...)”com o objetivo de evitar um evento adverso prejudicial à pessoa ou equipa”. E ainda, na organização dos cuidados de enfermagem, refere, entre outros, a “elaboração e atualização de procedimento”, “formação e treino... da qualidade da intervenção”, utilização de ferramentas que promovam a segurança dos cuidados de enfermagem perioperatória” (OE, 2012, p.18).

Segundo o Regulamento n.º 140/2019, o enfermeiro especialista deve fazer parte integrante da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, desenvolvendo projetos e garantindo um ambiente de prestação de cuidados seguro; deve-se assim, promover uma cultura de qualidade e segurança (OE, 2019).

O Regulamento n.º 429/2018 atribui as competências específicas do enfermeiro especialista das quais, destacamos, o garantir e verificar a lista de procedimentos para a cirurgia segura, o crescente trabalho em equipa multimodal, incentivar a atuação com consciência cirúrgica, liderar processos de prevenção das ILC e garantir a qualidade dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório (OE, 2018).

Ou seja, nos enfermeiros recai a responsabilidade ativa em temáticas como as agregadas na LVSC e o papel fundamental de verificação da conformidade dos DM de uso único e dos processos de reprocessamento dos dispositivos médicos de uso múltiplo (DMUM). Assim como a LVSC foi integrada nos SIE faz sentido que o registo de conformidade da esterilização e rastreabilidade dos DM (RCERDM) também acompanhe o avanço tecnológico e seja incluído nos mesmos SIE já disponibilizados. E estes por sua vez adequem-se a outras teorias como a metodologia Lean e a gestão de armazém avançado. Vemos este registo não como mais um documento a acumular a outros, mas sim como

uma possibilidade de elo entre outras informações e serviços. Com a disponibilização de estruturas informáticas que façam a interoperabilidade de serviços levam a melhorias nos processos de trabalho o que traduz resultados mais eficazes. Por exemplo a utilização de sistemas de leitura ótica dos códigos QR ou de barras dos DM, permitindo, ao mesmo tempo, o registo da rastreabilidade e comunicação ao armazém com o sistema de AA/Centros de Compras das instituições o levantamento das necessidades atualizadas ao dia. Tratando-se assim de um sistema de sucesso, de qualidade em saúde, baseado no modelo de Donabedian, criando eficácia, efetividade, eficiência e otimização organizacional (DONABEBIAN 2003)

CONCLUSÃO

Os processos de prevenção das ILC requerem estratégias e equipas multimodais. Uma das ações indicadas prende-se com a verificação pelos enfermeiros do perioperatório (circulante e instrumentista) da conformidade do processo de esterilização e seu consequente registo. Executando assim um instrumento, que possibilita a rastreabilidade em caso de auditoria e base legal de defesa. O presente bloco operatório carece deste tipo de registo.

O desenvolvimento do presente documento, pretendeu transmitir a importância do registo da rastreabilidade para a segurança e as qualidades dos cuidados prestados, que entendemos ser de significativa pertinência, na área da segurança do doente, centrado na prevenção da ILC, desenvolvendo formação com vista à implementação de registos de conformidade da esterilização dos DMUM.

Os enfermeiros das equipas dos blocos operatórios têm um papel fundamental neste âmbito. Devem munir-se de informação, utilizar as ferramentas disponíveis e investigar a melhor evidência científica com vista a aumentar a qualidade dos cuidados prestados. Com a evolução tecnológica na área da saúde faz sentido que este registo seja contemplado nos sistemas de informação de enfermagem e disponíveis à equipa multidisciplinar assim como ser partilhada com outros serviços. Devem ter também papel ativo nas políticas organizacionais unindo sinergias para melhorar a estrutura, definir processos mais adequados e atingir resultados de grande qualidade. Não sabemos o tempo que será necessário para chegar ao procedimento de registo eletrónico com leitura de códigos QR ou de barras e com ligação a outros serviços como o armazém avançado e/ou central de compras, pois não depender de nós, mas sim da aprovação das políticas da instituição.

Todavia, consideramos que conseguimos atingir o objetivo definido inicialmente e deixamos a proposta de impresso tipo, para apresentação institucional, lacuna legal e laboral identificada.

É através de pequenas intervenções, que conseguimos provocar mudanças das equipas e, assim, melhorar os cuidados prestados e a segurança, aumentando a sua qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AESOP. (2012). Tomada de posição da Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses - AESOP sobre o reprocessamento de Dispositivos Médicos de Uso Único (DMUU) [Em linha]. Disponível em: [Consultado em 10-06-2014].
- Báo, Ana; Amestoy, Simone; Moura, Gisela; Trindade, Letícia. (2019). *Quality indicators: tools for the management of best practices in Health*. Revista Brasileira de Enfermagem, 72(2), 378-85. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0479>
- Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S. (2021). *Guia prático para a segurança do doente*. Lidel, Edições Técnicas.
- Decreto-Lei n.º 29/2024, de 5 de abril
- DGS 2022 Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021/2026, pág. 29
- Direção Geral da Saúde (DGS). (2013). Cirurgia Segura, Salva Vidas. Norma nº 2 /2013. [Norma-Cirurgia-Segura-Salva-Vidas-.pdf \(anes.pt\)](#).
- Donabedian, A. (2003) An introduction to quality assurance in health care. Oxford: Oxford University Press, ISBN: 9780195158090.
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2016) Annual Epidemiological Report – Surgical site infections. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publicationsdata/surgical-site-infections-annual-epidemiological-report-2016-2014-data>.
- EUR-Lex - 32017R0745 - EN - EUR-Lex. (n.d.). Eur-Lex.europa.eu. <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2017/745/oj>.
- Embraester. (2023, January 10). A importância de contar com sistema de rastreabilidade em CME. Embraester. <https://embraester.com.br/importancia-sistema-de-rastreabilidade-cme/>
- Azevedo, A. (n.d.). *Precauções Básicas do Controlo da Infecção em estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde*. https://www.ers.pt/media/wgydlhj0/sessao-de-esclarecimento_pbc.pdf
- Infarmed. (n.d.). Wwww.infarmed.pt. <https://www.infarmed.pt/web/infarmed>
- Igesund, U., Overvåg, G., Rasmussen, G., & Rekvig, O. P. (2019). Mapeamento de procedimentos para preparação de instrumentos no campo esterilizado para cirurgia. *Sykepleien Forskning*, 78413, e-78413. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2019.78413>.
- Mota, S. (2021). *Segurança do doente no bloco operatório: contributos do ambiente de prática e da liderança em enfermagem* [Doctoral dissertation, Instituto de Ciências Biomédicas de

Abel Salazar]. Repositório Aberto da Universidade do Porto.
<https://hdl.handle.net/10216/140139>.

Nunes, Lucília; Amaral, Manuela; Gonçalves, Rogério - Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. 456p. ISBN 972-99646-0-2.

Ordem dos Enfermeiros (OE) & Conselho de Enfermagem. (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2018). Regulamento n.º 429/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Diário da República, 2ª série, n.º 135 de 16 julho, (19359-19370).
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2019). Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República 2ª série, nº 26 de 6 de fevereiro, (4744-4750).

Regulamento (UE) 2017/745 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 5 de abril de 2017, relativo aos dispositivos médicos, que altera a Diretiva 2001/83/CE, o Regulamento (CE) n.º 178/2002 e o Regulamento (CE) n.º 1223/2009 e que revoga as Diretivas 90/385/CEE e 93/42/CEE do Conselho (Texto relevante para efeitos do EEE)

Silva, G. W. S. e, Farias, I. P., Almeida, T. G. de, Novaes, M. D. A., Neves, G. B. C., Vasconcelos, E. L., Pereira, E. B. F. e, & Macedo, J. K. S. dos S. (2019b). Monitoramento e rastreabilidade de artigos esterilizados no bloco operatório. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, 13(4), 1064. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i4a238636p1064-1070-2019>

World Health Organization (WHO) (2005). World Alliance for Patient Safety: forward programme. Geneva: WHO; 2005. [38563_OMS_Couv.qxp \(who.int\)](#)

World Health Organization (WHO) (2009). Orientações da OMS para Cirurgia Segura 2009: Cirurgia Segura Salva Vidas, Versão Portuguesa. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde. Recuperado de <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2/orientacoes-da-oms-para-a-cirurgia-segura-2009-pdf.aspx>.

World Health Organization (WHO) (2018). Global guidelines for the prevention of surgical site infection. World Health Organization. Recuperado de: [1-186 GuidelinesFinalCorrect9 \(who.int\)](#).

World Health Organization (WHO) (2018b). Preventing surgical site infections: implementation approaches for evidence-based recommendations. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/273154/9789241514385-eng.pdf>.

APÊNDICES

RASTREABILIDADE

INSTRUMENTO DE GESTÃO DO RISCO

Conceitos

- **Dispositivos Médicos** – É qualquer instrumento, equipamento, aparelho, software, material ou artigo utilizado isoladamente ou em combinação.
- **Dispositivos Médicos de Uso Múltiplo** – São DM, certificados pelo fabricante em como podem ser reprocessados para a sua reutilização. Respeitando as normas de manipulação de forma a que os materiais não percam as suas características AESOP (2012).
- **Rastreabilidade** – é o ato de identificar e relatar comprovada e cronologicamente o percurso, utilização ou localização de um determinado produto devidamente inventariado.



Dinamizar formação em serviço sobre:

Processo de registo de confirmação da esterilização dos dispositivos médicos de uso múltiplo e sua importância



Mestranda: Margarida Rodrigues, 2023101130
Orientadora: Professora Doutora Liliana Mota

Tutor:

ANEXO IX

(a que se refere o n.º 1 do artigo 4.º)

Critérios de classificação Grupo I Definições Parte I

Regras de classificação

“1.5 - Instrumento cirúrgico reutilizável - o instrumento que se destina a cortar, seccionar, perfurar, serrar, raspar, remover, agraphar, afastar, aparar, ou a processo semelhante, no âmbito de intervenções cirúrgicas, sem se encontrar ligado a qualquer dispositivo médico ativo, e que pode ser reutilizado após tratamento adequado.”



Artigo 4.º Classificação

Os dispositivos são integrados nas classes I, IIa, IIb e III, tendo em conta a vulnerabilidade do corpo humano e atendendo aos potenciais riscos decorrentes da concepção técnica e do fabrico.

Critérios de Classificação		
Tempo /duração contacto	Invasibilidade	Riscos potenciais decorrentes da concepção técnica e do fabrico
• Temporários ≤ a 60 minutos • Curto prazo > a 60 minutos ≤ a 30 dias • Longo prazo > a 30 dias	• Dispositivo invasivo • Crítico corporal • Dispositivo invasivo do tipo cirúrgico	• Anatomia afetada • Local • Sistémico • Debilidade da população alvo • Órgãos afetados • Riscos envolvidos na utilização

Registrar / Provar / Confirmar / Garantir / dados sobre a Esterilização DMUM

Responsabilidade Criminal	• Organizações Internacionais e Nacionais • Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de Junho
Responsabilidade Civil	• OMS • DGS
Responsabilidade Disciplinar	• Ordem dos Enfermeiros • Lei n.º 156/2015 • Regulamento n.º 429/2018 • Regulamento n.º 140/2019 • Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem • Associações de Profissionais Internacionais e Nacionais (recomendam) • AESOP • ANES
Informação não registada Do ponto de Vista Jurídico ... NÃO EXISTE	



Legislação Nacional

Sistema de classificação de Spaulding

RISCO	DEFINIÇÕES	RECOMENDAÇÕES
ELEVADO Material crítico	Todo aquele que perfura nos tecidos subcutâneos, no sistema vascular e outros órgãos semios de flora microbiana própria (estéril) e seu componente.	Limpeza seguida de Esterilização
MÉDIO Material semicrítico	Aquele que tem contato com a membrana mucosa ou pele não íntegra, sem perfurar tecidos estéril.	Limpeza seguida de Desinfecção de nível elevado
BAIXO Material não crítico	Apenas tem contato com a pele íntegra ou não tem contato com o doente.	Limpeza

DGS – Orientação nº 08/2012

“Artigo 28.º

Sistema Nacional de Vigilância de Dispositivos Médicos

As competências da autoridade competente, as obrigações dos fabricantes, dos mandatários, dos distribuidores, dos profissionais de saúde, de outros utilizadores profissionais de dispositivos médicos e de outros interessados na segurança dos dispositivos médicos e a estrutura do sistema constam do no anexo xx do presente decreto-lei, do qual parte integrante.)

ANEXO XX

Organização

1 – alínea e) Os profissionais de saúde;

Elementos a disponibilizar à autoridade competente

e) Informações relativas à concepção, fabrico, armazenamento, distribuição, colocação no mercado e rastreabilidade do dispositivo ou dispositivos médicos em causa.”

Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de Junho



Ferramentas Ideais (SI)



A rastreabilidade logística e sua importância



TraceCare

Ferramentas Disponíveis



Pedir autorização
 Elaborar
 um procedimento
 Gerar um Impresso



Iden. Pessoa
 Iden. Profissional
 Integradores
 Internos
 Externos

- <https://www.infarmed.pt/web/infarmed>
- <https://embraester.com.br/importancia-sistema-de-rastreabilidade-cme/>
- <https://www.linkedin.com/pulse/rastreabilidade-de-cme-import%C3%A2ncia-e-seus-desafios-cmexy/>
- https://www.ers.pt/media/wgydlhj0/sessao_de_esclarecimento_pbsci.pdf
- <http://data.europa.eu/eli/reg/2017/745/oj>
- AESOP. (2012). Tomada de posição da Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses - AESOP sobre o reprocessamento de Dispositivos Médicos de Uso Único (DMUU) [Em linha]. Disponível em: [Consultado em 10-06-2014].
- DGS 2022 Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021/2026, pág. 29
- Decreto-Lei n.º 29/2024, de 5 de abril
- Regulamento (UE) 2017/745 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 5 de abril de 2017, relativo aos dispositivos médicos, que altera a Diretiva 2001/83/CE, o Regulamento (CE) n.º 178/2002 e o Regulamento (CE) n.º 1223/2009 e que revoga as Diretivas 90/385/CEE e 93/42/CEE do Conselho (Texto relevante para efeitos do EEE.)

Anexo V



Escol
CRUZ

6º CONGRESSO INTERNACIONAL

IACS2024

CERTIFICADO

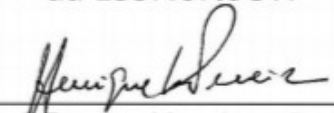
Certifica-se que:

Ana Sofia Correia, Catarina Sá, Isabel Miranda, Margarida Rodrigues

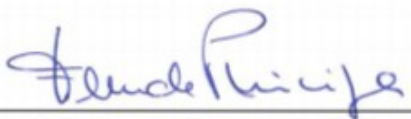
Apresentaram o É-Poster “**Importância da normotermia na prevenção da infeção na pessoa em situação perioperatória**” no **6º Congresso Internacional IACS 2024: Desafios e Inovação em Controlo de Infeção**, realizado nos dias 24 e 25 de outubro de 2024, no auditório do Europarque, em Santa Maria da Feira, Portugal.

Santa Maria da Feira, 25 de outubro de 2024

Presidente Conselho Direção
da ESSNorteCVP


Prof. Doutor Henrique Pereira

A Comissão Científica


Prof.ª Doutora Fernanda Príncipe

Importância da Normotermia na Prevenção da Infecção na Pessoa em Situação Perioperatória

Ana Sofia Correia¹; Catarina Sá¹; Isabel Miranda²; Margarida Rodrigues¹

¹ Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

² Enfermeira ULS Gaia/Espinho Professora no Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica AEEPSP



Enquadramento

Um dos riscos associados à pessoa em situação perioperatória é a Hipotermia Perioperatória Inadvertida (HPI), que se traduz numa diminuição da temperatura corporal abaixo dos 36°C. A normotermia assume um papel de destaque pelos efeitos adversos que provoca quer na pessoa submetida a intervenção cirúrgica, quer nas suas famílias e nas organizações de saúde.

Objetivo: conhecer a importância da monitorização da temperatura corporal, na prevenção da infeção do local cirúrgico, no período perioperatório.

Metodologia

A metodologia escolhida foi a realização de uma revisão bibliográfica nas bases de dados B-on, PubMed, Ebsco/CINAHL e RCAAP.

Descritores em Saúde: Temperatura Corporal, Assistência Perioperatória, Infecção da Ferida Cirúrgica

Resultados e Discussão de Resultados

A hipotermia perioperatória tem como causa dois grandes fatores: efeitos secundários de fármacos e exposição física da área cirúrgica ao ambiente da sala de operações (AESOP, 2017).

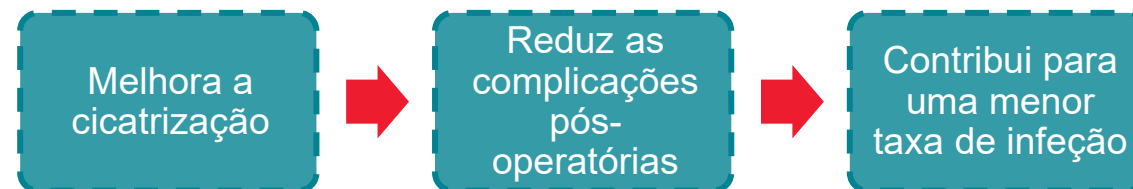
Resultados e Discussão de Resultados (cont.)

No que diz respeito à prevenção da infeção do local cirúrgico, na fase pré e intraoperatória, é recomendado garantir a homeostasia do doente, através de diversas atitudes, nomeadamente manter a normotermia, devendo ser monitorizada pelo menos a cada 15 minutos. (Norma 020/2015, 2022).

A relevância da normotermia está diretamente ligada à promoção da segurança do doente cirúrgico. Além disso, a normotermia, como um parâmetro de monitorização, justifica-se pela utilização de procedimentos adequados, identificação precoce de sinais, sintomas ou complicações e pela aplicação de escalas. (Penaforte et.al., 2019).

Conclusão:

- A normotermia:



- Os resultados reforçam a importância de protocolos de controlo de temperatura na pessoa em situação perioperatória.



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ENTRE DOURO E VOUGA



CINTESIS
Health. Research.

Anexo VI



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

certifica-se que **MARGARIDA ISABEL ALVES RODRIGUES**, com o NIF 238537109, esteve presente como participante no evento DESAFIO CIRÚRGICO: PASSADO, PRESENTE E FUTURO, promovido pela Unidade de Cirurgia Geral VR - ULSTMAD, que se realizou a 25 de outubro de 2024, das 8h30 às 18h00, no auditório da unidade hospitalar de vila real.

vila real, 20 de novembro de 2024

coordenadora da unidade de formação

Sutouças

Programa:

09h15	Tertúlia Inaugural Moderação: Edite Figueiredo A Unidade de Cirurgia – do passado ao presente! António Oliveira Desafios do Enfermeiro – do passado ao presente! Luis Filipe Fernandes e David Costa
10h00	Sessão de Abertura
11h00	Mesa 1 – O Pré-Operatório Moderação: Marisa Pinto Circuito Pré-operatório Fernando Próspero Fase Pré-operatória: análise em 3 tempos/tríade de prevenção da infeção do local cirúrgico Luísa Pires e Sónia Pereira Pré-habilitação do doente cirúrgico Ana Loureiro Nutrir e Hidratar o Doente Cirúrgico Joana Alinho
14h00	Mesa 2 – O Pós-Operatório Moderação: Clara Guedes Cuidados de Enfermagem Pós-operatório e Complicações no Pós-operatório Ângela Carvalho e Ricardo Pereira O Doente Cirúrgico Crítico Maria Graciete Costa Da patologia à cicatrização: o papel dos fatores de crescimento na regeneração da pele M ^a Manuela Pereira e Elisabete Gonçalves Interpretação da Doença e Olhar da Saúde Mental Paulo Pimentel
16h15	Mesa 3 – O Futuro Moderação: António Oliveira Cirurgia Robótica Mário Rui Gonçalves Cirurgia Robótica: Um desafio para a enfermagem Luis Botelho
17h00	Apresentação dos Posters
18h00	Entrega de Prémios Sessão de Encerramento



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

certifica-se que **MARGARIDA ISABEL ALVES RODRIGUES**, com o NIF 238537109, foi autor(a) e apresentador(a) do póster PADRONIZAÇÃO DOS REGISTOS ELETRÓNICOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA, no evento DESAFIO CIRÚRGICO: PASSADO, PRESENTE E FUTURO, promovido pela Unidade de Cirurgia Geral VR - ULSTMAD, que se realizou a 25 de outubro de 2024, das 8h30 às 18h00, no auditório da unidade hospitalar de vila real.

vila real, 20 de novembro de 2024

coordenadora da unidade de formação

Programa:

09h15	Tertúlia Inaugural Moderação: Edite Figueiredo A Unidade de Cirurgia – do passado ao presente! António Oliveira Desafios do Enfermeiro – do passado ao presente! Luis Filipe Fernandes e David Costa
10h00	Sessão de Abertura
11h00	Mesa 1 – O Pré-Operatório Moderação: Marisa Pinto Circuito Pré-operatório Fernando Próspero Fase Pré-operatória: análise em 3 tempos/tríade de prevenção da infeção do local cirúrgico Luísa Pires e Sónia Pereira Pré-habilitação do doente cirúrgico Ana Loureiro Nutrir e Hidratar o Doente Cirúrgico Joana Alinho
14h00	Mesa 2 – O Pós-Operatório Moderação: Clara Guedes Cuidados de Enfermagem Pós-operatório e Complicações no Pós-operatório Ângela Carvalho e Ricardo Pereira O Doente Cirúrgico Crítico Maria Graciete Costa Da patologia à cicatrização: o papel dos fatores de crescimento na regeneração da pele M ^a Manuela Pereira e Elisabete Gonçalves Interpretação da Doença e Olhar da Saúde Mental Paulo Pimentel
16h15	Mesa 3 – O Futuro Moderação: António Oliveira Cirurgia Robótica Mário Rui Gonçalves Cirurgia Robótica: Um desafio para a enfermagem Luis Botelho
17h00	Apresentação dos Posters
18h00	Entrega de Prémios Sessão de Encerramento

PADRONIZAÇÃO DOS REGISTOS ELETRÓNICOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA



Autores do poster: Margarida Rodrigues¹; Sofia Correia¹; Liliana Mota²

¹ Enfermeira na ULSTMAD Aluna de Mestrado na ESSNorteCVP; ² Professora Coordenadora ESSNorteCVP

Os Registos em Saúde são uma Responsabilidade Disciplinar, Criminal e Civil.

Com a evolução da tecnologia e dos Sistemas de Informação de Enfermagem (SIE) a informação inserida através dos registos pode:

- Ser traduzida em indicadores sensíveis aos seus cuidados de enfermagem.
- Dar visibilidade, valor e monitorização à enfermagem.

Objetivo

Estruturar um padrão de documentação eletrónico em enfermagem, em contexto perioperatória.

Metodologia

Foi realizada uma análise bibliométrica de forma a planear as ações de melhoria.



Resultados e Discussão

Existe um número baixo de produção de artigos de enfermagem perioperatória relativamente ao acesso dos SIE, suas implicações para a prática clínica e trabalhos realizados para desenvolver e melhorar a sua aplicabilidade.

- **A equipa de enfermagem de um bloco operatório X, utilizava registos manuscritos.**

Após lhes ser demonstrado que tinham um instrumento informático no qual era possível efetuar os mesmos registos, que estavam espalhados nos inúmeros documentos manuscritos que preenchiam, verificou-se uma transformação na postura desta equipa.



O acompanhamento posterior foi fundamental para a implementação dos registos em formato eletrónico.



- **Formação e treino;**
- **Cronogramas realistas;**
- **Suporte e Comunicação.**



Com o registo eletrónico podemos:

- Potenciar a **interoperabilidade**.

Disponibilizando a informação a todos os intervenientes do processo de atendimento à pessoa em situação perioperatória, não só naquela instituição como noutras que possa vir a ser cuidada.



- Gerar **Indicadores de Qualidade Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem**;
- Difundir **Evidências Científicas dos Melhores Resultados**;
- Fomentar a **Aplicabilidade** em contextos de cuidados de saúde distantes, mas semelhantes.

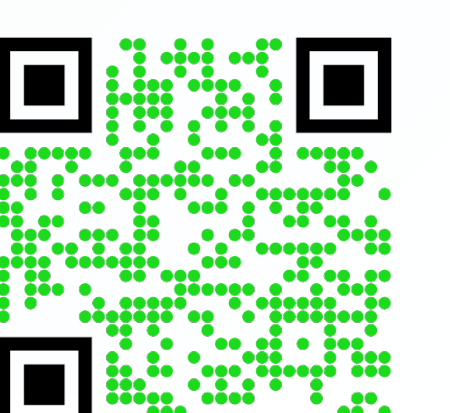
Em menos de **2 meses** a equipa passou a executar **50%** dos seus registos em formato eletrónico e estima-se que ao fim dos **6 meses** esta tenha alcançado uma taxa de **80%**.

Estratégias para o Sucesso:

- Formação e treino potenciados pelas instituições;
- Avaliação da disponibilidade das equipas
- Planear as Abordagens;
- Atualizar e adaptar os softwares à prática;
- Continuar a melhorar a qualidade;

Conclusão

A interoperabilidade dos SIE aliados à melhor evidencia, com a identificação de dados e indicadores sensíveis aos cuidados prestados pelos enfermeiros de perioperatório e a análise dos resultados, pode fomentar o benchmarking das organizações. Os enfermeiros devem empoderar-se utilizando os SIE no aumento da qualidade e segurança em saúde.



Anexo VII



CERTIFICADO DE INTERVENIENTE

Certifica-se que

MARGARIDA ISABEL ALVES RODRIGUES

membro nº **50592** participou na **III Convenção Internacional dos Enfermeiros**
“**Tempo de respostas**”, realizada no dia **23 de novembro de 2024**, em Fátima,
Autor(a) do **Póster**.

A LIDERANÇA DO ENFERMEIRO GESTOR NO BOCO OPERATÓRIO

Coautores/as:

ANA SOFIA RAMALHO CORREIA | 97803
CATARINA SOFIA OLIVEIRA SÁ | 94905
ISABEL MARIA DE SOUSA MIRANDA | 22469
LUIZA MARIA DA SILVA PAIS FERREIRA | 30541

Fátima, 23 de novembro de 2024.

O Bastonário

Luís Filipe Barreira

O Presidente da Comissão Científica

Sérgio Branco



A liderança do Enfermeiro Gestor no Bloco Operatório

Ana Sofia Correia Catarina Sá Margarida Rodrigues Luísa Pais Isabel Miranda

Introdução: A liderança orienta-se para a aquisição de objetivos de uma organização e caracteriza-se por ser mais convincente e inspiradora, de forma que o líder direciona a sua influência na equipa. Marquis & Huston (2010), destacam a existência de dois tipos de liderança tendo por base a postura do líder.

Objetivo: Sintetizar o estado atual do conhecimento sobre a liderança do enfermeiro gestor no bloco operatório.

Metodologia: Revisão integrativa da literatura.

Resultados/Discussão

Não há ainda consenso sobre qual o melhor estilo de liderança a ser usado pelos enfermeiros gestores no bloco operatório.

Ainda assim, a melhor forma de liderar passa por, inicialmente avaliar a maturidade e as necessidades dos liderados, partindo do pressuposto que o líder seja qualificado para executar eficazmente todas as tarefas/competências específicas.



Liderança Transformacional:

modelar o caminho; incentivar o ser; inspirar visões partilhadas; permitir a ação do outro; questionar e desafiar o processo.

Liderança Autêntica:

integridade profissional; altruísmo; transparência.

Conclusão

A liderança do enfermeiro gestor no bloco operatório representa um papel crucial na garantia da eficiência, segurança e qualidade dos cuidados prestados à PSP. Cria na equipa que lidera competências facilitadores de adaptação e mudança.

Anexo VIII



I CONGRESSO ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA ULS EDV

Certificado de Apresentação

Certifica-se que o trabalho científico intitulado:

Impacto da Liderança nos Cuidados de Enfermagem no Bloco Operatório

Foi apresentado em formato de: **É-POSTER** no I Congresso de Enfermagem Perioperatória ULS EDV, que decorreu nos dias 29 e 30 de novembro de 2024, no Auditório do Europarque.

1º Autor: **Juliana Araújo**

Coautores: Leonor Soares; Sandra Vaz; Vera Barbosa; Margarida Rodrigues

Santa Maria da Feira, 30 de novembro de 2024

Presidentes da Comissão Organizadora

Isabel Melo

André Marques



Presidentes da Comissão Científica

Carla Reis

Cármén Soares

Impacto da Liderança nos Cuidados de Enfermagem no Bloco Operatório

Juliana Araújo¹, Leonor Soares², Sandra Vaz², Vera Barbosa¹, Margarida Rodrigues¹
1 – Aluno do 4º Curso de MEMCAEEPSP;
2- Enfermeira Especialista na Unidade Local de Saúde Braga;

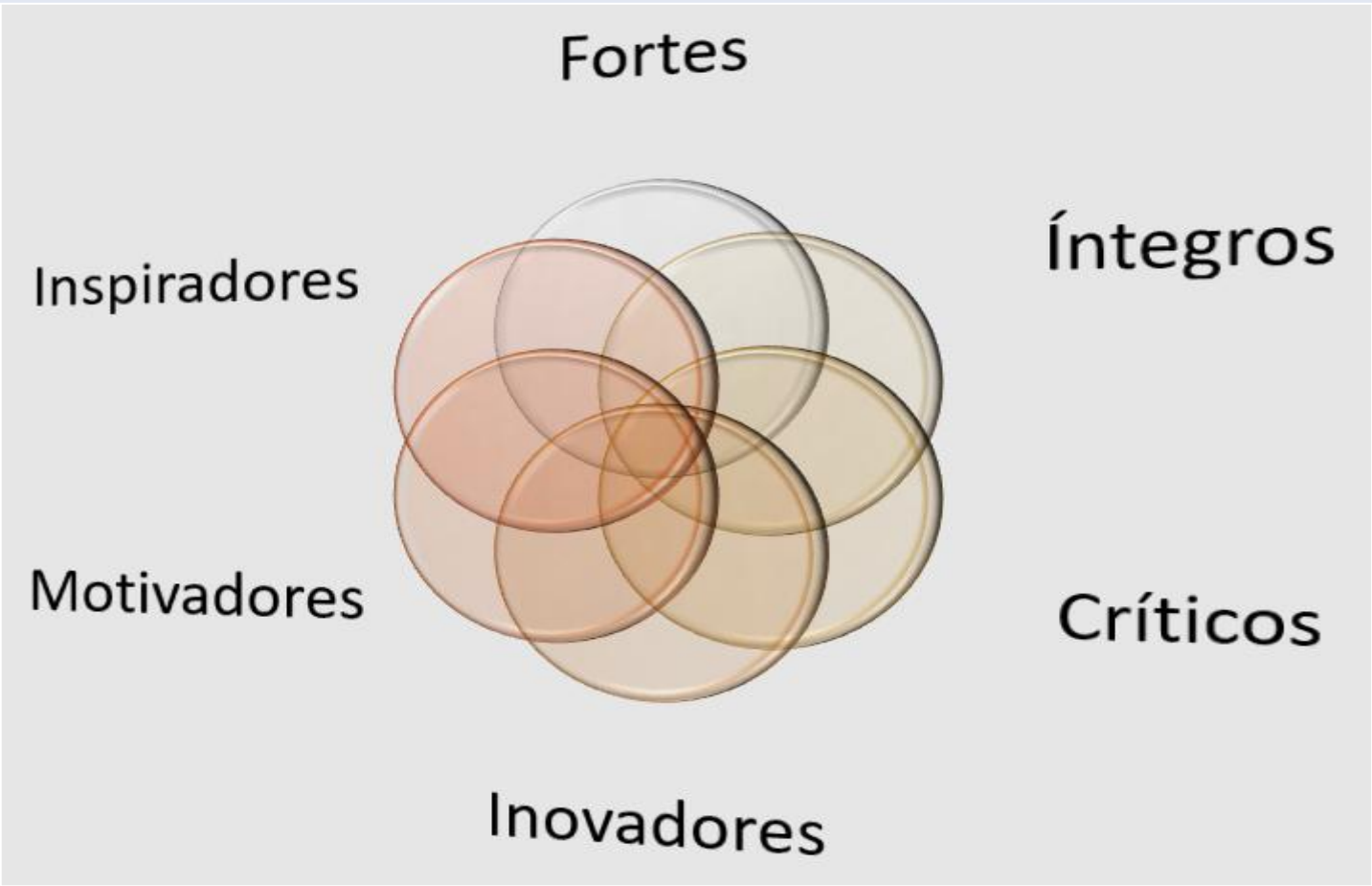
I CONGRESSO ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ENTRE DOURO E VOUGA

INTRODUÇÃO:

O ambiente operatório com a sua complexidade, científica e tecnológica, carece de líderes que desenvolvam competências e características determinantes de forma a ir de encontro às equipas que lideram , às crescentes exigências das instituições de saúde, garantindo a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, às pessoas em situação perioperatória com comorbilidades e esperança média de vida aumentadas.

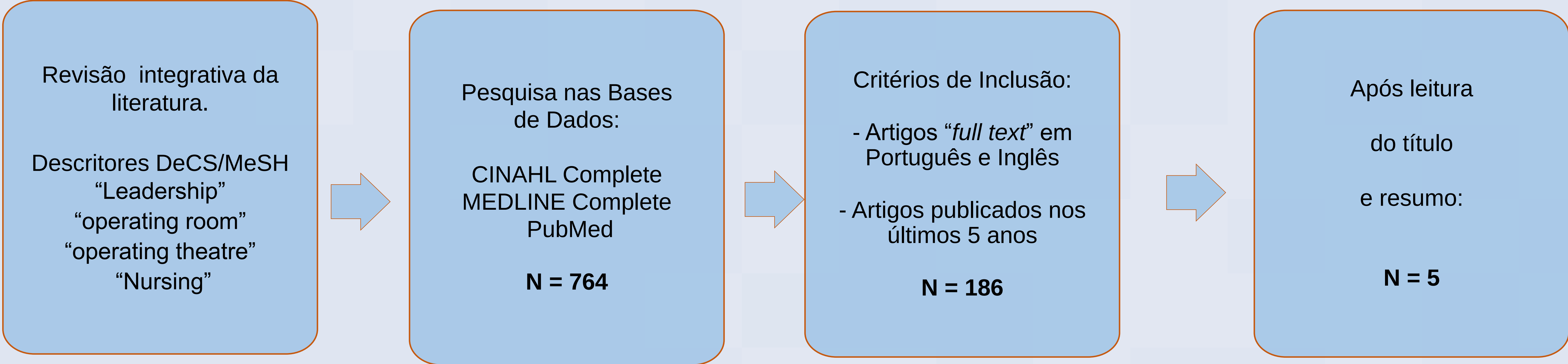


OBJETIVO:

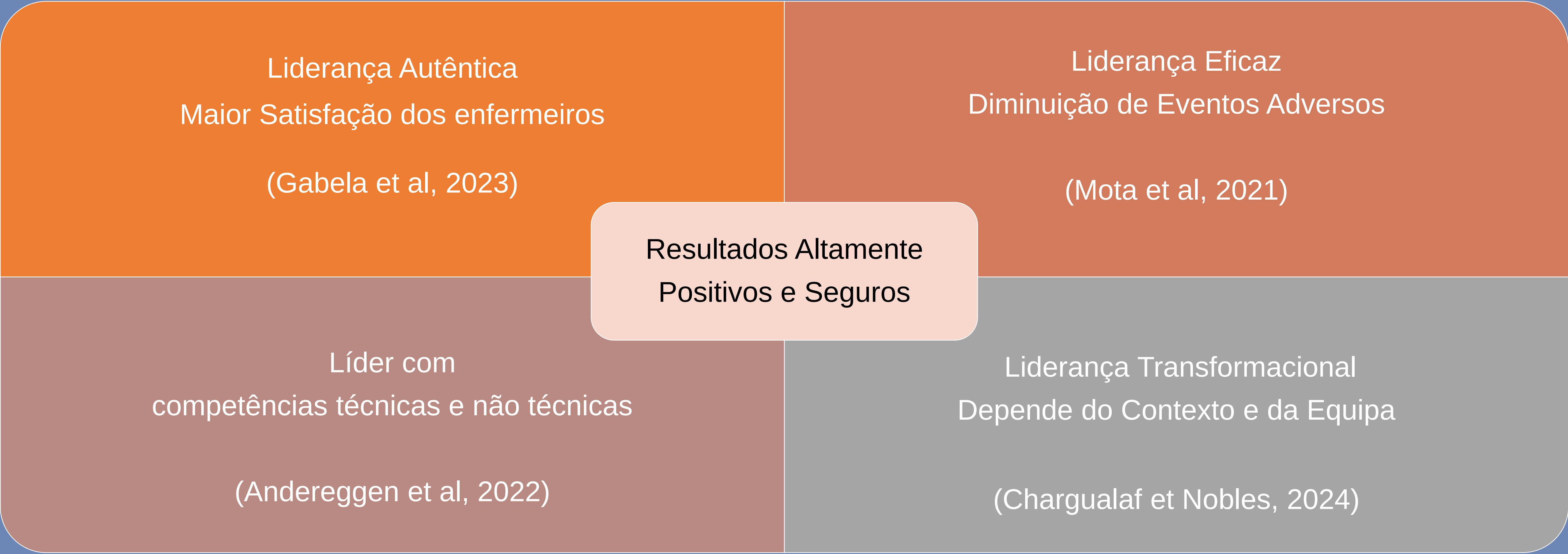
Analisar a evidência científica sobre o impacto da liderança nos cuidados de enfermagem no bloco operatório.

“Qual o impacto da liderança para os resultados dos cuidados no Bloco Operatório?”

METODOLOGIA:



RESULTADOS:



CONCLUSÃO:

O enfermeiro líder, é um elemento priverligiado, sendo capaz de influenciar positivamente os cuidados prestados pela equipa. Uma liderança eficaz contribuí para a diminuição de complicações e para o aumento da segurança dos cuidados, sendo essencial adaptar o comportamento conforme o contexto. Sendo a segurança uma prioridade no bloco operatório, e a influência dos lideres nos resultados dos cuidados, considera-se pertinente a realização de mais estudos nesta área.

BIBLIOGRAFIA:

