

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Competência Emocional dos Enfermeiros que cuidam da Pessoa
em Situação Perioperatória

Emotional Competence of Nurses Caring for Patients in
Perioperative Situation

Autor

Ana Sofia Ramalho Correia

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

Competência Emocional dos Enfermeiros que
cuidam da Pessoa em Situação Perioperatória

Emotional Competence of Nurses Caring for
Patients in Perioperative Situation

Orientador(es)

Liliana Andreia Neves da Mota

Autor

Ana Sofia Ramalho Correia

Oliveira de Azeméis, 2025

FRASE OU PENSAMENTO

A verdadeira força e resiliência não se medem pelos obstáculos que superamos, mas pela coragem de seguir em frente, mesmo quando tudo parece impossível.

Sofia Correia

AGRADECIMENTO

Chegar ao fim desta experiência representa muito mais do que a conclusão de um percurso académico. É a concretização de um desafio repleto de aprendizagens, superações e de crescimento. É o reflexo de semanas de dedicação, desafios superados e do apoio incondicional de pessoas que, direta ou indiretamente, foram essenciais. O caminho não foi isento de dificuldades, mas cada obstáculo foi suavizado pelo apoio, incentivo e motivação daqueles que estiveram sempre ao meu lado. Sem esse suporte, a jornada teria sido muito mais árdua, e por isso, este trabalho é também um reflexo da força coletiva que me acompanhou. Sozinhos podemos ir mais rápido, mas juntos, vamos certamente mais longe!

À Professora Doutora Liliana Mota, a minha orientadora, expresso a mais profunda gratidão pelo constante incentivo e pela partilha de conhecimento que tanto contribuíram para a qualidade deste trabalho à procura da excelência. Pela paciência, sabedoria, disponibilidade, empatia e pelas peculiaridades comuns que nos aproximaram.

Aos meus colegas de curso, que partilharam a mesma jornada, agradeço o apoio, as palavras de conforto e por tornarem o percurso mais animado, leve e enriquecedor. De uma forma especial à Catarina pela partilha e motivação e à Margarida pelo companheirismo e amizade inestimável.

Aos meus amigos do coração, por acreditarem que seria sempre capaz, pela motivação, carinho e disponibilidade para me apoiar em qualquer altura.

Aos meu pais, irmão e avó, agradeço por aplaudirem sempre da primeira fila, por acreditarem e me incentivarem com palavras de coragem, mesmo nos momentos mais desafiadores. O vosso amor, paciência e suporte inabalável foram determinantes para continuar.

Ao Tiago, companheiro da minha vida, sou grata pela paciência, por me acolher com ternura todos os dias e viver intensamente este desafio ao meu lado. Pelo apoio constante e amor incondicional que permitiram a dedicação a este projeto com o coração tranquilo. Por acreditar sempre em mim, sendo a minha força nos momentos de maior dúvida.

Por fim, um agradecimento especial a todos os que, de alguma forma, contribuíram para a concretização desta etapa e acreditaram que a persistência e a dedicação nos conduzem a grandes conquistas.

RESUMO

A Enfermagem Perioperatória envolve o cuidado à pessoa em situação perioperatória em todas as fases do processo cirúrgico: pré-operatória, intraoperatória e pós-operatória. Desta forma, o enfermeiro especialista neste âmbito assume um papel fundamental na segurança, qualidade e humanização dos cuidados, integrando competências avançadas, no controlo da dor, prevenção de complicações, na monitorização hemodinâmica e na comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar.

Este relatório visa apresentar a experiência de estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, com ênfase na aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista nesta área. Foram realizados dois estudos de caso da pessoa em situação perioperatória. Ambos os casos exigiram uma intervenção altamente especializada, demonstrando a importância do enfermeiro especialista na gestão da pessoa em situação perioperatória. As intervenções de enfermagem realizadas ao longo do estágio foram sustentadas pelo Modelo Perioperatório Centrado no Doente, assegurando a prestação de cuidados especializados e individualizados.

Todo o relatório foi construído com base numa análise crítico-reflexiva e de introspeção, corroborado com a melhor evidência científica e tinha como grande objetivo demonstrar a aquisição de competências avançadas comuns e específicas da área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação perioperatória, alinhando metas pessoais de crescimento com necessidades profissionais. Adicionalmente a todas as atividades que concretizaram a aquisição de competências, foi, ainda, elaborado um estudo quantitativo e transversal de natureza descritiva, em que o objetivo foi identificar competência emocional nos enfermeiros que prestam cuidados à pessoa em situação perioperatória.

A experiência de estágio permitiu concluir que a enfermagem especializada no cuidado à pessoa em situação perioperatória vai além da componente técnica, exigindo um elevado nível de *expertise* e capacidade de liderança. O enfermeiro especialista é um profissional altamente qualificado, responsável por implementar boas práticas, garantir a segurança da pessoa e promover a excelência nos cuidados cirúrgicos.

Conclui-se que o enfermeiro especialista em enfermagem perioperatória é fundamental para o sucesso da cirurgia e para a recuperação da pessoa, combinando conhecimentos técnicos avançados com competências emocionais e interdisciplinares que asseguram uma abordagem holística e centrada na pessoa em situação perioperatória.

Palavras-Chave: Enfermagem perioperatória, Competência Profissional, Estudo de caso,

Segurança do paciente, Competência Emocional.

ABSTRACT

Perioperative Nursing involves providing care to individuals in the perioperative setting across all phases of the surgical process: preoperative, intraoperative, and postoperative. In this context, the specialist nurse plays a fundamental role in ensuring patient-safety, quality and humanization of care by integrating advanced competencies in pain management, complication prevention, hemodynamic monitoring, and effective communication with the multidisciplinary team.

This report aims to present the internship experience in the field of Medical-Surgical Nursing, specifically in Perioperative Nursing, with an emphasis on acquiring both common and specialized competencies of the specialist nurse in this area. Two case studies were conducted involving perioperative patients. Both cases required highly specialized interventions, highlighting the crucial role of the specialist nurse in the management of perioperative care. The nursing interventions carried out during the internship were based on the Patient-Centered Perioperative Model, ensuring the delivery of specialized and individualized care.

The entire report was developed based on a critical-reflective and introspective analysis, supported by the best available scientific evidence. The primary goal was to demonstrate the acquisition of advanced common and specific competencies in medical-surgical nursing for perioperative patients, aligning personal growth goals with professional demands. In addition to the activities that contributed to competency development, a quantitative, cross-sectional, descriptive study was conducted to assess emotional competence among nurses caring for perioperative patients.

The internship experience led to the conclusion that specialized perioperative nursing extends beyond technical expertise, requiring a high level of expertise and leadership skills. The specialist nurse is a highly qualified professional responsible for implementing best practices, ensuring patient-safety and promoting excellence in surgical care.

In conclusion, the perioperative specialist nurse is essential for surgical success and patient recovery, combining advanced technical knowledge with emotional and interdisciplinary competencies, ensuring a holistic and patient-centered approach in the perioperative setting.

Keywords: Perioperative Nursing, Professional Competence, Case Reports, Patient Safety, Emotional Competence.

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operação Portugueses

AINE - Anti-Inflamatório Não Esteróide

AORN - *Association of periOperative Registered Nurses*

ASA - *American Society of Anesthesiologists*

AO/OTA - *Müller AO Classification of fractures*

BIS - Índice Bispectral

BNM - Bloqueio Neuro Muscular

°C - grau *Celsius*

CARE - *CAse REports*

CG - Cirurgia Geral

COX - Cicloxigenases

CVC - Cateter Venoso Central

CVP - Cateter Venoso Central

DGS - Direção Geral da Saúde

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECG - Eletrocardiograma

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

ESQ - Esquerda

EV - Endovenoso(a)

FiO₂- Fração Inspirada de Oxigénio

g - grama(a)

G - *Gauge*

GABA - Ácido gama-aminobutírico

h - hora

ICC - Insuficiência Cardíaca Congestiva

ILC - Infecção do Local Cirúrgico

ISBAR - *Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation*

kg - quilograma(s)

L - Litro

L4 - Lombar 4

L5 - Lombar 5

LAST - *Local Anesthetic Systemic Toxicity*

mcg - micrograma(s)

mEq - miliequivalente

mg - miligrama(s)

mmol - milimole

NMDA - N-metil D-Aspartato

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

ORT - Ortopedia

pH - potencial hidrogénico

PSP - Pessoa(s) em Situação Perioperatória

SESA - Sala de Emergência Sem Alternativa

SNC - Sistema Nervoso Central

SU - Serviço de Urgência

T10 - Torácica 10

TOT - Tubo Oro Traqueal

ULS - Unidade Local de Saúde

ULSTMAD - Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto-Douro

VCV- Ventilação Controlada por Volume

ÍNDICE

FRASE OU PENSAMENTO	3
AGRADECIMENTO	5
RESUMO	7
ABSTRACT	9
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS	11
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	15
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	19
3. CASO 1 - URGÊNCIA CG - LAPAROTOMIA EXPLORADORA	23
3.1. Enquadramento teórico	23
3.2. Clientes	25
3.3. Medicação	26
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	26
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	34
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	39
3.5. Domínios	44
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	45
3.6. Conceção de Cuidados	49
3.7. Especificação das intervenções	52
3.8. Síntese relativa ao caso	53
4. CASO 2 - URGÊNCIA ORT - ENCAVILHAMENTO FÉMUR ESQ	55
4.1. Enquadramento teórico	55
4.2. Clientes	57
4.3. Medicação	58
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	58
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	64
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	66
4.5. Domínios	70
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	70
4.6. Conceção de Cuidados	73
4.7. Especificação das intervenções	76
4.8. Síntese relativa ao caso	77
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	79
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	97
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99
ANEXOS	109

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

Enfermagem perioperatória engloba competências específicas adequadas às necessidades dos cuidados à pessoa que vivencia processos de saúde/doença, e que necessita de procedimentos cirúrgicos e anestésicos. Importa realçar que o seu alvo de cuidados é a pessoa em situação perioperatória (PSP), ou seja,

qualquer pessoa, que ao longo de todo o seu ciclo de vida, necessita, escolhe ou aceita ser submetida a procedimentos cirúrgicos e anestésicos. A pessoa aceita submeter-se a um estado de consciência alterado e aos riscos inerentes a esses procedimentos e ficar num estado de vulnerabilidade física e emocional, tendo geralmente a expectativa de melhorar o seu estado de saúde, ou ter melhor qualidade de vida (OE, 2017, p.26).

O contexto da prestação destes cuidados, o ambiente perioperatório, é altamente complexo, multifacetado, munido de alta tecnologia, elevada diversidade de dispositivos médicos e necessidade de rigoroso controlo ambiental, o que pode originar situações de elevados riscos e incidentes indesejáveis a vários níveis (OE, 2017). O bloco operatório é um espaço especializado integrado num hospital destinado à realização de procedimentos cirúrgicos, projetados para garantir a segurança, eficácia e esterilidade específicas das práticas neste ambiente, incluindo não só as salas operatórias, mas também as áreas de suporte essenciais. É caracterizado por ser um ambiente complexo, com dinâmicas altamente diferenciadas e especializadas que requer profissionais treinados e capacitados, capazes de prestar cuidados de alta qualidade (Lee et al., 2021). Desta forma, o papel do enfermeiro especialista, nesta área de especialização, torna-se diferenciador na medida em que requer empenho, dedicação e saber priorizar, de forma a dar resposta adequada em qualquer situação que se apresente.

O Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II insere-se no terceiro semestre do 2º Ciclo de estudos do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. Conforme estabelecido no Despacho nº 11688/2020, publicado em Diário da República a 25 de novembro de 2020, foi previsto um total de 810 horas, sendo 440 de estágio, 80 de orientação tutorial e 20 de seminário entre o dia 19 de setembro de 2024 e o dia 9 de abril de 2025. Realizou-se num Bloco Operatório Central e proporcionou uma excelente oportunidade de expandir conhecimentos e aprimorar habilidades no cuidar à pessoa em situação perioperatória, mas também, trazer contributos para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados em todas as suas vertentes. A assunção do papel de estudante de um curso de mestrado em contexto de bloco operatório, pode gerar expectativas e interações diferentes em relação aos colegas, às dinâmicas e às responsabilidades, exigindo desta forma um equilíbrio de papéis rigoroso na forma de atuação.

Ainda assim, de uma forma muito pessoal, após vivenciar o lado da pessoa em situação perioperatória peculiarmente, a motivação para este estágio cresceu em importância, uma vez que foi possível experienciar o impacto que o cuidado humanizado em enfermagem avançada e a competência técnica e não técnica têm na realidade de alguém em situação vulnerável.

Todo o relatório foi construído com base numa análise crítico-reflexiva e de introspeção, corroborado com a melhor evidência científica e apresenta como grande objetivo demonstrar a aquisição de competências avançadas comuns e específicas da área de enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação perioperatória, alinhando metas pessoais de crescimento com necessidades profissionais. O processo de tomada de decisão, dos dados ao diagnóstico, objetivos e intervenção diferenciada teve por base a nova versão da ontologia em enfermagem, “... um pilar determinante para a tomada de decisão clínica por parte dos enfermeiros (...) no sentido de uma adequada representação do conhecimento de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2024, p.1). Foram realizados dois estudos de caso baseados na *guideline* CARE. Desenvolvida por um grupo internacional de especialistas – *CAsE REports* – providencia um aumento na precisão, transparência e utilidade dos casos desenvolvidos. A colheita de dados deve ser sempre precisa e transparente, quase que uma verdadeira fotografia do episódio de tratamento, fornecendo informações sobre a prestação de cuidados de saúde individualizados de alta qualidade (Gagnier et al., 2013). A plataforma utilizada que facilitou o desenvolvimento de competências de tomada de decisão e capacidade de explicação e sistematização da conceção dos cuidados de enfermagem avançada foi a e4Nursing.

O relatório encontra-se organizado com uma introdução, onde também se pode encontrar de forma concisa o fundamento teórico da enfermagem perioperatória, seguindo-se a descrição de forma estrutural e funcional, do contexto de estágio. Foram abordados detalhadamente os dois estudos de caso, onde todo o processo de tomada de decisão se encontra justificado, elevando o papel diferenciador do enfermeiro especialista à PSP. Posteriormente, foi realizada uma reflexão sobre as competências comuns do enfermeiro especialista e as específicas do enfermeiro especialista à PSP, adquiridas ao longo do desenvolvimento do estágio, e descritas as atividades que foram concretizadas para dar cumprimento, com sucesso, aos objetivos individuais. Finaliza-se com uma sucinta conclusão.

CUIDAR EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

Em 1969, a *Association of Operating Room Nurses* (AORN), mostrou a importância da enfermagem perioperatória dizendo que esta é o conjunto de atividades e intervenções de enfermagem desempenhadas por enfermeiros durante o período perioperatório da experiência cirúrgica do doente. O enfermeiro da sala de operações torna-se assim, o profissional que identifica as necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais da PSP e ainda desenvolve e implementa planos individualizados de intervenções (AORN, 1969). Mais tarde, a

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (AESOP), definiu que enfermagem perioperatória engloba o conjunto de conhecimentos práticos e teóricos aplicados pelo enfermeiro através de um processo programado, onde reconhece as necessidades da PSP a quem prestou ou vai prestar cuidados, executando-os com habilidade e segurança e avalia esses cuidados discutindo os resultados obtidos do trabalho realizado (AESOP, 2012).

O período perioperatório divide-se em três fases: pré-operatório, que inicia quando a PSP é proposta para cirurgia e termina quando é levada para a sala de operações. Caracteriza-se por ser um período de preparação holística em que a atuação do enfermeiro passa, essencialmente, por ensino e preparação para qualquer procedimento; o intraoperatório, inicia quando termina a fase anterior e acaba quando a PSP é transferida para a unidade de cuidados pós-anestésicos, onde as intervenções se focam na segurança, facilitação do processo, satisfação de necessidades, prevenção de infeção, monitorização de sinais vitais e outros parâmetros considerados importantes; e por fim, o pós-operatório, que se inicia quando a PSP é admitida no recobro e termina quando está totalmente recuperada da cirurgia. É uma fase em que se resolvem complicações, mantém-se o bom funcionamento dos sistemas e realizam-se ensinos (Duarte & Martins, 2018).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2017), os cuidados perioperatórios regem-se por pilares fundamentais como: reconhecimento do outro e capacitação, onde se estabelece uma relação interpessoal em que o doente é reconhecido como um ser único dotado de conhecimento, autonomia, liberdade de escolha e autoconsciência e, desta forma, é realizado um plano de intervenções que visem, também, a sua capacitação; a vulnerabilidade, que se traduz na exposição aos riscos de impossibilidade de defesa, sendo da sua responsabilidade zelar em todas as dimensões do cuidar pela pessoa; responsabilidade, promovendo e assegurando resultados positivos dotados de um padrão de excelência no cuidar de acordo com as necessidades da PSP; prudência e gestão do risco, atuando com ponderação e focando em atitudes de prevenção e vigilância que permitam melhores decisões; e, por fim, mas não menos importante, consciência cirúrgica, enquanto princípio ético que guia a atuação do enfermeiro, agindo sempre em benefício da PSP.

Ainda não há conhecimento de uma grande teoria que sustente o trabalho do enfermeiro perioperatório, mas existe um modelo, criado para orientar a prática, que derivou de 10 teorias de enfermagem que pretende ilustrar o grande trabalho de quem cuida da pessoa em situação perioperatória (Rothrock & Smith, 2000). O Modelo Perioperatório Centrado no Doente foi, então, desenhado para representar a prática profissional dos enfermeiros nos cuidados à PSP antes, durante e após a cirurgia, nas três fases do perioperatório, respetivamente. Este modelo torna o conceito de cuidado ao doente visível em todas as variáveis do contexto cirúrgico (Van Wicklin, 2020).

Os principais conceitos deste modelo centram-se no doente, na enfermagem, nas respostas fisiológicas e comportamentais, no sistema de saúde, nas intervenções de

enfermagem, nos resultados e nos diagnósticos de enfermagem. As proposições teóricas em que assenta este modelo, são:

- O modelo é a estrutura conceptual para a prática de enfermagem perioperatória;
- É centrado no doente, tornando o cuidado visível em todas as variáveis do contexto cirúrgico, representando o cuidado ao doente perioperatório, independentemente do contexto da prática, a localização geográfica ou a natureza da população em que o mesmo se insere;
- Representa o mundo real da prática dos enfermeiros perioperatórios e tem utilidade para os enfermeiros da prática, do ensino e investigação;
- O modelo ilustra a dinâmica da experiência do doente perioperatório e a presença do enfermeiro durante o processo (Azevedo, 2016).

Os pressupostos deste modelo defendem que a PSP e a sua família/pessoa significativa são o centro do modelo. Em conjunto com a equipa, o enfermeiro estabelece os resultados, identifica os diagnósticos e implementa os melhores cuidados de enfermagem. Assim, intervém no contexto de sistema de saúde, possibilitando à PSP, atingir os resultados mais desejados na sua experiência perioperatória (Benze et al., 2021). É dividido em quatro quadrantes, em que três são domínios diretamente centrados no doente e um último que representa preocupações administrativas e elementos estruturais essenciais para resultados de sucesso, nomeadamente, determinantes/indicadores sociais de saúde (Rothrock & Smith, 2000):

- Segurança do doente;
- Respostas fisiológicas da PSP a procedimentos operatórios e outros invasivos;
- Respostas Comportamentais do paciente e família a procedimentos cirúrgicos e outros invasivos;
- Sistema de saúde na qual os cuidados perioperatórios são prestados.

Desta forma, desempenha um papel crucial no âmbito do sistema de saúde, dedicando-se a assistir a PSP na busca dos resultados esperados durante a experiência perioperatória. A sua intervenção é fundamental para garantir que a pessoa atinja os objetivos definidos ao longo desse processo, proporcionando cuidados especializados, promovendo o bem-estar durante o período perioperatório (Azevedo, 2016). Assume assim o papel de advogado do mesmo, mantendo-o sempre como principal foco dos seus cuidados e atenção (Salgueiro, 2014).

Para a AORN (2012), o enfermeiro perioperatório deve proteger a PSP contra qualquer dano ou prejuízo, responsabilizando-se até que esta tenha capacidade para decidir sobre si próprio. Para tal, os enfermeiros devem ser detentores de conhecimento do seu Código Deontológico e do seu Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, bem como dos direitos do doente. Tendo em conta o elevado risco associado aos cuidados perioperatórios, nomeadamente da ocorrência de incidentes, pela vulnerabilidade da pessoa, pelos procedimentos cirúrgicos e pela complexidade do ambiente e dos recursos, é responsabilidade do enfermeiro mobilizar conhecimentos e habilidades para garantir a segurança da PSP e do ambiente com base na ética profissional (Benze et al., 2021).

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

O bloco operatório é um espaço especializado integrado num hospital destinado à realização de procedimentos cirúrgicos, projetados para garantir a segurança, eficácia e esterilidade específicas das práticas neste ambiente, incluindo não só as salas operatórias, mas também as áreas de suporte essenciais. É caracterizado por ser um ambiente complexo, com dinâmicas seriamente diferenciadas e especializadas, que requer profissionais treinados e capacitados, capazes de prestar cuidados de alta qualidade (Lee et al., 2021).

O Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II foi desenvolvido no Bloco Operatório Central de um hospital de Portugal, mais concretamente no Bloco de Urgência. Faz parte de uma ULS em que a grande missão passa por desenvolver as capacidades dos indivíduos e das comunidades, promovendo a saúde, enfrentando doenças e incapacidades, além de oferecer cuidados de saúde de alta qualidade, adaptados às necessidades da população, assegurando-lhes uma vida longa e com qualidade.

Estruturalmente está dividido em 3 áreas de acesso: não-restritas, ou livres, semi-restritas e restritas. A área não-restrita é uma área livre onde se encontram zonas de apoio e transição para o ambiente operatório, em que não existe um controlo rigoroso de esterilidade e não há obrigatoriedade de vestir farda cirúrgica. Porém, o seu acesso é controlado para garantir que apenas pessoas autorizadas possam circular por áreas sensíveis no bloco operatório. Neste hospital em particular, esta área é constituída por corredores de acesso, uma zona de trabalho para o técnico auxiliar de saúde em função de mensageiro (transporte da PSP do bloco operatório para o internamento e vice-versa), uma casa de banho, um armazém de material geral e ainda o serviço de anestesiologia.

A área semi-restrita trata-se de uma zona intermédia de transição das áreas livres para as áreas restritas, onde é necessário existir algum controlo de acesso (profissionais autorizados, pacientes e em alguns casos, familiares) e higiene de forma a manter a segurança e esterilização das áreas cirúrgicas. Fazem parte desta área dois vestiários separados por género, onde os profissionais trocam a sua roupa pelo vestuário adequado para blocos operatórios; corredores de acesso que ligam estas áreas às áreas restritas; uma sala de computadores e serviços administrativos; dois *transfers* para admissão e transferência de PSP; um gabinete do enfermeiro gestor; uma copa; diversos armazéns com material específico de cada especialidade; uma área que comunica diretamente com o serviço de reprocessamento de dispositivos médicos de uso múltiplo onde estão armazenados instrumentais cirúrgicos de todas as especialidades; uma zona de sujos, que também comunica em circuito separado com a

unidade de reprocessamento de dispositivos de uso múltiplo onde são tratados os instrumentais cirúrgicos antes do seu seguimento, assim como os espécimes colhidos durante as cirurgias que são direcionados para o laboratório; uma sala com equipamentos específicos de cirurgias e especialidades; uma zona que dispõe de um autoclave para situações em que surja uma necessidade rápida de recuperação de material esterilizável e uma unidade de recobro preparada para receber 12 PSP, embora no momento apenas estejam operacionais 6 unidades.

Relativamente às áreas restritas, importa salientar que são ambientes nos quais os procedimentos cirúrgicos são realizados e que requerem, portanto, altos níveis de higiene e assepsia. Estas zonas são compostas por 6 salas operatórias, equipadas com salas de indução, zona de preparação e lavagem e sala de apoio de material específico e equipamentos necessários para a realização de procedimentos cirúrgicos de diversas especialidades como: cirurgia geral, ortopedia, cirurgia vascular, cirurgia plástica e reconstrutiva, neurocirurgia, urologia, ginecologia, radiologia de intervenção, cirurgia pediátrica, otorrinolaringologia e oftalmologia. Há, ainda, uma pequena sala denominada SESA (Sala de Emergência Sem Alternativa) que é apenas utilizada em situações de emergência/catástrofe quando todas as outras estiverem ocupadas.

Diariamente, uma das seis salas fica reservada para cirurgias de urgência e emergência, que dá resposta à população 24 horas por dia, 7 dias por semana. No que diz respeito ao planeamento e agendamento de cirurgias eletivas é da responsabilidade do Diretor de Serviço, informar o enfermeiro gestor atempadamente dos tempos cirúrgicos, de forma que seja possível uma correta distribuição de enfermeiros para os procedimentos a realizar semanalmente. A equipa multidisciplinar que exerce funções neste bloco é constituída por enfermeiros, técnicos auxiliares de saúde, médicos, farmacêuticos, administrativos, assistentes operacionais e técnicos de meios complementares de diagnóstico. Em relação à equipa de enfermagem, conta com 61 enfermeiros em que 12 são detentores de título de Enfermeiro Especialista: 10 em Enfermagem Médico Cirúrgica; 1 em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e 1 em Enfermagem de Reabilitação. Como previsto no Regulamento n.º 743/2019, a OE considera adequado que os enfermeiros que assumem postos em ambiente perioperatório detenham o título de EEEEMCAEPSP. No entanto, até existirem números de enfermeiros capazes de cumprir este requisito, permite-se que integrem blocos operatórios enfermeiros de outras áreas de especialidades, dando-se preferência à Enfermagem Médico-Cirúrgica. Outro ponto importante referir, neste contexto de estágio, a presença de pelo menos um enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica justifica-se, uma vez que que PSP em idades pediátricas são atendidas (OE, 2019). Neste momento não há enfermeiro gestor oficial, pelo que um dos enfermeiros especialista está em funções de gestão até nova nomeação. Para facilitar a gestão e organização de todo o material e especificidades de cada especialidade foram designados enfermeiros especialistas como Coordenadores de Especialidades e ainda, pela formação em serviço, dor aguda, dor crónica e consulta de reabilitação pré-cirúrgica.

Nem toda a equipa de enfermagem exerce funções nas 3 áreas de atuação do

enfermeiro dentro de uma sala operatória. Deste modo, 26 exercem funções como enfermeiros de anestesia e os restantes estão divididos por diversas especialidades cirúrgicas entre instrumentação e circulação.

Tentando responder ao Regulamento n.º 743/2019 “Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem”, por cada Sala Operatória estão escalados enfermeiros, para cada uma das funções respetivamente, e para a unidade de recobro contemplam-se 3 enfermeiros que monitorizam, realizam admissão e transferência de todos os doentes acolhidos no bloco operatório. Pontualmente, este posto, conta com a presença de um anestesiológista. Nos turnos da noite e fins de semana não há atividade programada, pelo que apenas funciona a equipa de urgência com uma sala de operações e um enfermeiro de recobro.

3. CASO 1 - URGÊNCIA CG - LAPAROTOMIA EXPLORADORA

Jovem, 38 anos, que dá entrada no serviço de urgência por dor abdominal severa com 2 dias de evolução e desidratação severa. Antecedentes de bypass gástrico há 10 anos. Após avaliação clínica e realização de exames complementares de diagnóstico é proposta para laparotomia exploradora. É admitida no Bloco de Urgência por Ventre Agudo com suspeita de hérnia interna.

3.1. Enquadramento teórico

Neste capítulo será abordada a fisiopatologia de uma hérnia interna, assim como o seu quadro clínico, indicações e contraindicações cirúrgicas, referindo ainda a intervenção cirúrgica e quais as suas complicações pós-operatórias.

HÉRNIA INTERNA

As hérnias internas são caracterizadas pela passagem de intestino através de um orifício intra-abdominal, que pode ser natural ou patológico. Embora apresentem uma ampla variedade de características anatómicas e clínicas, estas condições são raras, e na maioria das vezes detetadas devido a sinais e sintomas clássicos de obstrução intestinal. Baseadas na sua anatomia podem ser classificadas em três grupos principais: hérnias que surgem por um orifício natural; as que atravessam um orifício patológico (incluindo as hérnias transmesentéricas, transmesocólicas, transepiplóicas, etc) e as retroperitoneais ou subperitoneais (como paraduodenais esquerdas ou direitas, pericecais, intersigmoides e supravesicais) (Echaïeb et al., 2013).

Neste caso em particular, trata-se de uma hérnia que estava posicionada no espaço de Petersen, ou seja, uma abertura entre o mesentério do ramo de Roux e o mesocólon transversos. Com a perda de fixação anatómica normal e até mesmo com o aumento da pressão intra-abdominal, por episódios de tosse, esforços físicos ou obstipação, o intestino pode herniar-se através do deslizamento das anças (Campelo et al., 2017).

A hérnia interna ou hérnia de Peterson é uma complicação tardia peculiar de *bypass* gástrico, com taxas de incidência que variam entre os 0,2% a 8%, intimamente relacionadas com a técnica cirúrgica escolhida (Santos et al., 2019). Ocorre quando existe uma considerável perda de peso, deixando as ansas intestinais mais soltas, permitindo a migração de um segmento de intestino delgado através dos espaços ou brechas que foram construídos artificialmente durante

o procedimento cirúrgico. Mais concretamente, logo após a cirurgia, antes do emagrecimento da pessoa, estas brechas estão preenchidas por tecido adiposo. No entanto, com o passar do tempo e a consequente perda de gordura visceral, estes espaços tornam-se efetivamente permanentes, tornando-se locais onde o intestino delgado migra. Este movimento do intestino, pode causar obstrução e eventualmente torção do mesmo, tornando o risco de isquemia e necrose real (Pitellili, 2025). Para além da rápida perda de peso, a colocação retrocólica do ramo alimentar, pode originar mais defeitos em comparação com a técnica antecólica e, ainda, se não for encerrado adequadamente o espaço de Petersen, o risco de hérnia aumenta substancialmente (Macareno et al., 2024).

No que diz respeito aos sinais e sintomas sabe-se que são geralmente inespecíficos, o que pode dificultar o diagnóstico precoce e, consequentemente tratamento oportuno (Santos et al., 2019). De acordo com de Bakker et al. (2012), Pitellili, (2025), Campelo et al. (2017) e Santos et al. (2019), juntamente com mau estar geral podem considerar-se os seguintes sinais e sintomas clínicos:

- Dor abdominal: sintoma mais comum, de localização geralmente difusa, sendo descrita como cólica ou contínua. Pode variar de intensidade moderada a severa, associada muitas vezes após as refeições, devido ao aumento do trânsito intestinal.
- Distensão abdominal: frequentemente causada pela obstrução parcial ou total do intestino herniado, que pode ser descrita como uma sensação de pressão.
- Náuseas e vômitos: muito comuns, especialmente se existir obstrução. Os vômitos podem ser de conteúdo biliar ou alimentar, dependendo do nível de obstrução.
- Diarreia: se existir trânsito intestinal acelerado ou irritação.
- Obstipação: sintoma de obstrução parcial ou total.
- Disfagia: pouco comum.
- Refluxo gastroesofágico: raro, mas podem surgir sintomas como azia ou regurgitação.
- Febre: surge em estados avançados, indicativa de inflamação ou complicações como isquemia ou necrose intestinal.

Os sintomas inicialmente são intermitentes, mas tornam-se mais constantes e graves à medida que a condição progride. Por este motivo o diagnóstico pode ser tardio, o que levará certamente a uma deterioração grave do quadro (Faria et al., 2011). Além disso, no início do quadro a PSP pode ter o exame físico completamente normal, com o abdómen flácido e muito pouco doloroso. Também não é incomum apresentar os exames laboratoriais completamente normais (Campelo et al., 2017). Raio-X simples, ecografia e principalmente tomografia computadorizada abdominais podem ser exames completos de diagnóstico quando há herniação, obstrução e sofrimento visceral (Pitellili, 2025). Torna-se relevante, diferenciar os dados clínicos de outras condições

como obstrução intestinal por outras causas, úlcera péptica, aderências abdominais, colecistite aguda e isquemia mesentérica (Bakker et al., 2012).

O tratamento de uma hérnia de Petersen envolve uma abordagem cirúrgica em que o grande objetivo é a redução da hérnia, reposicionando parte do intestino. Para além disso, é encerrado o espaço de Petersen prevenindo que novas hérnias internas se formem ao mesmo tempo que diminui futuras complicações. Se existir rotação, há necessidade de destorcer a ansa herniada e em casos de isquemia, poderá ser necessária a ressecção de segmentos intestinais (Faria et al., 2011).

O risco de não tratar este quadro clínico permite o surgimento de complicações graves como dor abdominal súbita e intensa (indicador de possível estrangulamento intestinal), peritonite (rigidez abdominal, defesa ao toque e palpação; sugerindo perfuração ou isquemia), taquicardia e hipotensão (sinais alterações hemodinâmicas, em caso de necrose ou perfuração avançada) e, em última análise, morte (Pitellili, 2025).

A laparotomia exploradora é um procedimento cirúrgico invasivo de emergência utilizado para diagnosticar e tratar doenças agudas do abdómen, também denominado ventre agudo. O cirurgião realiza uma incisão na parede abdominal que lhe permite o acesso aos órgãos internos da cavidade (Prajapati et al., 2024). É conhecida por ser abordagem comumente utilizada com elevadas capacidades diagnósticas e terapêuticas, no entanto, também está associada a elevadas taxas de mortalidade (Aquino et al., 2023).

Um estudo levado a cabo por Saleh et al. (2023) revelou que associadas a este procedimento as complicações mais significativas foram sépsis (23%), pneumonia (21,3%) e infeções de feridas (30,9%). No entanto, em situações que requerem uma melhor visualização da cavidade abdominal poderá ser a mais indicada no que diz respeito à rapidez de chegada ao diagnóstico e possível tratamento da causa aguda (Patel et al., 2024).

Neste caso, foi realizada uma laparotomia exploradora que permitiu o diagnóstico e tratamento de uma hérnia interna com rotação.

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 38 anos | Feminino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-10-24 20:30:00	Fentanil 0,20mg EV	
2024-10-24 20:30:00	Propofol 150mg EV	
2024-10-24 20:30:00	Rocurónio 50mg EV	
2024-10-24 20:30:00	Fenilefrina 0,6mg EV	
2024-10-24 20:30:00	Dexametasona 4mg EV	
2024-10-24 20:30:00	Cloreto de Potássio 20mEq em 100 NaCl EV	
2024-10-24 20:30:00	Paracetamol 1000mg EV	
2024-10-24 20:30:00	Tramadol 100mg EV	
2024-10-24 20:30:00	Metoclopramida 10mg EV	
2024-10-24 20:30:00	Polieletrolítico Simples 1000mL EV	
2024-10-24 20:30:00	Lactato de Ringer 3000mL EV	
2024-10-24 20:30:00	Sevoflurano a 2% IN	
2024-10-24 20:30:00	Oxigénio a 50% IN	
2024-10-24 20:30:00	Cefoxitina 2g EV	
2024-10-24 22:00:00	Ondansetrom 4mg EV	
2024-10-24 22:00:00	Sugamadex 200mg EV	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

No que diz respeito à medicação, a prescrição no intraoperatório é da responsabilidade de vários clínicos como o cirurgião e/ou do anestesiologista, mas a administração fica a cargo do enfermeiro, como intervenção interdependente. Assim, torna-se crucial o domínio de toda a informação relativamente à medicação utilizada, como a sua farmacologia, farmacocinética, modo de administração, preparação, assim como indicações, contraindicações e efeitos adversos.

De seguida, encontra-se a descrição em pormenor da medicação administrada neste caso. Toda

a informação foi recolhida do prontuário terapêutico online do *infarmed* assim como do manual de Ferreira (2023) "Preparação de terapêutica Farmacológica - Manual Prático para Enfermeiros", "Enfermagem em Bloco Operatório" de Duarte e Martins (2014) e ainda, "Manual de Anestesiologia" de Machado (2013).

Cefoxitina

A norma clínica 031/2013 de 31/12/2013, atualizada a 17/11/2022 "Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto" afirma que a responsabilidade da prescrição da antibioterapia profilática cirúrgica é do cirurgião e a sua administração da equipa de anestesia, de acordo com a avaliação do risco de infeção do local cirúrgico, o tempo de intervenção previsto e a existência de agentes alergénicos. De acordo com o quadro 7 do anexo III da presente norma, para procedimentos que envolvam o tubo digestivo baixo, o antibiótico adequado para esta intervenção é a cefoxitina em dose única de 2g e caso exista necessidade repicar com 1g se a cirurgia ultrapassar as 2 horas.

Grupo farmacológico: antibacterianos - cefalosporinas 2ª geração com baixa atividade nos *Gram* positivos, mas com melhor espetro em relação a bactérias anaeróbias (*bacteroides* grupo *fragilis*) e bacilos *Gram* negativos.

Indicação no contexto: profilaxia de infeção perioperatória.

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

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

Administração e dose no contexto: 2g, nos 60 minutos que antecedem a cirurgia, via endovenosa de forma lenta, durante 3 a 5 minutos.

Enfermagem avançada no contexto:

- monitorização de sinais e sintomas de anafilaxia;
- vigilância do acesso venoso por risco de flebites.

Fentanil

É considerado um dos analgésicos mais potentes disponíveis e, por isso, deve ser utilizado com cautela, devido ao risco de efeitos colaterais graves. Atua ligando-se a recetores opioides no SNC, principalmente aos recetores *mu*-opioides. Esta ligação resulta numa redução na perceção cerebral da dor e uma sensação de euforia, proporcionando alívio significativo. PSP mais idosas ou com condições médicas pré-existentes podem ser mais suscetíveis aos efeitos adversos do fentanil, sendo necessário maior vigilância. Devido à potência do fármaco, pequenas variações na dose podem resultar em sobredosagem, o que exige elevada precaução na sua administração.

Grupo farmacológico: analgésicos estupefacientes. Analgésico opiáceo de compostos sintéticos.

Indicação no contexto: indução e manutenção da anestesia geral; suprimir a dor/nociceção intraoperatório.

Efeitos adversos frequentes: bradicardia, depressão respiratória aguda, broncoespasmo, retenção urinária, dor na administração, hipotensão/hipertensão, náuseas/vômitos, prurido, rigidez muscoesquelética, tremor pós-operatório, dependência e tolerância.

Contraindicações: hipersensibilidade à substância ativa; não utilizar como fármaco isolado para iniciar a anestesia, ausência de equipamento para ventilação, miastenia.

Administração e dose no contexto: em anestesia geral na fase de indução com hipnótico - 3 a 5 mcg/kg EV; indução - 50 a 100 mcg/kg EV; manutenção analgésica - 1 a 3 mcg/kg EV.

Enfermagem avançada no contexto:

- monitorização de sinais vitais e ECG durante a administração;
- verificação da disponibilidade de ressuscitação cardiopulmonar.

Propofol

Amplamente utilizado para induzir e manter a anestesia em procedimentos cirúrgicos e diagnósticos, bem como para sedação em unidades de cuidados intensivos. A sua rápida metabolização hepática e curta duração torna, este medicamento, ideal para situações que exigem um controlo preciso e rápido da anestesia. Atua principalmente no SNC, modulando a atividade do neurotransmissor inibitório GABA (ácido gama-aminobutírico). Ao aumentar a ação do GABA, o propofol promove uma depressão do SNC, levando à sedação, perda de consciência e analgesia. A sua potência exige monitorização contínua de modo a prevenir complicações graves.

Grupo farmacológico: Anestésico geral. Hipnótico.

Indicação no contexto: indução da anestesia geral.

Efeitos adversos frequentes: amnésia anterógrada, depressão cardiovascular moderada, dor na administração, depressão respiratória.

Contraindicações: hipersensibilidade à substância ativa; alergia ao amendoim, ovo e/ou soja, ausência de equipamento para ventilação, disfunção cardíaca grave.

Administração e dose no contexto: em anestesia geral na fase de indução - 2mg/kg EV de forma lenta para reduzir dor na injeção.

Enfermagem avançada no contexto:

- monitorização de sinais vitais e ECG durante a administração;
- verificação da disponibilidade de ressuscitação cardiopulmonar.

Rocurónio

O rocurónio é utilizado para induzir relaxamento muscular durante a cirurgia, especialmente em contextos de anestesia geral. É um agente de bloqueio neuromuscular que impede a transmissão dos impulsos nervosos nos músculos, resultando em paralisia temporária, o que facilita a intubação endotraqueal, a ventilação e, ainda, condições adequadas para a realização

do procedimento cirúrgico. Age competitivamente sobre os recetores nicotínicos da acetilcolina na junção neuromuscular, responsáveis pela transmissão dos impulsos nervosos para os músculos. Ao ligar-se a esses recetores, impede que a acetilcolina ocupe o seu lugar, resultando em bloqueio muscular.

Grupo farmacológico: Relaxantes musculares não despolarizantes de ação intermédia aminoesteróide.

Indicação no contexto: indução da anestesia geral, impedir a transmissão dos impulsos nervosos.

Efeitos adversos frequentes: apneia, hipotensão/hipertensão, taquicardia.

Contraindicações: hipersensibilidade à substância ativa; ausência de equipamento para ventilação; doença neuromuscular.

Administração e dose no contexto: em anestesia geral na fase de indução para intubação - 0,6 mg/kg

Enfermagem avançada no contexto:

- monitorização de sinais vitais e ECG durante a administração;
- verificação da disponibilidade de ressuscitação cardiorrespiratória;
- monitorização neuromuscular apropriada para verificar o BNM.

Sevoflurano

O sevoflurano é um anestésico volátil utilizado em anestesia geral, tanto para indução como manutenção da anestesia geral em procedimentos cirúrgicos. Tem rápida indução e recuperação, juntamente com a baixa irritabilidade das vias aéreas, sendo bem tolerado pela maioria das PSP. Atua no sistema nervoso central, ligando-se a recetores GABA e outros canais, como os de potássio e os recetores NMDA (N-metil-D-aspartato). Estas interações promovem uma depressão generalizada do SNC, resultando em perda de consciência e analgesia.

Grupo farmacológico: Anestésico geral inalatório.

Indicação no contexto: manutenção da anestesia geral.

Efeitos adversos frequentes: náuseas, vômitos, delírio, broncodilatação, depressão respiratória, vasodilatação cerebral.

Contraindicações: hipersensibilidade à substância ativa; suscetibilidade genética conhecida ou suspeita de hipertermia maligna; ausência de equipamento para ventilação.

Administração e dose no contexto: em anestesia geral na fase de manutenção uma concentração alveolar mínima de 1,5%.

Enfermagem avançada no contexto:

- monitorização de sinais vitais e ECG durante a administração;
- verificação da disponibilidade de ressuscitação cardiorrespiratória.

Dexametasona

É frequentemente utilizada em ambiente intraoperatório devido às suas propriedades anti-inflamatórias e imunossupressoras, bem como ao seu efeito sobre a redução da dor e o controle de náuseas pós-operatórias. Tem-se mostrado eficaz em várias situações, contribuindo para a melhoria do prognóstico da PSP, na redução de complicações e na aceleração da recuperação.

Grupo farmacológico: Corticosteroide - glucocorticoides.

Indicação no contexto: prevenção de náuseas e vômitos; potente efeito anti-inflamatório.

Efeitos adversos frequentes: hiperglicemia, úlceras pépticas, hipertensão, flebite, diminuição da resistência a todos os agentes infecciosos.

Contraindicações: hipersensibilidade à substância ativa, úlcera gástrica ou duodenal, infecções virais (amamentação e diabetes com precaução, por diminuir a sensibilidade da insulina).

Administração e dose no contexto: 4mg em adultos, administração direta EV.

Enfermagem avançada no contexto:

- vigilância do acesso venoso por risco de flebites;
- monitorização dos valores de glicemia.

Fenilefrina

É um medicamento simpaticomimético de ação direta que atua como agonista dos recetores *alfa-1* adrenérgicos, que quando ativados promovem vasoconstrição, aumentando a resistência vascular periférica. Deve ser administrada com cautela devido aos seus efeitos adversos importantes.

Grupo farmacológico: vasopressor - simpaticomimético.

Indicação no contexto: hipotensão, criando vasoconstrição arterial e venosa; aumenta o retorno venoso (pré-carga) e a pressão arterial (pós-carga).

Efeitos adversos frequentes: redução do débito cardíaco; necrose dos tecidos se existir extravasamento.

Contraindicações: hipersensibilidade à substância ativa; hipertensão ou doença vascular periférica; hipertiroidismo grave.

Administração e dose no contexto: A dose normal é de 50 a 100 mcg, que podem ser repetidos até ser obtido o efeito desejado. Uma dose de bólus não deve ultrapassar os 100 mcg.

Enfermagem avançada no contexto:

- vigilância dos tecidos pelo risco de necrose;
- monitorização de sinais vitais, com especial atenção à tensão arterial, durante e após a administração.

Cloreto de Potássio

O potássio é um dos principais iões responsáveis pela condução elétrica nas células e desempenha um papel crucial na função muscular, função cardíaca e transmissão nervosa. Corrige rapidamente a hipocalémia, mantendo o equilíbrio de potássio no organismo. No

entanto, a sua administração deve ser cuidadosamente monitorizada com ajuste de dose e velocidade de perfusão de acordo com a condição clínica da pessoa.

Grupo farmacológico: Corretivos das alterações hidroeletrólíticas - ião potássio.

Indicação no contexto: tratamento da hipocalemia.

Efeitos adversos frequentes: arritmias, flebite, paragem cardiorrespiratória.

Contraindicações: hipersensibilidade à substância ativa; hipercaliemia; oligúria.

Administração e dose no contexto: em geral 20mEq de cloreto de potássio aumentam a concentração sérica em 0,25mmol/L. Deve ser administrado em bomba perfusora em acesso venoso exclusivo a um débito de 20mEq/h.

Enfermagem avançada no contexto:

- verificação da disponibilidade de ressuscitação cardiorrespiratória;
- monitorização de sinais vitais e ECG durante a administração;
- vigilância do acesso venoso por risco de flebites.

Paracetamol

O paracetamol é um medicamento amplamente utilizado devido à sua eficácia e segurança quando administrado corretamente. Age principalmente no SNC, mais especificamente no hipotálamo, a região do cérebro responsável pela regulação da temperatura corporal e sensação de dor. O seu mecanismo de ação ainda não é completamente bem compreendido, mas acredita-se que atue na inibição da enzima COX (ciclooxigenase), responsável pela produção de prostaglandinas (mediadores químicos que desempenham um papel na inflamação, dor e febre) e ainda na ação sobre os recetores endocanabinóides, envolvidos na modulação da dor.

Grupo farmacológico: Analgésicos e antipiréticos. Analgésico não opioide não ácido.

Indicação no contexto: tratamento dor cirúrgica.

Efeitos adversos frequentes: ansiedade, hepatotoxicidade, insónia, fadiga, hipo/hipertensão ortoestática.

Contraindicações: hipersensibilidade à substância ativa; insuficiência hepatocelular grave.

Administração e dose no contexto: 30 minutos antes do fim da cirurgia contribui para uma transição suave do período intraoperatório para o pós-operatório.

Enfermagem avançada no contexto:

- monitorização de sinais vitais durante a administração.

Tramadol

O tramadol é um analgésico opioide utilizado para o tratamento da dor de intensidade moderada a severa. Atua no SNC, aliviando a dor, e é frequentemente prescrito para dor pós-cirúrgica, dor crónica e outros tipos de dor intensa. Possui um duplo mecanismo de ação que o diferencia de outros opioides: efeito analgésico através da ativação dos recetores mu-opioides, de forma mais fraca; e inibição da recaptação da serotonina e noradrenalina no cérebro,

desempenhando um papel na modulação da dor e no controlo de humor, ajudando na resposta ao tratamento da dor.

Grupo farmacológico: Analgésico estupefaciente. Opioide fraco sintético.

Indicação no contexto: tratamento dor cirúrgica.

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

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

Administração e dose no contexto: administração direta de forma lenta, entre 50 a 100mg.

Enfermagem avançada no contexto:

- monitorização de náuseas e vômitos;
- monitorização de sinais vitais durante a administração.

Metoclopramida

A metoclopramida é um medicamento muito utilizado no tratamento de distúrbios gástricos e intestinais, especialmente para o controlo de náuseas e vômitos. Atua em vários níveis do sistema nervoso central e do trato gastrointestinal: como antagonista do recetor dopaminérgico D2, responsável pela indução do vômito; como procinéptico, estimulando a motilidade gastrointestinal e, ainda no aumento da pressão do esfíncter esofágico inferior, acelerando o esvaziamento gástrico.

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

Indicação no contexto: prevenção náuseas e vômitos.

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

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

Administração e dose no contexto: administração direta de forma lenta 3 a 5 minutos, 10 mg.

Enfermagem avançada no contexto:

- monitorização de reações extrapiramidais;
- avaliação de distensão abdominal e ruídos intestinais antes e após a administração.

Ondansetrom

É um antagonista seletivo do recetor da serotonina. A serotonina é um neurotransmissor que, quando libertado em certas áreas do corpo, pode causar náuseas e vômitos. Embora seja geralmente bem tolerado, o seu uso deve ser cuidadosamente indicado e ajustado, levando em consideração o risco de interações medicamentosas e condições pré-existentes.

Grupo farmacológico: Antieméticos e antivertiginosos.

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

Efeitos adversos frequentes: cefaleias, diarreia, sensação de calor.

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

Administração e dose no contexto: 4mg EV, durante 2 a 3 minutos.

Enfermagem avançada no contexto:

- monitorização de reações extrapiramidais.

Sugamadex

Administrado para reverter o efeito dos bloqueadores neuromusculares não despolarizantes no fim da cirurgia. A sua ação prende-se com a forma como se liga seletivamente aos BNM, formando um complexo estável, impedindo que os mesmo atuem nos recetores promovendo a sua eliminação do organismo, e por fim, permitir que a função muscular seja restaurada.

Grupo farmacológico: Antagonista dos BNM aminosteroides.

Indicação no contexto: reversão do bloqueio neuromuscular no fim da cirurgia.

Efeitos adversos frequentes: bradicardia acentuada, tosse, hipotensão e complicações nas vias aéreas.

Contraindicações: hipersensibilidade à substância ativa.

Administração e dose no contexto: É recomendada uma dose de 4 mg/kg de sugamadex se a recuperação atingiu, pelo menos, 1-2 contagens pós-tetânica. É recomendada uma dose de 2 mg/kg de sugamadex se a recuperação espontânea ocorreu até, pelo menos, ao reaparecimento de T2 após o bloqueio induzido.

Enfermagem avançada no contexto:

- monitorização de sinais vitais e ECG durante a administração e recuperação;
- monitorização da função respiratória durante a recuperação;
- monitorização neuromuscular apropriada para verificar o BNM.

Oxigénio

O oxigénio é um elemento químico essencial à vida, fundamental para o metabolismo celular e a produção de energia nos organismos vivos. Na clínica, é frequentemente administrado para tratar hipóxia e outras condições relacionadas à insuficiência respiratória. Em contexto perioperatório, torna-se indispensável para garantir a segurança e recuperação da PSP.

Grupo farmacológico: Gás medicinal criogénico.

Indicação no contexto: prevenção da hipóxia.

Efeitos adversos frequentes: acidose, libertação de radicais livres, stresse oxidativo.

Contraindicações: não encontradas.

Administração e dose no contexto: A posologia é em função do estado clínico, sendo recomendado que seja personalizada a cada PSP.

Enfermagem avançada no contexto:

- monitorização da função ventilatória.

Lactato de Ringer

É uma solução amplamente utilizada para a reposição de fluidos e eletrólitos extracelulares. Frequentemente administrado em situações de desidratação, de forma a restaurar o volume intravascular; facilita a correção de acidose metabólica; promove o equilíbrio eletrólito, pelos iões presentes na sua composição essenciais para a função celular e muscular.

Grupo farmacológico: Solução isotónica.

Indicação no contexto: tratamento da hipovolemia.

Efeitos adversos frequentes: sobrecarga volémica, desequilíbrio eletrolítico, alterações do pH.

Contraindicações: alcalose, hipercalemia, hipercalcemia, insuficiência hepática grave, insuficiência renal grave.

Administração e dose no contexto: *Fluid challenge*.

Enfermagem avançada no contexto:

- monitorização da diurese;
- monitorização sinais vitais.

Polieletrólítico Simples

A solução polieletrólítica simples é usada na reposição de fluidos e eletrólitos, particularmente em casos de desidratação ou manutenção do equilíbrio hidroeletrolítico. É uma formulação básica, composta por eletrólitos essenciais para o funcionamento normal das células e tecidos que contém sódio, cloreto, potássio e cálcio

Grupo farmacológico: Solução cristalóide isotónica.

Indicação no contexto: manutenção equilíbrio hidroeletrolítico, hidratação,

Efeitos adversos frequentes: sobrecarga de volume, desequilíbrios eletrolíticos, distúrbios metabólicos.

Contraindicações: hipercalemia, hipernatremia, insuficiência renal grave, alcalose.

Administração e dose no contexto: *Fluid challenge*; durante e após procedimentos cirúrgicos.

Enfermagem avançada no contexto:

- monitorização da diurese;
- monitorização sinais vitais.

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

24-10-2024 20:30

24-10-2024 20:30 - Oxigenoterapia

24-10-2024 20:30 - FiO₂: 50 %.

24-10-2024 22:00 - FiO₂: 28 %.

24-10-2024 22:00 - Débito de oxigénio: 2.00 L/min.

24-10-2024 20:30 - Assegurar oxigenoterapia

24-10-2024 20:30 - Manter oxigenoterapia

24-10-2024 20:30 - Ventilação invasiva [RESOLVIDO] 24-10-2024 22:00

24-10-2024 20:30 - Tipo de ventilação invasiva: ventilação controlada por volume.

24-10-2024 20:30 - Ventilação invasiva - FiO₂: 50 %.

24-10-2024 20:30 - Ventilação invasiva - volume corrente: 480 ml.

24-10-2024 20:30 - Ventilação invasiva - volume/minuto: 6 L/min.

24-10-2024 20:30 - Ventilação invasiva - frequência respiratória (programada): 14 cr/min.

24-10-2024 20:30 - Ventilação invasiva - frequência respiratória espontânea: 14 cr/min.

24-10-2024 20:30 - Ventilação invasiva - PEEP: 5 cm H₂O.

24-10-2024 20:30 - Prevenir complicações da ventilação invasiva [FIM]

24-10-2024 22:00

24-10-2024 20:30 - Posicionar para prevenir a aspiração [FIM] 24-10-2024 22:00

24-10-2024 20:30 - Procedimento invasivo

24-10-2024 20:30 - Tipo de procedimento invasivo: Laparotomia Exploradora.

24-10-2024 20:30 - Verificado: antecedentes clínicos, alergias, consentimento informado, toma de medicação pré-operatória, próteses, identificação do doente, jejum, preparação pré-operatória.

24-10-2024 20:30 - Perda sanguínea

24-10-2024 20:30 - Abdómen: Perda sanguínea interna, retida dentro dos tecidos.

24-10-2024 20:30 - Localização do Pulso

24-10-2024 20:30 - Braço Esquerda(o)

24-10-2024 20:30 - Frequência do pulso: 99 pulsações por minuto.

24-10-2024 20:30 - Pulso de amplitude mediana e regular.

24-10-2024 22:00 - Localização do Pulso

24-10-2024 22:00 - Braço Esquerda(o)

24-10-2024 22:00 - Frequência do pulso: 86 pulsações por minuto.

24-10-2024 22:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

24-10-2024 20:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

24-10-2024 20:30 - Artéria Central

24-10-2024 20:30 - Pressão sanguínea sistólica: 101 mmHg.

24-10-2024 20:30 - Pressão sanguínea diastólica: 56 mmHg.

24-10-2024 22:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

24-10-2024 22:00 - Artéria Central

24-10-2024 22:00 - Pressão sanguínea sistólica: 106 mmHg.

24-10-2024 22:00 - Pressão sanguínea diastólica: 62 mmHg.

24-10-2024 22:00 - Temperatura corporal periférica

24-10-2024 22:00 - Ouvido: 36.00 °C.

24-10-2024 20:30 - Temperatura corporal periférica

24-10-2024 20:30 - Ouvido: 36.20 °C.

24-10-2024 20:30 - Temperatura corporal central: 35.20 °C.

24-10-2024 20:30 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o procedimento invasivo

24-10-2024 20:30 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia (Abdómen)

24-10-2024 20:30 - Avaliar evolução da temperatura corporal

24-10-2024 20:30 - Posicionamento Cirúrgico [RESOLVIDO] 24-10-2024 22:00

24-10-2024 20:30 - Decúbito Dorsal

24-10-2024 20:30 - Prevenir lesões associadas ao posicionamento cirúrgico
[FIM] 24-10-2024 22:00

24-10-2024 20:30 - Assegurar posicionamento cirúrgico indicado [FIM] 24-10-2024 22:00

24-10-2024 20:30 - Posicionar para prevenir úlcera de pressão [FIM] 24-10-2024 22:00

Sondas, Drenos e Cateteres

24-10-2024 20:30

24-10-2024 20:30 - Cateter central

24-10-2024 22:00 - Localização do cateter central

24-10-2024 22:00 - Veia jugular Direita(o)

24-10-2024 22:00 - Ausência de dor.

24-10-2024 22:00 - Ausência de calor.

24-10-2024 22:00 - Ausência de rubor.

24-10-2024 22:00 - Ausência de tumefação.

24-10-2024 22:00 - Ausência de exsudado.

24-10-2024 22:00 - Características do dispositivo: 4 vias.

24-10-2024 20:30 - Localização do cateter central

24-10-2024 20:30 - Veia jugular Direita(o)

24-10-2024 20:30 - Características do dispositivo: Jugular Interna, 4 vias.

24-10-2024 20:30 - Ausência de calor.

24-10-2024 20:30 - Ausência de rubor.

24-10-2024 20:30 - Ausência de tumefação.

24-10-2024 20:30 - Ausência de exsudado.

24-10-2024 20:30 - Assegurar funcionamento do cateter

24-10-2024 20:30 - Otimizar cateter central (Veia jugular Direita(o))

24-10-2024 20:30 - Prevenir complicações relacionadas com cateter central

24-10-2024 20:30 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter central
(Veia jugular Direita(o))

24-10-2024 20:30 - Tubo endotraqueal [RESOLVIDO] 24-10-2024 22:00

24-10-2024 20:30 - Características do dispositivo: Normal, tamanho 7.

24-10-2024 20:30 - Nível de inserção do tubo endotraqueal

24-10-2024 20:30 - Cavidade oral: 23.00 cm.

24-10-2024 20:30 - Presença de cuff

24-10-2024 20:30 - Traqueia: Com cuff.

24-10-2024 20:30 - Pressão do cuff: 25 cmH2O.

24-10-2024 20:30 - Assegurar funcionamento do tubo endotraqueal [FIM]

24-10-2024 22:00

24-10-2024 20:30 - Otimizar tubo endotraqueal [FIM] 24-10-2024 22:00

24-10-2024 20:30 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o tubo endotraqueal [FIM] 24-10-2024 22:00

24-10-2024 20:30 - Avaliar evolução do nível de inserção do tubo endotraqueal [FIM] 24-10-2024 22:00

24-10-2024 20:30 - Avaliar evolução da pressão do cuff [FIM] 24-10-2024 22:00

24-10-2024 20:30 - Prevenir complicações relacionadas com tubo endotraqueal [FIM] 24-10-2024 22:00

24-10-2024 20:30 - Manter cuff insuflado [FIM] 24-10-2024 22:00

24-10-2024 20:30 - Gerir a pressão do cuff [FIM] 24-10-2024 22:00

24-10-2024 20:30 - Insuflar cuff [FIM] 24-10-2024 22:00

24-10-2024 20:30 - Cateter urinário

24-10-2024 20:30 - Quantidade de urina: 200 ml.

24-10-2024 22:00 - Quantidade de urina: 225 ml.

24-10-2024 20:30 - Cor da urina: alaranjada.

24-10-2024 22:00 - Cor da urina: alaranjada.

24-10-2024 20:30 - Transparência da urina: Límpida.

24-10-2024 22:00 - Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].

24-10-2024 20:30 - Características do dispositivo: Foley 18 CH.

24-10-2024 22:00 - Características do dispositivo: Foley 18 CH.

24-10-2024 20:30 - Determinar evolução da drenagem pelo cateter urinário

24-10-2024 20:30 - Avaliar evolução da drenagem pelo cateter urinário

24-10-2024 20:30 - Assegurar funcionamento do cateter

24-10-2024 20:30 - Otimizar cateter urinário

24-10-2024 20:30 - Prevenir complicações relacionadas com cateter urinário

24-10-2024 20:30 - Sonda gástrica

24-10-2024 20:30 - Propósito terapêutico da sonda gástrica: drenagem de líquidos.

24-10-2024 22:00 - Propósito terapêutico da sonda gástrica: drenagem de líquidos.

24-10-2024 20:30 - Características do dispositivo: 12CH.

24-10-2024 20:30 - Substância drenada pela sonda gástrica: hemática.

24-10-2024 20:30 - Quantidade drenada pela sonda gástrica: 100 ml.

24-10-2024 22:00 - Substância drenada pela sonda gástrica: hemática.

24-10-2024 22:00 - Quantidade drenada pela sonda gástrica: 150 ml.

24-10-2024 22:00 - Características do dispositivo: 12CH.

24-10-2024 20:30 - Determinar evolução da drenagem pela sonda / dreno

24-10-2024 20:30 - Avaliar evolução da drenagem pela sonda gástrica

24-10-2024 20:30 - Assegurar funcionamento da sonda

24-10-2024 20:30 - Otimizar sonda gástrica

24-10-2024 20:30 - Prevenir complicações relacionadas com sonda gástrica

24-10-2024 20:30 - Executar tratamento ao local de inserção da sonda gástrica

24-10-2024 20:30 - Cateter venoso periférico

24-10-2024 20:30 - Localização do cateter venoso periférico

24-10-2024 20:30 - Mão Direita(o)

24-10-2024 20:30 - Características do dispositivo: 16G.

24-10-2024 20:30 - Ausência de dor.

24-10-2024 20:30 - Ausência de calor.

24-10-2024 20:30 - Ausência de rubor.

24-10-2024 20:30 - Ausência de tumefação.

24-10-2024 20:30 - Ausência de exsudado.

24-10-2024 20:30 - Ausência de infiltração.

24-10-2024 22:00 - Localização do cateter venoso periférico

24-10-2024 22:00 - Mão Direita(o)

24-10-2024 22:00 - Ausência de infiltração.

24-10-2024 22:00 - Ausência de dor.

24-10-2024 22:00 - Ausência de calor.

24-10-2024 22:00 - Ausência de rubor.

24-10-2024 22:00 - Ausência de tumefação.

24-10-2024 22:00 - Ausência de exsudado.

24-10-2024 22:00 - Características do dispositivo: 16G.

24-10-2024 20:30 - Mão Esquerda(o)

24-10-2024 20:30 - Características do dispositivo: 18G.

24-10-2024 20:30 - Ausência de dor.

24-10-2024 20:30 - Ausência de calor.

24-10-2024 20:30 - Ausência de rubor.

24-10-2024 20:30 - Ausência de tumefação.

24-10-2024 20:30 - Ausência de exsudado.

24-10-2024 20:30 - Ausência de infiltração.

24-10-2024 22:00 - Mão Esquerda(o)

24-10-2024 22:00 - Ausência de infiltração.

24-10-2024 22:00 - Ausência de dor.

24-10-2024 22:00 - Ausência de calor.

24-10-2024 22:00 - Ausência de rubor.

24-10-2024 22:00 - Ausência de tumefação.

24-10-2024 22:00 - Ausência de exsudado.

24-10-2024 22:00 - Características do dispositivo: 18G.

24-10-2024 20:30 - Determinar evolução da administração pelo cateter

24-10-2024 20:30 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico

24-10-2024 20:30 - Assegurar funcionamento do cateter

24-10-2024 20:30 - Otimizar cateter venoso periférico (Mão Direita(o), Mão Esquerda(o))

24-10-2024 20:30 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico

24-10-2024 20:30 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico (Mão Direita(o), Mão Esquerda(o))

24-10-2024 20:30 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico

24-10-2024 20:30 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico (Mão Direita(o), Mão Esquerda(o))

24-10-2024 20:30 - Cateter arterial

24-10-2024 20:30 - Localização do cateter arterial

24-10-2024 20:30 - Membro superior Esquerda(o)

24-10-2024 20:30 - Características do dispositivo: Artéria Braquial, 22G.

24-10-2024 22:00 - Localização do cateter arterial

24-10-2024 22:00 - Membro superior Esquerda(o)

24-10-2024 22:00 - Características do dispositivo: Artéria Braquial, 22G..

24-10-2024 20:30 - Assegurar funcionamento do cateter

24-10-2024 20:30 - Otimizar cateter arterial (Membro superior Esquerda(o))

24-10-2024 20:30 - Prevenir complicações relacionadas com cateter arterial

24-10-2024 20:30 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter arterial (Membro superior Esquerda(o))

24-10-2024 22:00

24-10-2024 22:00 - Dreno

24-10-2024 22:00 - Localização do dreno

24-10-2024 22:00 - Abdómen Inferior

24-10-2024 22:00 - Substância drenada: hemática.

24-10-2024 22:00 - Quantidade drenada pelo dreno de ferida: 25 ml.

24-10-2024 22:00 - Sem complicações no local de inserção do dreno.

24-10-2024 22:00 - Características do dispositivo: Passivo.

24-10-2024 22:00 - Avaliar evolução da drenagem (Abdómen Inferior)

24-10-2024 22:00 - Assegurar funcionamento do dreno

24-10-2024 22:00 - Otimizar dreno (Abdómen Inferior)

24-10-2024 22:00 - Sonda de oxigénio

24-10-2024 22:00 - Características do dispositivo: Cânula Nasal.

24-10-2024 22:00 - Assegurar funcionamento da sonda

24-10-2024 22:00 - Otimizar sonda de oxigénio

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

No caso que se apresenta, foram considerados dois momentos importantes que refletem cuidados de enfermagem avançada prestados à PSP. Um primeiro momento em que se encontra a ser operada e um segundo, já no final da cirurgia após extubação. Pretendeu-se evidenciar

aspectos relativos aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica, ou seja, intervenções interdependentes, que são realizadas em conjunto com outros profissionais, e que têm sempre um objetivo partilhado e um plano de cuidados interdisciplinar (Regulamento nº 613/2022, 2022).

ATITUDES TERAPÊUTICAS

Considera-se procedimento invasivo aquele que, ultrapassando barreiras naturais do corpo humano através de dispositivos médicos, permite diagnosticar, tratar ou monitorizar estados clínicos da PSP. Neste caso, utilizou-se uma abordagem altamente invasiva, a laparotomia exploradora, pela necessidade de grande exposição de tecidos e órgãos. Antes de qualquer procedimento invasivo (cirúrgico e anestésico), com foco na segurança da pessoa, é mandatório a realização de verificações pré-operatórias essenciais como identificação correta da PSP, antecedentes clínicos, jejum, ausência de próteses e adornos, medicação habitual, exames complementares de diagnóstico e preparação operatória correta.

De forma a otimizar o acesso ao local cirúrgico, garantindo em simultâneo segurança e conforto à PSP, é necessário um adequado **posicionamento cirúrgico**. Uma revisão integrativa liderada por Souza et al. (2023), destacou a importância da intervenção de enfermagem durante este posicionamento, salientando a realização de uma avaliação prévia e o uso de escalas específicas para prevenir complicações associadas (Souza et al., 2023). Para a prevenção de complicações que possam advir do posicionamento cirúrgico é fundamental que os enfermeiros tenham conhecimento anatómico e fisiológico, realizem a avaliação do risco, apliquem dispositivos de proteção, monitorizem continuamente durante o procedimento e eduquem a PSP e a equipa multidisciplinar (Palos & Sousa, 2025). A grande preocupação relativamente a um posicionamento inadequado é o desenvolvimento de lesões por pressão. Os autores Buso et al. (2021) identificaram que a idade avançada e *scores* elevados em escalas de avaliação de risco são preditores significativos, e ainda, que 37,7% das pessoas estudadas desenvolveram algum grau de lesão decorrente do posicionamento cirúrgico, predominantemente na região sagrada e calcâneos (Buso et al., 2021).

No caso que se descreve, o posicionamento adotado, e mais adequado para a realização de uma laparotomia exploradora, foi o decúbito dorsal. A PSP fica deitada de costas na mesa operatória com os membros superiores estendidos ao longo do corpo ou ligeiramente afastados, enquanto os membros inferiores ficam estendidos e alinhados. Devem ser colocados dispositivos de apoio na zona posterior dos joelhos, flexionando-os cerca de 5 a 10º, e, ainda, elevar a região calcânea evitando zonas de pressão. O cirurgião principal posiciona-se do lado direito da PSP, permitindo um acesso direto do local cirúrgico; o cirurgião ajudante coloca-se do lado esquerdo da PSP, em frente ao cirurgião principal, mediante necessidade. O enfermeiro instrumentista, regra geral, posiciona-se do lado esquerdo da PSP, em frente ao cirurgião principal, facilitando a entrega do instrumental durante o procedimento (Choudhury et al., 2023).

Um posicionamento cirúrgico adequado não só facilita o trabalho da equipa cirúrgica, como também minimiza o risco de complicações. Neste aspeto, a intervenção de enfermagem especializada é fundamental de forma a garantir segurança, prevenindo complicações. A atuação passa por tomar decisões para garantir o melhor conforto na promoção da integridade física da PSP e na otimização dos resultados cirúrgicos (Miranda et al., 2016; Souza et al., 2023).

De forma a permitir a realização de procedimentos cirúrgicos livres de dor, desconforto e seguros para a PSP, é necessário colocá-la num estado insensível a estímulos. A **anestesia geral** é caracterizada por ser um estado controlado e reversível de inconsciência, em que não existe resposta a estímulos dolorosos com necessidade de suporte ventilatório. Induzida farmacologicamente, tem como principais componentes chave a perda de consciência e amnésia, analgesia, relaxamento muscular e perda de reflexos (ASA, 2024).

A escolha dos agentes anestésicos e a técnica de administração devem ser individualizadas, considerando as características da PSP e o tipo de cirurgia. Não obstante, a monitorização contínua é essencial para ajustar doses e garantir a segurança e bem-estar durante toda a cirurgia. A técnica anestésica definida para a realização desta laparotomia exploradora foi a balanceada. Em termos mais precisos, na indução utilizaram-se fármacos endovenosos e na manutenção fármacos inalatórios. A anestesia geral balanceada é uma técnica que se define pela combinação de diferentes anestésicos com objetivo de obter condições cirúrgicas ideais, minimizando efeitos laterais. Este tipo de abordagem, ao combinar vários fármacos, permite que se utilizem doses menores de cada um, reduzindo a incidência de efeitos adversos, ao mesmo tempo que promove uma recuperação mais rápida. Estudos recentes destacam a importância de equilibrar a profundidade anestésica e a seleção de fármacos para reduzir as complicações pós-operatórias e melhorar a recuperação (Cahuich-Rodríguez et al., 2024; Coppens et al., 2023).

A ASA preconiza que exista monitorização contínua e constante durante qualquer procedimento anestésico, adotando medidas apropriadas mediante o grau de complexidade e urgência. Oxigenação, valores de ventilação, temperatura, oximetria de pulso, capnografia, ECG, pressão arterial e a presença contínua de um profissional qualificado são padrões de monitorização obrigatórios para um procedimento de anestesia geral (ASA, 2020).

Encontrando-se anestesiada, a PSP perde autonomia ventilatória, ocorrendo depressão do centro respiratório assim como dos seus músculos. Desta forma, a **ventilação invasiva** é necessária para garantir trocas gasosas adequadas; evitar hipoxemia e hipercapnia durante a cirurgia; manter estabilidade hemodinâmica; reduzir o risco de aspiração pulmonar e, ainda, permitir a administração de relaxantes musculares (imobilização total para a cirurgia). O modo ventilatório escolhido depende do procedimento, das condições físicas e clínicas da PSP e da duração do período intraoperatório (Lee et al., 2024).

No caso apresentado, e perante uma laparotomia exploradora, de forma a manter um volume

corrente fixo adotou-se uma ventilação controlada por volume (VCV). A VCV permite que o aparelho de anestesia entregue um volume corrente predefinido, independentemente da pressão necessária para atingir esse volume. Apresenta como vantagens a garantia de um volume corrente fixo, um controlo preciso da ventilação por minuto prevenindo a hipoventilação (Yang & Esper, 2024).

Ventilação invasiva requer uma monitorização cuidadosa de forma a equilibrar o suporte ventilatório da PSP e diminuir o risco de iatrogenia e potenciais complicações como barotrauma, atelectasia, aspiração pulmonar, laringoespasmo, broncoespasmo ou lesões da via aérea (Szafran & Patel, 2024). O trabalho interdisciplinar é crucial para garantir uma ventilação eficaz, monitorizar a resposta da PSP e prevenir complicações, contribuindo para um sucesso cirúrgico mais seguro e uma recuperação adequada da pessoa. Um dos grandes objetivos da ventilação invasiva em ambiente cirúrgico é garantir uma oxigenação adequada dos tecidos e a manutenção das interações corporais necessárias à vida. Ao corrigir a hipóxia, a **oxigenoterapia**, desempenha um papel fundamental na anestesia e na recuperação pós-operatória, prevenindo complicações respiratórias e uma recuperação mais segura (Lee et al., 2024). É importante o ajuste da fração inspirada de oxigénio sem causar toxicidade, dependendo do risco de hipoxemia. A equipa de anestesia deve monitorizar parâmetros ventilatórios, FiO₂ níveis de oxigenação arterial e mecânica pulmonar de forma a garantir a melhor segurança da PSP, evitar complicações cirúrgicas e otimizar a recuperação pós-cirúrgica.

SONDAS, DRENOS E CATETERES

Cateter Venoso Periférico (CVP)

A via de administração de fármacos preferencial em ambiente intraoperatório é a endovenosa, não só pela facilidade de manutenção, mas também por ser aquela em que o início de ação dos fármacos é, geralmente, mais rápido. É essencial para garantir o acesso venoso seguro e permanente, permitindo administração de medicamentos, fluidos e hemoderivados. Outro motivo crucial é a necessidade de resposta rápida a emergências intraoperatórias. Perante a história do caso, na chegada ao ambiente intraoperatório, a PSP, já trazia inserido um cateter venoso periférico, calibre 18G. No entanto, devido à instabilidade hemodinâmica e imprevisibilidade dos achados cirúrgicos, foi colocado outro, de calibre maior, 16G. É papel do enfermeiro especialista garantir uma adequada manutenção do CVP, essencial para a segurança da PSP, prevenindo complicações ao mesmo que tempo que garante o suporte endovenoso durante a cirurgia (Oliveira et al., 2019).

Tudo endotraqueal

A ventilação mecânica necessita de uma via aérea artificial, de forma a facilitar a intervenção cirúrgica e a ventilação da PSP. Para tal, na grande maioria das vezes são utilizados tubos

endotraqueais com *cuff* que garantem a fixação do tubo, prevenirem a aspiração pulmonar e permitem uma adequada ventilação. O enfermeiro especialista desempenha um papel crucial na colocação e manutenção do tubo orotraqueal (TOT). Tem a responsabilidade de monitorizar constantemente a posição e a sua integridade durante a cirurgia. Destaca-se principalmente, a monitorização da pressão de *cuff* uma vez que a entubação endotraqueal é responsável pela esmagadora maioria de lesões na mucosa laringotraqueal, que podem ser graves, difícil diagnóstico e, por conseguinte, difícil solução. No entanto, estes danos podem ser prevenidos se forem adotadas medidas de avaliação e monitorização adequadas da pressão de *cuff* dos tubos (Cordeiro et al., 2017). A monitorização da pressão de *cuff* no intraoperatório é uma medida de fácil implementação que pode reduzir complicações pós-operatórias nas vias aéreas (Fritz et al., 2020).

Cateter Venoso Central

O cateter venoso central (CVC) desempenha um papel importante em cirurgias de urgência, porque permite um acesso venoso confiável e de fácil utilização para administração de medicamentos, fluidos, hemoderivados e monitorização hemodinâmica invasiva. Em situações de emergência permite a infusão rápida de grandes volumes de líquidos e/ou fármacos essenciais para manter a estabilidade cardiovascular (Estrada-Orozco et al., 2020). O enfermeiro especialista tem a responsabilidade de garantir que a sua colocação é realizada num ambiente de assepsia rigorosa, prevenindo complicações, do mesmo modo que monitoriza a sua posição, fluxo adequado, evitando obstrução, trombose ou infeção.

Cateter Arterial

A colocação de um cateter arterial é crucial para uma gestão hemodinâmica contínua, nomeadamente em condições instáveis da PSP. A literatura define que as principais indicações para inserir um cateter arterial passam por monitorização contínua da pressão arterial, necessidade de colheitas de sangue frequentes e monitorização hemodinâmica minimamente invasiva. Embora no caso que se descreve a linha arterial seja indispensável, a sua colocação não é isenta de riscos como infeção e/ou trombose (Nunes et. al., 2020). Portanto, é necessário considerar o seu benefício *versus* potenciais efeitos adversos antes de prosseguir com o cateterismo. Deve ser preocupação do EEEMCAEEPSP assegurar que todos os dispositivos médicos necessários estejam disponíveis para a sua colocação, garantir a integridade do cateter, a qualidade da onda de pulso e monitorizar sinais precoces de complicações.

Cateter Urinário

A DGS (2022) defende que deve considerar-se a colocação de cateter urinário quando há "necessidade de monitorização do débito urinário em doentes críticos", "cirurgias com previsão de longa duração", "doentes com necessidade de receber grandes volumes de infusões" ou "necessidade de monitorização do débito urinário durante a cirurgia", entre outros (DGS, 2022,

p.7). Considerando que numa laparotomia exploradora existe imprevisibilidade de garantir qual o tempo cirúrgico e que a infusão de volumes estava planeada, decidiu-se a colocação de cateter urinário. Na fase intraoperatória torna-se particularmente especial porque facilita a drenagem contínua de urina, assim como a sua monitorização, evitando distensão da bexiga permitindo um controlo adequado dos líquidos durante a cirurgia. A execução da técnica de inserção, manutenção e prevenção de complicação são intervenções alvo do enfermeiro especialista.

Sonda Gástrica

O uso de sonda nasogástrica durante a laparotomia exploradora é um componente importante porque permite descompressão do estômago, drenando o conteúdo, e portanto, reduzir o risco de aspiração pulmonar, para além de melhorar a visualização do campo cirúrgico. Por outro lado, pode permitir a identificação precoce de complicação como hemorragia ou obstrução (Verma & Nelson, 2007). A cargo do enfermeiro fica a sua colocação, fixação, monitorização da posição e funcionalidade, assim como intervir prontamente com a equipa multidisciplinar durante a cirurgia assegurando a eficácia da intervenção (Corrêa et al., 2021).

Dreno

A colocação de um dreno abdominal após uma laparotomia exploradora revela-se importante de forma a permitir a drenagem de fluidos, prevenindo o seu acumular na cavidade abdominal e possibilitar a deteção precoce de complicações, como hemorragia ou infeção. Resumidamente, é crucial para gerir complicações pós-operatórias e potenciar os resultados da PSP (Taylor & Johnson, 2024). A decisão de utilizar drenos deve ser adaptada ao contexto clínico específico, considerando fatores como a extensão da cirurgia e o risco de complicações (Hubble et al., 2024). Neste contexto, o enfermeiro especialista deve atuar na avaliação contínua do drenado, mantendo a integridade do sistema de drenagem, além de comunicar prontamente qualquer alteração que possa indicar complicações.

Sonda de Oxigénio

A sonda de oxigénio é particularmente importante no pós-operatório imediato uma vez que garante que a PSP recebe suporte respiratório adequado logo após o ato anestésico, prevenindo episódios de hipóxia. Facilita na recuperação, contribuindo para a segurança e estabilidade clínica no período pós-cirúrgico (Akhtar et al., 2018). O enfermeiro desempenha um papel central na monitorização da saturação periférica de oxigénio, ajustando valores de oxigenoterapia, registando e comunicando alterações à equipa.

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
24-10-2024 20:30	Consciência	
24-10-2024 20:30	Pele e mucosas	
24-10-2024 20:30	Metabolismo	
24-10-2024 20:30	Atitudes terapêuticas	
24-10-2024 20:30	Sondas, Drenos e Cateteres	
24-10-2024 20:30	Sistema cardiovascular	
24-10-2024 20:30	Termorregulação	
24-10-2024 20:30	Eliminação urinária	
24-10-2024 20:30	Sensações somáticas	
24-10-2024 20:30	Sistema respiratório	
24-10-2024 20:30	Volume de líquidos	

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

De seguida, pretende-se justificar a identificação de todos os domínios e a relação com o quadro teórico do caso. Cada domínio de intervenção foi selecionado com base na relevância e adequação para a estabilidade e recuperação da PSP deste caso. A atuação do enfermeiro especialista fundamentada em protocolos e evidência é crucial na identificação precoce de complicações, implementação de medidas terapêuticas oportunas e na maximização de um ambiente perioperatório seguro.

Tendo como referência que, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, **Consciência** é 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), torna-se um domínio a considerar no período perioperatório. Ainda assim, numa cirurgia desta dimensão, é imprescindível o estado de inconsciência da PSP, possível através da anestesia geral. Uma das formas de avaliar a consciência corresponde à aplicação da Escala de Coma de Glasgow, um método prático para monitorizar o nível de consciência em resposta a estímulos (Royal College of Physicians and Surgeons of Glasgow, 2018).

Para facilitar a garantia de inconsciência, existem formas de monitorizar a profundidade anestésica durante a realização de procedimentos invasivos. O monitor de Índice Bispectral (BIS) facilita este processo uma vez que através de elétrodos colocados na zona frontal da cabeça da PSP, fornece um traçado de eletroencefalograma e assim *insights* sobre a profundidade anestésica. Uma manutenção dos valores entre 40 a 60, é essencial para evitar a

consciencialização e prevenir potenciais consequência psicológicas (Woodrow & Hill, 2025). A revisão da literatura realizada por Chacon (2022) concluí que o despertar intraoperatório é um acontecimento enigmático, de difícil reconhecimento e, portanto, torna-se imprescindível analisar fatores de risco para o planeamento de uma estratégia de prevenção de memória intraoperatória e as suas consequências (Chacon, 2022).

A identificação do domínio **Sistema Respiratório** prende-se à necessidade de monitorização, avaliação e intervenção constante em doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva sob anestesia geral. A manutenção adequada da ventilação e oxigenação dos tecidos é imperativa não só na garantia da vida, mas também na prevenção de complicações pulmonares como atelectasia e hipóxia, durante o procedimento cirúrgico. Estas complicações são comuns, dolorosas e aumentam a mortalidade da PSP. Logo após a indução anestésica, o *drive* respiratório e a função muscular são alterados e os volumes reduzidos (Tavares et al., 2023). Sabe-se ainda, que uma percentagem superior a 75 das PSP com anestesia geral desenvolvem atelectasia (Miskovic & Lumb, 2017). As medidas preventivas passam por otimização pré-operatória de comorbidades, cessação tabágica, correção da anemia, além de estratégias de ventilação protetoras no intraoperatório (Tavares et al., 2023). A intervenção especializada de enfermagem promove a diminuição dos riscos, incluindo monitorização de parâmetros respiratórios, a garantia da integridade dos dispositivos de ventilação, assim como manutenção de níveis adequados de fornecimento de oxigénio.

A avaliação e a proteção contínua da integridade da **Pele e mucosas** evitam lesões e consequentemente infeções, sendo importante durante a cirurgia. PSP submetidas a intervenções extensas tornam-se vulneráveis à alteração na integridade cutânea, seja por imobilidade prolongada, uso de dispositivos invasivos ou alterações do sistema circulatório. As áreas essenciais de competência em enfermagem avançada para prevenir complicações decorrentes do posicionamento cirúrgico incluem: domínio da anatomia e fisiologia, avaliação de riscos, uso adequado de dispositivos de proteção, monitorização contínua durante o procedimento e educação tanto da PSP como da equipa multidisciplinar (Palos & Sousa, 2025).

O enfermeiro especialista é qualificado para prevenir lesões por pressão, devendo planear e implementar cuidados de forma a preveni-las. Através da aplicação de estratégias, já discutidas anteriormente, garante a manutenção da integridade cutânea e previne complicações que poderiam impactar negativamente a evolução clínica da PSP no período pós-operatório. Formação profissional e treino são fundamentais para a sua eficácia. O uso de dispositivos de proteção, reposicionamento periódico e monitorização contínua são medidas preventivas que devem ser adotadas durante a cirurgia evitando complicações (Middleton et al., 2021; Liu et.al., 2020). Por outro lado, há uma intencionalidade na quebra da integridade cutânea no que diz respeito à ferida cirúrgica, ou seja, na perda de continuidade da pele e tecidos subjacentes. A classificação da ferida cirúrgica está relacionada com o procedimento cirúrgico e pode ser classificada de acordo com o nível de contaminação que está rotineiramente associado a

determinado procedimento, facilitando a necessidade ou a escolha da profilaxia antibiótica a administrar (SA Health, 2021).

O “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico proposto pela DGS preconiza que para a manutenção da homeostasia do doente no que diz respeito à prevenção da ILC são considerados os seguintes aspetos: normotermia, normoglicemia, normovolémia e oxigenação. Relativamente à normoglicemia deve manter-se um controlo glicémico em doentes com e sem diabetes, para valores de glicemia igual ou inferior a 180mg/dL, não devendo ser administrada por rotina insulina a doentes sem diabetes no pós-operatório para reduzir a ILC (DGS, 2022). Por esta razão a identificação do domínio **Metabolismo** é imprescindível, pois permite avaliar e intervir nas alterações metabólicas induzidas pelo *stress* cirúrgico. Durante procedimentos invasivos, a PSP pode apresentar alterações hormonais e metabólicas - como a hiperglicemia, aumento do catabolismo e desequilíbrios - que não sendo controlados, comprometerão a cicatrização e recuperação pós-operatória (Helander et al., 2019). Desta forma, a monitorização contínua dos parâmetros metabólicos possibilita a identificação precoce, permitindo a implementação de **Atitudes Terapêuticas** que otimizem o desfecho clínico.

No contexto intraoperatório a utilização de **Sondas, Drenos e Cateteres** é fundamental para a segurança da PSP uma vez que auxilia na monitorização e manutenção de funções vitais. Neste caso em particular, a sonda gástrica permitiu a descompressão gástrica; cateteres venosos permitiram a infusão de medicamentos e fluídos; cateter arterial possibilitou a monitorização hemodinâmica invasiva e colheitas de sangue e, por fim, o dreno cirúrgico foi útil para evitar a acumulação de sangue e/ou secreções no local cirúrgico, prevenindo infeções e ao mesmo tempo promovendo cicatrização. Em casos particulares, e em situações que se preveja uma duração cirúrgica superior a 120 minutos, é necessário inserir um cateter urinário de forma a prevenir distensão vesical e monitorizar a **Eliminação Urinária**. Nesta abordagem cirúrgica, a bexiga cheia poderia representar um obstáculo mecânico para a realização de determinado procedimento durante a cirurgia (Maya, 2022). Durante o procedimento, o enfermeiro especialista desempenha um papel crucial na seleção, preparação, aplicação e monitorização destes dispositivos, garantindo a sua funcionalidade e eficácia.

Aspetos relacionados com a dor, a hemorragia, a monitorização da pressão arterial e frequência cardíaca remetem para o domínio do **Sistema Cardiovascular**. Manter a estabilidade hemodinâmica constitui uma das grandes prioridades no intraoperatório. O stress cirúrgico, as mudanças de volume, a anestesia, o efeito dos fármacos e outros impactam diretamente esta estabilidade, tornando fundamental a necessidade de detetar precocemente possíveis eventos críticos (Vokuhl et al., 2022; Herman & Viswanath, 2024). A monitorização contínua dos sinais vitais como pressão arterial, frequência cardíaca, eletrocardiograma, saturação de oxigénio e débito urinário fornecem informação valiosa no que diz respeito ao sistema cardiovascular. O controlo contínuo da hemorragia também se revela crítico, uma vez que a perda de sangue está intimamente relacionada com a hipotensão e oxigenação dos tecidos (Vincent et al., 2015). O

enfermeiro especializado no cuidado à PSP tem o dever de realizar vigilância, colaborar na manutenção de um volume adequado e identificar alterações importantes, agindo precocemente em situações de emergência poderia acontecer com o caso descrito.

Como já referido, a normotermia faz parte do feixe de intervenções associadas a prevenção da infeção do local cirúrgico. Desta forma, garantindo a **Termorregulação** da PSP, a temperatura central não deve ser inferior a 36°C nos três grandes momentos do perioperatório. Quando possível a prevenção da hipotermia deve ser iniciada 1 a 2 horas antes do início da anestesia. De acordo com o grau de hipotermia, leve, moderada ou grave, a monitorização deverá ser mais ou menos intervalar, 15 minutos, 5 minutos ou continuamente, respetivamente. Os sistemas de aquecimento ativo e passivo, como o aquecedor de convecção, o aquecedor de soros e irrigar estruturas com soros aquecidos, são métodos eficazes na prevenção e gestão perioperatória da hipotermia, sendo responsabilidade do enfermeiro realizar o registo adequado da intervenção (DGS, 2022). A implementação de protocolos abrangentes de manutenção da normotermia pode reduzir significativamente a incidência da hipotermia na fase intraoperatória (Bindu & Bindra, 2021).

Em 1979, a International Association for the Study of Pain, sugeriu dor como "*An unpleasant sensory and emotional experience associated with, or resembling that associated with, actual or potential tissue damage*" (Raja et al., 2020, p.1). Esta definição, mundialmente aceite, afirma que dor é uma experiência pessoal, subjetiva, apreendida ao longo da vida por meio de experiências, influenciada em diferentes graus por fatores biológicos, psicológicos e sociais. Embora relacionados, dor e nociceção são fenómenos distintos, sendo impossível de inferir a presença de dor com base apenas na atividade dos neurónios sensoriais (Ordem dos Enfermeiros, 2008). A PSP sob anestesia geral responde à estimulação cirúrgica, e portanto, a nociceção começa a partir da estimulação nocicetiva que ativa e despolariza fibras específicas. Este circuito neuronal da nociceção está localizado principalmente na medula espinhal sem ir até ao cérebro. Ou seja, quando existe aumento da frequência cardíaca e/ou da pressão arterial, por exemplo, é uma nociceção, não dor (Guan, 2025). Assim, no que diz respeito às **Sensações Somáticas**, a intervenção do enfermeiro será mais focalizada no pós-operatório, embora se invista na sua prevenção intraoperatoriamente. Existe uma ampla variedade de estratégias farmacológicas e não farmacológicas que podem ser utilizadas para um controlo eficaz da dor. É essencial que existam protocolos específicos e uma equipa bem treinada para identificar que melhor estratégia adotar com os menores efeitos adversos possíveis (Maya, 2022). Embora a sua função seja adaptativa, a dor pode impactar negativamente a funcionalidade e o bem-estar psicológico e social. A expressão verbal é apenas uma das formas de comunicar a dor; a incapacidade de se expressar não significa que não seja incapaz de a sentir (Raja et al., 2020).

Após vários dias em dieta zero e a não tolerar alimentos e líquidos, a PSP deste caso encontrava-se claramente em desidratação. E, sabendo que, choque hipovolémico é um dos

riscos mais comuns em doentes submetidos a cirurgia torna-se imperativo uma preparação adequada para prevenir possíveis complicações. De forma a restaurar um adequado **Volume de Líquidos**, a equipa multidisciplinar decidiu por adotar como estratégia terapêutica o *fluid challenge*. O princípio desta técnica consiste em administrar bolús de fluídos endovenosos sob condições rigorosamente controladas e avaliar a resposta hemodinâmica da PSP (Vincent et al., 2020). O grande objetivo recai na otimização da perfusão dos órgãos sem causar efeitos adversos, evitando tanto a hipovolemia como a sobrecarga de fluídos. Neste caso está recomendado pelo menos duas grandes vias endovenosas ou cateter venoso central, e confirmada a disponibilidade de sangue. Deste modo, durante a fase perioperatória, a monitorização rigorosa de volume de líquidos administrados e eliminados permitem ajustes imediatos na reposição dos mesmos, adotando uma abordagem de terapia guiados por metas (Aaen et al., 2021).

3.6. Conceção de Cuidados

Consciência

24-10-2024 20:30

24-10-2024 20:30 - Com indícios de compromisso da consciência.

24-10-2024 20:30 - Determinar sinais de alteração da consciência

24-10-2024 20:30 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência

24-10-2024 20:30 - Consciência comprometida

24-10-2024 20:30 - Abertura dos olhos: nenhuma.

24-10-2024 22:00 - Abertura dos olhos: espontânea [MELHOROU].

24-10-2024 20:30 - Resposta verbal: nenhuma.

24-10-2024 22:00 - Resposta verbal: orientada [MELHOROU].

24-10-2024 20:30 - Resposta motora: nenhuma.

24-10-2024 22:00 - Resposta motora: obedece a ordens simples [MELHOROU].

24-10-2024 20:30 - Determinar evolução da consciência

24-10-2024 20:30 - Avaliar evolução da consciência

24-10-2024 20:30 - Prevenir úlcera de pressão [FIM] 24-10-2024 22:00

24-10-2024 20:30 - Posicionar para prevenir úlcera de pressão [FIM] 24-10-2024 22:00

24-10-2024 20:30 - Prevenir aspiração

24-10-2024 22:00

24-10-2024 22:00 - Consciente.

Sensações somáticas

24-10-2024 20:30

24-10-2024 20:30 - Manifesta dor.

24-10-2024 20:30 - Determinar sinais de dor

24-10-2024 20:30 - Avaliar evolução de sinais de dor

24-10-2024 20:30 - Dor

24-10-2024 22:00 - Expressão facial: Relaxada.

24-10-2024 22:00 - Localização da dor

24-10-2024 22:00 - Abdómen

24-10-2024 22:00 - Intensidade da dor - 3.

24-10-2024 22:00 - frequência da dor - contínua.

24-10-2024 22:00 - duração da dor - aguda.

24-10-2024 20:30 - Diminuir dor

24-10-2024 20:30 - *Gerir analgesia*

24-10-2024 22:00

24-10-2024 22:00 - Manifesta dor [MANTEVE].

Sistema respiratório

24-10-2024 20:30

24-10-2024 20:30 - Frequência respiratória: 14 ciclos/min.

24-10-2024 20:30 - Ritmo respiratório regular.

24-10-2024 20:30 - Movimento respiratório simétrico.

24-10-2024 20:30 - Saturação do oxigénio no sangue

24-10-2024 20:30 - Periférico(a): 100 %.

24-10-2024 20:30 - Coloração da mucosa: pálidas.

24-10-2024 20:30 - Ventilação comprometida [RESOLVIDO] 24-10-2024 22:00

24-10-2024 20:30 - Determinar evolução da ventilação [FIM] 24-10-2024 22:00

24-10-2024 20:30 - *Avaliar evolução da ventilação* [FIM] 24-10-2024 22:00

24-10-2024 20:30 - *Referenciar ventilação comprometida ao médico* [FIM]

24-10-2024 22:00

24-10-2024 20:30 - Melhorar ventilação [FIM] 24-10-2024 22:00

24-10-2024 20:30 - *Iniciar oxigenoterapia* [FIM] 24-10-2024 22:00

24-10-2024 22:00

24-10-2024 22:00 - Frequência respiratória: 15 ciclos/min.

24-10-2024 22:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

24-10-2024 22:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

24-10-2024 22:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

24-10-2024 22:00 - Saturação do oxigénio no sangue

24-10-2024 22:00 - Periférico(a): 98 %.

24-10-2024 22:00 - Coloração da mucosa: rosada.

Sistema cardiovascular

24-10-2024 20:30

24-10-2024 20:30 - Temperatura das extremidades

24-10-2024 20:30 - Membro superior Esquerda(o): Temperatura das extremidades diminuída.

24-10-2024 20:30 - Coloração das extremidades

24-10-2024 20:30 - Membro superior Esquerda(o): Coloração pálida das extremidades.

24-10-2024 20:30 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

24-10-2024 20:30 - Hemorragia

24-10-2024 20:30 - Determinar evolução de sinais de hemorragia

24-10-2024 20:30 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia (Abdómen)

24-10-2024 20:30 - Promover hemóstase [FIM] 24-10-2024 22:00

24-10-2024 20:30 - Aplicar tamponamento (Abdómen) [FIM] 24-10-2024 22:00

24-10-2024 20:30 - Aplicar eletrocoagulação cirúrgica nos tecidos [FIM]

24-10-2024 22:00

24-10-2024 20:30 - Hipotensão

24-10-2024 20:30 - Determinar evolução da pressão sanguínea

24-10-2024 20:30 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

24-10-2024 20:30 - Referenciar hipotensão ao médico

24-10-2024 20:30 - Prevenir complicações da hipotensão

24-10-2024 20:30 - Perfusão dos tecidos periféricos comprometida

24-10-2024 20:30 - Melhorar perfusão dos tecidos periféricos

24-10-2024 20:30 - Manter temperatura corporal

24-10-2024 20:30 - Aquecer o cliente

24-10-2024 22:00

24-10-2024 22:00 - Localização da dor

24-10-2024 22:00 - Abdómen

24-10-2024 22:00 - Intensidade da dor - 3.

24-10-2024 22:00 - frequência da dor - contínua.

24-10-2024 22:00 - duração da dor - aguda.

Eliminação urinária

24-10-2024 20:30

24-10-2024 20:30 - Frequência da eliminação urinária: diminuída .

24-10-2024 20:30 - Determinar evolução da eliminação urinária

24-10-2024 20:30 - Avaliar evolução da eliminação urinária

Pele e mucosas

24-10-2024 20:30

24-10-2024 20:30 - Alterações da integridade dos tecidos.

24-10-2024 20:30 - Ferida cirúrgica

24-10-2024 20:30 - Localização da ferida cirúrgica

24-10-2024 20:30 - Abdómen Mediana

24-10-2024 20:30 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: contínua.

24-10-2024 20:30 - Material de sutura da lesão tegumentar: fio não absorvível.

24-10-2024 22:00 - Localização da ferida cirúrgica

24-10-2024 22:00 - Abdómen Mediana

24-10-2024 22:00 - Comprimento da lesão tegumentar: 15.00 cm.

24-10-2024 22:00 - Largura da lesão tegumentar: 2.00 cm.

24-10-2024 22:00 - Promover cicatrização da ferida cirúrgica

24-10-2024 22:00 - Suturar ferida (Abdómen Mediana)

24-10-2024 22:00 - Inserir dreno de ferida (Abdómen Mediana)

24-10-2024 22:00 - Aplicar penso de ferida (Abdómen Mediana)

24-10-2024 22:00

24-10-2024 22:00 - Alterações da integridade dos tecidos.

Metabolismo

24-10-2024 20:30

24-10-2024 20:30 - Glicemia capilar: 156 mg/dl.

24-10-2024 20:30 - Glicemia

24-10-2024 20:30 - Determinar evolução da glicemia

24-10-2024 20:30 - Avaliar evolução da glicemia

24-10-2024 20:30 - Controlar glicemia

Termorregulação

24-10-2024 20:30

24-10-2024 20:30 - Determinar evolução da temperatura corporal

24-10-2024 20:30 - Avaliar evolução da temperatura corporal

24-10-2024 20:30 - Hipotermia

24-10-2024 20:30 - Determinar evolução da temperatura corporal

24-10-2024 20:30 - Avaliar evolução da temperatura corporal

24-10-2024 20:30 - Referenciar hipotermia ao médico [FIM] 24-10-2024 22:00

24-10-2024 20:30 - Promover termorregulação

24-10-2024 20:30 - Aplicar manta de aquecimento

Volume de líquidos

24-10-2024 20:30

24-10-2024 20:30 - Pele seca / descamativa.

24-10-2024 20:30 - Peso: 98.00 Kg.

24-10-2024 20:30 - Presença de olhos encovados.

24-10-2024 20:30 - Densidade urinária aumentada.

24-10-2024 20:30 - Desidratação

24-10-2024 20:30 - Determinar evolução de sinais de desidratação

24-10-2024 20:30 - Avaliar evolução de sinais de desidratação

24-10-2024 20:30 - Avaliar evolução de líquidos eliminados

24-10-2024 20:30 - Avaliar evolução de entrada de líquidos

24-10-2024 20:30 - Avaliar evolução do balanço hídrico

24-10-2024 20:30 - Referenciar sinais de desidratação ao médico [FIM] 24-10-2024 22:00

24-10-2024 20:30 - Promover hidratação

24-10-2024 20:30 - Gerir hidratação

24-10-2024 22:00

24-10-2024 22:00 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

3.7. Especificação das intervenções

Avaliar evolução da glicemia

- Monitorizar os níveis de glicose sanguínea (Butcher et al., 2020).

Avaliar evolução da temperatura corporal

- Instalar aparelho para monitorização contínua da temperatura central - termómetro esofágico via oral (Butcher et al., 2020).
- Monitorizar cor da pele e temperatura (Butcher et al., 2020).

Manter temperatura corporal

- Aquecer todas as soluções preparadas para irrigar, soluções EV e para a pele (Butcher et al., 2020).
- Ajustar a temperatura da sala cirúrgica para efeito terapêutico (Butcher et al., 2020).
- Montar e regular os dispositivos adequados de aquecimento por convecção (Butcher et al., 2020).

Otimizar sonda gástrica

- Monitorizar a colocação correta da sonda conforme protocolo (Butcher et al., 2020).
- Fixar a sonda de forma adequada (Butcher et al., 2020).

Executar tratamento ao local de inserção do cateter central

- Manter técnica assética sempre que manipular o dispositivo (Butcher et al., 2020).
- Manter penso oclusivo (Butcher et al., 2020).
- Trocar cateter e pensos conforme o protocolos (Butcher et al., 2020).

Otimizar cateter urinário

- Manter um sistema fechado de drenagem urinária (Butcher et al., 2020).

Avaliar evolução de líquidos eliminados

- Monitorizar cor, quantidade e densidade específica da urina (Butcher et al., 2020).

Avaliar evolução do balanço hídrico

- Monitorizar cor, quantidade e gravidade específica da urina (Butcher et al., 2020).
- Administrar fluídos conforme apropriado (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 eliminação urinária

- Monitorizar a eliminação urinária incluindo frequência, consistência, odor, volume e cor, conforme apropriado (Butcher et al., 2020).

Avaliar evolução da pressão do cuff

- Monitorizar utilizando cufómetro

Assegurar posicionamento cirúrgico indicado

- Aplicar géis de posicionamento em zonas de pressão

Posicionar para prevenir úlcera de pressão

- Aplicar géis posicionadores em zonas de pressão

3.8. Síntese relativa ao caso

A fase intraoperatória de uma laparotomia por hérnia interna é crítica, pois é neste momento que a PSP está mais vulnerável às alterações fisiológicas, não só do diagnóstico em si, mas também decorrentes do stress cirúrgico, e a atuação do enfermeiro especialista torna-se determinante para a manutenção da estabilidade e segurança. O Modelo Perioperatório Centrado no Doente auxiliou a tomada de decisão nas intervenções de enfermagem nos cuidados a esta PSP, colocando-a sempre no centro do cuidado e da ação do enfermeiro perioperatório.

A relevância dos domínios que orientam as intervenções de enfermagem no perioperatório reside na sua capacidade de fornecer uma abordagem integrada e proativa, que visa manter a estabilidade fisiológica da pessoa em situação perioperatória e prevenir complicações. A atuação fundamentada em evidências científicas e a monitorização contínua de parâmetros críticos possibilita respostas rápidas e eficazes, contribuindo para a segurança e o sucesso do procedimento cirúrgico. Cada domínio, ao ser monitorizado de forma especializada, permite a personalização dos cuidados e a otimização da qualidade de vida durante o período intraoperatório.

Com base na realização do estudo de caso foi possível o desenvolvimento do processo de tomada de decisão do enfermeiro especialista refletindo na e sobre a ação.

4. CASO 2 - URGÊNCIA ORT - ENCAVILHAMENTO FÉMUR ESQ

Senhora, 70 anos que dá entrada no SU por dor severa e rotação externa do membro inferior esquerdo. Antecedentes de dislipidemia, osteoporose, fibrilhação auricular e obesidade. Independente em todas as atividades de vida diária. Após realização de exames complementares é diagnosticada com Fratura Transtrocantérica esquerda. É admitida no Bloco de Urgência para realização de Encavilhamento cervicodiafisário do fémur esquerdo.

4.1. Enquadramento teórico

Neste capítulo será abordada a fisiopatologia de uma fratura transtrocantérica, assim como o seu quadro clínico, indicações e contra-indicações cirúrgicas, referindo ainda a intervenção cirúrgica e quais as suas complicações pós-operatórias.

FRATURA TRANSTROCANTERICA

A articulação da anca é das mais importantes no que diz respeito a uma ampla variedade de movimentos essenciais à locomoção e de suporte de peso do tronco. É composta por duas principais estruturas ósseas: o acetábulo (cavidade pélvica) e a cabeça do fémur (superfície articular esférica). Num movimento natural, a cabeça do fémur encaixa-se na cavidade acetabular, permitindo movimentação. Logo abaixo da cabeça do fémur, encontra-se o colo do fémur e de seguida duas protuberâncias ósseas denominadas trocânteres - o maior, um osso mais alto e lateral; e o menor, uma estrutura mais pequena e interna. Todas estas estruturas formam a região trocantérica, ponto de inserção de músculos importantes (glúteo e ilíacos) essenciais para estabilidade e mobilidade do membro inferior (García et al., 2024; Nayak et al., 2020). A fratura transtrocantérica é um tipo de fratura proximal do fémur que ocorre na região entre o trocânter maior e o trocânter menor. Para além da estabilidade do fémur ficar comprometida, afeta também a capacidade da PSP suportar o peso, resultando em deslocamento ósseo significativo (García et al., 2024).

São escassos os estudos epidemiológicos relativamente a este tipo de fratura. Um estudo transversal conduzido por Silva et al. (2018) concluiu que, em Portugal, a população mais afetada tem mais de 65 anos e é do sexo feminino. Revela ainda que durante os anos estudados o número de fraturas transtrocantéricas tendeu a aumentar (Silva et al., 2018). Existem inúmeras formas de classificação de fraturas transtrocantéricas, o que dificulta o consenso

sobre qual será a mais indicada. Fica a critério do cirurgião ortopédico aplicar a que mais considerar pertinente, requerendo um profundo conhecimento de anatomia (Keshkar et al., 2022). Sabe-se que, as mais utilizadas são escalas que avaliam a estabilidade juntamente com a localização e a complexidade da fratura como a *AO/OTA Classification* e a *Evans classification* (Keshkar et al., 2022).

A sua etiologia prende-se frequentemente com o resultado de traumas de baixo impacto, como quedas da própria altura, nomeadamente em indivíduos, onde a densidade mineral óssea está reduzida, e é influenciada por vários fatores como idade, sexo e condições de saúde subjacentes (Garcia et al., 2023). Apresenta-se com dor intensa na região da anca, exacerbada pela tentativa de movimentação ou carga do membro afetado. Observa-se ainda, incapacidade de deambulação e deformidades, como o encurtamento do membro e/ou rotação externa do mesmo para além de edema e equimose (Silva et al., 2018). O diagnóstico é realizado através da anamnese, avaliação clínica e meios complementares de diagnóstico, de imagem, que permitam a visualização da linha de fratura (Sukati, 2023).

Existem várias propostas de tratamento que visam restaurar a mobilidade da PSP, minimizar a dor e prevenir complicações associadas à imobilidade prolongada, que dependem de diversos fatores como a estabilidade da fratura, condições clínicas da PSP e expectativa de recuperação funcional. Como indicações de tratamento cirúrgico consideram-se fraturas Instáveis, pelo seu elevado risco de deslocamento e consolidação inadequada e PSP com bom estado geral de saúde e expectativa de retorno às atividades diárias. Por outro lado, PSP com comorbilidades descompensadas como ICC ou DPOC severa, que apresentem risco cirúrgico elevado, e situações em que a expectativa de vida é curta por doença terminal, tornam o tratamento conservador uma opção mais segura (García et al., 2024).

Quando decidido o tratamento pelo procedimento cirúrgico, a técnica escolhida é influenciada pela classificação da fratura, qualidade óssea e condição clínica da PSP. No caso estudado, a alternativa selecionada foi a redução fechada e fixação com haste intramedular. Esta técnica combina a redução fechada, onde é realizada manipulação externa, auxiliada por técnicas de tração e raios-X alinhando a fratura juntamente com uma pequena incisão na pele, utilizando uma haste no canal medular do osso, de forma a estabilizar a fratura e permitir a consolidação óssea. No entanto, embora a intervenção cirúrgica vise uma recuperação funcional mais acelerada, existem potenciais complicações que devem ser tidas em consideração como: infeção do local cirúrgico, hemorragia, tromboembolismo venoso, falhas na colocação de implantes, cardiovasculares e pulmonares, entre outras (Karadsheh, 2019; García et al., 2024; Silva et al., 2018).

A opção de não tratar esta fratura, seja por meio cirúrgico ou tratamento conservador, acarreta complicações graves que podem impactar diretamente a qualidade e sobrevida da PSP. A literatura descreve que as principais passam por consolidação viciosa ou não consolidação,

úlceras por pressão, tromboembolismo venoso, pneumonia hipostática, síndrome de imobilidade, dor crónica, declínio funcional e aumento da mortalidade (Sukati, 2023).

A abordagem de uma fratura transtrocanterica é multidisciplinar de forma a garantir uma recuperação funcional, e ao mesmo tempo, prevenindo complicações. O plano de cuidados e a escolha do tratamento deve ser individualizado, considerando holisticamente todas as características da PSP.

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 70 anos | Feminino

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-12-11 15:00:00	Polieletrólítico Simples 1000mL EV	
2024-12-11 15:30:00	Fentanil 0,10mg EV	
2024-12-11 15:30:00	Midazolam 1mg EV	
2024-12-11 15:30:00	Cefazolina 2g EV	
2024-12-11 15:30:00	Ropivacaína 75mg Perineural	
2024-12-11 15:30:00	Levobupivacaína 8,5mg Intratecal	
2024-12-11 15:30:00	Sufentanil 0,002mg Intratecal	
2024-12-11 15:30:00	Dexametasona 8mg EV	
2024-12-11 15:30:00	Parecoxib 40mg EV	
2024-12-11 15:30:00	Paracetamol 1000mg EV	
2024-12-11 15:30:00	Ondansetrom 4mg EV	

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

No que diz respeito à medicação, a prescrição no intraoperatório é da responsabilidade de vários clínicos como o cirurgião e/ou do anestesiológista, mas a administração fica a cargo do enfermeiro, como intervenção interdependente. Assim, torna-se crucial o domínio de toda a informação relativamente à medicação utilizada, como a sua farmacologia, farmacocinética, modo de administração, preparação assim como indicações, contraindicações e efeitos adversos.

De seguida, a descrição em pormenor da medicação administrada, neste caso em concreto, foi recolhida do prontuário terapêutico online do *infarmed* assim como do manual desenvolvido por Ferreira (2023) "Preparação de terapêutica Farmacológica - Manual Prático para Enfermeiros", "Enfermagem em Bloco Operatório" de Duarte e Martins (2014) e ainda, "Manual de Anestesiologia" de Machado (2013).

Cefazolina

A norma clínica 031/2013 de 31/12/2013, atualizada a 17/11/2022 "Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto" afirma que a responsabilidade da prescrição da antibióterapia profilática cirúrgica é do cirurgião e a sua administração da equipa de anestesia, de acordo com a avaliação do risco de infeção do local cirúrgico, o tempo de intervenção previsto e a existência de agentes alergénicos. De acordo com o quadro 13 do anexo III a presente norma, para procedimentos que envolvam a colocação de material de osteossíntese, o antibiótico adequado é a cefazolina em dose única de 2g e caso exista necessidade repicar com 1g se a cirurgia ultrapassar as 4 horas de tempo cirúrgico.

Grupo farmacológico: antibacterianos - cefalosporinas 1ª geração.

Indicação no contexto: profilaxia perioperatória.

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

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

Administração e dose no contexto: 2g, nos 60 minutos que antecedem a cirurgia, via endovenosa de forma lenta, durante 30 a 60 minutos.

Enfermagem avançada no contexto:

- monitorização de sinais e sintomas de anafilaxia;
- vigilância do acesso venoso por risco de flebites.

Fentanil

É considerado um dos analgésicos mais potentes disponíveis e, por isso, deve ser utilizado com cautela, devido ao risco de efeitos colaterais graves. Atua ligando-se a recetores opioides no SNC, principalmente aos recetores mu-opioides. Esta ligação resulta numa redução na perceção cerebral da dor e uma sensação de euforia, proporcionando alívio significativo. PSP mais idosos ou com condições médicas pré-existentes podem ser mais suscetíveis aos efeitos colaterais do fentanil, sendo necessária uma vigilância cuidadosa. Devido à sua potência, pequenas variações na dose podem resultar em sobredosagem, o que exige grande precaução na sua administração.

Grupo farmacológico: analgésicos estupefacientes. Analgésico opiáceo de compostos sintéticos.

Indicação no contexto: sedação com leve analgesia.

Efeitos adversos frequentes: bradicardia, depressão respiratória aguda, broncoespasmo, retenção urinária, dor na administração, hipotensão/hipertensão, náuseas/vómitos, prurido, rigidez muscoesquelética, tremor pós-operatório, dependência e tolerância.

Contraindicações: hipersensibilidade à substância ativa; não utilizar como fármaco isolado para iniciar a anestesia, ausência de equipamento para ventilação, miastenia, cesariana antes da clampagem do cordão umbilical.

Administração e dose no contexto: manutenção analgésica - 1 a 3 mcg/kg EV.

Enfermagem avançada no contexto:

- monitorização de sinais vitais e ECG durante a administração;
- verificação da disponibilidade de ressuscitação cardiopulmonar.

Dexametasona

É frequentemente utilizada em ambiente intraoperatório devido às suas propriedades anti-inflamatórias e imunossupressoras, bem como ao seu efeito sobre a redução da dor e o controlo de náuseas pós-operatórias. Tem se mostrado eficaz em várias situações, contribuindo para a melhoria do prognóstico da PSP, na redução de complicações e na aceleração da recuperação. A dexametasona, utilizada como adjuvante em bloqueios nervosos periféricos, pode prolongar a duração da analgesia (Zufferey et al., 2024).

Grupo farmacológico: Corticosteroide - glucocorticoides.

Indicação no contexto: prevenção de náuseas e vômitos; potente efeito anti-inflamatório.

Efeitos adversos frequentes: hiperglicemia, úlceras pépticas, hipertensão, flebite, diminuição da resistência a todos os agentes infecciosos.

Contraindicações: hipersensibilidade à substância ativa, úlcera gástrica ou duodenal, infeções virais (amamentação e diabetes com precaução, por diminuir a sensibilidade da insulina).

Administração e dose no contexto: 8mg em adultos, administração direta EV.

Enfermagem avançada no contexto

- vigilância do acesso venoso por risco de flebites;
- monitorização de glicemia através de colheita de sangue capilar.

Paracetamol

O paracetamol é um medicamento amplamente utilizado devido à sua eficácia e segurança quando administrado corretamente. Age principalmente no SNCl, mais especificamente no hipotálamo, a região do cérebro responsável pela regulação da temperatura corporal e sensação de dor. O seu mecanismo de ação ainda não é completamente bem compreendido, mas acredita-se que atue na inibição da enzima COX (ciclooxigenase), responsável pela produção de prostaglandinas (mediadores químicos que desempenham um papel na inflamação, dor e febre) e ainda na ação sobre os recetores endocanabinóides, envolvidos na modulação da dor.

Grupo farmacológico: Analgésicos e antipiréticos. Analgésico não opioide não ácido.

Indicação no contexto: tratamento dor cirúrgica.

Efeitos adversos frequentes: ansiedade, hepatotoxicidade, insónia, fadiga, hipo/hipertensão ortostática.

Contraindicações: hipersensibilidade à substância ativa; insuficiência hepatocelular grave.

Administração e dose no contexto: 1000mg, 30 minutos antes do fim da cirurgia contribuiu para

uma transição suave do período intraoperatório para o pós-operatório.

Enfermagem avançada no contexto:

- monitorização de sinais vitais durante a administração.

Polieletrólítico Simples

A solução polieletrólítica simples é usada na reposição de fluidos e eletrólitos, particularmente em casos de desidratação ou manutenção do equilíbrio hidroeletrólítico. É uma formulação básica, composta por eletrólitos essenciais para o funcionamento normal das células e tecidos que contém sódio, cloreto, potássio e cálcio.

Grupo farmacológico: Solução cristalóide isotónica.

Indicação no contexto: manutenção equilíbrio hidroeletrólítico.

Efeitos adversos frequentes: sobrecarga de volume, desequilíbrios eletrólíticos, distúrbios metabólicos.

Contraindicações: hipercalemia, hipernatremia, insuficiência renal grave, alcalose.

Administração e dose no contexto: Manutenção de via endovenosa durante e após procedimentos cirúrgicos.

Enfermagem avançada no contexto:

- monitorização da diurese;
- monitorização sinais vitais durante a administração.

Midazolam

Quando foi criado era meramente usado como indutor anestésico, no entanto, nos dias de hoje o seu uso prende-se à medicação pré-anestésica, fase de pré-indução e ou sedação em anestesia locorregional ou em exames complementares de diagnóstico. Fármaco de curta duração, com tempo de início de ação rápido e pico de efeito máximo em 3 minutos. Exerce o seu efeito por ocupação dos recetores benzodiazepínicos, modulando os recetores GABA.

Grupo farmacológico: Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos / Benzodiazepinas.

Indicação no contexto: sedação ligeira e ansiólise em anestesia locorregional.

Efeitos adversos frequentes: reação paradoxal, depressão respiratória e cardiovascular moderada, amnésia anterógrada, espasmos da laringe, flebite, hipotensão.

Contraindicações: miastenia, intolerância a benzodiazepínicos, miopatias, insuficiência hepática ou respiratória grave, choque cardiogénico.

Administração e dose no contexto: 0,1 a 0,2 mg/Kg EV

Enfermagem avançada no contexto:

- monitorização de sinais vitais e ECG durante a administração;
- verificação da disponibilidade de ressuscitação cardiorrespiratória;
- vigilância do acesso venoso por risco de flebites.

Levobupivacaína

Os anestésicos locais atuam bloqueando os canais de sódio, não permitindo a propagação do estímulo nervoso. Potência semelhante à bupivacaína, mas com menor toxicidade. Início de ação mais lento, mas uma duração mais prolongada o que a torna boa escolha para anestesia de longa duração.

Grupo farmacológico: Anestésico Local do grupo das aminas.

Indicação no contexto: anestesia regional, bloqueio subaracnóideu.

Efeitos adversos frequentes: toxicidade sistêmica, reações alérgicas, retenção urinária.

Contraindicações: idosos e pacientes debilitados (relativa), hipovolemia grave, hipersensibilidade à substância reativa, insuficiência cardíaca e hepática grave.

Administração e dose no contexto: dose máxima de 2mg/Kg

Enfermagem avançada no contexto:

- monitorização de sinais vitais e ECG durante e após a administração;
- verificação da disponibilidade de ressuscitação cardiorrespiratória;
- vigilância de hematoma e sinais de infecção no local de injeção;
- avaliação de défices sensitivos e motores com frequência, e após a cirurgia.

Ropivacaína

Os anestésicos locais atuam bloqueando os canais de sódio, não permitindo a propagação do estímulo nervoso. A ropivacaína combina eficácia e segurança, sendo uma excelente opção para anestesia regional e controlo da dor.

Grupo farmacológico: Anestésico Local do grupo das aminas.

Indicação no contexto: anestesia regional, bloqueio nervo periférico.

Efeitos adversos frequentes: toxicidade, convulsões, espasmos, hipertensão, parestesias, retenção urinária.

Contraindicações: hipovolémia, hipersensibilidade à substância reativa.

Administração e dose no contexto: dose máxima de 3mg/Kg.

Enfermagem avançada no contexto:

- monitorização de sinais vitais e ECG durante e após a administração;
- verificação da disponibilidade de ressuscitação cardiorrespiratória;
- vigilância de hematoma e sinais de infecção no local de injeção;
- avaliação de défices sensitivos e motores com frequência, e após a cirurgia.

Sufentanil

O sufentanil é um opioide sintético da classe dos análogos do fentanil, muito utilizado em anestesia e no controlo da dor. É aproximadamente 5 a 10 vezes mais potente que o fentanil, e 1000 vezes mais potente que a morfina, com início de ação rápido e duração relativamente

curta.

Grupo farmacológico: analgésicos estupefacientes. Analgésico opiáceo de compostos sintéticos.

Indicação no contexto: anestesia regional.

Efeitos adversos frequentes: bradicardia, depressão respiratória aguda, broncoespasmo, retenção urinária, dor na administração, hipotensão/hipertensão, náuseas/vômitos, prurido, rigidez muscoesquelética, tremor pós-operatório, dependência e tolerância, prurido especialmente em administração epidural ou intratecal.

Contraindicações: hipersensibilidade à substância ativa; não utilizar como fármaco isolado para iniciar a anestesia, ausência de equipamento para ventilação, miastenia, cesariana antes da clampagem do cordão umbilical.

Administração e dose no contexto: em associação com anestésico local 2,5 a 10mcg intratecal.

Enfermagem avançada no contexto:

- monitorização de sinais vitais e ECG durante e após a administração;
- verificação da disponibilidade de ressuscitação cardiorrespiratória.

Ondansetrom

É um antagonista seletivo do receptor da serotonina. A serotonina é um neurotransmissor que, quando libertado em certas áreas do corpo, pode causar náuseas e vômitos. Embora seja geralmente bem tolerado, o seu uso deve ser cuidadosamente indicado e ajustado, levando em consideração o risco de interações medicamentosas e condições preexistentes.

Grupo farmacológico: Antieméticos e antivertiginosos.

Indicação no contexto: prevenção náuseas e vômitos no pós-operatório associados à anestesia e prevenção e tratamento de prurido por injeção de opióide intratecal.

Efeitos adversos frequentes: cefaleias, diarreia, sensação de calor.

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

Administração e dose no contexto: 4mg EV, durante 2 a 3 minutos.

Enfermagem avançada no contexto:

- monitorização de reações extrapiramidais.

Parecoxib

Potente um anti-inflamatório não esteroide da classe dos inibidores seletivos da COX-2 (ciclooxigenase-2), com menor risco hemorrágico comparado a outros AINE's. Após a sua metabolização transforma-se em valdecoxib, a substância ativa responsável pelos efeitos terapêuticos. Inibe seletivamente a COX-2, uma enzima envolvida na produção de prostaglandinas, mediadores da dor e inflamação.

Grupo farmacológico: Anti-inflamatório não esteróide/Inibidores seletivos da COX-2.

Indicação no contexto: controlo da dor cirúrgica e pós cirúrgica.

Efeitos adversos frequentes: agitação, broncoespasmo, dispepsia, dor na administração, hepatite,

hipocaliemia, hipo/hipertensão, oligúria, prurido.

Contraindicações: hipersensibilidade à substância ativa e/ou às sulfonamidas, alterações hepáticas graves, hemorragia gastrointestinal, história de broncospasmo, úlcera péptica ativa, insuficiência cardíaca congestiva.

Administração e dose no contexto: dose única de 40mg EV.

Enfermagem avançada no contexto:

- monitorização de sinais vitais e ECG durante a administração.

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

11-12-2024 15:00

11-12-2024 15:00 - Regime de nada pela boca [RESOLVIDO] 11-12-2024 15:30

11-12-2024 15:00 - Manter dieta zero [FIM] 11-12-2024 15:30

11-12-2024 15:00 - Verificar jejum pré-operatório [FIM] 11-12-2024 15:30

11-12-2024 15:30

11-12-2024 15:30 - Oxigenoterapia

11-12-2024 15:30 - FiO₂: 28 %.

11-12-2024 15:30 - Débito de oxigénio: 2.00 L/min.

11-12-2024 15:30 - Assegurar oxigenoterapia

11-12-2024 15:30 - Manter oxigenoterapia

11-12-2024 15:30 - Procedimento invasivo

11-12-2024 15:30 - Tipo de procedimento invasivo: Encavilhamento Cervicodiafisário Fémur Esquerdo.

11-12-2024 15:30 - Verificado: antecedentes clínicos, alergias, consentimento informado, toma de medicação pré-operatória, próteses, identificação do doente, jejum, preparação pré-operatória.

11-12-2024 15:30 - Perda sanguínea

11-12-2024 15:30 - Coxa Esquerda(o): Perda sanguínea externa, em pequena quantidade.

11-12-2024 15:30 - Localização do Pulso

11-12-2024 15:30 - Antebraço Esquerda(o)

11-12-2024 15:30 - Frequência do pulso: 74 pulsações por minuto.

11-12-2024 15:30 - Pulso de amplitude mediana e regular.

11-12-2024 15:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

11-12-2024 15:30 - Membro superior Direita(o)

11-12-2024 15:30 - Pressão sanguínea sistólica: 116 mmHg.

11-12-2024 15:30 - Pressão sanguínea diastólica: 61 mmHg.

11-12-2024 15:30 - Temperatura corporal periférica

11-12-2024 15:30 - Ouvido: 36.20 °C.

11-12-2024 15:30 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o procedimento invasivo

11-12-2024 15:30 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia

11-12-2024 15:30 - Avaliar evolução da temperatura corporal

11-12-2024 15:30 - Bloqueio de Nervo Periférico

11-12-2024 15:30 - Nervo Femoral e Nervo Cutâneo Lateral da Coxa

11-12-2024 15:30 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o bloqueio de nervo periférico

11-12-2024 15:30 - Avaliar sinais e sintomas de toxicidade sistémica por anestésico local

11-12-2024 15:30 - Bloqueio Subaracnoídeu

11-12-2024 15:30 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o bloqueio subaracnoídeu

11-12-2024 15:30 - Avaliar sinais de hipotensão

11-12-2024 15:30 - Avaliar sensibilidade

11-12-2024 15:30 - Avaliar função motora

11-12-2024 15:30 - Avaliar náuseas e vômitos

11-12-2024 15:30 - Avaliar prurido

11-12-2024 15:30 - Posicionamento cirúrgico

11-12-2024 15:30 - Decúbito dorsal, com tração do membro inferior esquerdo

11-12-2024 15:30 - Prevenir lesões associadas ao posicionamento cirúrgico

11-12-2024 15:30 - Assegurar posicionamento cirúrgico indicado

11-12-2024 15:30 - Posicionar para prevenir úlcera de pressão

Sondas, Drenos e Cateteres

11-12-2024 15:00

11-12-2024 15:00 - Cateter urinário

11-12-2024 15:00 - Quantidade de urina: 75 ml.

11-12-2024 15:30 - Quantidade de urina: 100 ml.

11-12-2024 15:00 - Cor da urina: alaranjada.

11-12-2024 15:30 - Cor da urina: alaranjada.

11-12-2024 15:00 - Transparência da urina: Límpida.

11-12-2024 15:30 - Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].

11-12-2024 15:00 - Características do dispositivo: 2 vias, 14CH.

11-12-2024 15:30 - Características do dispositivo: 2 vias, 14CH.

11-12-2024 15:00 - Assegurar funcionamento do cateter

11-12-2024 15:00 - Otimizar cateter urinário

11-12-2024 15:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter urinário

11-12-2024 15:00 - Cateter venoso periférico

11-12-2024 15:30 - Localização do cateter venoso periférico

11-12-2024 15:30 - Mão Esquerda(o)

11-12-2024 15:30 - Características do dispositivo: 18G.

11-12-2024 15:30 - Ausência de dor.
11-12-2024 15:30 - Ausência de calor.
11-12-2024 15:30 - Ausência de rubor.
11-12-2024 15:30 - Ausência de tumefação.
11-12-2024 15:30 - Ausência de exsudado.
11-12-2024 15:30 - Ausência de infiltração.

11-12-2024 15:00 - Localização do cateter venoso periférico

11-12-2024 15:00 - Mão Esquerda(o)
11-12-2024 15:00 - Características do dispositivo: 18G.
11-12-2024 15:00 - Ausência de dor.
11-12-2024 15:00 - Ausência de calor.
11-12-2024 15:00 - Ausência de rubor.
11-12-2024 15:00 - Ausência de tumefação.
11-12-2024 15:00 - Ausência de exsudado.
11-12-2024 15:00 - Ausência de infiltração.

11-12-2024 15:00 - Assegurar funcionamento do cateter

11-12-2024 15:00 - Otimizar cateter venoso periférico (Mão Esquerda(o))

11-12-2024 15:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico

11-12-2024 15:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico (Mão Esquerda(o))
11-12-2024 15:00 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico [FIM] 11-12-2024 15:30

11-12-2024 15:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico

11-12-2024 15:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico (Mão Esquerda(o))

11-12-2024 15:30

11-12-2024 15:30 - Sonda de oxigénio

11-12-2024 15:30 - Características do dispositivo: Cânula Nasal.

11-12-2024 15:30 - Assegurar funcionamento da sonda

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

Neste caso optou-se por vocacionar a atenção das intervenções de enfermagem avançada em dois momentos muito próximos temporalmente, mas com diferentes objetivos. A primeira sessão pretende ser um retrato da avaliação/verificação das condições anestésicas, cirúrgicas e ambientais. O segundo momento evidenciou os cuidados intraoperatórios durante a cirurgia. Pretendeu-se enfatizar aspetos relativos aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica, ou seja, intervenções interdependentes, que são realizadas em conjunto

com outros profissionais, e que têm sempre um objetivo partilhado e um plano de cuidados interdisciplinar (Regulamento nº 613/2022, 2022).

ATITUDES TERAPÊUTICAS

O jejum pré operatório é uma prática estabelecida com o objetivo de reduzir o risco de aspiração pulmonar de conteúdo gástrico durante a anestesia, para além de reduzir o volume e a acidez do estômago. Em 2011, a Sociedade Europeia de Anestesiologia procurou estabelecer diretrizes relativamente a aspetos do jejum perioperatório em que a recomendação seria um intervalo de jejum de 2 horas para líquidos claros e um intervalo de 6 horas para sólidos (Smith et al., 2011). Adicionalmente, a ASA, afirma que poderá ser benéfica a administração de estimulantes gastrointestinais e antiácidos no pré-operatório em pacientes com risco aumentado de aspiração pulmonar (ASA, 2017). No entanto, vários estudos têm demonstrado a importância de evitar jejuns tão prolongados. Uma vez que jejum prolongado pode levar à desidratação, aumento da resistência à insulina, desconforto, ansiedade, hipoglicemia e atraso na recuperação, a redução do tempo de jejum pode ser uma estratégia adotada que permite a diminuição de danos causados pelas alterações metabólicas, diminuir o tempo de internamento e de recuperação da PSP. A ingestão de líquidos claros até duas horas antes da cirurgia, não aumenta o risco de aspiração pulmonar e pode melhorar o bem estar da PSP (Rüggeberg et al., 2024; Leandro et al., 2024; Ramírez-Pimiento & Diaztagle-Fernández, 2024).

Desta forma, no que diz respeito à gestão do **regime de nada pela boca** o enfermeiro especialista detém um papel de destaque, na medida em que garante que todas as recomendações são seguidas. No contexto que se apresentou, é essencial a verificação das horas de jejum no momento da admissão na sala de indução, mas a missão deve ter início logo na consulta de enfermagem perioperatória, envolvendo a educação da PSP, estado nutricional, implementando protocolos institucionais e colaborando com a equipa multidisciplinar, sempre com o objetivo comum de reduzir riscos e otimizar a sua recuperação. Destaca-se pelo seu nível de atuação, autonomia na tomada de decisão e aplicação de conhecimentos avançados baseados em evidência científica.

Certificando que todos os requisitos estão adequadamente prontos: antecedentes clínicos, alergias, consentimento informado, toma de medicação pré-operatória, próteses, identificação do doente, jejum e a preparação pré-operatória, reúnem-se as condições para iniciar a cirurgia, Encavilhamento Cervicodiafisário do fémur esquerdo, um **procedimento invasivo** de fixação da fratura. Uma das complicações mais preocupantes associadas a esta fratura é a hemorragia, que pode ser significativa devido à vascularização rica da região trocantérica e ao envolvimento da medula óssea. A hemorragia na fratura trocantérica é uma complicação significativa que pode levar a anemia grave, choque hipovolémico e aumento da mortalidade, especialmente em pacientes idosos e frágeis (Rodrigues et al., 2016). Como já referido anteriormente, o choque hipovolémico é um dos riscos mais comuns em doentes submetidos a cirurgia. Portanto, a

preparação intraoperatória é essencial para minimizar ou mitigar potenciais distúrbios da hipovolémia (DGS, 2009). As principais intervenções de enfermagem especializada, em conjunto com a restante equipa, passam pela monitorização de sinais vitais, identificação e prevenção de precoce de sinais de hemorragia, promovendo estabilidade da PSP e sucesso do tratamento.

De forma a minimizar alguns dos riscos que uma anestesia geral pode trazer, como depressão respiratória, hipoxia, hipoventilação e atelectasias, na esmagadora maioria das vezes, a técnica utilizada para cirurgia de extremidades e membros inferiores é a anestesia locorregional. É uma técnica de bloqueio nervoso que visa induzir a perda de sensibilidade e/ou mobilidade, através da administração de anestésicos locais no neuroeixo, em nervos espinhais ou na proximidade de nervos periféricos. Ao contrário da anestesia geral, que afeta todo o corpo, a anestesia regional permite que a PSP permaneça consciente durante o procedimento, enquanto a área de intervenção fica insensível ou paralisada (ASA, 2024). Para este caso foi selecionada uma técnica de anestesia regional combinada: bloqueio subaracnoídeo e bloqueio de nervo periférico. O **bloqueio subaracnoídeo** consiste na injeção de anestésico diretamente no espaço subaracnoídeo, espaço entre a membrana aracnóide e a pia mãe, preenchido por líquido cefalorraquidiano e contém grandes vasos sanguíneos que irrigam o cérebro e a medula espinal. A técnica foi realizada ao nível de L4 e L5, ou seja, uma diminuição da sensibilidade até ao dermatomo T10 e motricidade abaixo desse, permitindo assim, insensibilidade e imobilização da zona cirúrgica. A escolha do **bloqueio de nervo periférico** de injeção única, proporcionou uma excelente analgesia intra, mas sobretudo pós-operatoriamente, com redução de efeitos secundários da utilização de outros analgésicos como é o caso dos opióides. No entanto, ambas as técnicas não são isentas de complicações e riscos que estão diretamente relacionadas com a execução da técnica e com a utilização farmacológica. As lesões neurológicas podem resultar do trauma direto com a agulha, podendo originar dor. A toxicidade sistémica de anestésicos locais (LAST - *Local Anesthetic Systemic Toxicity*) ocorre quando existe absorção excessiva do fármaco na circulação, afetando o sistema nervoso central (parestesias, convulsões, depressão respiratória) e o sistema cardiovascular (bradicardia, arritmias). A sua prevenção envolve técnica adequada de punção, monitorização rigorosa e uso de doses seguras (Abbasi et al., 2024).

A PSP submetida a anestesia locorregional permaneceu consciente durante todos os procedimentos. No entanto, para garantir um maior bem-estar, diminuindo a ansiedade e desconforto emocional, foram administrados fármacos ansiolíticos, como as benzodiazepinas, de forma a melhorar a experiência cirúrgica sem comprometer a estabilidade hemodinâmica (Prasad, 2024). A necessidade da **oxigenoterapia** prende-se, não só pela ligeira depressão respiratória causada por estes fármacos, mas também, pela hipotensão que pode ser causada pela técnica locorregional. Nestes casos, oxigénio suplementar pode ajudar a prevenir hipoxemia e garantir adequada oxigenação cerebral e dos tecidos (Marco et al., 2024).

O **posicionamento cirúrgico** para este tipo de cirurgia, encavilhamento transtrocanterico, é

realizado numa marquesa específica de fratura para ortopedia. A equipa cirúrgica deve posicionar a PSP em decúbito dorsal de forma a permitir a exposição do local cirúrgico, mantendo um alinhamento corporal adequado. A aplicação de tração no membro afetado reduz a fratura e auxilia a técnica intramedular. O outro membro é posicionado de forma a permitir que um intensificador de imagem consiga múltiplas vistas radiográficas. Os braços devem ser posicionados em suportes acolchoados (Rothrock, 2021). De forma a permitir uma posição correta seja mantida ao longo da cirurgia e se previnam lesões e complicações, o enfermeiro contribui de forma indispensável na garantia desse posicionamento adequado. É responsável por adotar medidas preventivas contra úlceras por pressão, através do uso de dispositivos adequados de posicionamento para além de reavaliar com frequência a posição e conforto da PSP.

SONDAS, DRENOS E CATETERES

Cateter Venoso Periférico (CVP)

A presença de um cateter venoso durante uma cirurgia é essencial para garantir um acesso vascular seguro e contínuo, permitindo a administração de fluidos, medicamentos e hemoderivados, além de possibilitar a reposição volémica em casos de sangramento significativo. É também fundamental caso exista necessidade de é a necessidade de resposta rápida a emergências intraoperatórias (Oliveira et al., 2019). Perante a história deste caso, na chegada ao ambiente intraoperatório a PSP, já trazia inserido um cateter venoso periférico, calibre 18G, capaz de dar resposta às necessidades da mesma. O enfermeiro atua de forma determinante na gestão, monitorização e prevenção de complicações associadas ao CVP, garantindo a segurança e eficácia da terapia endovenosa (Maya, 2022).

Cateter Urinário

De acordo com a DGS (2022), a indicação de cateter urinário no caso descrito está relacionada com a necessidade de imobilização ligeiramente prolongada requerida pela técnica anestésica e cirúrgica, nomeadamente no pós operatório imediato. Na fase intraoperatória torna-se particularmente especial porque facilita a drenagem contínua de urina, assim como a sua monitorização, evitando distensão da bexiga permitindo um controlo adequado dos líquidos durante a cirurgia. A intervenção de enfermagem avançada passa pela responsabilidade de avaliar a necessidade do cateter urinário, assim como monitorização adequada do débito urinária durante a cirurgia e assegurar o posicionamento adequado do cateter para evitar lesões ou desconforto. De forma a otimizar uma recuperação rápida e promover segurança da PSP deve avaliar a sua remoção o mais cedo possível.

Sonda de Oxigénio

É um dispositivo utilizado para fornecer oxigenoterapia de forma não invasiva, neste caso em particular durante o período intraoperatório. Torna-se útil pela sua comodidade, permitindo que

a PSP respire normalmente, sem comprometer o acesso à via aérea. Permite, então, administração de oxigénio suplementar, contribuindo para o conforto, segurança e recuperação da PSP (Akhtar et al., 2018). O enfermeiro desempenha um papel central na monitorização da saturação periférica de oxigénio, ajustando valores de oxigenoterapia, registando e comunicando alterações à equipa.

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
11-12-2024 15:00	Sensações somáticas	
11-12-2024 15:00	Sistema cardiovascular	
11-12-2024 15:00	Metabolismo	
11-12-2024 15:00	Termorregulação	
11-12-2024 15:00	Volume de líquidos	
11-12-2024 15:00	Atitudes terapêuticas	
11-12-2024 15:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
11-12-2024 15:00	Eliminação urinária	
11-12-2024 15:30	Pele e mucosas	

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

É objetivo deste capítulo justificar a identificação dos diversos domínios e a sua relação com o referencial teórico aplicado ao caso em análise. Cada domínio de intervenção foi selecionado tendo em conta a sua pertinência e adequação para assegurar os melhores cuidados da PSP. A intervenção do enfermeiro especialista, fundamentada em protocolos e evidência científica, revela-se decisiva na deteção precoce de complicações, na implementação oportuna de medidas terapêuticas e na promoção de um ambiente perioperatório seguro.

A dor de uma fratura trocantérica caracteriza-se por ser moderada a intensa e irradia frequentemente para a coxa. Esta dor não resulta apenas da lesão óssea em si, mas do envolvimento dos tecidos moles e da reação inflamatória associada à fratura. No pós-operatório a dor pode influenciar a mobilização precoce, complicações associadas à imobilização prolongada e o bem-estar da PSP (Pissens et al., 2024). Torna-se assim, de extrema importância que o domínio **Sensações Somáticas** seja alvo de intervenção de enfermagem avançada numa abordagem multidisciplinar, de forma a assegurar uma analgesia eficaz e uma recuperação funcional otimizada. A analgesia multimodal evidencia um controlo eficaz e está associada a melhores resultados pós-operatórios (Uysal et al., 2020). Importa referir que a utilização de bloqueios de nervos periféricos oferece controlo direcionado da dor, diminuição da

necessidade de opioides e facilitam a mobilização precoce, nomeadamente em PSP geriátricas. Para além disso, estão associados a menores tempos de internamento com menores complicações, indicando potenciais vantagem clínicas (Niyonkuru et al., 2024). A intervenção de enfermagem especializada desempenha um papel fundamental na colaboração com o anestesiológista garantindo que a técnica seja realizada com técnica limpa, na monitorização de sinais vitais e resposta analgésica, assim como a deteção precoce de eventuais complicações decorrentes do bloqueio.

No que diz respeito à sensibilidade convém destacar a importância da aplicação de escalas para avaliar a recuperação do bloqueio motor e sensitivo, garantindo que o efeito anestésico diminuiu progressivamente, recuperando gradualmente a sensibilidade e função motora. Para monitorização o grau de bloqueio motor, é comum utiliza-se a Escala de Bromage em que: nível 0 - Ausência de bloqueio motor - movimento livre dos membros inferiores; nível 1 - Bloqueio Parcial- flexão dos joelhos e movimento livre dos pés; nível 2 - Bloqueio Quase Completo - apenas ocorre o movimento dos pés; nível 3 - Bloqueio Completo - não ocorre movimento nos membros inferiores nem pés (Singh et al., 2017). Esta avaliação permite a padronização do efeito anestésico, facilitando ajustes imediatos ao mesmo tempo que possibilita deteção de bloqueio excessivo ou insuficiente, contribuindo para a segurança e conforto da PSP durante o período intraoperatório e pós-operatório.

Na admissão desta PSP o hematoma na zona de fratura estava presente, uma vez que se trata de um local irrigado por grande vascularização, embora em situações de trauma a integridade dessa vascularização possa estar comprometida (García et al., 2024). Por este motivo, o risco de hemorragia é elevado e deve ser alvo de grande atenção da equipa multidisciplinar. Juntamente com outros aspetos como a monitorização da pressão arterial e frequência cardíaca, considerou-se pertinente a identificação o domínio do **Sistema Cardiovascular**. Manter a estabilidade hemodinâmica constitui uma das grandes prioridades no intraoperatório. O stress cirúrgico, as mudanças de volume, a anestesia, o efeito dos fármacos e outros impactam diretamente esta estabilidade, tornando fundamental a necessidade de detetar precocemente possíveis eventos críticos (Vokuhl et al., 2022; Herman & Viswanath, 2024).

Numa tentativa de minimizar perdas sanguíneas é comum utilizar-se neste tipo de cirurgia a equipamentos eletrocirúrgicos que ao transformar a energia em altas temperaturas, permite controlo de hemorragias por coagulação. O manuseamento correto deste tipo de dispositivos é essencial para a segurança da PSP e dos profissionais (AESOP, 2013). Cabe ao enfermeiro especialista, garantir o cumprimento de protocolos sobre a sua utilização, assim como preparação do dispositivo para adequada utilização durante a cirurgia. A monitorização contínua dos sinais vitais como pressão arterial, frequência cardíaca, eletrocardiograma, saturação de oxigénio e débito urinário fornecem informação valiosa no que diz respeito ao sistema cardiovascular. O controlo contínuo da hemorragia também se revela crítico, uma vez que a perda de sangue está intimamente relacionada com a hipotensão e oxigenação dos tecidos

(Vincent et al., 2015). O enfermeiro especializado no cuidado à PSP tem o dever de realizar vigilância, colaborar na manutenção de um volume adequado e identificar alterações importantes, agindo precocemente em situações de emergência.

O “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico proposto pela DGS preconiza que para a manutenção da homeostasia do doente no que diz respeito à prevenção da ILC são considerados os seguintes aspetos: normotermia, normoglicemia, normovolémia e oxigenação. Relativamente à normoglicemia deve manter-se um controlo glicémico em PSP com e sem diabetes, para valores de glicemia igual ou inferior a 180mg/dL, não devendo ser administrada por rotina insulina a doentes sem diabetes no pós-operatório para reduzir a ILC (DGS, 2022). Por esta razão a identificação do domínio **Metabolismo** é imprescindível, pois permite avaliar e intervir nas alterações metabólicas induzidas pelo stress cirúrgico. Durante procedimentos invasivos, a PSP pode apresentar alterações hormonais e metabólicas - como a hiperglicemia, aumento do catabolismo e desequilíbrios - que não sendo controlados, comprometerão a cicatrização e recuperação pós-operatória (Helander et al., 2019). Da mesma forma, garantindo uma adequada **Termorregulação** da PSP, a temperatura central não deve ser inferior a 36°C nos três grandes momentos do perioperatório. Quando possível a prevenção da hipotermia deve ser iniciada 1 a 2 horas antes do início da anestesia. De acordo com o grau de hipotermia, leve, moderada ou grave, a monitorização deverá ser mais ou menos intervalar, 15 minutos, 5 minutos ou continuamente, respetivamente. Os sistemas de aquecimento ativo e passivo, como o aquecedor de convecção, o aquecedor de soros e irrigar estruturas com soros aquecidos, são métodos eficazes na prevenção e gestão perioperatória da hipotermia, sendo responsabilidade do enfermeiro realizar o registo adequado da intervenção (DGS, 2022). A implementação de protocolos abrangentes de manutenção da normotermia pode reduzir significativamente a incidência da hipotermia na fase intraoperatória (Bindu & Bindra, 2021).

No contexto intraoperatório a utilização de **Sondas, Drenos e Cateteres** é fundamental para a segurança da PSP uma vez que auxilia na monitorização e manutenção de funções vitais. Neste caso em particular, o cateter venoso periférico permitiu a infusão de medicamentos e fluídos e a sonda de oxigénio uma manutenção conveniente saturação de oxigénio. Como já descrito, a necessidade temporária de imobilização requerida pela técnica anestésica e cirúrgica, nomeadamente no pós operatório imediato indica a necessidade de garantir uma correta **Eliminação Urinária**. Facilita, ainda, uma correta higienização do penso cirúrgico, pela proximidade do local, prevenindo possíveis ILC. Na fase intraoperatória torna-se particularmente especial porque facilita a drenagem contínua de urina, assim como a sua monitorização, evitando distensão da bexiga permitindo um controlo adequado dos líquidos durante a cirurgia. A intervenção de enfermagem avançada passa pela responsabilidade de avaliar a necessidade do cateter urinário, assim como monitorização adequada do débito urinário durante a cirurgia e assegurar o posicionamento adequado do cateter para evitar lesões ou desconforto. De forma a otimizar uma recuperação rápida e promover segurança da PSP deve avaliar a sua remoção o

mais cedo possível.

Relativamente à identificação do domínio **Volume de líquidos** importa ressaltar que se prende essencialmente com o primeiro momento deste estudo de caso. A presença de edema resulta do trauma e da resposta inflamatória, que levam à acumulação de líquidos no local. A sua identificação permite deduzir que a dor poderá estar agravada, a circulação comprometida e que todas as estruturas poderão estar desviadas da sua original localização (importante, por exemplo, na ecografia para bloqueio de nervo periférico) (García et al., 2024). Deve ser alvo de monitorização do enfermeiro de forma a ser possível prevenir complicações.

A manutenção contínua da integridade da **Pele e das mucosas** durante a cirurgia é fundamental para prevenir lesões e, consequentemente, infeções, uma vez que é uma das principais preocupações em cirurgias ortopédicas. PSP estão vulneráveis ao desenvolvimento de lesões por pressão devido a fatores intrínsecos como comorbilidades, baixo índice de massa corporal, esta nutricional deficitário, hipotensão e capacidade da própria pele contra pressão e forças e fatores extrínsecos como o posicionamento cirúrgico, duração, humidade e fatores ambientais (Maya, 2022). A implementação de medidas preventivas pelo enfermeiro é essencial para minimizar a incidência de lesões por pressão no intraoperatório, contribuindo para a recuperação mais rápida e segura do paciente. É o profissional qualificado para planear e implementar estratégias como utilização de dispositivos revestidos de espuma, reposicionamento periódico e monitorização contínua (Middleton et al., 2021; Liu et.al., 2020). Por outro lado, há uma intencionalidade na quebra da integridade cutânea no que diz respeito à ferida cirúrgica, ou seja, na perda de continuidade da pele e tecidos subjacentes. A classificação da ferida cirúrgica está relacionada com o procedimento cirúrgico e pode ser classificada de acordo com o nível de contaminação que está rotineiramente associado a determinado procedimento, facilitando a necessidade ou a escolha da profilaxia antibiótica a administrar (SA Health, 2021).

Atitudes Terapêuticas referem-se às posturas adotadas por profissionais de saúde durante o tratamento e englobam ações e comportamento que visam promover a recuperação e o bem estar da pessoa. Inclui a capacidade de se colocar no lugar do outro, compreendendo as suas emoções e experiências de forma genuína e empática (McWilliams, 2017). A adoção de uma atitude terapêutica adequada é essencial para estabelecer uma relação terapêutica eficaz, contribuindo significativamente para o sucesso do tratamento e para a construção de uma experiência positiva para a PSP.

4.6. Conceção de Cuidados

Sensações somáticas

11-12-2024 15:00

11-12-2024 15:00 - Sensibilidade superficial

11-12-2024 15:00 - Membro inferior Esquerda(o)

11-12-2024 15:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

11-12-2024 15:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

11-12-2024 15:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

11-12-2024 15:00 - Manifesta dor.

11-12-2024 15:00 - Dor

11-12-2024 15:00 - Localização da dor

11-12-2024 15:00 - Coxa Esquerda(o)

11-12-2024 15:00 - Intensidade da dor - 6.

11-12-2024 15:00 - frequência da dor - intermitente.

11-12-2024 15:00 - duração da dor - aguda.

11-12-2024 15:00 - dor de tipo - lacerante.

11-12-2024 15:30 - Localização da dor

11-12-2024 15:30 - Membro inferior Esquerda(o)

11-12-2024 15:30 - Intensidade da dor - sem dor.

11-12-2024 15:00 - Determinar evolução da dor

11-12-2024 15:00 - Avaliar evolução da dor (Coxa Esquerda(o))

11-12-2024 15:30 - Diminuir dor

11-12-2024 15:30 - Gerir analgesia

11-12-2024 15:30

11-12-2024 15:30 - Sem manifestação de prurido.

11-12-2024 15:30 - Sensibilidade superficial

11-12-2024 15:30 - Dermátomo sensitivo - T10

11-12-2024 15:30 - Com compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

11-12-2024 15:30 - Com compromisso da sensibilidade térmica.

11-12-2024 15:30 - Com compromisso da sensibilidade dolorosa.

11-12-2024 15:30 - Sensibilidade profunda

11-12-2024 15:30 - Membro inferior Esquerda(o)

11-12-2024 15:30 - Com compromisso da sensibilidade propriocetiva.

11-12-2024 15:30 - Com compromisso da sensibilidade vibratória.

11-12-2024 15:30 - Com compromisso da sensibilidade discriminativa.

11-12-2024 15:30 - Sem manifestação de dor [MELHOROU].

11-12-2024 15:30 - Sensibilidade comprometida

Sistema cardiovascular

11-12-2024 15:00

11-12-2024 15:00 - Localização do Pulso

11-12-2024 15:00 - Braço Esquerda(o)

11-12-2024 15:00 - Frequência do pulso: 71 pulsações por minuto.

11-12-2024 15:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

11-12-2024 15:00 - Pulso arritmico.

11-12-2024 15:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

11-12-2024 15:00 - Membro superior Direita(o)

11-12-2024 15:00 - Pressão sanguínea sistólica: 132 mmHg.

11-12-2024 15:00 - Pressão sanguínea diastólica: 58 mmHg.

11-12-2024 15:00 - Temperatura das extremidades

11-12-2024 15:00 - Membro inferior Esquerda(o): Temperatura das extremidades normal.

11-12-2024 15:00 - Coloração das extremidades

11-12-2024 15:00 - Membro inferior Esquerda(o): Coloração normal das extremidades.

11-12-2024 15:00 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

11-12-2024 15:00 - Localização da dor

11-12-2024 15:00 - Perna Esquerda(o)

11-12-2024 15:00 - Intensidade da dor - 7.

11-12-2024 15:00 - frequência da dor - contínua.

11-12-2024 15:00 - duração da dor - aguda.

11-12-2024 15:00 - dor de tipo - lacerante.

11-12-2024 15:00 - Hematoma [RESOLVIDO] 11-12-2024 15:30

11-12-2024 15:00 - Localização do hematoma

11-12-2024 15:00 - Coxa Esquerda(o)

11-12-2024 15:00 - Dimensão do hematoma (largura/comprimento): 6 cm.

11-12-2024 15:00 - Hematoma de cor purpura escuro.

11-12-2024 15:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

11-12-2024 15:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

11-12-2024 15:30

11-12-2024 15:30 - Temperatura das extremidades

11-12-2024 15:30 - Membro inferior Esquerda(o): Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

11-12-2024 15:30 - Coloração das extremidades

11-12-2024 15:30 - Membro inferior Esquerda(o): Coloração normal das extremidades [MANTEVE].

11-12-2024 15:30 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

11-12-2024 15:30 - Hemorragia

11-12-2024 15:30 - Promover hemóstase

11-12-2024 15:30 - Aplicar eletrocoagulação

Eliminação urinária

11-12-2024 15:00

11-12-2024 15:00 - Cor da urina: alaranjada.

11-12-2024 15:00 - Cheiro da urina: "sui generis".

11-12-2024 15:00 - Transparência da urina: Límpida.

11-12-2024 15:00 - Sensação de esvaziamento completo da bexiga.

11-12-2024 15:00 - Sem globo vesical.

11-12-2024 15:00 - Determinar evolução da eliminação urinária

11-12-2024 15:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária

11-12-2024 15:30

11-12-2024 15:30 - Cheiro da urina: "sui generis" [MANTEVE].

Pele e mucosas

11-12-2024 15:30

11-12-2024 15:30 - Alterações da integridade dos tecidos.

11-12-2024 15:30 - Ferida cirúrgica

11-12-2024 15:30 - Localização da ferida cirúrgica

11-12-2024 15:30 - Coxa Esquerda(o)

11-12-2024 15:30 - Comprimento da lesão tegumentar: 20.00 cm.

11-12-2024 15:30 - Largura da lesão tegumentar: 3.00 cm.

11-12-2024 15:30 - Determinar evolução da ferida cirúrgica

11-12-2024 15:30 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica (Coxa Esquerda(o))

Metabolismo

11-12-2024 15:00

11-12-2024 15:00 - Glicemia capilar: 96 mg/dl.

11-12-2024 15:00 - Determinar evolução da glicemia

11-12-2024 15:00 - Avaliar evolução da glicemia

11-12-2024 15:30

11-12-2024 15:30 - Glicemia capilar: 113 mg/dl.

Termorregulação

11-12-2024 15:00

11-12-2024 15:00 - Temperatura corporal periférica

11-12-2024 15:00 - Ouvido: 36.60 °C.

11-12-2024 15:00 - Determinar evolução da temperatura corporal

11-12-2024 15:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal

Volume de líquidos

11-12-2024 15:00

11-12-2024 15:00 - Pele hidratada.

11-12-2024 15:00 - Peso: 72.00 Kg.

11-12-2024 15:00 - Quantidade de urina: 75 ml.

11-12-2024 15:00 - Densidade urinária aumentada.

11-12-2024 15:00 - Edema

11-12-2024 15:00 - Localização do edema

11-12-2024 15:00 - Coxa Esquerda(o)

11-12-2024 15:00 - Determinar evolução de sinais de edema

11-12-2024 15:00 - Avaliar evolução de sinais de edema (Coxa Esquerda(o))

11-12-2024 15:30

11-12-2024 15:30 - Peso: 72.00 Kg.

11-12-2024 15:30 - Densidade urinária aumentada [MANTEVE].

4.7. Especificação das intervenções

Avaliar evolução da glicemia

- Monitorar níveis de glicose sanguínea, conforme indicado (Butcher et al., 2020).

Avaliar evolução da temperatura corporal

- Aquecer todas as soluções preparadas para irrigar, soluções EV e para a pele (Butcher et al., 2020).
- Ajustar a temperatura da sala cirúrgica para efeito terapêutico (Butcher et al., 2020).
- Montar e regular os dispositivos adequados de aquecimento por convecção (Butcher et al., 2020).

Otimizar cateter venoso periférico

- Manter técnica asséptica sempre que manipular o dispositivo (Butcher et al., 2020).
- Manter penso oclusivo (Butcher et al., 2020).
- Trocar cateter e pensos conforme o protocolos (Butcher et al., 2020).

Avaliar evolução da dor

- Aplicar escala objetiva de dor (Rothrock, 2021).

Avaliar evolução da eliminação urinária

- Monitorizar a eliminação urinária incluindo frequência, consistência, odor, volume e cor, conforme apropriado (Butcher et al., 2020).

Avaliar sinais e sintomas de toxicidade sistémica por anestésico local

- Monitorizar sabor metálico, hipo/hipertensão, bradi/taquicardia, agitação, confusão, obnubilação (Rothrock, 2021).

Avaliar função motora

- Aplicar escala de Bromage (Rothrock, 2021).

Posicionar para prevenir úlcera de pressão

- Aplicar dispositivos médicos de posicionamento (Butcher et al., 2020).

4.8. Síntese relativa ao caso

A fratura trocantérica é uma condição grave que requer uma abordagem multidisciplinar para garantir a recuperação funcional rápida e a prevenção de complicações. A complexidade dos cuidados perioperatórios impõe conhecimentos técnicos e científicos que se ajustem à experiência da PSP no contexto cirúrgico. O planeamento dos cuidados perioperatórios exigiu do enfermeiro especialista uma abordagem bem estruturada, garantindo que as intervenções fossem adequadas e personalizadas para a PSP.

A tomada de decisão avançada em enfermagem perioperatória é um processo fundamental que permite ao enfermeiro especialista atuar de forma autónoma e eficaz na gestão do cuidado à pessoa submetida a encavilhamento transtrocantérico. Esta competência baseia-se em conhecimento científico aprofundado, experiência clínica e pensamento crítico, garantindo uma

abordagem segura, ética e centrada na PSP. Envolve a avaliação do estado clínico, a identificação precoce de risco e complicações, bem como de intervenções personalizadas para otimizar resultados cirúrgicos.

Ao alinhar intervenções de enfermagem com as atitudes terapêuticas de acordo com o Modelo Perioperatório Centrado no Doente, assegurou-se uma abordagem integrada que promoveu a segurança, satisfação e recuperação otimizada da PSP. A identificação de cada domínio, permite justificar a necessidade de cuidados avançados que visam sempre a otimização da qualidade de vida durante o período intraoperatório.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Este capítulo pretende evidenciar detalhadamente de que forma a realização deste estágio e a construção do relatório permitiram a aquisição e o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e, mais concretamente, das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

"Enquanto enfermeiros, somos profissionalmente responsáveis pelas nossas ações" (Nunes, 2024, p. 100). Ao enfermeiro especialista é-lhe reconhecida a competência científica, técnica e humana no sentido da sua prestação de cuidados de saúde numa determinada área de especialidade em enfermagem conceituada na Ordem do Enfermeiros (OE, 2015).

O Regulamento nº 140/2019 define como "Competências comuns" todas as competências coletivas de todos os enfermeiros especialistas independentemente da sua área de especialização. Englobam um conjunto de habilidades e conhecimentos avançados que lhes permite proporcionar cuidados de saúde de grande qualidade, desempenhando um papel importantíssimo nos sistemas de saúde. Garantem não só assistência direta à pessoa, mas ainda a melhoria dos processos e resultados clínicos, combinando capacidades avançadas em liderança, educação, pesquisa baseada na evidência, comunicação, ética e gestão de qualidade (Regulamento nº 140/2019, 2019). Estas competências comuns vertem-se em quatro domínios que, de forma crítica e reflexiva e em similaridade com o que foi desenvolvido em contexto de estágio, serão detalhados a seguir: Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; Domínio da melhoria contínua da qualidade; Domínio da gestão dos cuidados e Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal

Ética em enfermagem, uma parte fundamental da profissão, refere-se ao conjunto de princípios e valores morais que guiam a prática profissional dos enfermeiros, orientando as decisões e comportamentos em relação à PSP, à sua família, equipa multidisciplinar e à sociedade como um todo (Woods, 2011). Nenhuma decisão pode ser tomada sem se considerar a responsabilidade de enfermagem ética e moral pelo cuidado. A atuação do enfermeiro especialista deve ir além da execução técnica, refletindo sobre o impacto das suas ações na experiência da PSP e nos desafios éticos subjacentes. E, ainda que nem sempre a interação seja recíproca, a decisão necessita de ser apropriada e justificada, sendo o enfermeiro especialista capaz de explicar as razões para a decisão e ações que daí resultam (Nunes, 2024).

Paralelamente, o “dever ser profissional” enquadra-se na formulação da deontologia profissional enquanto conjunto de normas inerentes a determinada profissão, sempre valorizadas nos princípios da Moral e do Direito, procurando definir boas práticas em enfermagem (OE, 2015).

De salientar que, apesar dos grandes avanços em todas as técnicas anestésicas, em muitos procedimentos cirúrgicos, a PSP perde, frequentemente, total controlo de todas as suas funções. Acresce a responsabilidade do seu direito à privacidade, sendo fundamental construir de forma cuidadosa o plano de cuidados de enfermagem. Desta forma, impõe-se ao enfermeiro especialista a promoção da proteção dos direitos humanos conforme descrito no Código Deontológico, considerando sempre que, na saúde e na doença, a PSP, não se desvincula de ter a sua dignidade, privacidade, liberdade e direitos (Nunes, 2024; OE, 2015). Contudo, estas normas não devem ser encaradas apenas como diretivas a cumprir, mas sim, como um guia para uma prática reflexiva e crítica, que permita adaptar-se às particularidades de cada situação clínica e às necessidades de cada PSP. Durante a realização do estágio assumiu-se um papel ativo na criação de um ambiente seguro e respeitador, garantindo que a vulnerabilidade da PSP não fosse explorada ou desconsiderada.

O stress, a ansiedade, a sensação de perda de controlo, o frio, experiências traumáticas anteriores, a distância emocional, a interrupção da rotina diária, o elevado risco de complicações são fatores emocionais, físicos e contextuais que contribuem para a perceção do bloco operatório como um ambiente hostil. Muitas PSP descrevem o bloco operatório como um lugar frio e assustador, experimentando frequentemente ansiedade e medo (Erbas et.al., 2023). A compreensão destas perceções é crucial para melhorar a experiência durante os procedimentos cirúrgicos. Ainda assim, existe um reconhecimento por parte da PSP que a realização de procedimentos cirúrgicos não só melhora a sua qualidade de vida, como também a pode salvar (Erbas et.al., 2023; Lee, 2023). Um acolhimento adequado, utilizando comunicação eficaz e estratégias para tranquilizar, demonstrou-se eficaz no impacto positivo demonstrado pela PSP.

Relativamente à responsabilidade ética, é preocupação do EEEMC assegurar que a pessoa possua informação clara e compreensível sobre todos os procedimentos que lhe irão ser realizados, permitindo-lhe tomar decisões informadas. Deve, ainda, reforçar e esclarecer dúvidas sobre o processo assumindo uma atitude de respeito e acolhimento do outro, cabendo-lhe o discernimento, a reflexão em relação às atitudes, crenças e valores fundados no agir livre, consciente e responsável. Segundo o Código Deontológico dos Enfermeiros, a autonomia do doente define-se como “faculdade da pessoa para se reger por leis próprias, agindo a partir de si mesma e fazendo com que os princípios da conduta se radiquem no próprio sujeito”. Contudo, a autonomia individual está sujeita a várias regras éticas, morais, culturais e religiosas, determinadas pela sociedade, desde que reconhecidas como legítimas pelo indivíduo. Para promover a autonomia da PSP, cabe ao enfermeiro fornecer a informação, assegurar a compreensão e garantir a adesão de forma livre ao tratamento (Oliveira, 2005). Esta questão

não é apenas uma exigência legal, mas também uma expressão do respeito pela autonomia da PSP. Ponderou-se sobre a importância dos desafios associados à sua promoção, considerando os níveis de literacia em saúde, as influências culturais e emoções envolvidas no contexto perioperatório.

As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa e da dignidade da pessoa humana. Devem visar a qualidade dos cuidados prestados, tendo em consideração o utente como um ser individual e único, ou seja, possuir uma visão holística, de forma a minimizar os seus medos e angústias, promovendo o seu conforto, de forma a humanizar os cuidados que se prestam no respeito pela dignidade da pessoa (OE, 2015). O grande desafio passa por equilibrar a eficiência dos protocolos clínicos com a personalização do cuidado, garantindo que cada PSP seja tratada de forma singular, respeitando as suas especificidades e necessidades.

Durante a passagem de um doente pelo bloco operatório, existem transições de saúde/doença que carecem da atuação do enfermeiro especialista como: realizar o devido acolhimento na chegada ao *transfer*, explicando todo o percurso; clarificar qualquer dúvida que possa surgir, explicando-lhe todos os seus direitos relativamente a crenças e antecipações de vontade; verificar que está devidamente esclarecido e informado sobre o procedimento para o qual vai ser submetido, respeitando o seu acesso à informação. Para toda e qualquer conformidade que não se verifique, é dever do enfermeiro alertar a restante equipa de saúde, para que possam ser tomadas as devidas precauções.

Após avaliação, colheita de dados do processo clínico e traçado o plano cirúrgico e anestésico, torna-se imprescindível implementar medidas de prevenção de incidentes e promoção de práticas seguras. Todas as tomadas de decisão devem ser fundamentadas segundo princípios, valores e normas deontológicas. Ainda assim, quando deparado com alguma questão ética, deve ser tomado o partido do curso de ação ótimo que vise estratégias de resolução de problemas com a PSP e equipa. Nunes (2011) defende que "a ética de enfermagem fundamenta a deontologia - afirma o compromisso da profissão" centrando o reconhecimento recíproco na ação dirigida à pessoa (p. 100).

A aplicação da responsabilidade ética, deontológica e legal no bloco operatório na perspetiva de enfermagem avançada é uma prática indispensável que vai além do cumprimento de normas e protocolos. É uma demonstração de compromisso com a segurança, dignidade e direitos da pessoa, refletindo a essência da profissão.

Domínio da melhoria contínua de qualidade

Segundo a OMS (2020), existem inúmeras definições sobre o que é qualidade. Umas valorizam a produtividade e o equilíbrio da organização, enquanto outras procuram melhorar a assistência à pessoa. Porém, em saúde é irrefutável que todos os cuidados devem ser eficazes, seguros,

centrados nas pessoas, oportunos, equitativos, integrados e eficientes (OMS, 2020).

Em 1966, Avenis Donabedian (2005), descreveu um modelo para avaliar os cuidados de saúde, que é ainda utilizado nos dias de hoje, definindo a qualidade dos mesmos em relação a três componentes principais: estrutura, processo e resultado. Enfatizou, ainda, que a satisfação do doente se torna uma dimensão crítica da qualidade, uma vez que a sua percepção é crucial para a avaliação da qualidade em saúde (Donabedien, 2005).

Partindo do pressuposto que as instituições de saúde enfrentam cada vez mais situações desafiadoras num ambiente complexo e em acelerada mudança, torna-se indiscutível que sejam incorporadas melhorias e transformações contínuas nos cuidados de saúde. Sabe-se ainda, que qualidade encontra-se estreitamente associada à segurança do doente (Gomes et al., 2020).

Particularmente, em contexto de bloco operatório, o enfermeiro especialista aplica um conjunto de competências fundamentais neste âmbito destacando-se: conhecimento técnico avançado, na medida em que inclui uma compreensão profunda da anatomofisiologia humana, e encontra-se familiarizado com diversas técnicas e procedimentos cirúrgicos com habilidade na utilização e manutenção de equipamentos médicos avançados; práticas assépticas rigorosas, que englobam técnicas de esterilização e desinfecção, bem como a manutenção de um ambiente controlado e esterilizado dentro da sala operatória, minimizando, desta forma, o risco de contaminação; gestão de recursos e organização, uma vez que prepara todo o material necessário (cirúrgico e anestésico) para cada cirurgia, assegurando que estão em boas condições e prontos a serem utilizados, permitindo maximizar a eficiência das operações e reduzir os tempos de *turnover* e, por fim, avaliação e monitorização da PSP que são caracterizadas por verificações de enfermagem detalhadas, possibilitando a identificação de risco e necessidades específicas (ElChamaa et al., 2022).

Desta forma, e com o grande objetivo das organizações de saúde melhorarem continuamente, é papel do enfermeiro especialista colaborar, direccionar e garantir que existam desenvolvimentos da sua atividade na efetivação do empenho na prestação de cuidados de saúde seguros e de qualidade. A combinação de conhecimento técnico, habilidades práticas, capacidade de gestão e sensibilidade humana, capacitam-no para garantir qualidade aos cuidados prestados, maximizando a segurança (Atkins et al., 2024).

A implementação de listas, *check lists*, é exemplo de uma prática que melhora a segurança e a qualidade dos cuidados prestados assim como partilhar experiências bem-sucedidas, como a adoção de novas técnicas de assepsia ou protocolos de segurança, promovem a aprendizagem coletiva e a melhoria contínua no Bloco Operatório. A criação de manuais de integração para novos enfermeiros é uma estratégia eficaz para disseminar boas práticas (Martins, et.al., 2024). O Enfermeiro Especialista utiliza evidências científicas e normas estabelecidas para

avaliar e aprimorar as práticas clínicas no Bloco Operatório, garantindo a prestação de cuidados de alta qualidade. A aplicação de padrões de qualidade específicos para a enfermagem médico-cirúrgica é fundamental neste contexto (OE, 2017).

Apesar dos objetivos inicialmente traçados no Projeto de Desenvolvimento Profissional (Anexo I), após uma observação atenta das práticas realizadas no contexto de estágio, diagnosticou-se uma situação: não se realiza a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) entre a equipa cirúrgica, de forma verbal, nas salas operatórias e há um *déficit* de conhecimento sobre o feixe de intervenções associadas à prevenção da Infecção do Local Cirúrgico (ILC). Identificando-se estas oportunidades de melhoria, traçou-se um plano para uma formação em serviço com o intuito de promover a implementação da lista de segurança cirúrgica de forma adequada (Anexo II). Realizou-se ainda, um poster para a promoção da importância da prevenção de infecção do local cirúrgico no intraoperatório, que ficou afixado no contexto de estágio (Anexo III). Deu-se destaque a uma das temáticas, apresentando em congresso um E-Poster sobre a "Importância da Normotermia na Prevenção da Infecção na Pessoa em Situação Perioperatória" (Anexo IV). Esta prática permitiu refletir profundamente sobre a necessidade de alinhar a evidência científica às ações quotidianas, reforçando o papel transformador da formação contínua na prática clínica.

Esta experiência permitiu a aquisição de competências essenciais para a melhoria contínua da qualidade, contribuindo para a identificação de lacunas e implementação de mudanças que elevassem os padrões de segurança e eficácia de cuidados prestados. Reforçou a convicção de que qualidade em saúde é um processo dinâmico, que exige constante reflexão, atualização e visão proativa em busca da excelência. A melhoria contínua da qualidade destaca a importância do EEEMC através de uma atuação dinâmica na governação clínica, promovendo práticas de qualidade e melhoria contínua, garantindo um ambiente seguro e terapêutico para a PSP.

Domínio da Gestão de Cuidados

Soto-Fuentes et al. (2014) distingue o processo de gestão e o de administração, uma vez que gestão se relaciona com tomada de decisão relativamente a aspetos económicos, financeiros e políticos e administração em mobilizar e otimizar recursos, executando tarefas. Gestão em enfermagem apresenta-se, assim, em diferentes dimensões. Inicialmente, uma dimensão individual, que se centra no processo de enfermagem focado na avaliação, planeamento e prestação de cuidados; uma segunda dimensão, englobando a equipa multidisciplinar, aliada com a gestão de recursos humanos e materiais e, por fim, dimensão da liderança, autonomia e proatividade.

Para além de todo o conhecimento que é inerente ao enfermeiro especialista, aptidões de liderança, comunicação, apoio emocional e gestão são fundamentais na coordenação de equipas multidisciplinares. O exercício de funções de gestão por enfermeiros é crucial

para garantir a qualidade e a segurança da prática profissional, sendo uma componente essencial para alcançar melhorias em saúde. Portanto, é necessário que esse papel seja reconhecido, validado e certificado pela OE, dentro de uma perspetiva integrada e abrangente, inserida no processo de desenvolvimento e valorização profissional. Gerir não é uma tarefa exclusiva do enfermeiro gestor, uma vez que o processo de gestão, é desenvolvido mediante a complexidade de funções nos diversos contextos do exercício profissional de enfermagem em três níveis de gestão: institucional, intermédio e operacional (Regulamento nº 76/2018, 2018).

Neste contexto de estágio, foi possível perceber que, na ausência do enfermeiro gestor, a função de responsável de turno cabia ao enfermeiro especialista com mais anos de título, sendo da sua obrigação, resolver problemas ou potenciais problemas, orientado a equipa na melhor tomada de decisão perante qualquer situação incitadora de dúvida.

Uma gestão eficaz em saúde é essencial para assegurar que os cuidados consigam responder às necessidades da população, envolvendo a análise e pensamento crítico, adaptando as decisões à mudança, garantindo que esses cuidados sejam sempre baseados em evidências e melhores práticas (Barros et al., 2023). Em alguns turnos, foi possível assessorar o enfermeiro gestor do serviço e observar de perto a sua conduta com o intuito de otimizar a resposta da equipa adaptando a liderança a cada situação e contexto. O enfermeiro gestor do bloco operatório desempenha um papel crítico na orquestração de um ambiente cirúrgico eficaz, seguro e de qualidade, onde a prioridade deve ser sempre o doente. A habilidade de criar um equilíbrio harmonioso na equipa multidisciplinar do bloco operatório garante o sucesso dos cuidados centrados no doente. Esta experiência permitiu perceber que uma gestão eficaz vai para além de simples tarefas administrativas; trata-se de um processo dinâmico, que exige pensamento crítico e constante análise.

Sabe-se que não há ainda consenso sobre qual o melhor estilo de liderança a ser usado em 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 (Santos & Neves, 2019). Observando a liderança no contexto do bloco operatório, ficou claro que a capacidade de ajustar o estilo de gestão às necessidades da equipa é vital para manter um ambiente cirúrgico seguro e eficaz, sempre com a PSP no centro.

Posto isto, colaborou-se na organização do fluxo de trabalho elaborando planos de enfermagem mediante funções desempenhadas por cada enfermeiro em cada especialidade, minimizando, desta forma, a probabilidade de ocorrência de incidentes. Coordenou-se, também, a utilização de recursos de forma adequada de modo a diminuir custos desnecessários e aumentar ganhos em saúde. Foi ainda possível desenvolver competências no que diz respeito à manutenção preventiva de instalações, equipamentos e materiais e respetiva referenciação.

Desenvolveu-se também, uma revisão integrativa da literatura intitulada "A liderança do

enfermeiro gestor no bloco operatório" e apresentada na III Convenção Internacional dos Enfermeiros, dinamizado pela Ordem dos Enfermeiros em Fátima, como se apresenta no Anexo V. No I Congresso de Enfermagem Perioperatória promovido pelo Bloco Operatório de Santa Maria da Feira foi apresentado o Poster "Desperdício no Bloco Operatório - Contributo dos Enfermeiros" Anexo VI, desenvolvendo competências na utilização de recursos de forma eficiente.

Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

No que diz respeito a este domínio, o enfermeiro especialista deve ser capaz de demonstrar assertividade e autoconhecimento, estando apto à adaptação a cada contexto e situação dando o melhor de si, centrando a sua prática na PSP. A OE considera, ainda que, as tomadas de decisão e as intervenções devem ser baseadas em conhecimento válido, atual e pertinente, mantendo a investigação como uma preocupação ativa diariamente (OE, 2018).

Não existindo uma norma específica que regule em que moldes deve ser realizada a formação contínua, cabe ao enfermeiro gerir o seu próprio percurso no que diz respeito às aprendizagens profissionais. No entanto, a procura em saber mais é preponderante, não só, para o desenvolvimento profissional e pessoal, mas também enquanto dever para com a profissão (Rodrigues et al., 2012).

Ornellas e Monteiro (2023) concluíram no seu estudo que o principal desafio relativamente à aprendizagem do enfermeiro prende-se com a articulação entre o ambiente de trabalho, contexto social e estratégias educacionais, que, reunindo habilidades técnicas e comportamentais, é possível potenciar o seu sucesso na aprendizagem. Durante o espaço temporal deste estágio mobilizaram-se conhecimentos e habilidades teóricas, procurando sempre promover uma prática baseada em evidência, incentivando e demonstrando à equipa como melhorar no que diz respeito à qualidade de cuidados prestados. Alicerçando os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, desenvolveram-se duas formações em serviço que permitiram que se favorecesse a aprendizagem, destreza nas intervenções da equipa e o desenvolvimento de habilidades e competências nas áreas carenciadas, identificadas neste contexto de estágio. Uma relativamente à Implementação da LVSC e outra sobre a Pressão de Cuff. Como já referido anteriormente, foi ainda desenvolvida e partilhada com a equipa do bloco operatório uma revisão bibliográfica da literatura sobre a importância da prevenção da infeção do local cirúrgico.

De forma a fomentar uma reflexão sobre os processos de tomada de decisão, liderando de forma ativa esses mesmos processos, foi elaborada uma instrução de trabalho, Anexo VII, relativamente a uma ferramenta facilitadora deste desenvolvimento. A metodologia TALK© (Target, Analysis, Learning Points, Key-actions) é uma abordagem estruturada que visa otimizar o processo de aprendizagem por meio de etapas fundamentais (Diaz-Navarro, et al., 2024).

Vivenciar estas iniciativas permitiu perceber que a aplicação de práticas baseadas em evidência não só orienta melhorias nos cuidados, mas também fortalece a confiança na tomada de decisões. Testemunhar a eficácia de formações orientadas pela evidência e a sua repercussão positiva na prática diária reforçou o compromisso com a aprendizagem contínua e com a implementação de mudanças sustentadas em dados científicos.

Uma das grandes alavancas para a frequência deste mestrado foi sem dúvida o reconhecimento pessoal de que irão existir sempre recursos limitados a nível profissional, e de que a busca do melhor conhecimento para a melhor prática irá refletir-se na qualidade e nos resultados de saúde. Durante a tentativa de implementação da LVSC, de forma oral, muitas equipas cirúrgicas demonstraram-se algo relutantes a esta mudança, pelo que foi necessário utilizar adequadamente técnicas de resolução de conflitos, reconhecendo e antecipando possíveis situações que alterassem o normal funcionamento do fluxo de trabalho dentro da sala de operações. Esta estratégia comprova que, cada vez se torna mais pertinente, abordar inteligência emocional na área da saúde visto que é orientadora na gestão de emoções. Facilita o atingimento de resultados, auxiliando os profissionais a lidar com as suas próprias emoções e com as da PSP a quem estão a prestar cuidados, evitando também que sentimentos de negatividade se repercutam na qualidade dos mesmos (Machado et. al, 2021). Este estágio, foi facilitador, na medida em que permitiu que se questionasse sobre muitas práticas, consciencializando relativamente à influência pessoal na relação profissional e como muitas vezes as competências não técnicas fazem a diferença. Por este motivo, optou-se, acrescidamente, pela realização de um estudo descritivo, quantitativo e transversal através da análise descritiva e inferencial da aplicação do questionário “Escala Veiga de Competência Emocional” com o objetivo de identificar competência emocional nos enfermeiros que cuidam da pessoa em situação perioperatória.

De forma a desenvolver competências de tomada de decisão e capacidade de explicação e sistematização da conceção dos cuidados de enfermagem avançada, aliados à busca da melhor evidência científica foram desenvolvidos dois estudos de caso, que se apresentaram nos capítulos anteriores. Uma análise biométrica relativamente a padrões de documentação eletrónica foi desenvolvida e apresentada no "Desafio cirúrgico - passado, presente e futuro" promovido pela ULSTMAD (Anexo VIII).

Os dois estudos de caso foram elaborados através da metodologia CARE - *CAse REports*. Desenvolvida por grupo internacional de especialistas, providencia um aumento na precisão, transparência e utilidade dos casos desenvolvidos. A colheita de dados foi sempre precisa e transparente, quase que uma verdadeira fotografia do episódio de tratamento, fornecendo informações sobre a prestação de cuidados de saúde individualizados de alta qualidade (Gagnier et al., 2013). A plataforma utilizada que facilitou o desenvolvimento de competências de tomada de decisão e capacidade de explicação e sistematização da conceção dos cuidados de enfermagem avançada foi a e4Nursing.

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA

O Regulamento nº 049/2018 publicado em Diário da República pela Ordem dos Enfermeiros em 2018 afirma que a intervenção do enfermeiro especialista nesta área se foca na pessoa e família que vivenciam uma transição de saúde/doença, em ambiente perioperatório, e que carecem de procedimentos cirúrgicos e anestésicos. A sua área de atuação pode dividir-se em cinco condutas que se complementam entre si como consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós-anestésicos.

Deste modo, e à luz do que é preconizado pela Ordem dos Enfermeiros relativamente às competências específicas do enfermeiro especialista à PSP este capítulo promoverá uma reflexão crítico-reflexiva sobre o desenvolvimento das duas grandes competências: Cuidar a pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa e Maximizar a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar. A aquisição destas competências torna-se ainda mais evidente na descrição das atividades que foram levadas a cabo para a sua concretização.

CUIDA DA PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA E RESPETIVA FAMÍLIA/PESSOA SIGNIFICATIVA

Levando em conta as necessidades específicas da pessoa em situação perioperatória, o enfermeiro especialista aplica conhecimentos e habilidades de forma a oferecer cuidados integrados à pessoa e à sua rede de apoio. Desta forma, promove a compreensão do processo vivido, capacitando-os para o autocuidado e facilitando a sua reintegração no convívio familiar e social.

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

Na chegada ao bloco operatório, a primeira pessoa a receber a PSP é o enfermeiro. Este primeiro contacto positivo, torna toda a experiência cirúrgica e anestésica menos traumatizante e facilita a transição saúde/doença da PSP, fazendo a abordagem do enfermeiro um ponto crucial para a gestão da experiência operatória. Este contacto é fundamental para gerir a experiência operatória, demonstrando como a comunicação assertiva e empática pode capacitar tanto a pessoa como a sua família/pessoa significativa. Quando se trata de crianças ou PSP que necessitam de representação, a inclusão calma e esclarecedora da família torna-se imprescindível para assegurar a compreensão dos cuidados e das implicações dos mesmos. Durante o decorrer do estágio, fortaleceu-se competências no desenvolvimento da relação de ajuda com a pessoa e família, utilizando estratégias facilitadoras da comunicação que permitissem a expressão de emoções e sentimentos e ainda, alívio da ansiedade e medo.

“... talk more with patients and each other can be the least expensive and most effective approach for delivering better patient care” (Kaplan et al., 2016, p. 1918). Esta experiência reforçou a importância, enquanto futura enfermeira especialista, de integrar a comunicação terapêutica como pilar fundamental na prestação de cuidados de qualidade.

De acordo com o estudo realizado por Campos (2017) a utilização eficiente da comunicação, enquanto estratégia terapêutica, tem como objetivo ganhos em saúde no desempenho profissional, tornando-se fator facilitador no processo da relação terapêutica, contribuindo para que a PSP e respetivas famílias comecem a viver a transição saúde/doença da melhor forma. Permite, ainda, às equipas compreender as necessidades da PSP, que assiduamente, se encontram vulnerabilizados pela doença e pela consciência das suas limitações. A diversidade, complexidade e rapidez de mudança dos vários contextos exige que o estilo de comunicação se adapte, utilizando atitudes, comportamentos e qualidades adequados. Não desvalorizando todas as exigências técnicas, a autora defende que, não deve ser descurada a humanização dos cuidados, a fim de favorecer relações que permitam o desenvolvimento de um trabalho harmonioso e eficaz nos diversos níveis de intervenção (Campos, 2017). Este tipo de abordagem é essencial de forma a garantir que a PSP compreenda os seus direitos e alternativas.

Durante o estágio, foram implementadas estratégias que ultrapassaram a mera transmissão de informações; envolveu-se ativamente a família na preparação para o procedimento, incentivando perguntas e esclarecendo dúvidas, o que promoveu um ambiente de confiança e empoderamento. Esta abordagem permitiu que a PSP se tornasse participante ativa na tomada de decisão, reforçando o consentimento informado e garantindo que todos os envolvidos compreendessem as implicações dos cuidados a serem prestados. A integração da família não só potencializa a adesão aos cuidados, mas também permite suporte emocional, o que é fundamental para a redução da ansiedade e o fortalecimento da relação terapêutica.

A relação entre o enfermeiro e a PSP é fundamental para melhorar os resultados e reduzir a ansiedade pré-operatória. Uma comunicação eficaz e uma relação de ajuda são componentes essenciais que contribuem para uma experiência cirúrgica positiva. Esta relação caracteriza-se pela comunicação terapêutica, que não só alivia a ansiedade, mas também fomenta a confiança e a colaboração no processo de cuidado (Ali et al., 2024). O desenvolvimento desta competência permitiu criar um ambiente de segurança, através da observação e do diálogo aberto, estabelecendo uma relação terapêutica positiva o que possibilitou a identificação das necessidades da PSP e respetiva família/pessoa significativa. Toda a experiência consolidou a importância da comunicação e da empatia como pilares essenciais na prática perioperatória.

Na admissão do doente na sala operatória é necessário, não só, confirmar que todos os consentimentos estão assinados, mas principalmente, que a PSP se encontra devidamente informada e esclarecida sobre os procedimentos a que vai ser submetida. Perante a inexpressividade do consentimento informado, é dever do enfermeiro agir consoante a

legislação, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado para além de atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação e explicação em cuidados de enfermagem. Uma vez que integra a equipa de saúde e conforme escrito no artigo 91º, alínea b) do Código Deontológico do Enfermeiro, deve “trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde” (OE, 2005, p.153). Portanto, ainda que seja responsabilidade médica obter consentimento informado, é essencial que o EEEMC certifique que existe compreensão sobre os procedimentos e que não existam dúvidas sobre os seus direitos. A Entidade Reguladora da Saúde esclarece que relativamente ao consentimento informado, a informação sobre o tratamento ou intervenção em causa deve ser prestada de forma simples, objetiva, clara fazendo com que o destinatário fique devidamente esclarecido relativamente aos atos propostos. A PSP só está devidamente consentida e informada quando está instruída sobre o que se pretende fazer, o modo, a razão, o resultado esperado, alternativas e consequências da não adesão (ERS - Entidade Reguladora da Saúde, 2023).

Promove cuidados à pessoa em situação perioperatória

Traçar um plano de cuidados para um doente cirúrgico é altamente complexo e deve espelhar de forma detalhada todas as intervenções realizadas dentro da sala de operações. Preparar a PSP para o procedimento cirúrgico pode ser visto como um ritual de passagem de testemunho, em que perde a sua autonomia dando essa relevante responsabilidade ao enfermeiro, que deve mobilizar estratégias facilitadoras quando existe alteração de consciência. Ser coordenador da lista de verificação de segurança cirúrgica; atentar o posicionamento, prevenindo zonas de lesão, garantindo conforto; gerir a dor; vigiar sinais e sintomas, analisando os resultados e intervindo de forma sustentada são grandes esferas da sua atuação. O enfermeiro perioperatório atua em diversas e particulares áreas agindo com pertinência na resposta em situações de imprevisibilidade, complexidade e vulnerabilidade. Um aspeto que, em discussão com a enfermeira tutora, também foi identificado, para melhorias futuras prende-se com a documentação precisa e continuidade de cuidados.

No que diz respeito ao posicionamento cirúrgico, este vai muito além de uma etapa técnica do processo; é a manifestação concreta do compromisso do enfermeiro com a segurança e a humanização dos cuidados. Ao assegurar que a PSP seja posicionada de forma adequada, o enfermeiro de uma prática avançada utiliza técnicas e dispositivos de suporte que minimizam riscos, previnem lesões e otimizam o conforto, adaptando cada intervenção às suas particularidades. Além disso, um posicionamento correto atua como um facilitador crucial para o desempenho da equipa, permitindo que todos os profissionais tenham acesso ideal à área operatória e possam executar as suas funções de maneira coordenada e eficaz (Maya, 2022). Esta sinergia promovida por uma comunicação clara e pela articulação entre os membros da equipa, resulta em processos cirúrgicos mais fluídos e em melhores resultados clínicos. Durante o estágio, ao aplicar estas estratégias, foi possível proteger a PSP contra possíveis complicações e, ainda, contribuir para uma atuação interprofissional harmoniosa, elevando a qualidade dos

cuidados e consolidando uma prática verdadeiramente avançada e humanizada.

A Organização Mundial de Saúde define Segurança do Doente como “a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável”, onde este último conceito de mínimo aceitável se resume a que toda a equipa use todos os recursos conhecidos disponíveis para prestar cuidados ao doente, sendo que, de outra forma a consequência passaria por não tratar ou não existir outra alternativa de tratamento. Ainda defende que, a melhoria da segurança depende na esmagadora maioria das vezes, da aprendizagem e da interação dos vários prestadores de cuidados de saúde (OMS, 2009/2011). Neste âmbito foi promovido, diariamente, através da implementação verbal da lista de verificação de segurança cirúrgica, a comunicação eficaz, a partilha e a reflexão sobre o processo de cuidados e intervenções de forma multidisciplinar, otimizando a complementaridade das ações de cada membro da equipa. O trabalho em equipa é a chave para o sucesso dos resultados dos cuidados prestados em cada PSP. Westman et al. (2020) defende que a utilização da LSVSC diminui complicações pós-operatórias, nomeadamente no que diz respeito a infeções associadas aos cuidados de saúde e aumenta a segurança na sala de operações, melhorando a comunicação e perceção da segurança da equipa interdisciplinar (Westman et.al., 2020). A implementação da LVSC é aplicável em qualquer contexto, não acarreta custos e ainda permite avaliar o impacto a utilização de gestão de risco na qualidade dos procedimentos e cuidados cirúrgicos (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Foram desenvolvidas competências técnicas em todas as áreas de atuação, à exceção da consulta perioperatória de enfermagem, que ainda não se encontra implementada no contexto de estágio. Ainda assim, foi discutida a sua pertinência. A consulta perioperatória de enfermagem é fundamental para avaliar as necessidades individuais do paciente, permitindo a elaboração de um plano de cuidados seguro e personalizado que promova a compreensão do processo cirúrgico. Além disso, fortalece a relação de confiança entre o enfermeiro e a PSP, proporcionando suporte contínuo que facilita a adesão ao tratamento e uma recuperação mais eficaz (Gonçalves et al., 2024).

Neste contexto, os cuidados devem ser centrados na pessoa, olhando para o ser humano como um indivíduo independente, com dignidade e necessidades, enfatizando a vontade e as habilidades individuais (Maya, 2022). É dever do enfermeiro especialista assumir responsabilidade integral da PSP, garantindo o conforto, a privacidade, assim como o cumprimento da sua vontade expressa, até que consiga gerir estes aspetos por si próprio. Aprendeu-se a identificar e antecipar as necessidades individuais, monitorizando rigorosamente sinais e sintomas e intervindo com base no conhecimento especializado e na evidência científica. Esta prática permitiu que se ajustasse as intervenções de forma rápida e eficaz, demonstrando a importância da monitorização contínua para assegurar a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

Além disso, o ambiente dinâmico e por vezes imprevisível do bloco operatório exigiu a execução de intervenções de enfermagem em situações de complexidade e vulnerabilidade. Intervenções eficazes de enfermagem para gerir a dor são cruciais para melhorar os resultados, recuperação e a satisfação da PSP. Estas intervenções englobam estratégias farmacológicas e não farmacológicas, visando minimizar a dor e a ansiedade durante e após procedimentos cirúrgicos (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Desenvolve a sua intervenção numa perspetiva interprofissional

A evidência tem demonstrado que uma comunicação eficaz e o trabalho em equipa acarretam um impacto significativo na redução de erros, aperfeiçoando a qualidade dos cuidados prestados. Entre as estratégias necessárias para uma comunicação eficaz, destacam-se principalmente a educação com enfoque multidisciplinar e abordagens desenvolvidas em ambientes de simulação ou mesmo em área clínica, como o *debriefing* (Cerón-Apipilhuasco et al., 2024). Importa referir que a colaboração entre os diferentes profissionais de saúde é imprescindível para o sucesso dos cuidados perioperatórios. Através de breves reuniões utilizando a metodologia TALK, a articulação entre os vários membros da equipa cirúrgica, foi possível alinhar expectativas e oportunidades de melhoria, facilitando a decisão coletiva e a resolução rápida de problemas. Esta integração não só potencializa a segurança cirúrgica, como também fortalece a confiança e o respeito mútuo entre os profissionais, promovendo um ambiente de cuidados colaborativo e de aprendizagem contínua.

Apesar de apenas recentemente ser uma norma institucionalizada, na transmissão de informação sobre os cuidados foi utilizada a técnica ISBAR (*Introduction, Situation, Background, Assessment, Recommendation*), conforme previsto na Norma 001/2017 – “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde” proposta pela DGS, contribuindo para a rápida tomada de decisões, promovendo o pensamento crítico e diminuindo o tempo na transferência de informação e rápida integração dos novos profissionais. Ao utilizar estratégias que facilitam a comunicação, como a técnica ISBAR, foi possível estruturar as informações de forma clara e objetiva, o que não só melhorou a transferência de informações entre os membros da equipa, mas também reforçou a confiança da PSP no processo.

A prática diária da comunicação expressiva, aliada ao desenvolvimento da inteligência emocional, permitiu lidar com situações de conflito e stresse de forma proativa, contribuindo para um ambiente terapêutico mais harmonioso e seguro. A competência emocional é um tema de crescente relevância na área da enfermagem, considerando a natureza do exercício dos enfermeiros, que envolve o cuidado a pessoas em situações de vulnerabilidade física e emocional. A literatura existente sobre o assunto destaca a importância das habilidades emocionais para a eficácia profissional desses profissionais de saúde. Veiga (2021) assume que, do ponto de vista teórico, pode reconhecer-se que a competência emocional é um indicador relevante da qualidade dos cuidados de enfermagem. Como já referido anteriormente, de forma

a enriquecer este relatório e tornar a prática mais eficaz e eficiente realizou-se um estudo de natureza descritiva, quantitativa e transversal com o objetivo de identificar competência emocional nos enfermeiros que cuidam da pessoa em situação perioperatória (Anexo IX). Foi possível concluir que a competência emocional se revela um recurso fundamental para a prática profissional do enfermeiro que cuida da PSP. Apesar dos níveis moderados observados, destaca-se a importância de investir em estratégias formativas contínuas que promovam o desenvolvimento destas competências, contribuindo para cuidados mais eficazes, humanizados e centrados na pessoa.

Durante o decorrer deste estágio foram realizadas duas sessões de formação contínua, abordando temas relevantes para a prática, promovendo o desenvolvimento profissional da equipa e a atualização com o que a evidência considera serem as melhores práticas. Uma prendeu-se com uma correta implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica e outra sobre a importância da monitorização da pressão de *cuff* (encontram-se ambas no Anexo 1, respetivamente).

MAXIMIZA A SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA E DA EQUIPLA PLURIDISCIPLINAR, CONGRUENTE COM A CONSCIÊNCIA CIRÚRGICA

Dado o alto risco inerente aos cuidados perioperatórios, especialmente devido à vulnerabilidade da pessoa, aos procedimentos efetuados e à complexidade do ambiente e dos recursos disponíveis, o enfermeiro especialista em Enfermagem Perioperatória aplica conhecimentos e competências que asseguram a segurança da PSP, da equipa multidisciplinar e do ambiente, sempre em conformidade com a ética da profissão.

Demonstra consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório

Consciência cirúrgica, enquanto valor ético, representa um compromisso inabalável dos profissionais de saúde com a integridade, segurança e bem-estar da pessoa em situação perioperatória durante um procedimento cirúrgico. Exige, a toda a equipa, que seja mantido um rigor absoluto nas práticas de esterilização e protocolos de segurança. A atenção minuciosa a cada detalhe e a comunicação clara entre os membros da equipa são fundamentais para assegurar que todas as medidas de prevenção de infeção e outros riscos sejam rigorosamente aplicadas. Este compromisso ético com a excelência na prática cirúrgica não apenas minimiza riscos, mas também fortalece a confiança da pessoa nos profissionais que os cuidam. Além disso, a consciência cirúrgica transcende as habilidades técnicas e a responsabilidade moral dos profissionais de saúde em respeitar e proteger a vida e a dignidade de cada pessoa (DGS, 2017).

As organizações de saúde que fomentam um ambiente propício à partilha e aprendizagem com

os erros nos cuidados de saúde estão a impulsionar uma mudança contínua, visando a melhoria dos comportamentos e atitudes dos profissionais. Este processo contribui para a consolidação de uma verdadeira cultura de segurança institucional e, consequentemente, para a obtenção de melhores resultados em saúde (Pedroso et.al., 2021). Durante o estágio, observou-se e participou-se em diversas atividades que promoveram consciência cirúrgica e segurança perioperatória. Procurou-se ser uma voz ativa no que concerne à segurança da PSP, divulgando boas práticas entre todos os colegas. É responsabilidade do enfermeiro especialista à PSP, implementar medidas corretivas de forma a minimizar potenciais complicações durante os procedimentos cirúrgicos, assim como, preparar e organizar todo o espaço para receber a equipa e a PSP, garantindo que se reúnem todas as condições necessárias para o sucesso do procedimento. Especificamente o enfermeiro circulante, tem o papel de manter um ambiente limpo e de ressaltar a importância da utilização de equipamentos de proteção individual, certificando que há condições de boas práticas e dotações seguras, minimizando o risco de complicações (Duarte & Martins, 2018).

De acordo com a AESOP, "... cuidados perioperatórios seguros, eficazes e de qualidade estão diretamente relacionados com dotações corretas em termos quantitativos e qualitativos" (AESOP, 2013, p.135). Acredita que, os cuidados perioperatórios devem ser prestados por enfermeiros que garantam competência em qualquer uma das quatro funções: circulante, instrumentista, anestesia e cuidados pós-anestésicos. Na sala operatória, os cuidados pressupõem atividades que decorrem em simultâneo e em parceria entre as várias funções, garantindo segurança e eficácia do desempenho (AESOP, 2013). Foram adquiridas e estimuladas competências nas 4 funções ao longo deste percurso, permitindo adquirir uma visão abrangente da importância de cada responsabilidade no resultado final do todo o processo de cuidados perioperatório.

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

O Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças (CEPCD) descreve que de entre as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) as ILC são as mais comuns e causadoras de morbilidade e mortalidade consideráveis (ECDPC, 2023). Relativamente à grande preocupação da prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios, a atuação do enfermeiro tem, reconhecidamente um papel de destaque. O enfermeiro especialista à PSP garante que sejam cumpridos todos os princípios de assepsia quer na mesa cirúrgica quer no ambiente circundante, intervindo em todos os feixes de intervenção de prevenção de infeção do local cirúrgico. Esta prevenção deve ser implementada nas três fases do perioperatório e torna-se um foco importante para atenção do enfermeiro que presta cuidados à PSP, uma vez que cada ILC aumenta em 7 a 22 dias de internamento e 2 a 11 vezes o risco de morte (DGS, 2022). Durante a espaço temporal deste estágio participou-se na aplicação rigorosas dos feixes de intervenção para a prevenção da infeção do local cirúrgico, no período intraoperatório e ainda

se realizou uma revisão da literatura, como já referindo, colocando um poster informativo num local estratégico do contexto alertando os profissionais para o seu cumprimento.

O grande objetivo da criação destes feixes de intervenção é assegurar que todos as PSP sejam tratadas e cuidadas com base em evidência e de uma forma consistente e uniforme, uma vez que, representam um conjunto de medidas que carecem de ser aplicadas em simultâneo para que se alcancem os resultados pretendidos. No que diz respeito à tricotomia, pela sua possibilidade de criar micro lesões na pele, e, por conseguinte, portas de entradas a microrganismos, não deve ser realizada de forma regular. Caso exista necessidade, deverá efetuar-se imediatamente antes do procedimento cirúrgico com máquina ou lâmina de corte de uso único e descartada nos contentores para material corto perfurante. Relativamente à preparação da pele prevê-se que seja realizada imediatamente antes da incisão, utilizando técnica adequada com solução de CHD a 2% em álcool a 70%, excetuando quando está contraindicada, respeitando os tempos de fricção e secagem dos fabricantes. Não há evidência em que se pressupõe a utilização de selante microbiano para efeitos de prevenção de ILC. Colocação de campos de forma adequada, manutenção da técnica assética, higiene das mãos e mudança de luvas sempre que exista uma transição de uma zona com maior grau de contaminação para uma menor são intervenções em que o enfermeiro especialista na PSP tem particular enfoque, na medida em que o seu papel é determinante para o cumprimento destas regras durante a cirurgia. Para a manutenção da homeostasia da PSP no que diz respeito à prevenção da ILC são considerados os seguintes aspetos: normotermia (devem ser utilizados sistemas de aquecimento passivo e ativo de forma a manter uma temperatura igual ou superior a 36°C em todo o período intraoperatório); normoglicemia (vigilância dos valores da glicemia igual ou inferior a 180mg/dL em PSP com ou sem diabetes, não devendo ser administrada por rotina insulina a doentes sem diabetes no pós-operatório para reduzir a ILC); saturação periférica (igual ou superior a 95% ou o mais elevada possível em casos de insuficiência respiratória) e normovolémia (monitorização adequada e vigilância) (DGS,2022). A aquisição de competências neste âmbito baseou-se na implementação direta dos protocolos baseados em evidência justamente como descrito anteriormente.

Sabe-se que a higienização das mãos é uma das intervenções mais simples e eficazes no que toca a reduzir a incidência de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS). No entanto, deve ser complementada pelas demais medidas que integram as Precauções Básicas de Controlo de Infeção. No que concerne à preparação cirúrgica das mãos, esta tem o grande objetivo de eliminar quer a flora transitória quer a residente das mãos e ainda inibir a proliferação de microrganismos. Deve ser realizada por toda a equipa cirúrgica do bloco operatório, que de acordo com o fabricante dos solutos deverá durar entre 2 a 5 minutos (DGS, 2019). Foi fomentada entre a equipa a importância deste simples ato e colaborou-se com a enfermeira tutora na supervisão e auditoria dos 5 momentos para a Higiene das Mãos.

A Norma Clínica 031/2013 de 31/12/2013 atualizada a 17/11/2022, Profilaxia Antibiótica

Cirúrgica na Criança e no Adulto, da DGS, estabelece diretrizes fundamentais no que diz respeito à profilaxia antibiótica em procedimentos cirúrgicos. Segundo a norma, a prescrição dos antibióticos profiláticos é da responsabilidade do cirurgião, que deve selecionar o medicamento mais adequado com base no quadro clínico da PSP e no tipo de procedimento a ser realizado. Por outro lado, cabe ao anestesiológista assegurar que a administração seja realizada de forma atempada e que todos os registos necessários sejam devidamente documentados (DGS,2022). O papel do enfermeiro resume-se à efetividade da sua administração correta em todas as suas vertentes. Desta forma, foi grande preocupação garantir a administração correta e oportuna de antibióticos profiláticos, de acordo com os protocolos implementados. Esta abordagem colaborativa multidisciplinar reforça a importância de um trabalho em equipa coordenado para a prevenção de infeções do local cirúrgico. A implementação rigorosa dessas diretrizes contribui para a eficácia da profilaxia, minimizando o risco de complicações pós-operatórias e garantindo a segurança e o bem-estar da PSP durante todo o processo cirúrgico.

O contexto de estágio encontra-se a desenvolver um projeto denominado "Gestão de resíduos no Bloco Operatório - Bloco + Sustentável" com os objetivos de promover a correta triagem nos diferentes grupos de resíduos e desenvolver medidas de diminuição do impacto ambiental de funcionamento do BO, nomeadamente a reciclagem de resíduos recicláveis pertencentes ao grupo I. Integrou-se este projeto, monitorizando a manutenção do ambiente operatório, garantindo padrões de limpeza, higienização e gestão de resíduos fossem cumpridos de forma a criar um espaço seguro e sustentável.

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

A competência de promover a gestão e controlo dos dispositivos médicos carece de um conhecimento profundo dos equipamentos, desde a sua correta esterilização até à manutenção e funcionamento adequado. Com a rápida evolução da nova era tecnológica, cada procedimento dispõe de equipamentos e dispositivos que facilitam a realização da cirurgia e fornecem dados importantes que auxiliam tomadas de decisão no momento intraoperatório. Porém, há necessidade garantir que todos os dispositivos estejam em perfeitas condições de uso antes, durante e após as cirurgias, prevenindo falhas que poderiam comprometer a segurança da pessoa. Estas funções são atribuídas maioritariamente ao enfermeiro instrumentista, uma vez que, é o profissional responsável por implementar procedimentos de controlo de infeção, e ainda, educar e treinar a equipa sobre o uso adequado e as melhores práticas para a manipulação destes dispositivos, promovendo uma cultura de segurança e excelência no ambiente cirúrgico (Duarte & Martins, 2018).

Conforme preconizado, foi promovida uma correta prática de contagem de compressas, instrumentos e materiais corto perfurantes verbalmente, com a confirmação da sua compreensão de todos os membros da equipa cirúrgica como preconizado pelo - *Sign out* -

última etapa da LVSC. A retenção inadvertida de qualquer dispositivo médico não preconizado pode induzir graves lesões e a necessidade de outro procedimento cirúrgico. Esta verificação protocolada, nos diversos momentos, (antes do início da cirurgia; sempre que são abertos novos pacotes; no primeiro plano de encerramento; no encerramento da pele; sempre que há substituição de enfermeiros em determinada função e se a incisão for reaberta após o final da contagem) é essencial porque favorece o desempenho da equipa e salvaguarda a segurança da mesma e da PSP (AESOP, 2013).

Enquanto utilizadores, os profissionais têm a responsabilidade de aplicar estratégias que assegurem o uso seguro dos dispositivos médicos, garantindo que estes funcionem corretamente por um período prolongado, conforme as especificações dos fabricantes. Tais estratégias devem ser implementadas desde a aquisição do dispositivo até ao final da sua vida útil, mesmo nos períodos em que o equipamento se encontra inativo (APORMED, 2023). No final de cada cirurgia, cada equipamento deve ser encaminhado de forma correta para a sua exata limpeza e desinfecção de acordo com as instruções do fabricante. Adicionalmente, uma gestão eficaz dos dispositivos médicos pelo enfermeiro perioperatório inclui a implementação de protocolos rigorosos de controlo de qualidade e inventário. O enfermeiro deve monitorizar regularmente o stock, garantir que os dispositivos estejam dentro do prazo de validade e substituir aqueles que estão desgastados ou danificados. Ao manter um registo detalhado do uso e da manutenção dos dispositivos, contribui para a redução do risco de infeções e outras complicações perioperatórias. Esta atenção aos detalhes e compromisso com a qualidade dos cuidados são essenciais para garantir que os procedimentos cirúrgicos sejam realizados de maneira segura e eficiente, beneficiando tanto a PSP quanto a equipa cirúrgica.

Refletindo sobre a aquisição desta competência, os métodos de cuidados foram-se adaptando a cada PSP considerando as suas características e necessidades específicas, contribuindo para a liderança dos processos no que diz respeito à prevenção e controlo de infeção. Após a identificação de alguns aspetos que poderiam ser enaltecidos, e discutidos com a enfermeira tutora, foram sugeridas propostas de melhoria que passaram pelo registo efetivo do ciclo de esterilização dos dispositivos de uso múltiplo em cada cirurgia e PSP. Colaborou-se na verificação e documentação dos processos de esterilização, assegurando que se cumprissem padrões estabelecidos antes de serem utilizados em procedimentos.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

Saber evoluir em enfermagem implica refletir sobre a prática, aprimorar o pensamento crítico, adquirir e aplicar continuamente novos conhecimentos, adaptação a novas abordagens humanizadas e tecnológicas, desenvolver a capacidade de tomada de decisão de modo a oferecer um cuidado mais qualificado. Assim, o grande objetivo da elaboração deste extenso relatório de estágio, demonstrar a aquisição de competências avançadas comuns e específicas da área de enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação perioperatória, foi atingido com sucesso. Alinhando metas pessoais de crescimento com necessidades profissionais, permitiu sintetizar as principais aprendizagens, reflexões e impactos da experiência no desenvolvimento profissional enquanto futura enfermeira especialista. Foi, ainda possível, consolidar conhecimentos teóricos e práticos fundamentais para a prestação de cuidados especializados à PSP, ao mesmo tempo que habilidades técnicas, científicas e relacionais se foram aperfeiçoando, essenciais para segurança e excelência dos cuidados.

A atuação do enfermeiro especialista nos vários períodos do perioperatório possibilitou envolvimento da preparação física e emocional da PSP garantindo as condições ideais para a realização de procedimentos invasivos, minimizando riscos e, ao mesmo tempo, proporcionar uma abordagem humanizada. Foi possível identificar a relevância de uma comunicação eficaz entre toda a equipa e a PSP, contribuindo para a adesão ao tratamento e redução de ansiedade e stresse. A manutenção da segurança no controlo da dor, na prevenção de complicações como lesões por pressão, hipotermia, hemorragia e infeções foi uma constante preocupação e alvo de decisão, assim como, conhecimento técnico sobre o posicionamento cirúrgico, monitorização hemodinâmica, administração de fármacos e protocolos de garantia de assepsia reforçaram a necessidade de um trabalho integrado com a equipa multidisciplinar.

Foi possível adquirir, assim como é preconizado no grau de mestre, a competência em demonstrar conhecimentos aprofundados, desenvolvidos e aplicados através de métodos de investigação. É, agora possível, procurar as respostas e tomar decisões, apoiadas na reflexão crítica da informação disponível e ao mesmo tempo confrontar com as implicações éticas e sociais. Assim como, partilhá-las de forma clara e assertiva com os outros, na procura contínua e autónoma da aprendizagem.

A experiência deste estágio permitiu, ainda, desenvolver um olhar crítico e reflexivo sobre a importância da intervenção especializada no contexto da maximização da segurança cirúrgica e da qualidade dos cuidados prestados. Demonstrou que a enfermagem perioperatória vai além da técnica, sendo um campo de atuação onde o conhecimento, a empatia e o compromisso com

a segurança e bem-estar da PSP são essenciais para a excelência na prestação de cuidados. Assim, reforça-se a necessidade contínua de formação, investigação e aperfeiçoamento de práticas seguras, eficientes e centradas na pessoa, garantindo um impacto positivo na qualidade dos cuidados de saúde. Acredita-se que existiu oportunidade de atuar como modelo de referência na promoção de um ambiente seguro, contribuindo para a gestão do risco e controlo rigoroso de processos.

Desta forma, deve prevalecer a premissa de que o enfermeiro especialista não deve apenas seguir diretrizes, mas sim interpretar e adaptar as suas intervenções à realidade da PSP, garantindo que cada decisão seja tomada com base num compromisso ético profundo. A conjugação sustentada entre evidência e prática não só fortalece a tomada de decisão, mas também promove uma cultura de melhoria contínua, essencial para a prestação de cuidados de referência.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aaen, A. A., Voldby, A. W., Storm, N., Kildsig, J., Hansen, E. G., Zimmermann-Nielsen, E., Jensen, K. M., Tibæk, P., Mortensen, A., Møller, A. M., & Brandstrup, B. (2021). Goal-directed fluid therapy in emergency abdominal surgery: a randomised multicentre trial. *British Journal of Anaesthesia*, 127(4), 521–531. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2021.06.031>

Abbasi, M. M., Alam, S., Ahmed, R., SMG Saklayen, & Alam, M. M. (2024). Outcome of Subarachnoid Block with Low Dose Bupivacaine and Fentanyl for Lower Limb Vascular Surgeries in Patients with Coronary Artery Disease. *Community Based Medical Journal*, 13(2), 169–175. <https://doi.org/10.3329/cbmj.v13i2.75302>

AESOP. (2013). *Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório (3a ed.)*. AESOP.

Akhtar, M. I., Siddiqui, A. S., & Khan, M. F. (2018). Supplemental oxygen administration practices in post anesthesia care unit of a tertiary care hospital: an observational prospective study. *Anesthesia, Pain & Intensive Care*, 22(2), 174–179.

Ali, J. O., Ali, A. M., Ahmed, L. M., Yahya, O. A., Ali, A. H., & Hasan, H. I. (2024). The perfect nurse-patients' relationship and its impact on the care plan and patient's outcomes. *Journal of Bioscience and Applied Research*, 10(3), 338–351. <https://doi.org/10.21608/jbaar.2024.295122.1050>

APORMED, (2023). *Recomendações sobre Gestão e Manutenção de Equipamento Médico*, Lisboa.

Aquino, L. C., Ramos, P., Aquino, L. C., Luis, A., & Borges, W. R. (2023). Per-and Post-Operative Mortality in Patients Undergoing Exploratory Laparotomy at a General Hospital in Salvador-Bahia/Brazil. *Mathews Journal of Cardiology*, 7(2). <https://doi.org/10.30654/mjc.10030>

ASA - American Society of Anesthesiologists. (2017). Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration: Application to Healthy Patients Undergoing Elective Procedures: an Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration. *Anesthesiology*, 126(3), 376–393. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000001452>

ASA. (2024, October 23). *Statement on Continuum of Depth of Sedation: Definition of General Anesthesia and Levels of Sedation/Analgesia*. American Society of Anesthesiologist. <https://www.asahq.org/standards-and-practice-parameters/statement-on-continuum-of-depth-of->

sedation-definition-of-general-anesthesia-and-levels-of-sedation-analgesia

ASA. (2020, December 13). *Standards for Basic Anesthetic Monitoring*. American Society of Anesthesiologist.

<https://www.asahq.org/standards-and-practice-parameters/standards-for-basic-anesthetic-monitoring>

ASA. (2024a). *Regional Anesthesia*. Anesthesia, Pain Management & Surgery. <https://madeforthismoment.asahq.org/anesthesia-101/types-of-anesthesia/regional-anesthesia/>

Atkins, B., Braun, C., Bromwell, R., Kennedy, N., & Cherbaka, N. (2024). Operating Room Throughput Efficiency Improvement at LewisGale Medical Center, Salem VA. 2024 *Systems and Information Engineering Design Symposium (SIEDS)*, 397–402. <https://doi.org/10.1109/sieds61124.2024.10534695>

Bakker, J. K., van Namen, Y. W. B., Bruin, S. C., & de Brauw, L. M. (2012). Gastric Bypass and Abdominal Pain: Think of Petersen Hernia. *JSLS : Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*, 16(2), 311–313. <https://doi.org/10.4293/108680812x13427982376581>

Benze, C., Spruce, L., & Groah, L. (2021). *Perioperative Nursisng: Scope and Standards of Practice*. AORN.

Bindra, A., & Bindu, B. (2021). Perioperative Thermoregulation in Children and Temperature Monitoring. *Springer EBooks*, 153–163. https://doi.org/10.1007/978-981-16-3376-8_9

Buso, F. D. dos S., Ferreira, M. B. G., Felix, M. M. dos S., Galvão, C. M., Barichello, E., & Barbosa, M. H. (2021). Lesão por pressão decorrente do posicionamento cirúrgico e fatores associados. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021ao00642>

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

Cahuich-Rodríguez, B. A., Acosta-Mass, A. G., & Héctor Isaac Rocha-González. (2024). [Risk of postoperative delirium in older adults under balanced general anesthesia]. *PubMed*, 62(6), 1–8. <https://doi.org/10.5281/zenodo.13381460>

Campelo, G., Scheibe, C., Lima, R., & Pinto, L. (2017). Hérnia interna em paciente submetido a bypass gástrico com manobra de fixação jejunal. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 13(10), S216. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2017.09.482>

Chacon, D. L. (2022). Aspectos atuais e prevenção da consciência acidental durante a anestesia geral: uma revisão integrativa de literatura. *Cruzeirodosul.edu.br*. <https://repositorio.cruzeirodosul.edu.br/jspui/handle/123456789/4310>

Choudhury, S., Sinha Roy, P. P., & Pal, D. K. (2023). Calcutta position: A new modified supine

decubitus for supine PCNL. *Urologia Journal*, 91(1), 125-130.
<https://doi.org/10.1177/03915603231191268>

Coppens, M., Steenhout, A., & De Baerdemaeker, L. (2023). Adjuvants for balanced anesthesia in ambulatory surgery. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*.
<https://doi.org/10.1016/j.bpa.2022.12.003>

Corrêa, A. S. G., Ferreira, C. R. G., Moreira, G. A., Junqueira, H. de O. D., Almeida, L. F. de, Pereira, S. R. M., & Paula, V. G. de. (2021). Boas práticas de enfermagem relacionadas ao uso de sonda enteral. *Research, Society and Development*, 10(4), e53410414468.
<https://doi.org/10.33448/rsd-v10i4.14468>

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2013a). *Norma no 024/2013 - Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico*.
https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Norma-DGS-024_2013-Prevencao-da-Infeccao-do-Local-Cirurgico.pdf

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2022a). *Norma clínica 031/2013 de 31/12/2013 Atualizada a 17/11/2022 (2022)*. Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto. Direção Geral da Saúde. (1-34).
<https://normas.dgs.min-saude.pt/2013/12/31/profilaxia-antibiotica-cirurgica-na-crianca-e-no-adulto/>

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2022c). *Norma Clínica: 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022 "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical*.
<https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical/>.

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2013a). *Norma no 024/2013 - Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico*.
https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/NormaDGS024_2013Prevencao-da-Infeccao-do-Local-Cirurgico.pdf.

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2019). *Norma nº 007/2019 de 16/10/2019: Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*.
<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>.

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2013, Junho). *Norma 02/2013 Cirurgia Segura, Salva Vidas*.
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022013-de-12022013-atualizada-a-25062013-jpg.aspx>

Duarte, A., & Martins, O. (2014). *Enfermagem em bloco operatório*. Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Echaïeb, A., Hrarat, L., & Kotobi, H. (2013). Tratamiento quirúrgico de las hernias internas. *EMC* -

Técnicas Quirúrgicas - Aparato Digestivo, 29(4), 1-13.
[https://doi.org/10.1016/s1282-9129\(13\)65959-0](https://doi.org/10.1016/s1282-9129(13)65959-0)

ElChamaa, R., Seely, A. J. E., Jeong, D., & Kitto, S. (2022). Barriers and Facilitators to the Implementation and Adoption of a Continuous Quality Improvement Program in Surgery: A Case Study. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 42(4), 227-235.
<https://doi.org/10.1097/ceh.0000000000000461>

Erbas, D. H., Koç, B. İ., Yalin, H., & AslanSLAN, F. E. (2023). A qualitative study: Patients' operating room experiences. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 33, 100352-100352. <https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2023.100352>

Estrada-Orozco, K., Cantor-Cruz, F., Larrotta-Castillo, D., Díaz-Ríos, S., & Ruiz-Cardozo, M. A. (2020). [Central venous catheter insertion and maintenance: Evidence-based clinical recommendations]. *Revista Colombiana de Obstetricia Y Ginecologia*, 71(2), 115-162.
<https://doi.org/10.18597/rcog.3413>

Faria, G., Preto, J., P.P. B., Pimenta, T., Maria Ana Baptista, & José Costa-Maia. (2011). Petersen's space hernia: A rare but expanding diagnosis. *International Journal of Surgery Case Reports*, 2(6), 141-143. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2011.03.004>

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

García, B. E. C., Abad, M. J. A., Tamayo, S. S. L., Ordóñez, E. M. S., Sánchez, D. C. Z., Paucar, W. A. G., García, B. L. M., León, I. S. P., & Bayas, J. A. B. (2024). Review of a Cinical Case of transtrochanteric fracture. *EPRA International Journal of Multidisciplinary Research (IJMR)*, 10(9), 516-522. <https://doi.org/10.36713/epra18367>

Garcia, B. E. C., Castillo, B. X. C., Espinoza, H. X. R., Salinas, G. S. S., Banegas, S. N. L., Loja, A. J. B., Loayza, K. F. B., & Zhao, A. P. F. (2023). Intertrochanteric femur fracture. *EPRA International Journal of Multidisciplinary Research*, 9(3), 3-11. <https://doi.org/10.36713/epra12573>

Gomes, J., Martins, M., Tronchin, D., & Fernandes, C. (2020). Percepção dos enfermeiros sobre a qualidade em saúde no bloco operatório. *Revista de Enfermagem Referência*, V Série(No 1).
<https://doi.org/10.12707/riv19053>

Gonçalves, M. A. R., Pereira, M. A. G., & Machado, N. de J. B. (2024). Development and Validation of a Preoperative Nursing Consultation Model: A Delphi Study. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*.
<https://doi.org/10.1016/j.jopan.2024.07.007>

Guan, Z. (2025). *Nociception versus Pain*. Universidade Da Califórnia Em São Francisco.
<https://pain.ucsf.edu/understanding-pain-pain-basics/nociception-versus-pain>

Helander, E. M., Webb, M. P., Menard, B., Prabhakar, A., Helmstetter, J., Cornett, E. M., Urman, R.

- D., Nguyen, V. H., & Kaye, A. D. (2019). Metabolic and the Surgical Stress Response Considerations to Improve Postoperative Recovery. *Current Pain and Headache Reports*, 23(5). <https://doi.org/10.1007/s11916-019-0770-4>
- Herman, J., & Viswanath, O. (2024). Cardiovascular Consequences of General and Regional Anesthesia. *Oxford University Press EBooks*, 407–408. <https://doi.org/10.1093/med/9780197584569.003.0162>
- Karadsheh, M. (2019). *Intertrochanteric Fractures - Trauma - Orthobullets*. Orthobullets.com. <https://www.orthobullets.com/trauma/1038/intertrochanteric-fractures>
- Keshkar, S., Kumar, R., & Pal, A. (2022). Intertrochanteric fracture: Relevant anatomy and classification. *International Journal of Orthopaedic Surgery*, 30(2), 39. https://doi.org/10.4103/ijors.ijors_19_22
- Hubble, T., A. Huseyin, Kersey, J., Bath, M. F., & Nair, M. (2024). Impact of intra-abdominal drains in emergency gastrointestinal surgery: a scoping review. *ANZ Journal of Surgery*, 94(7-8), 1240–1246. <https://doi.org/10.1111/ans.19096>
- Leandro, L. G., Almeida, N. de C., & Wilk, M. M. G. de S. (2024). Malefícios do jejum prolongado no período pré-operatório: Revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 13(1), e5613144762-e5613144762. <https://doi.org/10.33448/rsd-v13i1.44762>
- Lee, J. S., Mahendra, M., & Aswani, A. (2024). Methodology for Interpretable Reinforcement Learning for Optimizing Mechanical Ventilation. *ArXiv (Cornell University)*. <https://doi.org/10.48550/arxiv.2404.03105>
- Lee, T. H. (2023). Excellent Perioperative Patient Experience. *Perioperative Quality Improvement*, 232–235. <https://doi.org/10.1016/b978-0-323-83399-8.00040-5>
- Liu, Y., Chen, S., & Huang, F. (2020). Prevention of Pressure Injuries in Surgical Patients: A Systematic Review. *Journal of Advanced Nursing*, 76(5), 1321–1330.
- Macareno, A. M., Betzabe, J., Esparza, R. M., Gil, A., Estrada, A. M., & Estrada, I. E. (2024). Petersen's space hernia as an immediate complication in a patient undergoing gastric bypass: a case report. *Journal of Surgical Case Reports*, 2024(9). <https://doi.org/10.1093/jscr/rjae589>
- Machado, H. (2013). *Manual de Anestesiologia (1a ed.)*. Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- McWilliams, N. (2017). *Core Competencies of Relational Psychoanalysis*. Routledge.
- Marco, C., Lebon, J.-S., Rousseau-Saine, N., Dubuc, M., Thibault, B., Cadrin-Tourigny, J., Alexandre Raymond-Paquin, Chabot-Blanchet, M., Fortier, A., & Blandine Mondésert. (2024). General Anesthesia Versus Conscious Sedation with Locoregional Anesthesia in S-ICD Implantation: A Monocentric Retrospective Analysis. *Research Square (Research Square)*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3986266/v1>

- Martins, M., Lima A., Vilela, C. (2024). *Projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados*. Em R. Marques, M. Néné & C. Sequeira (Eds), *Enfermagem Avançada* (pp.165-173). Lidel.
- Maya, Á. M. S. (2022). Nursing Care during the Perioperative within the Surgical Context. *Investigación Y Educación En Enfermería*, 40(2). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v40n2e02>
- Middleton , R., Sim, J., & Alshahrani, B. (2021). Nursing interventions for pressure injury prevention among critically ill patients: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 30(15-16), 2151-2168. <https://doi.org/10.1111/jocn.15709>
- Miranda, A. B., Fogaça, A. R., Rizzetto, M., & Cuvello Lopes, L. C. (2016). Posicionamento cirúrgico: cuidados de enfermagem no transoperatório. *Revista SOBECC*, 21(1), 52. <https://doi.org/10.5327/z1414-4425201600010008>
- Miskovic, A., & Lumb, A. B. (2017). Postoperative pulmonary complications. *British Journal of Anaesthesia*, 118(3), 317-334. <https://doi.org/10.1093/bja/aex002>
- Nayak, G., Das, S. R., Panda, S. K., & Kumari, B. S. (2020). The Third Trochanter of Femur - An Anatomical Study. *International Journal of Current Research and Review*, 12(23), 126-128. <https://doi.org/10.31782/ijcrr.2020.122333>
- Niyonkuru, E., Zhang, X., & Ma, P. (2024). Peripheral Nerve Blocks in Geriatric orthopedic anesthesia for hip fractures: unveiling economic and clinical dimensions. *EPRA International Journal of Multidisciplinary Research (IJMR)*, 10(4), 49-59. <https://doi.org/10.36713/epri16288>
- Nunes, L. (2024). *Tomada de decisão ética*. Em R. Marques, M. Néné & C. Sequeira (Eds), *Enfermagem Avançada* (pp.99-108). Lidel.
- Nunes, L. (2011). *Ética de enfermagem*. Fundamentos e horizontes. Lusociência.
- Oliveira, A. C. (2005). Practical aspects of the application of the Law to Nursing. *Revista de Enfermagem Referência*.
- Oliveira, A., Costa, P., Graveto, J., Costa, F., Osório, N., Cosme, A., & Parreira, P. (2019). Práticas dos enfermeiros na cateterização intravenosa: um estudo descritivo. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(No 21), 111-120. <https://doi.org/10.12707/riv19006>
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2015b). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017a). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Médico Cirúrgica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *CIPE Versão 2 - CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM*.

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Título: DOR - Guia Orientador de Boa Prática*. Ordem dos Enfermeiros.

Palos, L. C., & Sousa, C. S. (2025). 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>

Patel, B., Nissan, M., & McMahon, B. (2024). Atypical Presentation of Appendicitis Leading to Exploratory Laparotomy. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.57848>

Pedroso, E., Ramas, S., Barroso, F. (2021) *Relato de Incidentes*. Em Guia Prático para a Segurança do Doente (pp.135-145). Lidel

Pereira, M. J., Isabeli Zenato Patruni, Boehm, I. G., Lucas, Antunes, P., de, T., Nicolli Melli Grudtner, Pereira, M. S., Pinnow, B. E., & Murilo Pilatti. (2024). Trauma abdominal: principais achados na laparotomia exploratória e comparativo entre opções terapêuticas. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 24(8), e16717-e16717. <https://doi.org/10.25248/reas.e16717.2024>

Pissens, S., Cavens, L., Joshi, G. P., Bonnet, M. P., Sauter, A., Raeder, J., & Van de Velde, M. (2024). Pain management after hip fracture repair surgery: a systematic review and procedure-specific postoperative pain management (PROSPECT) recommendations. *Acta Anaesthesiologica Belgica*, 75(1), 15-31. <https://doi.org/10.56126/75.1.04>

Pitelli, P. (2025). Hérnia interna pós-cirurgia bariátrica. Dr. Paulo Pittelli - Cirurgião Do Aparelho Digestivo. <https://drpaulopitelli.com.br/hernia-interna-pos-cirurgia-bariatrica/>

Prajapati, A. J., Singhal, S., Jain, P. A., & Jain, A. P. (2024). Spectrum of exploratory laparotomy for acute abdomen in a central Gujarat tertiary care centre. *International Surgery Journal*, 11(10), 1652-1657. <https://doi.org/10.18203/2349-2902.isj20242766>

Prasad , K. (2024). Procedural Sedation in Regional Anaesthesia – Narrative Review. *Journal of Clinical Research and Reports*, 16(01), 01-03. <https://doi.org/10.31579/2690-1919/383>

Ramírez-Pimiento, J. D., & Diaztagle-Fernández, J. J. (2024). Nil per os after midnight: history of preoperative fasting. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 53(1134). <https://doi.org/10.5554/22562087.e1134>

Regulamento nº 613/2022 de 08 de julho (2022). *Regulamento que define o ato do enfermeiro*. Diário da República Série II, nº 184 (08-07-2022) (179 - 182) <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/613-2022-185836226>

Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória*. Diário da República nº 135/2018 - II Série. Ordem dos enfermeiros. Lisboa, Portugal.

<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>.

Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República n.º 140, II Série nº 26 (06/02/2019) (4744-4750) Assembleia da República. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>.

Regulamento nº 743/2019 de 25 de setembro de (2019). *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Diário da República n.º 743, II Série, nº 184 (25-09-2019). Ordem dos enfermeiros. <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>.

Rodrigues, J., Figueiredo, A., Brandão, A., Santos, S., & Fonseca, F. (2016). *Fractura trocantérica. Do pormenor à catástrofe*. Repositório do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10400.4/1848>

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

Royal College of Physicians and Surgeons of Glasgow. (2018). *Glasgow Coma Scale*. *Glasgow Coma Scale*. <https://www.glasgowcomascale.org/>

Rüggeberg, A., Meybohm, P., & Nickel, E. A. (2024). Preoperative fasting and the risk of pulmonary aspiration—a narrative review of historical concepts, physiological effects, and new perspectives. *BJA Open*, 10, 100282. <https://doi.org/10.1016/j.bjao.2024.100282>

Saleh, A., Eissa, M., Yasser Obadiel, & Arafat Alsanabani. (2023). Early Postoperative Complications after Exploratory Laparotomy for Abdominal Trauma. *Ain Shams Journal of Surgery*, 16(4), 333–338. <https://doi.org/10.21608/asjs.2023.325733>

Santos, E. P. R. D., Santa Cruz, F., Hinrichsen, E. A., Ferraz, Á. A. B., & Campos, J. M. (2019). Internal hernia following laparoscopic Roux-en-Y Gastric By-pass: Indicative factors for early repair. *Arquivos de Gastroenterologia*, 56(2), 160–164. <https://doi.org/10.1590/S0004-2803.201900000-32>

Santos, G. de C. L. dos, & Neves, L. O. (2019). A liderança do enfermeiro na gestão de pessoas em bloco cirúrgico [Review of A liderança do enfermeiro na gestão de pessoas em bloco cirúrgico]. *Revista Nursing*, 22(249), 2634–2639

Silva, J., Linhares, D., Ferreira, M., Amorim, N., Neves, N., & Pinto, R. (2018). Tendências Epidemiológicas das Fraturas do Fémur Proximal na População Idosa em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 31(10), 562. <https://doi.org/10.20344/amp.10464>

Singh, D., Mohamed, H., N Krishnaveni, & Nag, K. (2017). Evaluating the efficacy of tramadol as an adjuvant to intrathecal isobaric levobupivacaine for elective infraumbilical surgeries. *Anesthesia Essays and Researches*, 11(3), 572–572. https://doi.org/10.4103/aer.aer_59_17

- Smith, I., Kranke, P., Murat, I., Smith, A., O'Sullivan, G., Sreide, E., Spies, C., & in't Veld, B. (2011). Perioperative fasting in adults and children. *European Journal of Anaesthesiology*, 28(8), 556-569. <https://doi.org/10.1097/eja.0b013e3283495ba1>
- 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. <https://doi.org/10.5327/z1414-4425202227841>
- Sukati, F. (2023). Intertrochanteric femur fractures: a current concepts review. *SA Orthopaedic Journal*, 22(1), 41-47. <https://doi.org/10.17159/2309-8309/2023/v22n1a6>
- Szafran, J. C., & Patel, B. K. (2024). Invasive Mechanical Ventilation. *Critical Care Clinics*, 40(2), 255-273. [https://www.criticalcare.theclinics.com/article/S0749-0704\(24\)00003-4/abstract](https://www.criticalcare.theclinics.com/article/S0749-0704(24)00003-4/abstract)
- Tavares, M., Lusquinhos, J., & Abelha, F. (2023). Postoperative Pulmonary Complications and Perioperative Strategies: A Systematic Review. *Cureus*, 15(5). <https://doi.org/10.7759/cureus.38786>
- Taylor, I., & Johnson, C. (2024). *Recent Advances in Surgery* 31. CRC Press.
- Uysal, A. İ., Altıparmak, B., Yaşar, E., Turan, M., Canbek, U., Yılmaz, N., & Demirbilek, S. G. (2020). The effect of early femoral nerve block intervention on preoperative pain management and incidence of postoperative delirium geriatric patients undergoing trochanteric femur fracture surgery: a randomized controlled trial. *Turkish Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 26(1), 109-114. <https://doi.org/10.14744/tjtes.2019.78002>
- Van Wicklin, S. A. (2020). The Perioperative Patient Focused Model: A literature review. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 18, 100083. <https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2019.100083>
- Veiga, M. A. R. (2024). *Competência emocional – indicador sensível de qualidade dos cuidados*. Em R. Marques, M. Néné & C. Sequeira (Eds), *Enfermagem Avançada* (pp.230-243). Lidel.
- Verma, R., & Nelson, R. L. (2007). Prophylactic nasogastric decompression after abdominal surgery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd004929.pub3>
- Vincent, J.-L., Cecconi, M., & De Backer, D. (2020). The fluid challenge. *Critical Care*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s13054-020-03443-y>
- Vincent, J.-L., Pelosi, P., Pearse, R., Payen, D., Perel, A., Hoeft, A., Romagnoli, S., Ranieri, V. M., Ichai, C., Forget, P., Rocca, G. D., & Rhodes, A. (2015). Perioperative cardiovascular monitoring of high-risk patients: a consensus of 12. *Critical Care*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s13054-015-0932-7>

Vokuhl, C., Briesenick, L., & Bernd Saugel. (2022). Outcome-relevante Anästhesiologie: intraoperatives hämodynamisches Monitoring und Management. *AINS - Anästhesiologie · Intensivmedizin · Notfallmedizin · Schmerztherapie*, 57(02), 104-114. <https://doi.org/10.1055/a-1390-3569>

Westman, M., Takala, R., Rahi, M., & Ikonen, T. S. (2020). The Need for Surgical Safety Checklists in Neurosurgery Now and in the Future–A Systematic Review. *World Neurosurgery*, 134, 614-628.e3. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2019.09.140>

Woodrow, P., & Hill, B. (2025). *Intensive Care Nursing*. Taylor & Francis.

Yang, P., & Esper, A. M. (2024). Acute Respiratory Failure: Problems Solved and Unsolved. *Critical Care Clinics*, 40(2), xiii-xv. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2024.01.001>

Zufferey, P. J., Chaux, R., Pierre-Adrien Lachaud, Capdevila, X., Julien Lanoiselée, & Ollier, E. (2024). Dose-response relationships of intravenous and perineural dexamethasone as adjuvants to peripheral nerve blocks: a systematic review and model-based network meta-analysis. *British Journal of Anaesthesia*, 132(5), 1122-1132. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2023.12.021>

8. ANEXOS

Anexo I

**4º Ciclo do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de
especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória**

Competência emocional dos enfermeiros que cuidam da pessoa em situação perioperatória

Ana Sofia Ramalho Correia | 20231014

**4º Ciclo do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de
especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória**

Unidade Curricular: Estágio à Pessoa em Situação Perioperatória II

Competência emocional dos enfermeiros que cuidam da pessoa em situação perioperatória

Documento elaborado por Ana Sofia Ramalho
Correia e orientado pela Professora Doutora Liliana
Andreia Neves da Mota na elaboração do projeto de
desenvolvimento profissional

Lista de Abreviaturas e Siglas

CARE – *Case Reports*

SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*

OE – *Ordem dos Enfermeiros*

TALK – *Target, Analysis, Learning Points, Key-actions*

Índice de Tabelas

Tabela 1. – Objetivos, atividades e recursos.....	6
Tabela 2. – Análise SWOT – Fatores internos.....	7
Tabela 3. – Análise SWOT – Fatores externos.....	8

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. PLANIFICAÇÃO	4
3. MONITORIZAÇÃO, CONTROLO E AVALIAÇÃO	7
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	9
ANEXO 1: Diagrama de Gantt	10
ANEXO 2: Análise SWOT Gráfica Quantificada.....	12
ANEXO 3: Apresentação do Projeto	14

1. INTRODUÇÃO

O projeto de desenvolvimento profissional insere-se na unidade curricular de Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II do terceiro semestre, segundo ano do 4º Ciclo de estudos do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. Conforme previsto no Despacho nº 11688/2020 publicado em Diário da República a 25 de novembro de 2020 foi concebido para perfazer um total de 810 horas, sendo 440 horas de estágio, 80 horas de orientação tutorial e 20 horas de seminário entre o dia 19 de setembro de 2024 e o dia 9 de abril de 2025. O principal objetivo de desenvolver um projeto de desenvolvimento profissional passa por promover crescimento contínuo de competências, alinhando metas pessoais de crescimento com as necessidades profissionais da sua área de atuação.

O Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II irá realizar-se na unidade de saúde na qual exerço funções. Esta é uma oportunidade de expandir conhecimentos e aprimorar habilidades no cuidar a pessoa em situação perioperatória, mas também, trazer contributos para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados em todas as suas vertentes. Embora o ambiente seja familiar, apresentar-me enquanto estudante de um curso de mestrado, pode gerar expectativas e interações diferentes em relação aos colegas, às dinâmicas e às responsabilidades, exigindo desta forma um equilíbrio de papéis rigoroso na minha forma de atuação. Ainda assim, de uma forma muito pessoal e peculiar, após vivenciar o lado da pessoa em situação perioperatória, a motivação para este estágio cresceu em importância, uma vez que pude experienciar o impacto que o cuidado humanizado avançado e a competência técnica e não técnica têm na recuperação de alguém em situação vulnerável.

Ser enfermeiro significa aplicar o conhecimento científico com empatia, transformando evidências em cuidados humanos, causando impacto na vida de alguém. Mais concretamente, a enfermagem perioperatória torna-se uma especialidade vital, que engloba competências específicas adequadas às necessidades dos cuidados à pessoa que vai vivenciar processos de saúde/doença, e que careça de procedimentos cirúrgicos e anestésicos.

O contexto da prestação destes cuidados, o ambiente perioperatório, é altamente complexo, multifacetado, munido de alta tecnologia, elevada diversidade de dispositivos médicos e necessidade de rigoroso controlo ambiental, o que pode originar situações de elevados riscos e incidentes indesejáveis a vários níveis (OE, 2017). O bloco operatório é um espaço especializado integrado num hospital destinado à realização de procedimentos cirúrgicos, projetados para garantir a segurança, eficácia e esterilidade específicas das práticas neste ambiente, incluindo não só as salas operatórias, mas também as áreas de suporte essenciais. É caracterizado por ser

um ambiente complexo, com dinâmicas altamente diferenciadas e especializadas que requer profissionais treinados e capacitados capazes de prestar cuidados de alta qualidade (Lee et al., 2021).

O papel do enfermeiro especialista nesta área de especialização torna-se diferenciador na medida em que requer empenho, dedicação e saber priorizar de forma a dar resposta meticulosa e rebuscada em qualquer situação que se apresente.

A Unidade Local de Saúde onde irá ser desenvolvido o estágio, trata-se de uma empresa pública do estado, e é constituída por três unidades hospitalares e por três Agrupamentos de Centro de Saúde da região. O estágio decorrerá no Bloco Operatório Central de uma das suas unidades.

O Regulamento nº 140/2019 define como “Competências comuns” todas as competências coletivas de todos os enfermeiros especialistas independentemente da sua área de especialização. Englobam um conjunto de habilidades e conhecimentos avançados que lhes permite proporcionar cuidados de saúde de grande qualidade, desempenhando um papel importantíssimo nos sistemas de saúde. Garantem não só assistência direta à pessoa, mas ainda a melhoria dos processos e resultados clínicos, combinando capacidades avançadas em liderança, educação, pesquisa baseada na evidência, comunicação, ética e gestão de qualidade (Regulamento nº 140/2019, 2019).

O Regulamento nº 049/2018 publicado em Diário da República pela Ordem dos Enfermeiros em 2018 afirma que a intervenção do enfermeiro especialista nesta área se foca na pessoa e família que vivenciam uma transição de saúde/doença em ambiente perioperatório, sendo que a sua área de atuação pode dividir-se em cinco condutas que se complementam entre si como consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós-anestésicos.

Os temas que irão ser abordados ao longo do projeto seguirão uma metodologia baseada numa análise crítico-reflexiva e de introspeção corroborado com evidência científica através de revisões da literatura. O processo de diagnóstico e de intervenção diferenciada terá por base a nova versão da ontologia em enfermagem, “... *um pilar determinante para a tomada de decisão clínica por parte dos enfermeiros (...) no sentido de uma adequada representação do conhecimento de enfermagem*” (Ordem dos Enfermeiros, 2024).

Os dois estudos de caso serão desenvolvidos através da metodologia CARE. Desenvolvida por grupo internacional de especialistas – *CAse REports* – providencia um aumento na precisão, transparência e utilidade dos casos desenvolvidos. A colheita de dados deve ser sempre precisa e transparente, quase que uma verdadeira fotografia do episódio de tratamento, fornecendo informações sobre a prestação de cuidados de saúde individualizados de alta qualidade (Gagnier et al., 2013).

Depois de uma breve introdução segue-se a planificação do projeto onde se encontram explanados os objetivos gerais e específicos, assim como as atividades planeadas, recursos necessários para dar cumprimento aos objetivos traçados de acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica: na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória. Será também abordada a forma de monitorização, controlo e avaliação do projeto, seguido das referências bibliográficas e anexos importantes à sua compreensão. o primeiro capítulo que aborda, de forma concisa, o fundamento da enfermagem perioperatória. Em anexo encontram-se documentos complementares como gráfico com as etapas de desenvolvimento do projeto, análise SWOT gráfica quantificada e ainda a apresentação do projeto.

2. PLANIFICAÇÃO

Ao enfermeiro especialista é-lhe reconhecida a competência científica, técnica e humana no sentido da sua prestação de cuidados de saúde numa determinada área de especialidade em enfermagem conceituada na Ordem dos Enfermeiros. Para a atribuição do título é imperativo a aprovação de formação e certificação de competências específicas nessa área (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

É objetivo geral da realização deste estágio demonstrar a aquisição de competências avançadas, comuns e específicas da área enquanto enfermeiro especialista e, ainda, como discriminado no Guia de Orientação de Estágio são objetivos gerais:

- 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;
- Disseminar os conhecimentos emergentes dos resultados da investigação em enfermagem;
- Analisar criticamente, argumentar e sistematizar ideias complexas e de inovação na área científica.
- Desenvolver competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida de forma auto-orientada ou autónoma.

Os dois grandes domínios das competências específicas do enfermeiro especialista na área de especialização em enfermagem à pessoa situação perioperatória predem-se com cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa e maximizar a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar (Regulamento nº 049/2018, 2018).

Deste modo, como objetivos específicos pretende-se:

- Promover uma atitude crítico-reflexiva através metodologia TALK elaborando uma instrução de serviço;
- Dinamizar formação em serviço sobre metodologia TALK;
- Identificar a capacidade emocional dos enfermeiros que cuidam da pessoa em situação perioperatória;

- Dinamizar formação em serviço relativamente à pressão de *cuff* dos tubos endotraqueais.

As principais atividades que estão idealizadas para o decorrer deste estágio, assim como os recursos necessários, para dar cumprimento aos objetivos propostos, encontram-se discriminados na tabela seguinte.

Tabela 1

Objetivos, atividades e recursos

Objetivo Geral: Analisar criticamente, argumentar e sistematizar ideias complexas e de inovação na área científica.		
Atividades 1. Desenvolver 2 estudos de caso	Recursos Humanos: orientador, aluna, utentes Materiais: computador, literatura Tecnológicos: <i>internet</i> , literatura	Tempo Até 9 de abril de 2025
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 Objetivo Específico: Promover uma atitude crítico-reflexiva através metodologia TALK elaborando uma instrução de serviço;		
Atividades 2. Elaboração de Instrução de serviço 3. Dinamização de formação em serviço sobre a metodologia Talk	Recursos Humanos: orientador, tutor, enfermeiro gestor, aluna, Materiais: computador, literatura Tecnológicos: <i>internet</i> , literatura	Tempo Até 28 fevereiro de 2025
Objetivo Geral: Refletir sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultam do processo de tomada de decisão na área de enfermagem especializada		
Atividades 4. Reuniões com enfermeiro tutor, gestor e professor orientador 5. Discussão de casos com pares	Recursos Humanos: orientador, tutor, enfermeiro gestor, enfermeiros do serviço, aluna	Tempo Pontualmente, ao longo de todo o estágio
Objetivo Geral: 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		
Atividades 6. Realização de Relatório de Estágio	Recursos Humanos: orientador, aluna Materiais: computador, literatura Tecnológicos: <i>internet</i> , literatura	Tempo Até 9 de abril de 2025
Objetivo Geral: Disseminar os conhecimentos emergentes dos resultados da investigação em enfermagem Objetivo Específico: Dinamizar formação em serviço relativamente à pressão de <i>cuff</i> dos tubos endotraqueais e sobre a metodologia TALK Objetivo Específico: Identificar a capacidade emocional dos enfermeiros que cuidam da pessoa em situação perioperatória		
Atividades 7. Revisão da literatura sobre a pressão de <i>cuff</i> de tubos endotraqueais 8. Revisão da literatura sobre competência emocional 9. Aplicação de questionário “Escala Veiga de Competência Emocional” 10. Tratamento de dados 11. Realização de formação em serviço sobre os resultados	Recursos 7. Humanos: orientador, tutor, aluna Materiais: computador, literatura Tecnológicos: <i>internet</i> , literatura 8,9,10,11. Humanos: orientador, tutor, aluna Materiais: computador, literatura Tecnológicos: <i>internet</i> , literatura	Tempo Até 28 de fevereiro de 2025
Objetivo Geral: Desenvolver competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida de forma auto-orientada ou autónoma		
Atividades 12. Frequência de Congressos e Formações	Recursos 12. Humanos: aluna Materiais: transporte Financeiros: transporte, inscrições Tecnológicos: <i>internet</i> , literatura	Tempo 12. 11 e 12 outubro de 2024; 23,24 e 25 de outubro de 2024; 25 de outubro de 2024 e outras datas

3. MONITORIZAÇÃO, CONTROLO E AVALIAÇÃO

No que diz respeito à monitorização e controlo do projeto e consequentemente da realização do estágio será essencial reunir periodicamente com o orientador e tutor, realizando um *debriefing* relativamente ao trabalho desenvolvido até ao momento, ajustando sempre que necessário as atividades a realizar ou formas de atuar. De maneira que seja mais facilitada a tomada de decisão e facilitando uma visão clara dos fatores pessoais e de estágio que podem impactar o desempenho realizou-se uma análise SWOT, relativamente a esta unidade curricular, de forma que seja possível desenvolver estratégias mais eficazes, otimizando pontos fortes, minimizando fraquezas, aproveitando as oportunidades e mitigando os riscos. A tabela que se apresenta de seguida pretende ilustrar essa mesma análise:

Tabela 2

Análise SWOT – Fatores Internos

Fatores Internos	
FORÇAS	Pontuação
- Familiaridade com o local de estágio	15
- Elevada motivação para a sua conclusão	20
- Conhecimento das dinâmicas do serviço	17
- Rede de contactos estabelecida	18
- Bom suporte familiar e social	20
- Rede de apoio profissional	18
- Rede de apoio escolar e académica	20
- Responsabilidade	20
- Resiliência	20
- Elevada vontade de adquirir competências e conhecimentos	20
- Mente aberta e flexível	20
Subtotal	18,9
FRAQUEZAS	Pontuação
- Dificuldade em assumir o papel de aluna	18
- Maior pressão para mostrar competência e conhecimento	18
- Rotina demasiado familiar	15
- Recuperação recente de cirurgia	19
- Fadiga e cansaço físico	19
- Perceção de vulnerabilidade	20
- Necessidade de adaptação às exigências do estágio	18
Subtotal	18,1

Tabela 3

Análise SWOT – Fatores Externos

Fatores Externos	
OPORTUNIDADES	Pontuação
- Adaptação da escola às minhas necessidades	19
- Aprofundar competências e conhecimentos	20
- Reforço do respeito profissional	20
- Crescimento pessoal e profissional	19
- Melhorias do serviço	18
Subtotal	19,2
AMEÇAS	Pontuação
- Imparcialidade nas avaliações	16
- Adaptação de horários com tutor	15
- Complicações de saúde	18
- Expectativas elevadas de colegas e supervisores	15
- Pouca experiência na elaboração e implementação de projetos	16
- Escassez de tempo	18
- Iniciar estágio mais tarde	18
Subtotal	16,6

A análise das tabelas 2 e 3 permite perceber que existe uma sólida base de forças internas, como motivação, resiliência e conhecimento prévio do serviço, o que se revela fundamental para superar as dificuldades. No entanto, as fraquezas, como fadiga física e pressão entre os pares para mostrar competência requerem atenção, especialmente no contexto de recuperação cirúrgica. As oportunidades externas são promissoras, proporcionando um ambiente propício ao crescimento profissional, desde que as ameaças, como a falta de tempo e possíveis complicações de saúde, sejam orientadas de forma adequada. Focar no equilíbrio entre o desenvolvimento profissional e o cuidado com a saúde será crucial para maximizar os benefícios desta experiência de estágio.

A avaliação do projeto será mediada por várias avaliações intercalares em datas a combinar com enfermeiros tutores e professor orientador, sendo mandatário que até dia 4 de dezembro de 2024 deverá ser realizado formalmente um momento de avaliação intercalar. A avaliação final deverá ser realizada até ao dia 14 de fevereiro de 2025. Por outro lado, torna-se relevante existirem períodos de autoavaliação individual e coletiva, pois permitem refletir sobre experiências vivenciadas e identificar habilidades que careçam de aprimoramento. Este processo não apenas ajuda a reconhecer forças e fraquezas, mas também promove o desenvolvimento contínuo e a autoconfiança. Ao cultivar uma mentalidade reflexiva, existe uma melhor preparação para desafios futuros, contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados e crescimento profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

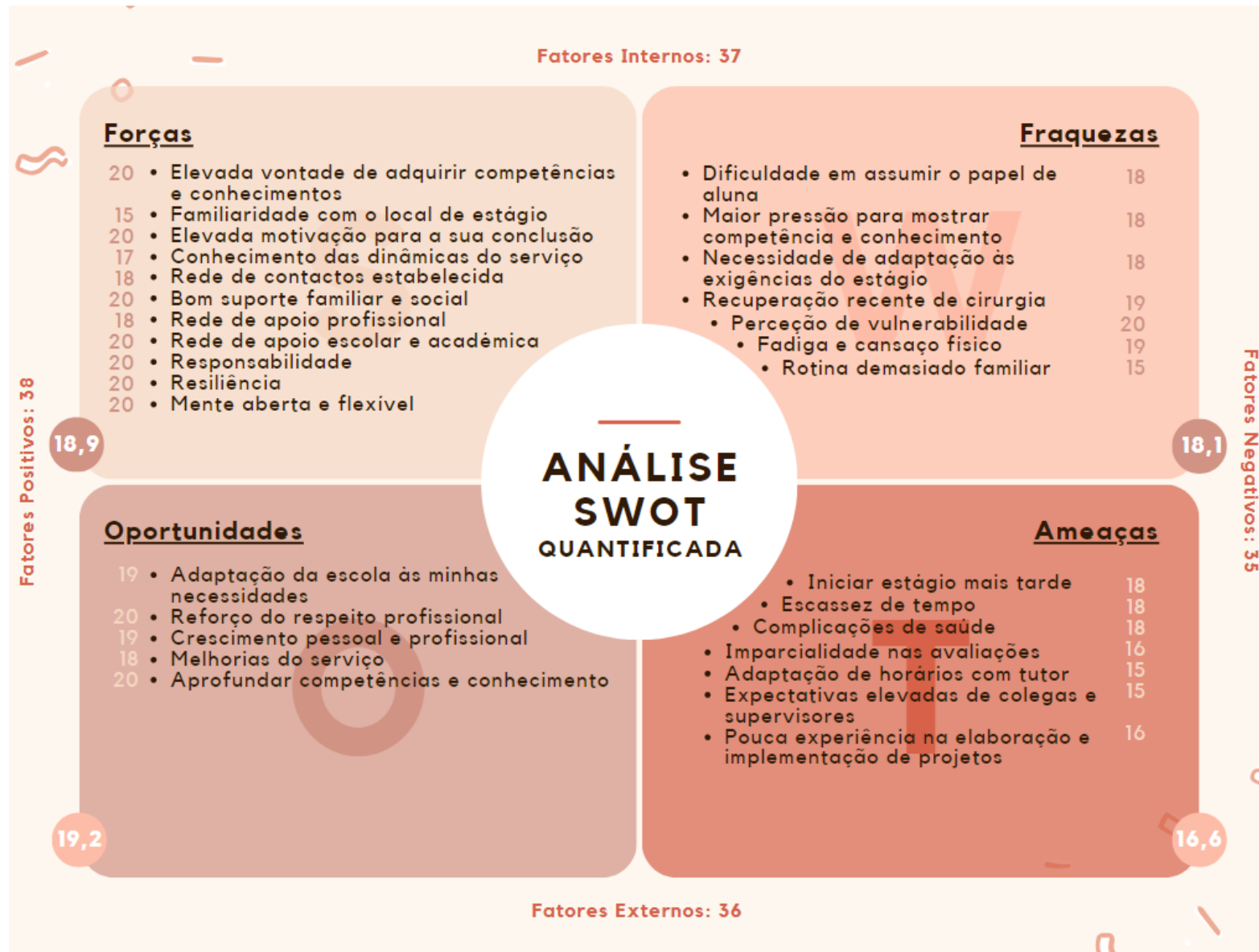
- Gagnier, J. J., Kienle, G., Altman, D. G., Moher, D., Sox, H., Riley, D., Allaire, A., Altman, D. G., Aronson, J., Carpenter, J., Gagnier, J. J., Hanaway, P., Hayes, C., Jones, D., Kaszkin-Bettag, M., Kidd, M., Kiene, H., Kienle, G., Kligler, B., & Knutson, L. (2013). The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. *Case Reports*, 2013(oct23 1), bcr2013201554–bcr2013201554. <https://doi.org/10.1136/bcr-2013-201554>
- Lee, A., Tipney, B., Finstad, A., Rahman, A., Devenny, K., Abou Khalil, J., Kuziemy, C., & Balaa, F. (2021). Exploring human factors in the operating room: a protocol for a scoping review of training offerings for healthcare professionals. *BMJ Open*, 11(6), e044721. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044721>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade
- Ordem dos Enfermeiros. (2024, January 30). *Aprovada terceira versão da Ontologia de Enfermagem*. Ordem Dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/3%C2%AA-vers%C3%A3o-ontologia/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Ordem dos Enfermeiros, 1-112. <https://ordemdosenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documentos/REPE.pdf>
- Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II série, n.º 26 (06-02-2019) (4744-4750). <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Diário da República II série, nº 135 (16-07-2018) (19359-19370). <https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>

ANEXO 1: Diagrama de Gantt

Etapas de desenvolvimento do projeto profissional



ANEXO 2: Análise SWOT Gráfica Quantificada



ANEXO 3: Apresentação do Projeto

A	B	C	D
INTRODUÇÃO	OBJETIVOS	ATIVIDADES	AVALIAÇÃO
Contexto: unidade de saúde onde exerce funções. Motivação: elevar o crescimento pessoal, profissional e melhorar a qualidade no serviço. Metodologia: crítico-reflexiva e de intropesção colaborado com evidências científicas através de revisões da literatura	Geral: demonstrar a aquisição de competências avançadas, comuns e específicas da área enquanto enfermeiro especialista Específicos: dominar das competências específicas do enfermeiro especialista na área de especialização em enfermagem a pessoas em situação de risco	Atividades: que permitam dar resposta aos objetivos traçados.	Monitorização e controlo: reuniões periódicas com enfermeiro tutor e professor orientador Avaliação: data de avaliação intercalar e de avaliação final



B
OBJETIVOS

Geral: demonstrar a aquisição de competências avançadas, comuns e específicas da área enquanto enfermeiro especialista

Específicos: domínios das competências específicas do enfermeiro especialista na área de especialização em enfermagem a pessoa situação perioperatória

Segundo o Regulamento nº 049/2018 de 2018

1. Cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa
2. Maximizar a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar

- Promover uma atitude crítico-reflexiva através da **metodologia TALK** elaborando uma instrução de serviço;
- Dinamizar formação em serviço sobre **metodologia TALK**;
- Identificar a **capacidade emocional** dos enfermeiros que cuidam da pessoa em situação perioperatória;
- Dinamizar formação em serviço relativamente à **pressão de cuff dos tubos endotraqueais**.



ESS+
Centro Superior de Saúde Nova
FCSH - Faculdade Nova de Ciências da Saúde

Atividades de desenvolvimento do projeto profissional

C

ATIVIDADES

Atividades que permitirão dar resposta aos objetivos traçados.



Atividade formativa	Formação	Estudos	Aperfeiçoamento	Investigação	Intervenção	Outro
Desenvolvimento projeto profissional						
Engaja-se atividade de saúde						
Desenvolvimento de estudos de caso						
Elaboração relatório de estágio						
Realização intervenção de estágio						
Realização final de estágio						
Elaboração e entrega de relatório de estágio						
Realização com laboratório orientador						
Formação por pares						
Compromisso e intervenção						

C

ATIVIDADES

Atividades que permitirão dar resposta aos objetivos traçados.

Objetivo Geral: Analisar criticamente, argumentar e sistematizar ideias complexas e de inovação na área científica.

Atividades	Recursos	Tempo
1. Desenvolver 2 estudos de caso	Humanos: orientador, aluna, utentes Materiais: computador, literatura Tecnológicos: internet, literatura	Até 9 de abril de 2025

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

Objetivo Específico: Promover uma atitude crítico-reflexiva através metodologia TALK elaborando uma instrução de serviço.

Atividades	Recursos	Tempo
2. Elaboração de instrução de serviço	Humanos: orientador, tutor, enfermeiro gestor, aluna, Materiais: computador, literatura Tecnológicos: internet, literatura	Até 28 fevereiro de 2025

Objetivo Geral: Refletir sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultam do processo de tomada de decisão na área de enfermagem especializada

Atividades	Recursos	Tempo
4. Reuniões com enfermeiro tutor, gestor e professor orientador	Humanos: orientador, tutor, enfermeiro gestor, enfermeiros do serviço, aluna	Pontualmente, ao longo de todo o estágio

5. Discussão de casos com pares

Objetivo Geral: Conceber, formular e desenvolver um relatório de estágio que inclua a componente de investigação científica na área de especialização em enfermagem à pessoa em situação perioperatória

Atividades	Recursos	Tempo
6. Realização de Relatório de Estágio	Humanos: orientador, aluna Materiais: computador, literatura Tecnológicos: internet, literatura	Até 9 de abril de 2025

C

ATIVIDADES

Atividades que permitirão dar resposta aos objetivos traçados.

Objetivo Geral: Disseminar os conhecimentos emergentes dos resultados da investigação em enfermagem

Objetivo Específico: Dinamizar formação em serviço relativamente à pressão de cuff dos tubos endotraqueais e sobre a metodologia TALK

Objetivo Específico: Identificar a capacidade emocional dos enfermeiros que cuidam da pessoa em situação perioperatória

Atividades	Recursos	Tempo
7. Revisão da literatura sobre a pressão de cuff dos tubos endotraqueais	Humanos: orientador, tutor, aluna Materiais: computador, literatura Tecnológicos: internet, literatura	Até 28 de fevereiro de 2025
8. Revisão da literatura sobre competência emocional	8,9,30,11. Humanos: orientador, tutor, aluna Materiais: computador, literatura Tecnológicos: internet, literatura	
9. Aplicação de questionário "Escala Veiga de Competência Emocional"		
10. Tratamento de dados		
11. Realização de formação em serviço sobre os resultados		

Objetivo Geral: Desenvolver competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida de forma auto-orientada ou autónoma

Atividades	Recursos	Tempo
12. Frequência de Congressos e Formações	Humanos: aluna Materiais: transporte Financieros: transporte, inscrições Tecnológicos: internet, literatura	12, 11 e 12 outubro de 2024; 23,24 e 25 de outubro de 2024; 25 de outubro de 2024 e outros datas.

D

AValiação

Monitorização e controlo: reuniões periódicas com enfermeiro tutor e professor orientador

Avaliação: data de avaliação intercalar e de avaliação final

ANÁLISE SWOT QUANTIFICADA

Fatores Internos: 57		Fatores Externos: 54	
Forças	- Elevada vontade de adquirir competências e conhecimentos - Familiaridade com a local de estágio - Forte motivação para o trabalho - Conhecimento das dinâmicas do serviço - Rede de contactos estabelecida - Bom suporte familiar e social - Rede de apoio profissional - Rede de apoio escolar e académica - Responsabilidade - Resiliência - Planos claros e flexíveis	Oportunidades	- Adaptação do estilo de trabalho académico - Reforço do espírito profissional - Desenvolvimento pessoal e profissional - Melhoria do serviço - Aprofundar conhecimentos e conhecimento
Debilidade	- Dificuldade em assumir o papel de aluna - Medo provável para mostrar competências e conhecimentos - Necessidade de adaptação às exigências do estágio - Recuperação recente de cirurgia - Perda da vulnerabilidade - Perda da ciência física - Baixa dinâmica familiar	Ameaças	- Insucesso académico mais tarde - Excesso de tempo - Condições de estágio - Impersonalidade nas instituições - Adaptação de trabalho com tutor - Exercitativo alarido de estágio e supervisão - Pouca experiência de elaboração e implementação de projetos

4º Ciclo do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem na Pessoa em Situação Perioperatória

Unidade Curricular: Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II

Projeto de Desenvolvimento Profissional

A DEDICAÇÃO COM QUE FAZEMOS ALGO TRANSFORMA DESAFIOS EM CONQUISTAS!

Oliveira de Azeméis, 14 de outubro de 2024

Anexo II

Certificado

Para os fins tidos por convenientes, certifica-se que a aluna do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na opção: área de especialização de enfermagem à pessoa em situação perioperatória

ANA SOFIA RAMALHO CORREIA

Para dar cumprimento a objetivos curriculares participou enquanto formadora nas seguintes Ações de Formação:

Lista de verificação de segurança cirúrgica: Segurança em saúde - 31/01/2025 com a duração de 1 hora.

Pressão de cuff em intubação endotraqueal: Importância da avaliação e monitorização - 28/02/2025 com duração de 1 hora.

Promovida pelo Serviço: Bloco Operatório — Unidade de Vila Real, num total de 2 horas.

Responsável da Formação em Serviço

Manica Manuela Vaz Vieira

Enfermeiro em Funções de Chefia

[Assinatura]



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

4º Ciclo do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização
de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

Unidade Curricular: Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II

Estudante: Ana Sofia Ramalho Correia

Nº: 2023101014

Tutoria de Enfª Especialista Ana Isabel Rodrigues

Orientação de Professora Doutora Liliana Mota

Plano de Sessão de Formação em Serviço

Data: 31 de janeiro 2025

Tema: Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) - Orientações para a Implementação

Descrição: A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica é uma ferramenta desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para reduzir eventos adversos em ambientes cirúrgicos. É um importante auxílio para as equipas cirúrgicas que se divide em três momentos-chave: antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes do doente sair da sala de operação. A OMS recomenda que este processo seja liderado por uma única pessoa, que será designado por coordenador da lista, geralmente o enfermeiro circulante. Após o diagnóstico de que a implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica não estava a ser realizada adequadamente, decidiu-se realizar a proposta de formação em serviço.

Objetivo: Promover a importância da implementação, nomeadamente verbal, da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

Público-Alvo: Equipa multidisciplinar do contexto de estágio

Formadores: Aluna do Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem na Pessoa em Situação Perioperatória e respetiva tutora.

Método: Expositivo, Demonstrativo, Interativo e Crítico - Reflexivo. Haverá espaço para discussão de experiências e exposição de dúvidas.

Recursos: Computador, Televisão, Cabo HDMI, Normas e Documentos Científicos baseados em evidência, Local para dinamizar a sessão de formação

Sumário:

Item	Tempo
Apresentação	1 minuto
Introdução	5 minutos
Benefícios da LVSC	2 minutos
Barreiras à implementação	2 minutos
Implementação da LVSC - Antes da Indução Anestésica - Antes da Incisão na Pele - Antes da Saída do doente da sala de operações	30 minutos
Índice de Apgar Cirúrgico	3 minutos
Cenário Prático - Discussão	10 minutos
Conclusão	5 minutos

Duração: aproximadamente 60 minutos

Resultados Esperados: Que o público-alvo compreenda a importância da implementação verbal da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica dentro das salas operatórias e que seja capaz da sua aplicação eficaz, promovendo assim, um ambiente cirúrgico mais seguro e de alta qualidade.

Avaliação: Feedback do público-alvo através de conversa informal

4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Especialização em Enfermagem à
Pessoa em Situação Perioperatória

Unidade Curricular de Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória I

Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

Orientações para Implementação

Orientação de Professora Doutora Liliana Mota
Tutoria de Enfermeira Especialista Ana Isabel Rodrigues

Ana Sofia Ramalho Correia | 2023101014

Vila Real, 31 janeiro 2025

- **Introdução**
- **Benefícios da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC)**
- **Barreiras à implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica**
- **Implementação da LVSC**
 - Antes da indução Anestésica
 - Antes da incisão na pele
 - Antes da saída do doente da Sala de Operações
- **Índice de Apgar Cirúrgico**
- **Cenário Prático - Discussão**
- **Conclusão**

Objetivo

Promover a importância da implementação, nomeadamente **verbal**, da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica.

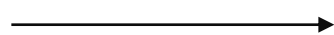
Segurança do Doente

"a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável"

(OMS, 2009/2011)

É um conceito fundamental no campo da saúde e refere-se a um conjunto de medidas e práticas destinadas a **minimizar riscos**, erros e danos aos pacientes durante a prestação de cuidados de saúde. Visa garantir um atendimento de **alta qualidade**, sem riscos desnecessários à sua saúde.

Complicações Cirúrgicas



Importante causa de **morte** e **incapacidade** em todo o mundo

4 áreas temáticas

- Trabalho em equipa
- Anestesia
- Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico
- Indicadores de Avaliação para serviços de cirurgia

10 Objetivos

Cirurgia Segura, Salva Vidas

1. A equipa vai operar o **doente certo, no local correto**.
2. A equipa vai usar métodos já conhecidos para **evitar danos** decorrentes da administração de anestésicos, **protegendo o doente da dor**.
3. A equipa vai identificar e estar efetivamente preparada para atuar perante **sinais e sintomas de risco de vida** ou de **falência respiratória**.
4. A equipa vai identificar os sinais/sintomas e estar efetivamente preparada para atuar face ao **risco de elevada perda de sangue**.
5. A equipa vai **evitar a indução de uma reação alérgica** ou reações adversas a medicamentos relativamente aos quais existe risco significativo para aquele doente.

10 Objetivos

Cirurgia Segura, Salva Vidas

6. A equipa vai utilizar sistematicamente métodos conhecidos para **minimizar o risco de infeção do local cirúrgico**.
7. A equipa vai impedir a **retenção inadvertida** de instrumentos ou compressas em feridas cirúrgicas.
8. A equipa vai **condicionar e identificar com precisão todas as amostras cirúrgicas**.
9. A equipa vai **comunicar de forma eficaz** e partilhar informação crítica que contribua para o aumento da segurança nos procedimentos cirúrgicos. .
10. Os hospitais e os sistemas de saúde pública vão estabelecer **vigilância epidemiológica** de rotina que permita monitorizar a capacidade cirúrgica, o volume e os resultados.

Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica



Patient Safety
A World Alliance for Safer Health Care



Antes da Indução da Anestesia (Sign in)	Antes da incisão da pele (Time out)	Antes do doente sair da sala de operação (Sign out)
(Na presença de, pelo menos, o enfermeiro e o anestesista)	(Na presença do enfermeiro, do anestesista e do cirurgião)	(Na presença do enfermeiro, do anestesista e do cirurgião)
O doente confirmou a sua identidade, o local, o procedimento e deu consentimento? ☐ Sim ☐ O local está marcado? ☐ Sim ☐ Não aplicável A verificação do equipamento de anestesia e da medicação está concluída? ☐ Sim O oxímetro de pulso está no doente e em funcionamento ☐ Não ☐ Sim O doente possui: alergia conhecida? ☐ Não ☐ Sim Via aérea difícil ou risco de aspiração? ☐ Não ☐ Sim e equipamento/assistência acessível Risco de perda > 500ml de sangue (7ml/kg em crianças)? ☐ Não ☐ Sim e: 2 acessos IV/central e administração de fluidos planeada Tipagem e sangue disponível	☐ Confirmar que todos os elementos da equipa se apresentaram indicando os seus nomes e funções ☐ Confirmar o nome do doente, o procedimento e o local da incisão A profilaxia antibiótica foi administrada nos últimos 60 minutos? ☐ Sim ☐ Não aplicável A profilaxia tromboembólica foi administrada? ☐ Sim ☐ Não aplicável Antecipação de eventos críticos O cirurgião enuncia em voz alta: ☐ Quais são os passos críticos ou fora da rotina ☐ O tempo planeado para o caso ☐ Qual a perda de sangue prevista O Anestesista enuncia em voz alta: ☐ Há alguma preocupação específica com o doente? A equipa de enfermagem enuncia em voz alta: ☐ A esterilização (incluindo os indicadores) foi confirmada? ☐ Existem problemas com os equipamentos/dispositivos ou qualquer outra preocupação? Estão visíveis exames imagiológicos essenciais ou outros? ☐ Sim ☐ Não aplicável	O enfermeiro confirma verbalmente: ☐ O nome do procedimento ☐ As contagens de instrumentos, compressas e corto-perfurantes ☐ A rotulagem dos produtos biológicos ou outros (ler os rótulos das amostras em voz alta, incluindo o nome do doente) ☐ Se existem problemas com os equipamentos ou outros a resolver O cirurgião, anestesista e enfermeiro indicam: ☐ Informação relevante a transmitir à equipa de recobro e as principais preocupações/necessidades do doente

Objetivo:

reforçar práticas de segurança e promover uma melhor comunicação e trabalho de equipa multidisciplinar

- ✓ Concisa
- ✓ Sintética
- ✓ Acionável
- ✓ Verbal
- ✓ Colaborativa
- ✓ Testada

Simples – Aplicável - Mensurável



Patient Safety
A World Alliance for Safer Health Care



Manual de Implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS

Cirurgia Segura Salva Vidas
(Safe Surgery Saves Lives)



NORMA DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Francisco
Henrique
Moura
George

Digitally signed by Francisco Henrique Moura George, DN: cn=FC, ou=Direção-Geral da Saúde, ou=Ministério da Saúde, email=Henrique.Moura.George@dgs.pt, c=PT

113 anos



NÚMERO: 02/2013
DATA: 12/02/2013
ATUALIZAÇÃO: 25/06/2013

ASSUNTO: Cirurgia Segura, Salva Vidas
PALAVRAS-CHAVE: Cirurgia, Segurança do Doente, Segurança Cirúrgica, "Checklist"
PARA: Todos os Blocos Operatórios do Serviço Nacional de Saúde e das entidades com ele contratadas
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)



World Health Organization

Patient Safety
A World Alliance for Safer Health Care



Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009

Cirurgia Segura Salva Vidas
(Safe Surgery Saves Lives)



Diminui complicações pós-operatórias - infeções associadas aos cuidados de saúde



Aumenta a segurança na sala de operações, melhorando a comunicação e perceção da segurança da equipa interdisciplinar.

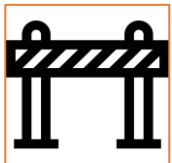


Aplicável em qualquer contexto, não acarreta custos e ainda permite avaliar o impacto na utilização de gestão de risco na qualidade dos procedimentos e cuidados.

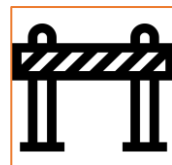


É norteadora na interação da equipa, baseada na comunicação verbal, confirmando que os padrões de boa prática clínica são assegurados

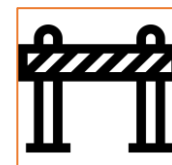




Ser aplicada em função da resistência e pouca praticidade.



Falta de apoio administrativo e por parte chefias.



Inexistência de um núcleo de segurança do doente.

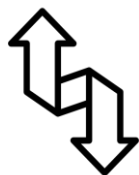


Introdução abrupta na sala operatória.



Ausência de formação.

Melhorar qualidade de cuidados de saúde



Melhorar resultados das equipas

Finalidade: garantir consistência na segurança do doente e adotar ou manter uma cultura que enfatize a sua realização.





Coordenador da Lista

- ✓ 1 única pessoa
- ✓ Enfermeiro circulante - registo
- ✓ Elemento mais "compatível" para o papel

LVSC

Sign in

**Antes da Indução
Anestésica**

Time out

**Antes da Incisão
Cirúrgica**

Sign out

**Antes de o doente sair
da sala de operações**

Antes da Indução Anestésica

**Antes da Indução
Anestésica**

**Antes da Incisão
Cirúrgica**

**Antes da saída do
doente da sala**



O doente confirmou a sua identidade, o local, o procedimento e deu consentimento?

- ✓ **Identidade** (Em caso de crianças ou doentes incapazes – tutor ou membro da família. Em caso de emergência é desnecessário)
- ✓ **Procedimento Previsto e local**
- ✓ **Consentimentos (cirúrgico e anestésico)** garantir consistência na segurança do doente e adotar ou manter uma cultura que enfatize a sua realização.

**Antes da Indução
Anestésica**

**Antes da Incisão
Cirúrgica**

**Antes da saída do
doente da sala**



O local está marcado?

- ✓ Marcação **inequívoca**
- ✓ **Cirurgião** deve marcar o local a ser intervencionado
- ✓ Caneta tinta permanente, com seta
- ✓ Casos de **Lateralidade** (quando aplicável)
- ✓ **Múltiplas Estruturas** ou Níveis (dedos, vértebras)

**Antes da Indução
Anestésica**

**Antes da Incisão
Cirúrgica**

**Antes da saída do
doente da sala**



A verificação do equipamento de anestesia e da medicação está completa?

- ✓ Deve ser verificada a inspeção do **aparelho** de anestesia, **circuito respiratório**, **medicação** e **risco anestésico do doente (ASA)**.

Mnemónica de Sistematização

Airway – equipamento das vias aéreas

Breatinhg – sistema de ventilação, incluindo inalatórios e oxigénio

SuCtion - aspiração

Drugs – medicamento, monitorização e dispositivos

Emergency – equipamentos e ajuda disponível

**Antes da Indução
Anestésica**

Antes da Incisão
Cirúrgica

Antes da saída do
doente da sala



O oxímetro está colocado no doente e em funcionamento?

- ✓ Verificação de **funcionamento** antes da indução anestésica.
- ✓ **Visível** para toda a equipa.
- ✓ **Alarme sonoro** de alerta de frequência e saturação de oxigénio

**Antes da Indução
Anestésica**

**Antes da Incisão
Cirúrgica**

**Antes da saída do
doente da sala**



O doente tem alguma alergia conhecida?

- ✓ Questionar o doente, membro da família ou consultar o processo clínico e partilhar essa informação com toda a equipa.

**Antes da Indução
Anestésica**

**Antes da Incisão
Cirúrgica**

**Antes da saída do
doente da sala**



O doente tem uma via área difícil ou risco de aspiração?

- ✓ **Avaliar objetivamente a via aérea** - mais importante do que a escolha do método em si.
- ✓ Deve estar presente **fisicamente na sala operatória** um assistente capaz de auxiliar a abordagem da via aérea
- ✓ Avaliar o **risco de aspiração** (refluxo ativo, estômago cheio - grávidas, DM, gastroparésia, obstrução intestinal, DRGE, IR, Distúrbios metabólicos, cirurgias abdominais prévias, medicamentos)

**Antes da Indução
Anestésica**

**Antes da Incisão
Cirúrgica**

**Antes da saída do
doente da sala**



O doente tem risco de perda de sangue > 500 mL (7mL/kg se for criança?)

- ✓ Quando se prevê que haja grande risco de perda de sangue - **prevenção**
- ✓ **Recomendado pelo menos:** 2 grandes vias intravenosas ou CVC
- ✓ Confirmar disponibilidade de sangue previamente

Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica



World Health
Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care



Antes da Indução da Anestesia
(Sign in)

(Na presença de, pelo menos, o enfermeiro e o anestesta)

O doente confirmou a sua identidade, o local, o procedimento e deu consentimento?

☐ Sim

O local está marcado?

☐ Sim

☐ Não aplicável

A verificação do equipamento de anestesia e a medicação está concluída?

☐ Sim

O oxímetro de pulso está no doente e em funcionamento?

☐ Não

☐ Sim

O doente possui alguma alteração de coagulação?

☐ Não

☐ Sim

Via aérea livre e aspiração?

☐ Não

☐ Sim e equipamento/assistência acessível

Risco de perda > 500ml de sangue (7ml/Kg em crianças)?

☐ Não

☐ Sim e:

2 acessos IV/central e administração de fluidos planeada

Tipagem e sangue disponível

Antes da incisão da pele
(Time out)

(Na presença do enfermeiro, do anestesta e do cirurgião)

☐ Confirmar que todos os elementos da equipa se apresentaram indicando os seus nomes e funções

☐ Confirmar o nome do doente, o procedimento e o local da incisão

A profilaxia antibiótica foi administrada nos últimos 60 minutos?

☐ Sim

☐ Não aplicável

A profilaxia tromboembólica foi administrada?

☐ Sim

☐ Não aplicável

Antecipação de eventos críticos
O cirurgião enuncia em voz alta:

☐ Quais são os passos críticos ou fora da rotina

☐ O tempo planeado para o caso

☐ Qual a perda de sangue prevista

O Anestesta enuncia em voz alta:

☐ Há alguma preocupação específica com o doente?

A equipa de enfermagem enuncia em voz alta:

☐ A esterilização (incluindo os indicadores) foi confirmada?

☐ Existem problemas com os equipamentos/dispositivos ou qualquer outra preocupação?

Estão visíveis exames imagiológicos essenciais ou outros?

☐ Sim

☐ Não aplicável

Antes do doente sair da sala de operação
(Sign out)

(Na presença do enfermeiro, do anestesta e do cirurgião)

O enfermeiro confirma verbalmente:

☐ O nome do procedimento

☐ As contagens de instrumentos, compressas e corto-perfurantes

☐ A rotulagem dos produtos biológicos ou outros (ler os rótulos das amostras em voz alta, incluindo o nome do doente)

☐ Se existem problemas com os equipamentos ou outros a resolver

O cirurgião, anestesta e enfermeiro indicam:

☐ informação relevante a transmitir à equipa de recobro e as principais preocupações/necessidades do doente

Antes da Incisão da Pele

Antes da Indução
Anestésica

Antes da Incisão
Cirúrgica

Antes da saída do
doente da sala



Confirmar que todos os elementos da equipa se apresentam indicando os seus nomes e funções.

- ✓ Nome, função e competência.
- ✓ Pode ser suprimido se a equipa já se conhece.

Antes da Indução
Anestésica

Antes da Incisão
Cirúrgica

Antes da saída do
doente da sala



Confirmar o nome do doente, procedimento e local cirúrgico.

- ✓ Nome do **doente**, **procedimento** e **local** e se está adequado o **posicionamento** (da responsabilidade de todos os profissionais de saúde na sala operatória).
- ✓ Se o **doente não estiver sedado**, pode-se confirmar esta etapa com o mesmo.

Antes da Indução
Anestésica

Antes da Incisão
Cirúrgica

Antes da saída do
doente da sala



A profilaxia antibiótica foi dada nos últimos 60 minutos?

- ✓ A prescrição do antibiótico a ser administrado é da **responsabilidade do cirurgião**
- ✓ Caso não seja aplicável, deve ser igualmente anunciado

NORMA DGS

NORMA CLÍNICA: 031/2013 de 31/12/2013 Atualizada a 17/11/2022

Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto

PUBLICAÇÃO: 17 de novembro de 2022

PALAVRAS-CHAVE: Profilaxia, antibióticos, cirurgia, infeção

www.dgs.pt

Antes da Indução
Anestésica

Antes da Incisão
Cirúrgica

Antes da saída do
doente da sala



A profilaxia tromboembólica foi administrada?

- ✓ Administrada mediante **recomendações**
- ✓ **Responsabilidade multidisciplinar**
- ✓ Varia de acordo com doente, tipo de cirurgia e anestesia, duração do procedimento e internamento.

NORMA DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

ASSUNTO: Profilaxia do Trombo Embolismo Venoso em Ortopedia
PALAVRAS-CHAVE: TEV, Trombose venosa profunda, embolia pulmonar, Cirurgia Ortopédica
PARA: Todas as Unidades de Saúde onde se realize cirurgia Ortopédica
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (das@dgs.pt)

Francisco
Henrique
Moura George

Digitally signed by Francisco
Henrique Moura George
DN: cn=FC, ou=Direção-Geral da
Saúde, ou=Direção-Geral da
Saúde, ou=Ministério da Saúde,
ou=Portugal, o=DGS, email=henrique.moura@dgs.pt

112 anos
1909-2021

Direção-Geral da Saúde
www.dgs.pt
Ministério da Saúde



NÚMERO: 026/2012
DATA: 27/12/2012



APCA
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE CIRURGIA AMBULATORIAL

RECOMENDAÇÕES
DE TROMBOPROFILAXIA
EM CIRURGIA AMBULATORIAL

FERRAMENTAS SPA
GUIDELINES DE CONDUTA CLÍNICA
Conselhos da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia

**RECOMENDAÇÕES
PERIOPERATÓRIAS
PARA PROFILAXIA
DO TROMBOEMBOLISMO
VENOSO NO DOENTE ADULTO**

ELABORADAS
POR GRUPO MULTIDISCIPLINAR
DE CONSENSOS EM 2014

Antes da Indução
Anestésica

Antes da Incisão
Cirúrgica

Antes da saída do
doente da sala



Antecipação de eventos críticos

Para o cirurgião: quais são os passos críticos ou fora de rotina? Quanto tempo planeado para o caso? Qual a perda de sangue prevista?

Para o anestesista: há alguma preocupação específica com o doente?

- ✓ Deve ser discutido entre toda a equipa se existem passos críticos ou fora de rotina, preocupações específicas
- ✓ O tempo e perdas estimadas
- ✓ Em caso de implantes, verificar a sua existência
- ✓ Tomar as devidas precauções - doentes instáveis hemodinamicamente

Antes da Indução
Anestésica

Antes da Incisão
Cirúrgica

Antes da saída do
doente da sala



Para a equipa de enfermagem: a esterilização (incluindo indicadores de resultado) foi confirmada? Existem problemas com os equipamentos ou quaisquer outras preocupações?

- ✓ Verificar se foi realizado ciclo de reprocessamento e indicador de resultado
- ✓ Verificar integridade dos dispositivos
- ✓ Se discrepância - comunicar e solucionar prontamente

Antes da Indução
Anestésica

Antes da Incisão
Cirúrgica

Antes da saída do
doente da sala



Os exames imagiológicos essenciais ou outros estão visíveis ?

- ✓ Verificar se MCDT's principais estão visíveis na sala operatória.

Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica



World Health
Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care



Antes da Indução da Anestesia (Sign in)

(Na presença de, pelo menos, o enfermeiro e o anestesta)

- O doente confirmou a sua identidade, o local, o procedimento e deu consentimento?
 - ☐ Sim
 - ☐ Não
 - ☐ Não aplicável
- O local está marcado?
 - ☐ Sim
 - ☐ Não aplicável
- A verificação do equipamento de anestesia e da medicação está concluída?
 - ☐ Sim
 - ☐ Não
 - ☐ Não aplicável
- O oxímetro de pulso está no doente e em funcionamento?
 - ☐ Não
 - ☐ Sim
- O doente possui:
 - Alergia conhecida?
 - ☐ Não
 - ☐ Sim
 - Via aérea difícil ou risco de aspiração?
 - ☐ Não
 - ☐ Sim e equipamento/assistência acessível
- Risco de perda > 500ml de sangue (7ml/Kg em crianças)?
 - ☐ Não
 - ☐ Sim e:
 - 2 acessos IV/central e administração de fluidos planeada
 - Tipagem e sangue disponível

Antes da incisão da pele (Time out)

(Na presença do enfermeiro, do anestesta e do cirurgião)

- ☐ Confirmar que todos os elementos da equipa se apresentaram indicando os seus nomes e funções
- ☐ Confirmar o nome do doente, o procedimento e o local da incisão
- A profilaxia antibiótica foi administrada nos últimos 60 minutos?
 - ☐ Sim
 - ☐ Não aplicável
- A profilaxia tromboembólica foi dada?
 - ☐ Sim
 - ☐ Não aplicável
- Antecipação de eventos:
 - O cirurgião enunciou o plano da cirurgia ou fora da rotina?
 - ☐ Sim
 - ☐ Não
 - O plano da cirurgia foi previsto?
 - ☐ Sim
 - ☐ Não
 - O plano da cirurgia foi comunicado em voz alta?
 - ☐ Sim
 - ☐ Não
 - A equipa de enfermagem enunciou em voz alta?
 - ☐ Sim
 - ☐ Não
 - A esterilização (incluindo os indicadores) foi confirmada?
 - ☐ Sim
 - ☐ Não
 - Existem problemas com os equipamentos/dispositivos ou qualquer outra preocupação?
 - ☐ Sim
 - ☐ Não
- Estão visíveis exames imagiológicos essenciais ou outros?
 - ☐ Sim
 - ☐ Não aplicável

Antes do doente sair da sala de operação (Sign out)

(Na presença do enfermeiro, do anestesta e do cirurgião)

- O enfermeiro confirma verbalmente
 - ☐ O nome do procedimento
 - ☐ As contagens de instrumentos, compressas e corto-perfurantes
 - ☐ A rotulagem dos produtos biológicos ou outros (ler os rótulos das amostras em voz alta, incluindo o nome do doente)
 - ☐ Se existem problemas com os equipamentos ou outros a resolver
- O cirurgião, anestesta e enfermeiro indicam
 - ☐ Informação relevante a transmitir à equipa de recobro e as principais preocupações/necessidades do doente

Antes do doente sair da sala de operações

Antes da Indução
Anestésica

Antes da Incisão
Cirúrgica

Antes da saída do
doente da sala



O enfermeiro confirma verbalmente: o nome do procedimento, contagem de instrumentos e corto perfurantes e rotulagem dos produtos biológicos ou outros

- ✓ Ler os **rótulos** em voz alta, incluindo o **nome do doente**
- ✓ **Nem sempre o procedimento planeado é o realizado** – confirmar exatamente o procedimento realizado
- ✓ Prevenir a retenção accidental de instrumentos - confirmação de **contagens**

Antes da Indução
Anestésica

Antes da Incisão
Cirúrgica

Antes da saída do
doente da sala



Há algum equipamento com problemas a reportar?

- ✓ Reportar às chefias avarias/problemas com os equipamentos, para que se possa prevenir complicações na sua reutilização.

Antes da Indução
Anestésica

Antes da Incisão
Cirúrgica

Antes da saída do
doente da sala



Revisão pelo cirurgião, anestesista e equipa de enfermagem das preocupações/necessidades do doente no recobro

- ✓ Reunida toda a informação relevante para uma transição de cuidados eficaz - melhores cuidados pós-operatórios

Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica



World Health
Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care



Antes da Indução da Anestesia (Sign in)	Antes da Incisão da pele (Time out)	Antes do doente sair da sala de operação (Sign out)
(Na presença de, pelo menos, o enfermeiro e o anestesista)	(Na presença do enfermeiro, do anestesista e do cirurgião)	(Na presença do enfermeiro, do anestesista e do cirurgião)
O doente confirmou a sua identidade, o local, o procedimento e deu consentimento? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não aplicável	Confirmar que todos os elementos da equipa se apresentaram indicando os seus nomes e funções ☐ Confirmar o nome do doente, o procedimento e o local da incisão	O enfermeiro confirma verbalmente ☐ O nome do procedimento ☐ As contagens de instrumentos, compressas e corto-perfurantes ☐ A rotulagem dos produtos biológicos ou outros (ler os rótulos das amostras em alta, incluindo o nome do doente) ☐ Se existem problemas com os equipamentos ou outros a resolver
A verificação do equipamento de anestesia e da medicação está concluída? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não aplicável	A profilaxia antibiótica foi administrada nos últimos 60 minutos? ☐ Sim ☐ Não aplicável	O cirurgião, anestesista e enfermeiro partilham informação relevante sobre o caso, a equipa e as principais preocupações/decisões do doente
O oxímetro de pulso está no doente e em funcionamento ☐ Não ☐ Sim	A profilaxia tromboembólica foi administrada? ☐ Sim ☐ Não aplicável	
O doente possui: Alergia conhecida? ☐ Não ☐ Sim	Antecipação de eventos críticos O cirurgião enuncia em voz alta ☐ Quais são os passos críticos ou fora da rotina ☐ O tempo planeado para o caso ☐ Qual a perda de sangue prevista	
Via aérea difícil ou risco de aspiração? ☐ Não ☐ Sim o equipamento/assistência acessível	O Anestesista enuncia em voz alta ☐ Há alguma preocupação específica com o doente?	
Risco de perda > 500ml de sangue (7ml/Kg em crianças)? ☐ Não ☐ Sim e:	A equipa de enfermagem enuncia em voz alta ☐ A esterilização (incluindo os indicadores) foi confirmada?	
2 acessos IV/central e administração de fluidos planeada Tipagem e sangue disponível	Existem problemas com os equipamentos/dispositivos ou qualquer outra preocupação? Estão visíveis exames imagiológicos essenciais ou outros? ☐ Sim ☐ Não aplicável	

Esta lista de verificação não deve ser considerada exaustiva e não exclui planeamento prévio; aditamentos e modificações a nível da prática local são incentivados

Revisão 1/2009

© WHO, 2009



**Indicador de
Resultado**



**Feedback imediato
e Objetivo**

	0 pontos*	1 ponto	2 pontos	3 pontos	4 pontos
Perdas de Sangue Estimadas (mL)	> 1000	601 - 1000	101-600	< ou igual 100	-
Menor Tensão Arterial Média (mmHg)	< 40	40-54	55-69	> ou igual 70	-
Menor Frequência Cardíaca (bpm)	>85*	76-85	66-75	56-65	< ou igual a 55*



**Indicador de
Resultado**

0 a 4 pontos: Alto risco de complicações pós-operatórias significativas.

5-6 pontos: Risco moderado de complicações pós-operatórias.

7-8 pontos: Baixo risco de complicações pós-operatórias.

9-10: Muito baixo risco de complicações pós operatórias.



**Feedback imediato
e Objetivo**

- **Masculino**
- **48 anos**
- **COC**
- **Diagnóstico de Litíase Biliar**
- **Procedimento Proposto: Colecistectomia Laparoscópica**



Antes da Indução Anestésica



**Antes da Indução da Anestesia
(Sign in)**

(Na presença de, pelo menos, o enfermeiro e o anestesista)

O doente confirmou a sua identidade, o local, o procedimento e deu consentimento ?

☐ Sim

O local está marcado?

☐ Sim

☐ Não aplicável

A verificação do equipamento de anestesia e da medicação está concluída?

☐ Sim

O oxímetro de pulso está no doente e em funcionamento

☐ Não

☐ Sim

O doente possui:

Alergia conhecida?

☐ Não

☐ Sim

Via aérea difícil ou risco de aspiração?

☐ Não

☐ Sim e equipamento/assistência acessível

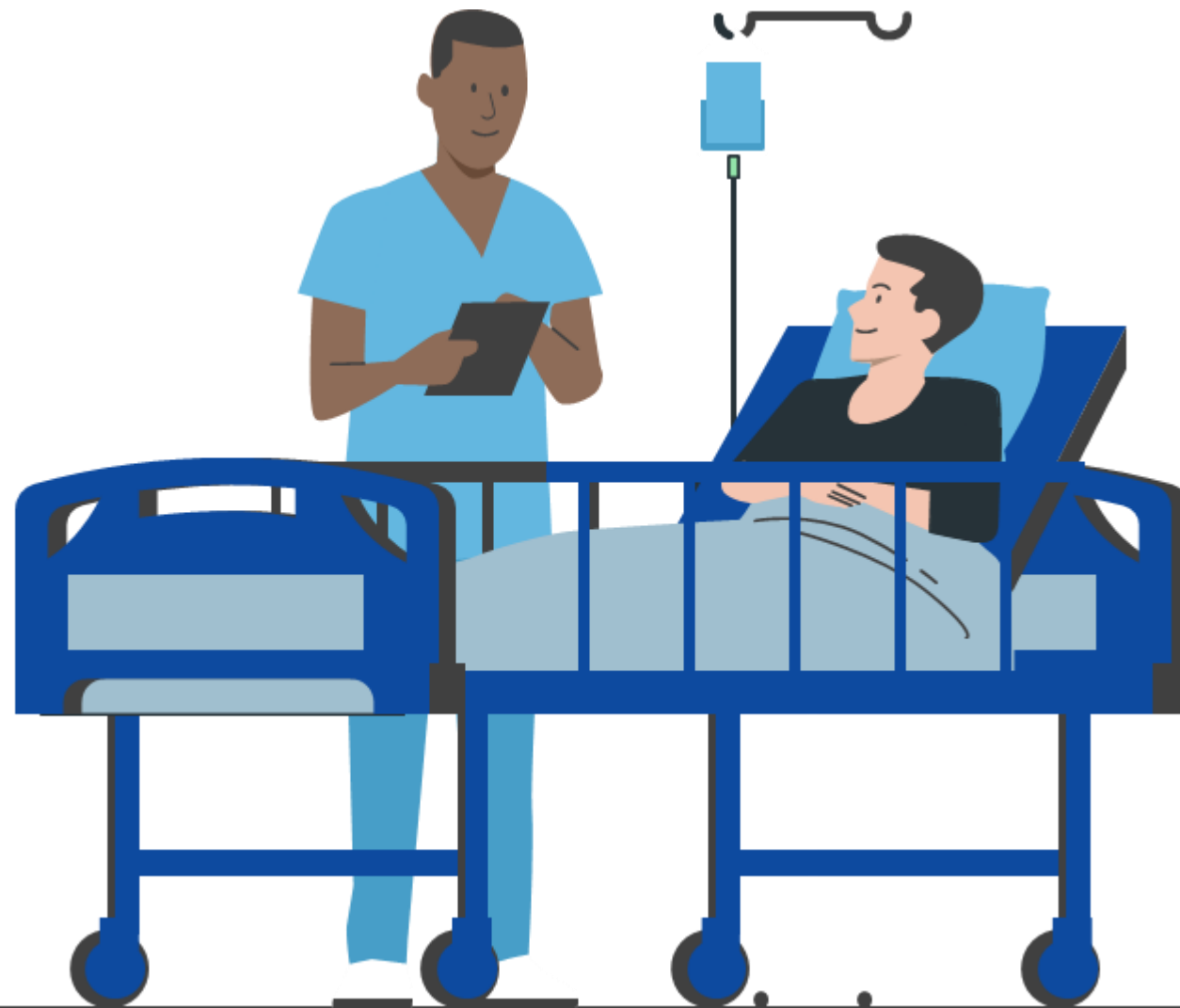
Risco de perda > 500ml de sangue
(7ml/Kg em crianças)?

☐ Não

☐ Sim e :

2 acessos IV/central e administração de fluidos planeada

Tipagem e sangue disponível



Antes da Incisão da Pele



→ Antes da incisão da pele
(Time out)

(Na presença do enfermeiro, do anestesista e do cirurgião)

- ☐ Confirmar que todos os elementos da equipa se apresentaram indicando os seus nomes e funções
- ☐ Confirmar o nome do doente, o procedimento e o local da incisão

A profilaxia antibiótica foi administrada nos últimos 60 minutos?

- ☐ Sim
- ☐ Não aplicável

A profilaxia tromboembólica foi administrada?

- ☐ Sim
- ☐ Não aplicável

Antecipação de eventos críticos

O cirurgião enuncia em voz alta

- ☐ Quais são os passos críticos ou fora da rotina
- ☐ O tempo planeado para o caso
- ☐ Qual a perda de sangue prevista

O Anestesista enuncia em voz alta

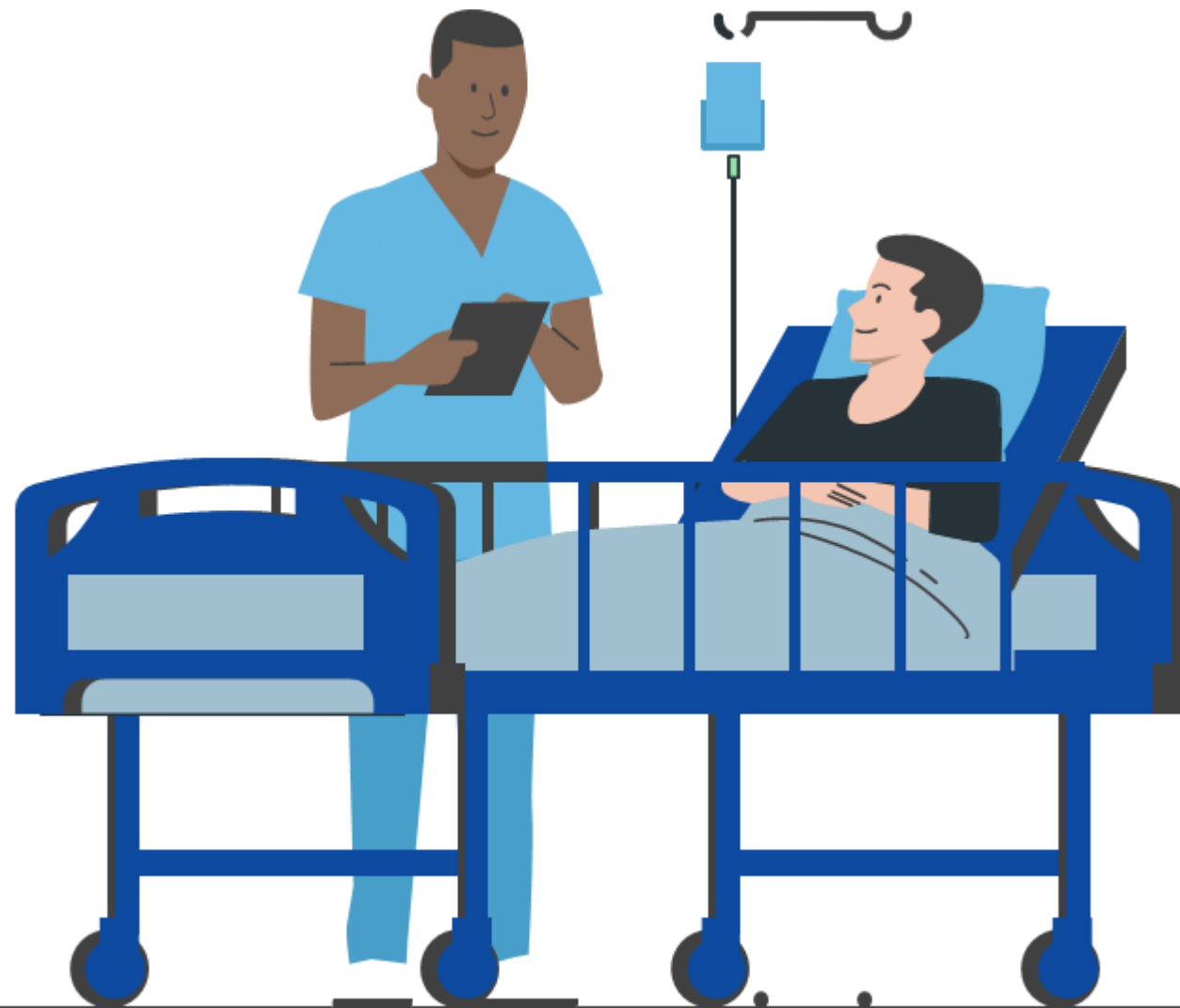
- ☐ Há alguma preocupação específica com o doente?

A equipa de enfermagem enuncia em voz alta

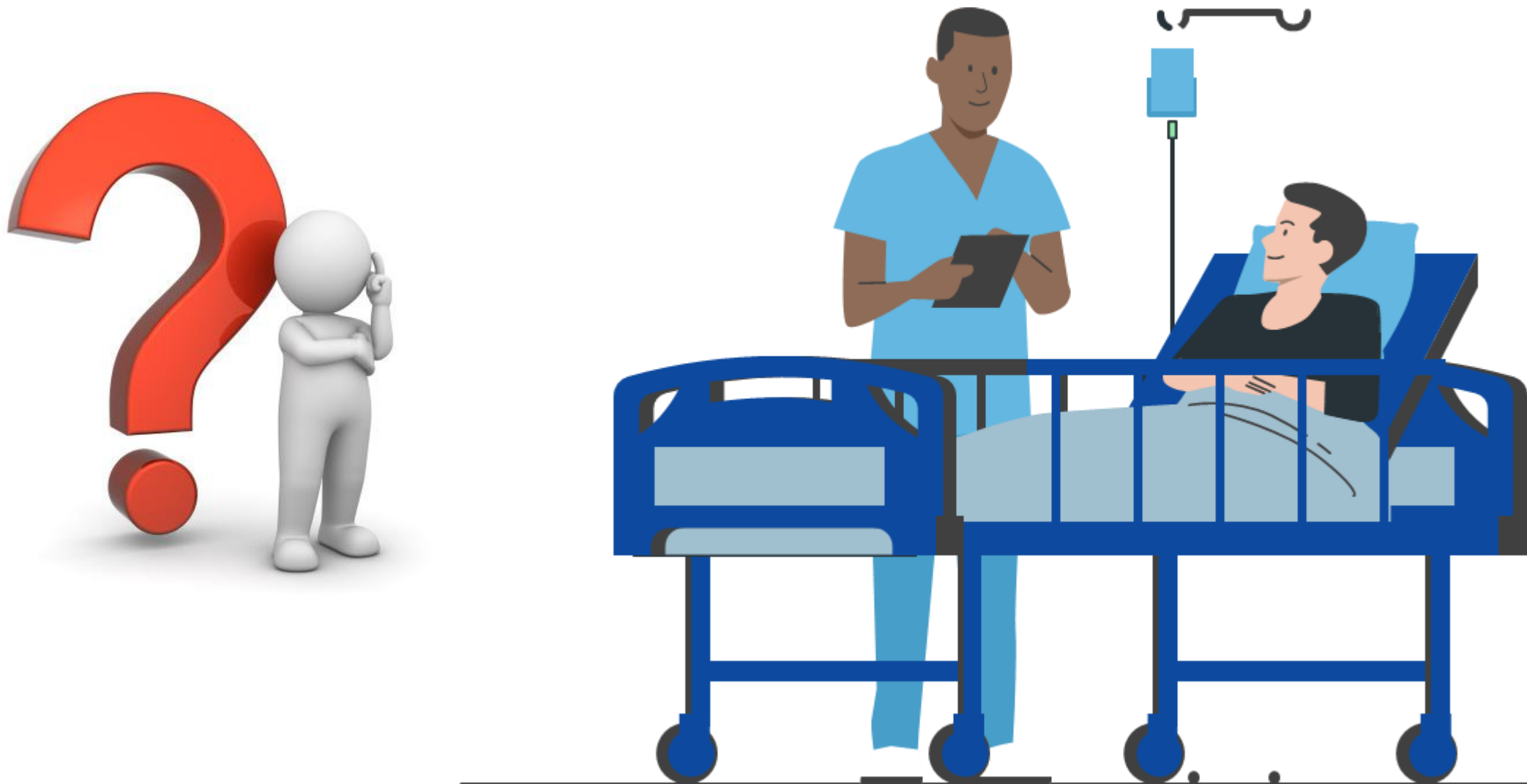
- ☐ A esterilização (incluindo os indicadores) foi confirmada?
- ☐ Existem problemas com os equipamentos/dispositivos ou qualquer outra preocupação?

Estão visíveis exames imagiológicos essenciais ou outros?

- ☐ Sim
- ☐ Não Aplicável



Antes da saída do doente da sala



→ Antes do doente sair da sala de operação
(Sign out)

(Na presença do enfermeiro, do anestesta e do cirurgião)

O enfermeiro confirma verbalmente

- ☐ O nome do procedimento
- ☐ As contagens de instrumentos, compressas e corto-perfurantes
- ☐ A rotulagem dos produtos biológicos ou outros (ler os rótulos das amostras em voz alta, incluindo o nome do doente)
- ☐ Se existem problemas com os equipamentos ou outros a resolver

O cirurgião, anestesta e enfermeiro indicam

- ☐ Informação relevante a transmitir à equipa de recobro e as principais preocupações/ necessidades do doente



Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

- ✓ Fomenta cultura de segurança e responsabilidade dentro das instituições
- ✓ Avanço significativo na qualidade dos cuidados de saúde
- ✓ Compromisso contínuo com a excelência e segurança do paciente

A implementação da LVSC deve ser considerada uma prioridade em todos os ambientes cirúrgicos para minimizar riscos, melhorar a eficiência e assegurar melhores desfechos

4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

Unidade Curricular de Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória I

Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

Orientações para Implementação

“O primeiro requisito de um hospital é que ele jamais deveria fazer mal ao doente”

Florence Nightingale

Organização Mundial da Saúde (OMS). *Implementation Manual WHO Surgical Safety Checklist 2009. Safe Surgery Saves Lives*. 2009. iris.who.int/bitstream/handle/10665/44186/9789241598590_por.pdf?sequence=71&isAllowed=y.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (n.d.). *WHO guidelines for safe surgery Safe surgery saves lives*. <https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/9789241598552-por.pdf> (Original work published 2009)

Ordem dos Enfermeiros. (2019, September 25). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem [Review of Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem]. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Silva, C. C., Diez Beck, A., Cristina Martins da Silva, E., & Pereira Pires Rodrigues, T. (2021). FATORES QUE INFLUENCIAM A ADESÃO À LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA. *SOBECC*, 26(4), 212–219. <http://doi.org/10.5327/Z1414-4425202100040004>

Westman, M., Takala, R., Rahi, M., & Ikonen, T. S. (2020). The Need for Surgical Safety Checklists in Neurosurgery Now and in the Future—A Systematic Review. *World Neurosurgery*, 134, 614–628.e3. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2019.09.140>

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente (Direção-Geral da Saúde, Ed. & Trans.; Direção-Geral da Saúde)

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2013, June). *Norma 02/2013 Cirurgia Segura, Salva Vidas*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022013-de-12022013-atualizada-a-25062013-jpg.aspx>

Tostes, M. F. do P., & Galvão, C. M. (2019). Lista de verificação de segurança cirúrgica: benefícios, facilitadores e barreiras na perspectiva da enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40, 1–11. <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/VBVNNpyqXyWrcFwL9hNKy3K/?lang=pt>



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

4º Ciclo do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização
de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

Unidade Curricular: Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II

Estudante: Ana Sofia Ramalho Correia

Nº: 2023101014

Tutoria de Enfª Especialista Ana Isabel Rodrigues

Orientação de Professora Doutora Liliana Mota

Plano de Sessão de Formação em Serviço

Data: 28 fevereiro 2025

Tema: Importância da avaliação e monitorização da pressão de *cuff* em entubação endotraqueal

Descrição: Considerando que a entubação endotraqueal pode originar lesões laringotraqueais leves a graves e que podem ser temporárias ou permanentes, a avaliação e monitorização da pressão de *cuff* deve ser um procedimento implementado de forma consistente. É dever do enfermeiro especialista que cuida da pessoa em situação perioperatória compreender os sinais clínicos e os fatores associados à ocorrência de lesões na mucosa laringotraqueal, no sentido de prestar cuidados preventivos para este tipo de incidente. Nesta sequência, existe necessidade de formação e treino das equipas de enfermagem, consciencializando para as consequências da pressão excessiva dos *cuffs* dos tubos endotraqueais.

Objetivo: Promover a importância de uma correta avaliação e monitorização da pressão de *cuff* em entubação endotraqueal.

Público-Alvo: Equipa de enfermagem do contexto de estágio

Formadores: Aluna do Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem na Pessoa em Situação Perioperatória e respetiva tutora.

Método: Expositivo, Demonstrativo, Interativo e Crítico - Reflexivo. Haverá espaço para discussão de experiências e exposição de dúvidas.

Recursos: Computador, Televisão, Cabo HDMI, Normas e Documentos Científicos baseados em evidência, Local para dinamizar a sessão de formação

Sumário:

Item	Tempo
Apresentação	1 minuto
Introdução	2 minutos
Intubação Endotraqueal	5 minutos
Pressões de <i>cuff</i>	10 minutos
Fatores que alteram a pressão de <i>cuff</i>	2 minutos
Avaliação da Pressão de <i>cuff</i>	5 minutos
Conclusão	5 minutos

Duração: aproximadamente 30 minutos

Resultados Esperados: Que o público-alvo compreenda a importância correta da avaliação e monitorização da pressão de *cuff* em entubações endotraqueais e que seja capaz de aplicar esses conhecimentos na sua prática diária ao cuidar da pessoa em situação perioperatória.

Avaliação: Feedback do público-alvo através de conversa informal.

4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Especialização em Enfermagem à
Pessoa em Situação Perioperatória

Unidade Curricular de Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II

Pressão de *cuff* em entubação endotraqueal

Importância da avaliação e monitorização

Orientação de Professora Doutora Liliana Mota
Tutoria de Enfermeira Especialista Ana Rodrigues

Ana Sofia Ramalho Correia | 2023101014

Vila Real, 28 fevereiro 2025

Segurança do Doente

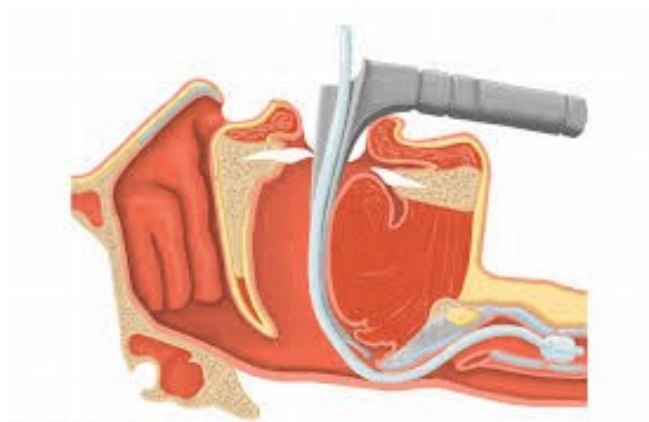
Objetivo: Promover a importância da uma **correta avaliação e monitorização** da pressão de *cuff* em intubação endotraqueal.

Intubação Endotraqueal: Procedimento médico que consiste em inserir um tubo na traqueia.

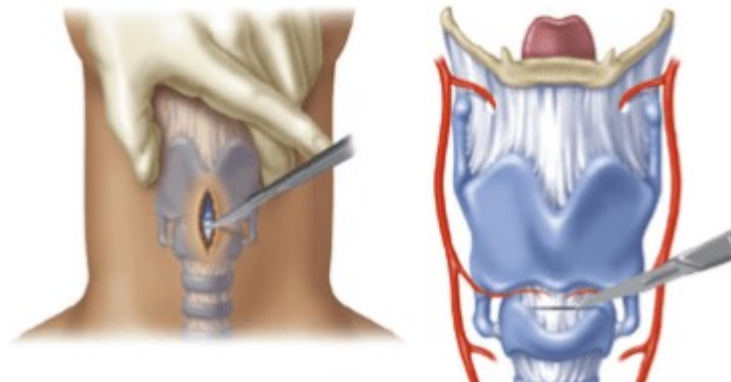
Objetivos

- Garantir via área
- Permitir ventilação mecânica invasiva
- Proteger via aérea

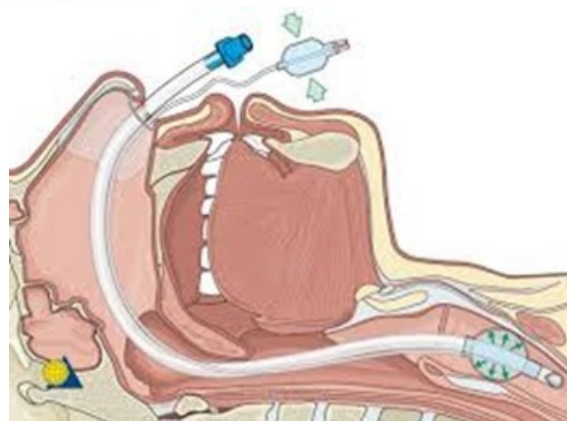
Intubação Endotraqueal: Procedimento médico que consiste em inserir um tubo na traqueia.



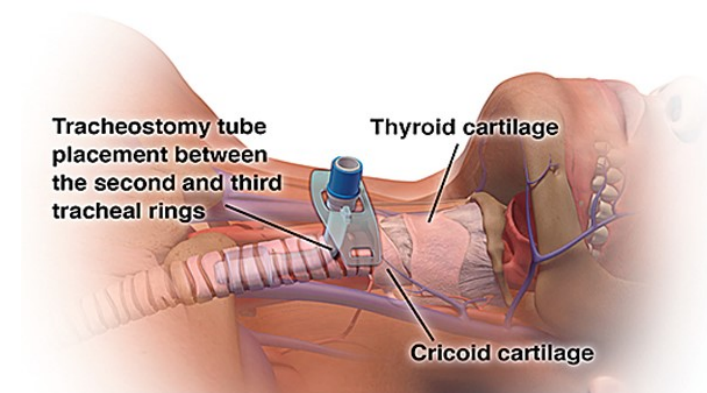
Oral



Cricotiroidiana

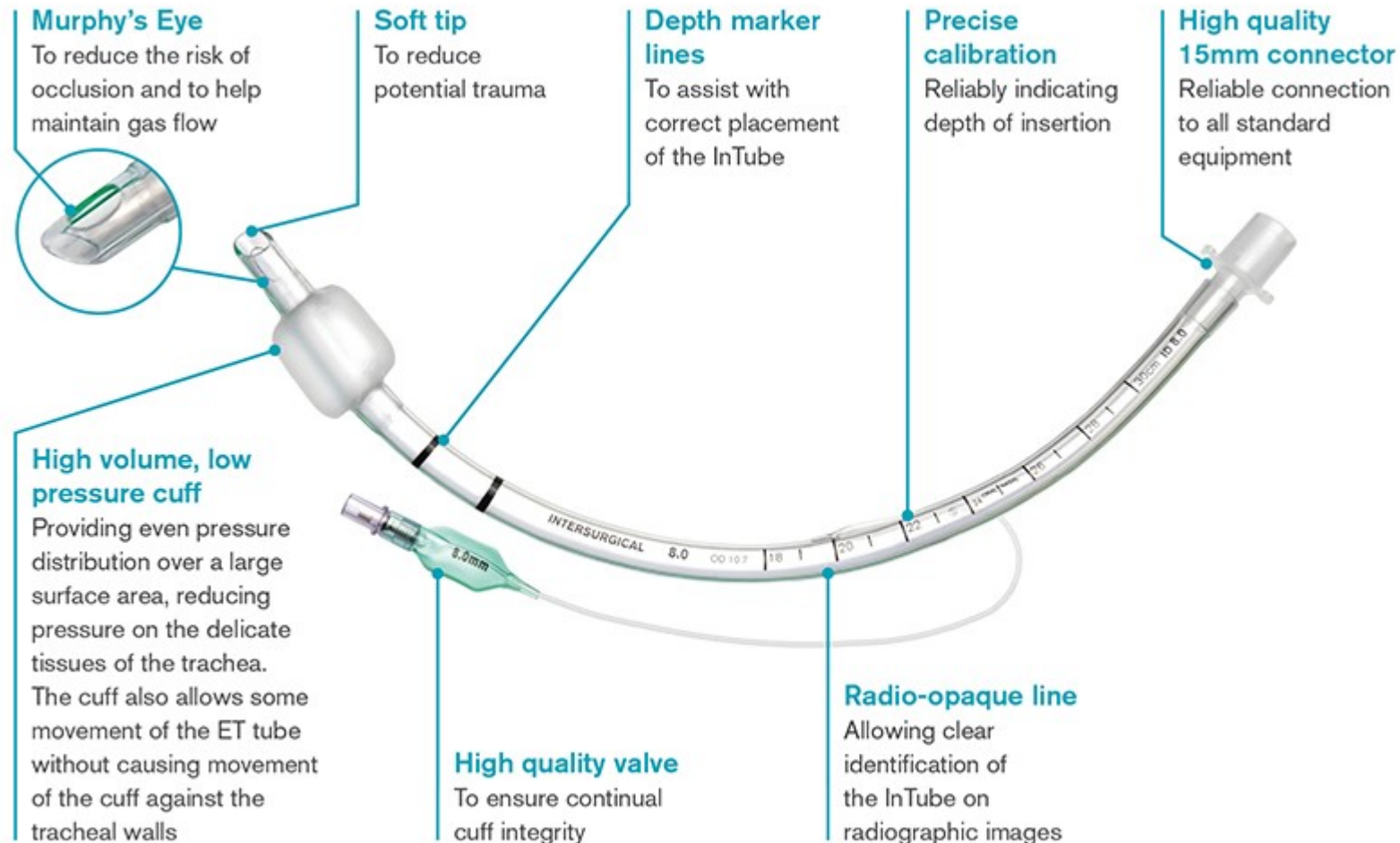


Nasal

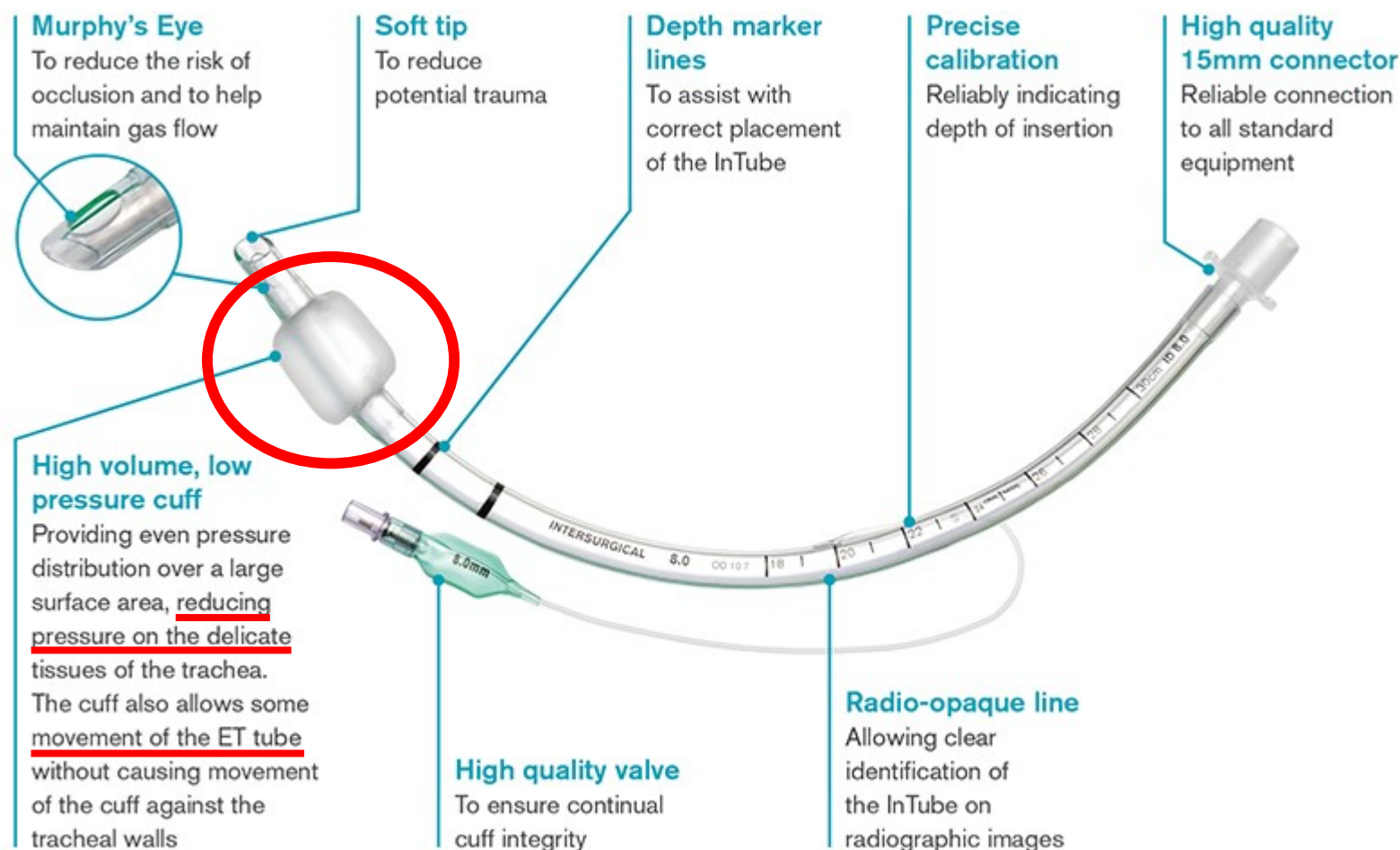


Traqueal

Tubo Endotraqueal

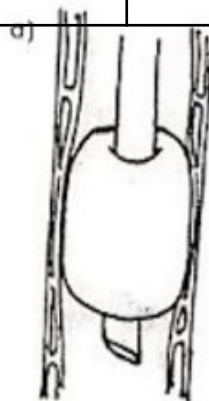
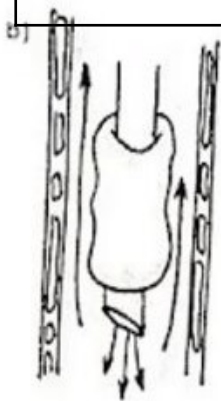


Tubo Endotraqueal



- Selagem das vias aéreas
- Evita a aspiração
- Adequada ventilação

HIPOINSUFLAÇÃO	HIPERINSUFLAÇÃO
Extravasamento de ar	Risco de Isquemia
Microaspirações	Odinofagia, disfagia e rouquidão pós-operatória
Volumes inadequados	Estenose traqueal
PAV (Pneumonia associada à ventilação)	Fístulas traqueoesofágicas e ruturas
	Danos nervosos



Fritz et al. *BMC Anesthesiology* (2020) 20:46
<https://doi.org/10.1186/s12871-020-00963-6>

BMC Anesthesiology

RESEARCH ARTICLE

Open Access

Detrimental Effects of Filling Laryngotracheal Airways To Excessive Pressure (DEFLATE-P): a quality improvement initiative



Ashley V. Fritz^{*} , Gregory J. Mickus, Michael A. Vega, J. Ross Renew and Sorin J. Brull

Results: The use of manometry reduced the incidence of moderate-to-severe postoperative sore throat in the pre- vs. post-intervention groups (35 patients vs 31 patients, $p = 0.045$), moderate to severe hoarseness (30 patients vs 13, patients $p = 0.0001$), and moderate-to-severe dysphagia (13 patients vs 5 patients, $p = 0.03$).

Conclusion: Caring for patients in the perioperative setting frequently entails placement of an airway device. This procedure is associated with several potential complications, including sore throat, coughing, and vocal cord damage. Our quality improvement initiative has shown that intraoperative management of intra-cuff pressure based on manometry is feasible to implement in clinical practice and can reduce postoperative airway complications.

Keywords: Sore throat, Cough, Vocal cord damage, Cuff pressure, Manometry



Preprints are preliminary reports that have not undergone peer review.
They should not be considered conclusive, used to inform clinical practice,
or referenced by the media as validated information.

Endotracheal tube cuff pressure measurement techniques: safety and reliability among patients undergoing general anaesthesia for cesarean section. A prospective randomized comparative study

Sylvanus Kampo

C K Tedam University of Technology and Applied Sciences <https://orcid.org/0000-0002-3002-5124>

Thomas Winsum Anabah

Habana Medical Service

Fidelis Bayor

University of Ghana Medical School: University of Ghana School of Medicine and Dentistry

Alexis D. B. Buunaaim

University for Development Studies School of Medicine

Maite Esquijarosa Hechavarria

University of Health and Allied Sciences

Salia Osman

Tamale Teaching Hospital

Eugene Dogkotenge Kuugbee

C K Tedam University of Technology and Applied Sciences

Juventus B. Ziem

C K Tedam University of Technology and Applied Sciences

Abstract

Objective This study aimed to qualitatively assess and compare some techniques involved in cuff inflation and its corresponding pressure estimations as well as associated complications among patients undergoing general anaesthesia with intubation for cesarean section at the obstetric unit of the Tamale Teaching Hospital. Results Finger palpation of the pilot balloon, predetermined volume of air, and a pressure gauge were used to measure endotracheal tube cuff pressure after intubation. Associated side effects were determined after 24 hours of endotracheal tube extubation. Data for 384 patients were included in the analysis. Cuff pressure measured among patients varied from < 20 -30 cmH₂O for the standard manometer group, 20 to 50 cmH₂O for the predetermined volume of air group and < 20 to < 50 cmH₂O for the finger palpation group. Side effects were recorded in 2.3 % of patients from the standard manometer group, 53.2 % from the predetermined volume of air group and 83.6 % from the finger palpation group. The findings of this study, therefore, suggested that finger palpation of a pilot balloon and a predetermined volume of air methods are prone to cuff over inflation and post-extubation airway complications.

Nwosu et al. *Patient Safety in Surgery* (2022) 16:4
<https://doi.org/10.1186/s13037-021-00311-8>

Patient Safety in Surgery

RESEARCH

Open Access

Knowledge and practice of tracheal tube cuff pressure monitoring: a multicenter survey of anaesthesia and critical care providers in a developing country



Arinze Duke George Nwosu^{1*}, Edmund Ndudi Ossai², Fidelis Anayo Onyekwulu³,
Adaobi Obianuju Amucheazi³, Richard Ewah⁴, Okechukwu Onwuasoigwe⁵ and Irene Akhiden⁶

Conclusion: The use of tracheal cuff manometer is very limited among the care providers surveyed in this study. Knowledge regarding tracheal cuff management among the providers is adjudged to be fair, despite the poor practice and unsafe care.

Keywords: Anaesthesia, Critical care, Surgery, Tracheal cuff manometer, Nigeria

Artigo Original

Lesão de mucosa laringotraqueal e fatores associados após extubação endotraqueal: estudo piloto

Laryngotracheal mucosa injury and associated factors after endotracheal extubation: a pilot study

Aldenora Laísa Paiva de Carvalho Cordeiro¹

Renata Silva²

Carolina Beatriz da Cunha Prado³

Karoline Faria de Oliveira¹

Maria Helena Barbosa¹

Descritores

Fatores de risco; Intubação endotraqueal; Ferimentos e lesões, Mucosa da laringe; Traqueia

Keywords

Risk factors; Intubation, intratracheal; Wounds and injuries; Laryngeal mucosa; Trachea

Submetido

29 de Abril de 2017

Aceito

26 de Junho de 2017

Resumo

Objetivo: Descrever os sinais clínicos de lesão de mucosa laringotraqueal e seus fatores associados.

Métodos: Estudo observacional, longitudinal, em pacientes intubados por ocasião da anestesia geral. Foram realizadas avaliações no pré-operatório, transoperatório, e nas 24, 48 e 72 horas após extubação. Para análise, utilizaram-se estatísticas descritiva e exploratória, e também foi verificada a razão de chances.

Resultados: Dentre os pacientes, 53,3% apresentaram pelo menos um sinal clínico de lesão de mucosa laringotraqueal, sendo predominantes: rouquidão (43,3%), disfagia (40%) e odinofagia (33,3%). Estiveram associados aos seguintes fatores: pressão intra-cuff acima de 25cmH₂O, intubação por mais de 120 minutos e uso de tubos maiores que 7,5mm.

Conclusão: Os sinais clínicos de lesão de mucosa laringotraqueal mais frequentes na população deste estudo foram rouquidão, disfagia e odinofagia, associados à pressão do cuff acima de 25 cmH₂O, seguido do tempo de intubação e tamanho inadequado de tubos endotraqueais.

Abstract

Objective: To describe the clinical signs of laryngotracheal mucosal injuries and associated factors.

Methods: This was an observational longitudinal study conducted with patients intubated due to general anesthesia. Assessment was carried out in the preoperative period, intraoperative period and at 24, 48, and 72 hours after extubation. Descriptive and exploratory statistics were used for analysis, in addition to odds ratio.

Results: 53.3% of the sample presented at least one clinical sign of laryngotracheal mucosal injury, mainly: hoarseness (43.3%), dysphagia (40%), and odynophagia (33.3%). The following factors were associated: intracuff pressure above 25 cmH₂O, intubation longer than 120 minutes, and the use of tubes larger than 7.5mm.

Conclusion: The most common clinical signs of laryngotracheal mucosal injury among the studied population were hoarseness, dysphagia, and odynophagia, associated with cuff pressure above 25 cmH₂O, followed by duration of intubation and inadequate endotracheal tube size.

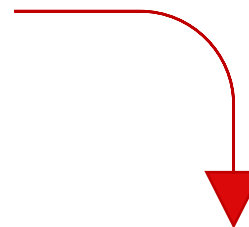
A exposição a pressões inseguras do cuff pode levar a
isquemia em apenas 15 minutos (...)

(Stevens et al., 2020)



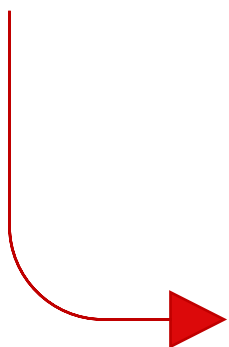
Seegobin e Hassen demonstraram que pressões
excessivas do cuff acima de 30cmH2O diminuíram o
fluxo sanguíneo da mucosa, com cessação quase
completa do fluxo em torno dos 50cmH2O...

(Stevens et al., 2020)



A incidência de **dor de garganta pós-operatória (POST)** foi
relatada como ocorrendo em **17,5–26% dos pacientes pós-
operatórios**, mas alguns estudos relataram incidências tão
altas como **50% (...)**

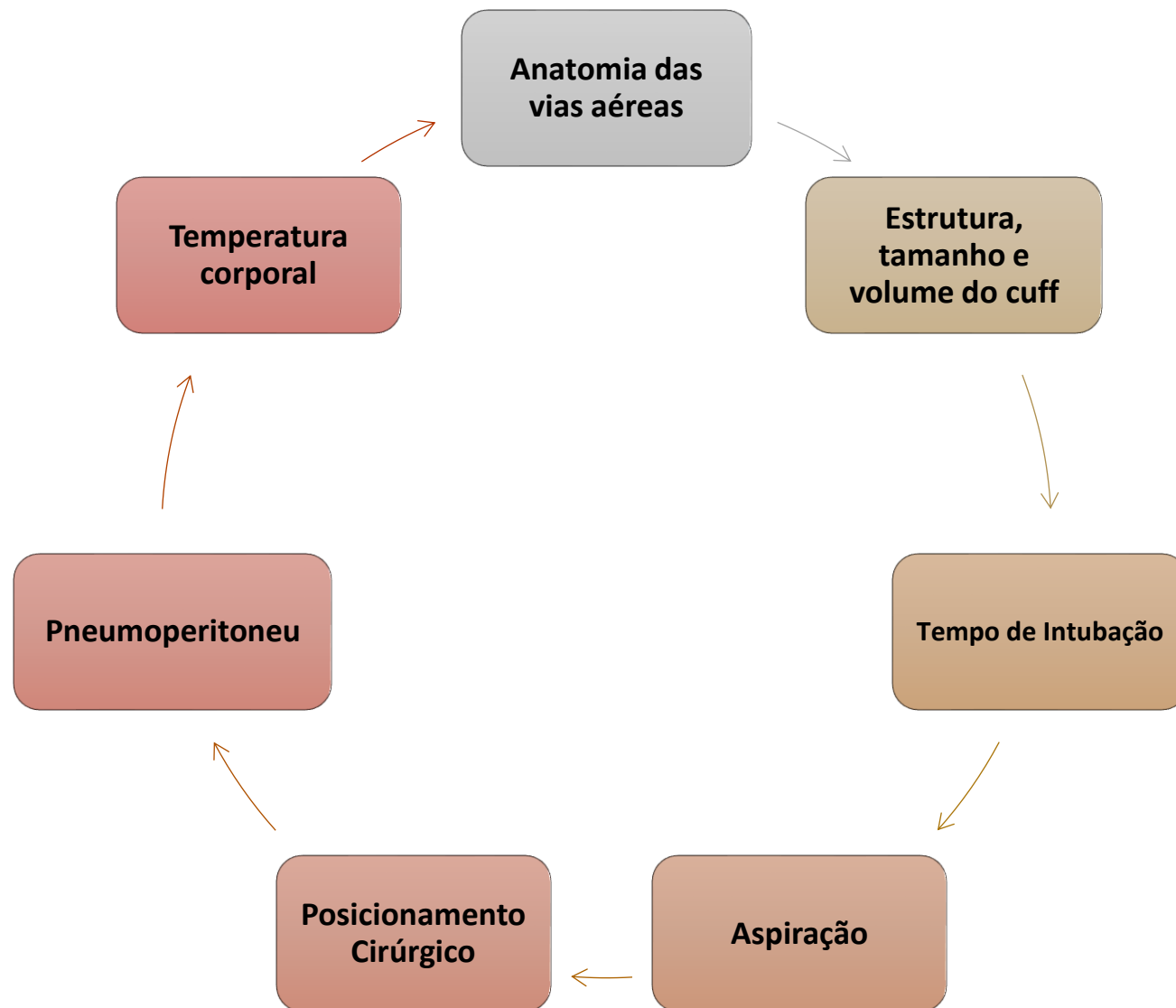
(Fritz et al., 2020)



Valores de Referência

20 – 30 cmH2O

Fatores que provocam alteração da pressão de cuff



Palpação Digital



Experiência Profissional



O “método de palpação digital” é ainda uma técnica amplamente usada para estimar a pressão aplicada no *cuff*.

Estudos demonstram que se trata de uma técnica de avaliação inadequada, pois envolve a avaliação da pressão do *cuff* por meio da sensação tátil, traduzindo resultados subjetivos e propensos a erros:

- Pressões imprecisas
- Insuflação excessiva ou insuficiente do *cuff*
- Aumento do risco de complicações

Palpação Digital



Experiência Profissional



- ✓ Considerando que a entubação endotraqueal pode originar lesões laringotraqueais leves a graves e que podem ser temporárias ou permanentes, a avaliação e monitorização da pressão de cuff deve ser um procedimento implementado de forma consistente.
- ✓ É dever do enfermeiro que cuida da pessoa em situação perioperatória compreender os sinais clínicos e os fatores associados à ocorrência de lesões na mucosa laringotraqueal, no sentido de prestar cuidados preventivos para este tipo de incidente.
- ✓ Recomenda-se a implementação, de forma sistemática, da utilização de dispositivos de avaliação da pressão do *cuff* nos blocos operatórios.
- ✓ Nesta sequência, existe necessidade de formação e treino das equipas de enfermagem, consciencializando para as consequências da pressão excessiva dos cuffs dos tubos endotraqueais.

- Cordeiro, A. L. P. de C., Silva, R., Prado, C. B. da C., Oliveira, K. F. de, & Barbosa, M. H. (2017). Lesão de mucosa laringotraqueal e fatores associados após extubação endotraqueal: estudo piloto. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30, 316–322. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700048>
- Fritz, A. V., Mickus, G. J., Vega, M. A., Renew, J. R., & Brull, S. J. (2020). Detrimental Effects of Filling Laryngotracheal Airways To Excessive Pressure (DEFLATE-P): a quality improvement initiative. *BMC Anesthesiology*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12871-020-00963-6>
- Sylvanus Kampo, Anabah, T. W., Fidelis Bayor, Alexis, Maite Esquijarosa Hechava, Osman, S., Kuugbee, E. D., & Ziem, J. B. (2022). Endotracheal tube cuff pressure measurement techniques: safety and reliability among patients undergoing general anaesthesia for cesarean section. A prospective randomized comparative study. *Research Square (Research Square)*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1447705/v1>
- Vasconcelos, P. K. S., Silveira, L. A. M. da, Filgueira, G. A. da S. A., Martins, L. B., Cavellani, C. L., Novais, A. C. A., & Bisinotto, F. M. B. (2017). *Avaliação da pressão do balonete das sondas de intubação traqueal: resultados obtidos pela técnica da palpação digital e experiência do anestesiologista* (pp. 1–7). Revista Médica de Minas Gerais.
- T.A.L. Renders, S Gijsbrechts, K Bijleveld, & F.H.J. van Loon. (2021). Establishing changes in endotracheal cuff pressure with continuous monitoring in patients undergoing laparoscopic surgery in Trendelenburg position. *Acta Anaesthesiologica Belgica*, 72(2), 93–100. <https://doi.org/10.56126/72.2.6>
- Nwosu, A. D. G., Ossai, E. N., Onyekwulu, F. A., Amucheazi, A. O., Ewah, R., Onwuasoigwe, O., & Akhiden, I. (2022). Knowledge and practice of tracheal tube cuff pressure monitoring: a multicenter survey of anaesthesia and critical care providers in a developing country. *Patient Safety in Surgery*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s13037-021-00311-8>

4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Especialização em Enfermagem à
Pessoa em Situação Perioperatória

Unidade Curricular de Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II

Pressão de *cuff* em entubação endotraqueal

Importância da avaliação e monitorização

Orientação de Professora Doutora Liliana Mota
Tutoria de Enfermeira Especialista Ana Rodrigues

Ana Sofia Ramalho Correia | 2023101014

Vila Real, 28 fevereiro 2025

Anexo III

Papel do enfermeiro perioperatório na prevenção da infeção do local cirúrgico no intraperatório

Ana Sofia Correia¹, Ana Isabel Rodrigues², Liliana Mota³

¹ Mestranda em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

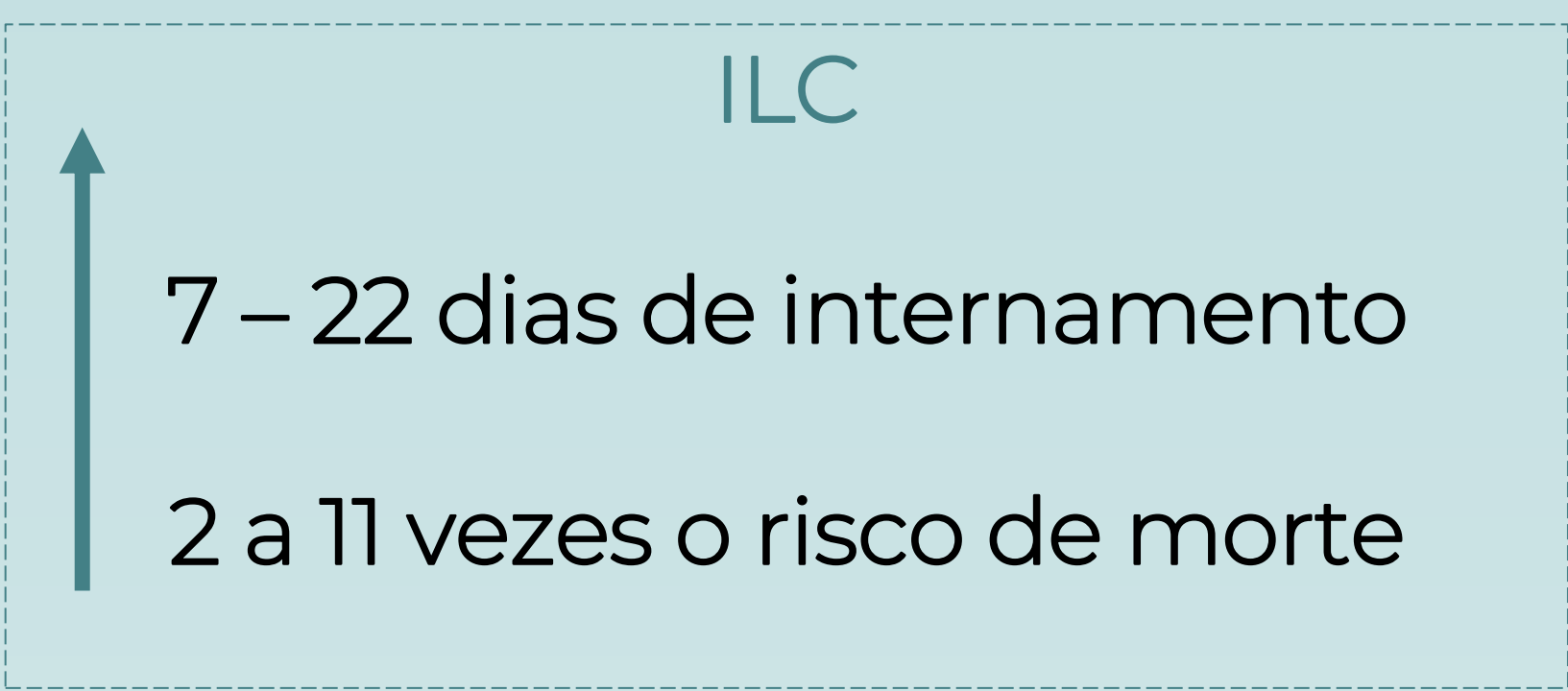
² Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica

³ Docente Mestre e Doutorada no Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória na ESSNorte CVP

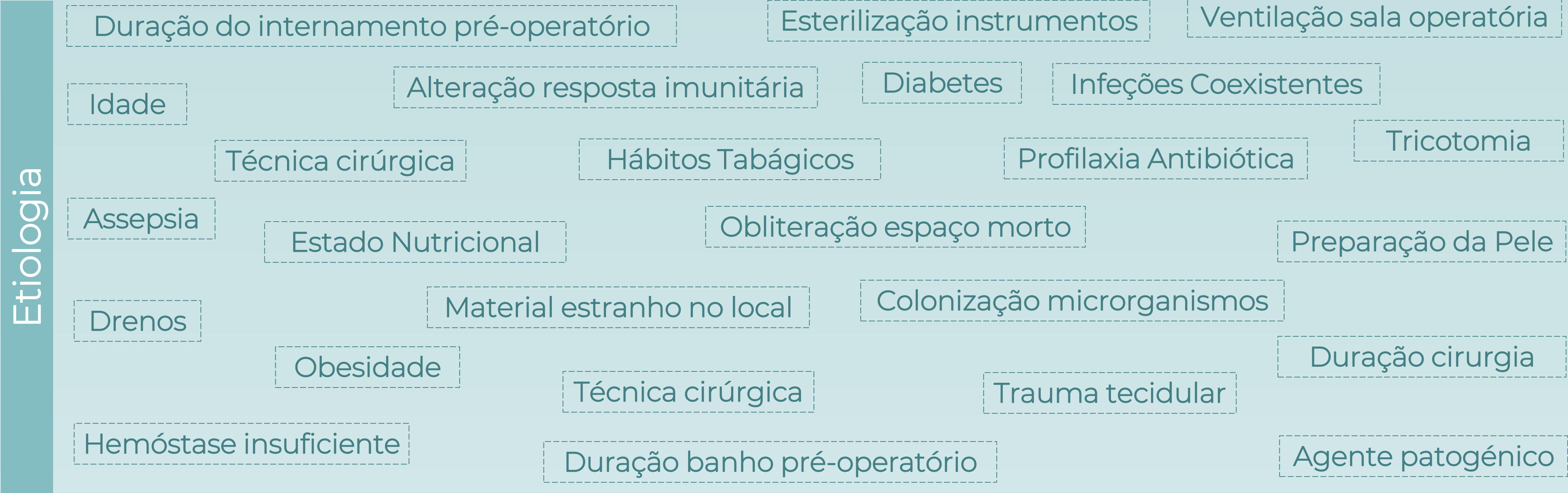


Introdução

A OMS define como infeção do local cirúrgico (ILC) qualquer infeção que surja próxima ou no local da incisão cirúrgica até aos primeiros trinta dias após a intervenção ou, no caso de implantes, até um ano (OMS, 2018). A prevenção da infeção do local cirúrgico deve ser implementada nas três fases do perioperatório e torna-se um foco importante para atenção do enfermeiro especialista que presta cuidados à pessoa em situação perioperatória. Mediante esta preocupação, é **objetivo** deste trabalho sintetizar o estado atual do conhecimento sobre as intervenções de prevenção de infeção do local cirúrgico adotadas pelos enfermeiros especialistas, no bloco operatório.



2018-2020
9 tipos de cirurgia
Portugal → **39 358** casos de ILC



Metodologia

A metodologia inicialmente escolhida foi a realização de uma revisão integrativa da literatura, através da questão de investigação

“Quais são as intervenções de prevenção de infeção do local cirúrgico adotadas pelos enfermeiros no bloco operatório?”.

Utilizando as palavras-chave: enfermagem perioperatória; infeção do local cirúrgico e intervenções de enfermagem a pesquisa foi efetuada nas bases de dados Scielo, CINHALL, Medline, Pubmed e B-on, no entanto, não se conseguiu obter resultados por ainda não haver estudos científicos nesta área. Desta forma, optou-se por realizar uma revisão de literatura cinzenta e resumir a informação importante.

Resultados e Discussão

No que diz respeito à fase intraoperatória é imperativo que se foque a atenção nos seguintes feixes: tricotomia; profilaxia antibiótica cirúrgica; antisepsia da pele e homeostasia do doente, sendo as intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes para a prevenção da infeção do local cirúrgico descritas a seguir.

Tricotomia	✓ Não realizar por rotina (possibilidade de micro lesões – portas de entrada a microrganismos) ✓ Quando absolutamente necessária, deve ser realizada imediatamente antes da intervenção cirúrgica com máquina de corte de uso único	Ferida Limpa Não existe inflamação. Não há entrada no trato respiratório, gastrointestinal, genital ou urinário - não há quebra da técnica assética. São encerradas primeiramente e se necessário utiliza-se drenagem fechada. Inclui feridas traumáticas não penetrantes. Ferida Limpa – Contaminada O trato respiratório, digestivo, genital (incluindo órgãos reprodutores) ou urinário são acedidos sob condições controladas e sem contaminação incomum. Inclui cirurgia que envolva o trato biliar, apêndice, vagina e orofaringe, desde que não exista evidência de infeção ou quebra na técnica assética. Ferida Contaminada Feridas onde houve quebra na técnica assética, derrame maciço do trato gastrointestinal ou incisão inflamada não purulenta. Inclui feridas acidentais, abertas ou recentes. Feria Suja - Infetada Feridas com infeção preexistente, vísceras perfuradas, feridas traumáticas antigas com tecido desvitalizado.
Antibioterapia Profilática Cirúrgica	✓ Administrar e repicar quando houver indicação (Norma nº 031/2013 atualizada em 17/11/2022) ✓ Administrar nos 60 minutos anteriores à incisão cutânea, dose ajustada ao doente ✓ Dose única ou num período máximo de 24 horas ✓ Em cirurgias prolongadas readministrar de acordo com semivida do antibiótico ✓ Se microrganismos multirresistentes no local, ou próximo, é aplicada antibioterapia específica ✓ Registos de: qual o antibiótico, hora e via de administração; hora do reforço; hora de início e hora de fim da cirurgia ✓ Prescrição da responsabilidade do médico cirurgião	
Antissépsia da pele	✓ Imediatamente antes da incisão, usando técnica adequada ✓ Utilizar solução antissética de Clorexidina a 2% em álcool a 70%, exceto quando contraindicado, de acordo com instruções de fabricante ✓ Não existe evidência que pressupõe o uso de selante microbiano ✓ Colocação de campos de forma adequada ✓ Higiene correta das mãos e troca de luvas sempre que haja transição de uma zona de maior grau de contaminação para menor	
Homeostasia do doente	✓ Normotermia – usar sistemas passivos e ativos para manter temperatura corporal ≥36°C ✓ Normoglicemia (≤180 mg/dl) – em doentes com ou sem diabetes ✓ Normovolémia – monitorização, prevenção e vigilância adequadas ✓ Saturação periférica de oxigénio ≥95% ou o mais elevada possível em casos de IR	

Conclusão

A atuação do enfermeiro é fundamental na prevenção de ILC, pois envolve a implementação rigorosa de um feixe de intervenções e a monitorização contínua do doente, garantindo práticas seguras e cuidados meticulosos e de alta qualidade. Torna-se um agente de preservação de rigor em toda a equipa.

Anexo IV



Escola
CRUZ

6º CONGRESSO INTERNACIONAL

IACS2024

CERTIFICADO

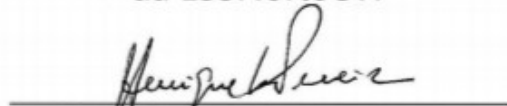
Certifica-se que:

Ana Sofia Correia, Catarina Sá, Isabel Miranda, Margarida Rodrigues

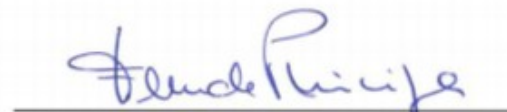
Apresentaram o É-Poster “**Importância da normotermia na prevenção da infeção na pessoa em situação perioperatória**” no **6º Congresso Internacional IACS 2024: Desafios e Inovação em Controlo de Infeção**, realizado nos dias 24 e 25 de outubro de 2024, no auditório do Europarque, em Santa Maria da Feira, 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).

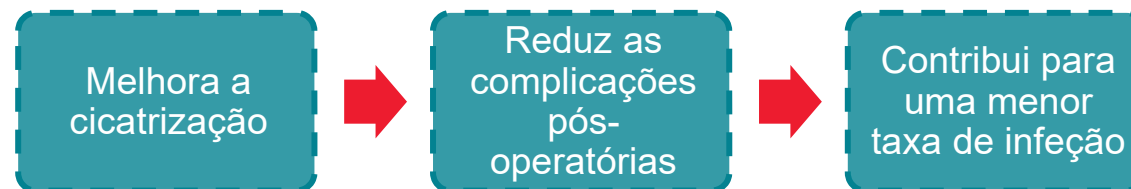
Resultados e Discussão de Resultados (cont.)

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 V



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

LUISA 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 VI

I CONGRESSO ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA ULS EDV

Certificado de Apresentação

Certifica-se que o trabalho científico intitulado:

Desperdício no bloco operatório contributo dos enfermeiros

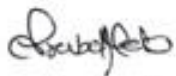
Foi apresentado em formato de: **É-POSTER** no I Congresso de Enfermagem Perioperatória ULS EDV, que decorreu nos dias 29 e 30 de novembro de 2024, no Auditório do Europarque.

1º Autor: **Ana Pires**

Coautores: Elsa Nunes; Isabel Miranda; Luísa Ferreira; Sofia Correia

Santa Maria da Feira, 30 de novembro de 2024

Presidentes da Comissão Organizadora



Isabel Melo



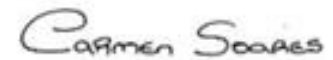
André Marques



Presidentes da Comissão Científica



Carla Reis



Cármén Soares

Desperdício no Bloco Operatório Contributo dos Enfermeiros

Autores: Ana Pires¹

Co-autores: Elsa Nunes¹, Isabel Miranda², Luísa Ferreira³, Sofia Correia⁴

1: Mestradas EMCEEPSP da ESSNorteCVP, Enfermeiras ULS Gaia/Espinho; 2, 3: Professoras adjuntas da ESSNorteCVP, Enfermeiras Especialistas na ULS Gaia/Espinho e no Hospital da Luz de Coimbra, respetivamente 4: Mestranda EMCEEPSP da ESSNorteCVP, Enfermeira ULSTMD

I CONGRESSO ENFERMAGEM
PERIOPERATÓRIA



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ENTRE DOURO E VOUGA

Introdução

A OMS enfatiza a responsabilidade das instituições em tornar a prestação de cuidados mais sustentável. As salas operatórias são responsáveis pela produção de 20 a 70% do total de resíduos produzidos em hospitais. Uma parte desses resíduos correspondem a materiais de uso único abertos mas não utilizados. Estima-se ainda, que entre os resíduos descartados como risco biológico, apenas 1 a 2% precisariam efetivamente de ser descartados como tal.

Neste sentido, consideramos pertinente demonstrar de que forma podemos contribuir para a redução desse desperdício e, consequentemente, para a redução de custos hospitalares.

Objetivo

Evidenciar o contributo dos enfermeiros na redução do desperdício no Bloco Operatório

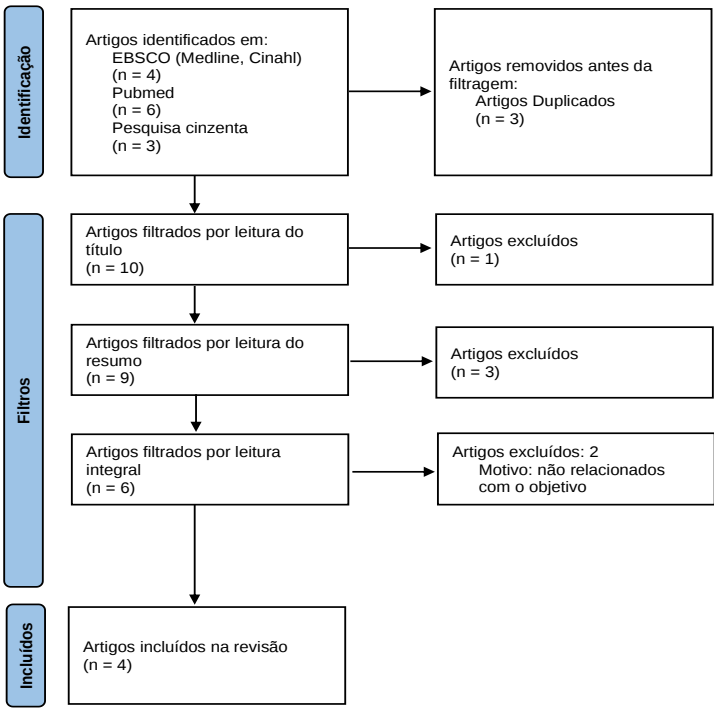
Metodologia

Realizámos uma Revisão Integrativa da literatura, recorrendo a pesquisa em bases de dados (Ebsco, Pubmed) utilizando termos Mesh (“Operating Room” AND “Disposable Equipment” AND “Medical Waste disposal” AND “WASTE”) e pesquisa em literatura cinzenta.

Utilizamos como critérios de inclusão apenas artigos em português e inglês, com resumo e texto integral de acesso livre, publicados entre 2018 e 2024. Os critérios de exclusão foram artigos cujo objeto de estudo não fosse relativo a dispositivos médicos de uso único.

Foram encontrados 13 artigos, excluídos 3 artigos duplicados e 6 pela leitura do título, resumo e integral, conforme o fluxograma apresentado.

Identificação dos estudos com recurso a bases de dados



Resultados/Discussão

Segundo Tayracc R et al., as causas de desperdício mais frequentes são: antecipação das necessidades do cirurgião, erros assépticos, conforto, escolha errada de materiais, materiais inadequados ou defeituosos, pedidos do cirurgião e erros de distração.

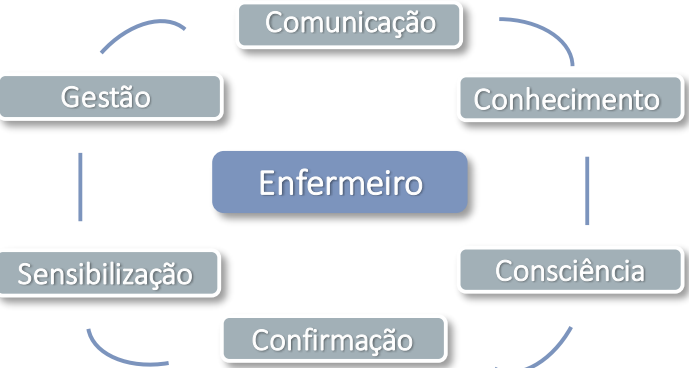
De acordo com Elizabeth et al.,(2019) os maiores desperdícios de material aberto erradamente ocorrem mais frequentemente quanto menos familiarizada se encontra a equipa cirúrgica e quanto mais complexo é o procedimento. Nolan A. Denny et al., (2019) defende que apesar de se tentar definir um plano individual adequado a cada doente, esses planos podem mudar múltiplas vezes antes do início do procedimento, indicando que a preparação do material não deve incluir a sua abertura antes da validação desse mesmo plano.

Dalibel Bravo et al., (2022) sugere a realização de briefings pré operatórios eficazes a fim de identificar o material que é necessário, para cada caso. Aponta, ainda, que trabalhar consistentemente com a mesma equipa cirúrgica e armazenar os dispositivos em locais estratégicos são igualmente estratégias para reduzir os desperdícios.

Conclusão

O impulso primordial para a redução do desperdício é o desenvolvimento de consciência. O enfermeiro perioperatório, através da sua posição, tem um papel ativo na implementação de estratégias que permitam reduzir o desperdício, os custos associados à prestação de cuidados e, consequentemente, a pegada ecológica da instituição.

Numa perspetiva futura, os sistemas de saúde poderão tomar como exemplo comprovativo do valor das intervenções educativas, estes e outros estudos semelhantes para diminuir os custos dos cuidados de saúde.



Anexo VII

	INSTRUÇÃO DE TRABALHO	
	XXXXXXXXX	

1. Objetivo

Descrever a metodologia TALK© com a finalidade de incentivar a sua implementação.

2. Âmbito

Bloco Operatório Central –

3. Conceitos, Siglas e Abreviaturas

TALK© - *Target, Analysis, Learning Points, Key-actions*

4. Referências

TALK Foundation | talkdebrief. (2020). Talkdebrief. <https://www.talkdebrief.org/talk-foundation>. e www.talkdebrief.org

Cerón-Apipilhuasco, A., Loría-Castellanos, J., Mendoza-Carrillo, J. R., Luna-Jiménez, T. L., Pérez-Giráldez, A. S., Minian-Okon, J., & Bueno-Muñoz, N. (2024). TALK© debriefing como herramienta para mejorar el trabajo en equipo en los servicios de urgencias. *Anales Médicos de La Asociación Médica Del Centro Médico ABC*, 69(1). <https://doi.org/10.24875/amh.m24000047>

Díaz-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>

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

Díaz-Navarro, C., Leon-Castelao, E., Hadfield, A., Pierce, S., & Szyld, D. (2021). Clinical debriefing: TALK© to learn and improve together in healthcare environments. *Trends in Anaesthesia and Critical Care*, 40(40), 4–8. <https://doi.org/10.1016/j.tacc.2021.07.004>

Elaborado por:	Revisto por:	Aprovado em CA:	Data:	Nº de pág.
				1/7

5. Descrição

A evidência tem demonstrado que uma comunicação eficaz e o trabalho em equipa acarretam um impacto significativo na redução de erros, aperfeiçoando a qualidade dos cuidados prestados. Entre as estratégias necessárias para uma comunicação eficaz, destacam-se principalmente a educação com enfoque multidisciplinar e abordagens desenvolvidas em ambientes de simulação ou mesmo em área clínica, como o *debriefing*. A realização de *debriefings*, uma ferramenta especialmente valorizada na área da saúde, permite às equipas refletir sobre as suas ações e tornar a sua prática cada vez melhor. Ainda assim, a sua implementação enfrenta alguns desafios diretamente relacionados com tempo e com treino. Por outro lado, e à semelhança do contexto militar e da aviação, na saúde, o trabalho em equipa revela-se essencial, uma vez que enfrenta situações que evoluem rapidamente exigindo uma resposta rápida, eficaz e coordenada. Esta perspectiva da importância da comunicação e da colaboração em equipa acentuou a necessidade de desenvolver ferramentas de comunicação adequadas que impulsionem não só o crescimento individual, mas também da equipa como um todo e do local de trabalho.

Neste contexto, surge o TALK©, uma metodologia standardizada, desenhada para criar um ambiente que permite às equipas de saúde identificar aspetos positivos e aspetos a melhorar em determinada situação, debatendo, de uma forma simples e efetiva sobre que solução executar. A sua implementação permite uma grande progressão da performance da equipa, nomeadamente em contextos críticos e urgentes, para além de melhorar significativamente a qualidade dos cuidados prestados e do sistema de trabalho (Cerón-Apipilhuasco et al., 2024).

Um estudo levado a cabo por Diaz-Navarro et al. (2024) demonstra que a disseminação do treino em *debriefing* clínico multiprofissional utilizando a abordagem TALK© é viável e facilmente escalável. No entanto, o *debriefing* após situações clínicas complexas envolvendo conflitos interpessoais ou após eventos adversos graves requer habilidades e conhecimentos que não são consideradas por esta abordagem.

O *debriefing* em ambiente de bloco operatório traz benefícios em mortalidade, eficiência, produtividade e cultura de segurança; no entanto, ainda não é realizado regularmente (Diaz-Navarro, Iago Enjo-Perez, et al., 2024). Os autores Diaz-Navarro, Iago Enjo-Perez, et al. (2024) concluíram, num estudo realizado durante 18 meses num hospital britânico, que a introdução do TALK© para *debriefing* voluntário em contexto de bloco operatório provocou mudanças significativas no comportamento da equipa e um crescimento sustentado em relação à consideração e à realização do *debriefing*.

	INSTRUÇÃO DE TRABALHO	IT.XX.YY
	XXXXXXXXX	

A estrutura deste método foi projetada em 2014 e possuiu direitos autorais da equipa de desenvolvimento, Drs. C Diaz-Navarro, A Hadfield e S Pierce, sendo todos os três membros fundadores da TALK© *Foundation*. Apresenta o grande propósito de promover a segurança do paciente e uma cultura de diálogo solidária, e aumentar a eficiência, orientando as equipas a realizar *debriefings* curtos, estruturados e baseados em soluções após eventos de aprendizagem no dia a dia. Os elementos principais que permitem essa evolução prendem-se com a identificação precoce de erros do sistema e potenciais eventos adversos, nomeadamente, reconhecimento e incentivo de estratégias e comportamentos bem-sucedidos e melhoria da comunicação a nível profissional.

Valores

Os princípios fundamentais que assentam neste método, incentivam as equipas a partilhar reflexões de forma significativa, inclusiva, construtiva e sem julgamentos, com o objetivo de aprender continuamente com a experiência, melhorando os cuidados prestados. Deste modo, os valores intrínsecos à sua aplicação são:

- Positividade: devem ser destacadas estratégias e comportamentos positivos que foram demonstrados por outros membros da equipa, para que possam ser repetidos. Por exemplo: *“posicionar o braço dessa forma funciona muito bem para este procedimento cirúrgico”* ou *“quando se apercebeu que o paciente parecia muito pálido, percebi que ele poderia estar a sangrar”*. Da mesma forma, são desaconselhados comentários negativos, como *“não trouxe aquele equipamento”* e, em vez disso, escolher expressões neutras durante a conversa, como *“esse equipamento não estava disponível quando necessário, como podemos organizar-nos de forma diferente para garantir que isso não aconteça novamente?”*
- Foco em encontrar soluções: em vez de encontrar culpados. Em vez de afirmações como *“esqueceu-se de confirmar a medicação”*, preferir *“esta medicação não foi confirmada. Vamos considerar o que contribuiu para e como prevenir numa próxima vez”*.
- Comunicação profissional e respeitosa: incentivar em todos os momentos, o respeito e a valorização da contribuição da perspectiva de todos os membros da equipa, independentemente da sua formação. Através deste tipo de abordagem, é possível gerar um ambiente no qual todos se sentem capazes de contribuir e expressar as suas opiniões.

Elaborado por:	Revisto por:	Aprovado em CA:	Data:	Nº de pág.
				3/7

	INSTRUÇÃO DE TRABALHO	IT.XX.YY
	XXXXXXXXXX	

- Passo a passo: inicialmente, recomenda-se que as equipas identifiquem sucessos cotidianos que podem ser replicados ou pequenos problemas que podem ser facilmente resolvidos por meio de uma intervenção, como mudanças no tempo ou na alocação de tarefas. Quando situações de maior complexidade forem identificadas, a equipa deve ser encorajada ativamente de forma a realizar mudanças e a esforçar-se, fazendo parte da solução. Um membro escolhido entre a equipa deve assumir a responsabilidade de acompanhar cada iniciativa e garantir que os resultados sejam alcançados.

Estrutura para Implementação - Como atuar?

Após um evento clínico, a equipa deve reunir-se para realizar uma conversa de aprendizagem estruturada, de forma positiva e não ameaçadora. O grande objetivo será rever o evento, enfatizando comportamentos bem-sucedidos e identificando áreas onde a equipa pode melhorar o seu desempenho. Posteriormente, são identificadas ações-chave, e os membros da equipa assumem responsabilidade de garantir que sejam executadas, melhorando a segurança do doente.

Na prática, TALK© consiste em 4 etapas que visam garantir que através de uma conversa aprendem com experiências e concordam com responsabilidades num ambiente positivo, que contribui para a melhoria contínua e bem-estar.

1. **Objetivo (T - Target)**: identificar o foco da discussão, sendo o mais específico possível. Os membros da equipa partilham a sua perspectiva e concordam com o que é importante discutir. - *“O que devemos discutir para melhorar os cuidados ao doente?”*
2. **Análise (A – Analysis)**: explorar o objetivo estabelecido, em particular como replicar os resultados bem-sucedidos ou identificar áreas a melhorar. Importante propor planos de melhoria. - *“Isto correu muito bem, como podemos repetir?”*; - *“Este aspeto foi desafiante, como podemos melhorar?”*
3. **Pontos de Aprendizagem (L - Learning Points)**: novas ideias que surgem durante a experiência clínica ou durante a conversa reflexiva. - *“O que é que a equipa pode aprender com esta experiência?”*; - *“O que aprendemos durante a conversa reflexiva?”*
4. **Ações-Chave (K – Key Actions)**: a equipa pensa em soluções práticas e assumem responsabilidades de execução e seguimento de normas. - *“O que vamos fazer?”*; *“Quem irá realizar a tarefa?”*; *“Como faremos o seguimento?”*

Elaborado por:	Revisto por:	Aprovado em CA:	Data:	Nº de pág.
				4/7

	INSTRUÇÃO DE TRABALHO	IT.XX.YY
	XXXXXXXXX	

Recomendações

- ❖ Da equipa faz parte todo o pessoal clínico e não clínico que trabalham com um objetivo comum, em diversos contextos-
- ❖ Pode ser implementada em diversos contextos como agudos, crónicos, pré-hospitalares e comunitários.
- ❖ A conversa deve, idealmente, ter lugar num espaço privado e calmo.
- ❖ Todos os membros da equipa envolvidos na experiência devem estar presentes sempre que possível e de forma voluntária.
- ❖ A contribuição de todos deve ser valorizada, independentemente do nível de experiência e/ou formação.
- ❖ Qualquer membro da equipa pode iniciar um TALK© *debriefing*, mas deve ser guiada por alguém com familiaridade com a ferramenta.
- ❖ Não deve alongar-se para além dos 10 minutos.
- ❖ Pode ser realizada imediatamente após o caso clínico ou oportunamente, dependendo das circunstâncias e da urgência da situação.
- ❖ Se a situação vivenciada for emocionalmente complexa, a equipa deve considerar a organização de uma sessão de *debriefing* separada, com tempo adequado e apoiada por um facilitador experiente, psicólogo ou especialista em *debriefing* de incidentes críticos.
- ❖ Pode ser utilizada em circunstâncias pré-acordadas ou espontaneamente, por exemplo, quando membros da equipa são expostos a novas experiências clínicas, quando um novo protocolo é introduzido, após bons resultados em situações clínicas difíceis ou após incidentes graves ou indesejados.
- ❖ Priorizar a prestação de cuidados ao doente é a consideração mais importante numa ação TALK©.
- ❖ Crucial ser realizada de forma construtiva e sem julgamentos. Evitar comentários e comportamentos negativos. Deve ser uma experiência positiva, em vez de apontar culpas.
- ❖ Foco em encontrar soluções!

Elaborado por:	Revisto por:	Aprovado em CA:	Data:	Nº de pág.
				5/7

	INSTRUÇÃO DE TRABALHO	IT.XX.YY
	XXXXXXXXX	

Apesar da diversidade de metodologias de *debriefing* já existentes, o modelo TALK© destaca-se como uma estratégia altamente eficaz e de fácil implementação em ambientes clínicos exigentes, como é evidente em contexto de bloco operatório. A simplicidade da sua aplicação torna a sua aprendizagem fácil, que juntamente com a abordagem direta e concisa, torna-a uma ferramenta especialmente flexível e acessível. Além disso, a sua estrutura não hierárquica e livre de culpabilização permite que qualquer membro da equipa multidisciplinar possa liderar uma sessão de TALK© *debriefing* (Cerón-Apipilhuasco et al., 2024).

Por meio da quarta etapa, a reflexão transforma-se em ação. A autonomia individual e a responsabilidade criam propósito e comprometimento, impactando positivamente a moral da equipa e aumenta a resiliência. Além disso, traduzir conversas em resultados práticos agrega valor ao tempo investido na reflexão compartilhada.

Elaborado por:	Revisto por:	Aprovado em CA:	Data:	Nº de pág.
				6/7

	INSTRUÇÃO DE TRABALHO	IT.XX.YY
	XXXXXXXXX	

6. Anexos

TALK© Cartão

T
Passo 1: Target - Objetivo
O que podemos discutir para melhorar os cuidados prestados aos doentes?
Partilhe a sua perspetiva e identifique um evento a analisar, da forma mais concreta e específica possível.



A
Passo 2: Analysis - Análise
Analise o seu objetivo e, se apropriado, considere:
1. O que contribuiu para que essa situação tenha ocorrido?
2. Como podemos repetir o que fizemos bem?
3. Que coisas podemos melhorar?

L
Passo 3: Learning Points - Pontos de aprendizagem
O que aprendemos com esta conversa?

K
Passo 4: Key Actions - Ações chave
Chegue a um acordo sobre soluções práticas e distribua responsabilidades para melhorar a segurança do doente.
O que fará cada um? Quem fará / como será feito o acompanhamento?

Valores



Atitude construtiva e sem julgamentos.

Positividade, destacando comportamentos positivos. Utilizando frases neutras e evitando comentários negativos.

Procurando soluções aplicáveis, em vez de culpados.

Passo a passo: identificando pequenos objetivos alcançáveis e fazendo acompanhamento.

Comunicação respeitosa, valorizando a contribuição de todos.



This project has received funding from the European Union's Horizon 2020 research and innovation programme under grant agreement No 734753

www.talkdebrief.org








Elaborado por:	Revisto por:	Aprovado em CA:	Data:	Nº de pág.
				7/7

Anexo VIII



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

certifica-se que **ANA SOFIA RAMALHO CORREIA**, com o NIF 267168551, foi autor(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 bibliometria 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.

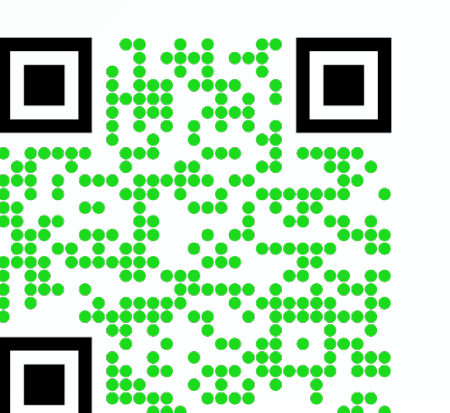
Em menos de **2 meses** a equipa passou a executar **50%** dos seus registos em formato eletrónico e estima-se que ao fim dos **6 meses** esta tenha alcançado uma taxa de **80%**.

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 IX

Competência Emocional dos enfermeiros que cuidam da pessoa em situação perioperatória

Ana Sofia Ramalho Correia¹, Liliana Andreia Neves da Mota²

¹ Aluna MEMCAEEPSP da Escola Superior Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

² Departamento de Enfermagem, Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa/CINTESIS@RISE, Oliveira de Azeméis, Portugal

Resumo

Objetivo: Identificar competência emocional nos enfermeiros que prestam cuidados à pessoa em situação perioperatória. *Desenho do estudo:* Natureza descritiva, quantitativa e transversal. *Metodologia:* A recolha de dados foi realizada através de um questionário composto por duas partes: a primeira referente à caracterização sociodemográfica e profissional e a segunda correspondendo à aplicação da Escala Veiga Branco de Competência Emocional. Esta escala avalia cinco dimensões da competência emocional. Participaram 159 enfermeiros, selecionados por amostragem não probabilística por conveniência. *Resultados:* Os enfermeiros apresentaram, de forma geral, um perfil de competência emocional moderado. A dimensão com maior média foi a empatia, sugerindo uma forte identificação com esta capacidade. Por outro lado, a automotivação registou a média mais baixa, apontando para possíveis fragilidades na perceção da motivação pessoal. A maioria dos fatores situou-se entre os perfis baixo e moderado, sendo que a dimensão “perceção de si mesmo” revelou tendência para um perfil elevado. *Conclusão:* Competência emocional revela-se um recurso fundamental para a prática profissional do enfermeiro que cuida da pessoa em situação perioperatória. Apesar dos níveis moderados observados, destaca-se a importância de investir em estratégias formativas contínuas que promovam o desenvolvimento destas competências, contribuindo para cuidados mais eficazes, humanizados e centrados na pessoa.

Palavras-chave: Enfermagem perioperatória; competência emocional

Introdução

As emoções são condições psicológicas particulares originadas por alterações neurofisiológicas relacionadas com sentimentos, pensamentos e reações comportamentais. A interação entre emoções e cognição tem sido tema de pesquisa. As emoções podem ser evocadas reflexivamente por estímulos físicos simples, mas também podem ser reações complexas que envolvem reações cognitivas, fisiológicas e comportamentais (Stanojlovic et al., 2021).

Consequentemente, nas últimas décadas, o conceito de inteligência emocional, tem sido amplamente estudado pelas ciências sociais e citado em inúmeros artigos e livros. Ainda assim, e considerando todas

as vantagens desta habilidade, existe inconsistência sobre o seu entendimento e da diferença entre o significado de competência emocional (CE). Goleman (2020) define a inteligência emocional como a capacidade de reconhecer e gerir as próprias emoções e as dos outros. Ainda assim, importa esclarecer que, os conceitos de “competência emocional” e inteligência emocional” representam construtos distintos, embora que nasçam de uma relação simbiótica. Encontram-se interligados de forma mútua e complementar, de maneira que um depende do outro para ter forma ou para alcançar o seu pleno potencial, não apenas coexistindo, mas também influenciando-se e fortalecendo-se (Marin et al., 2017). Competência emocional, originalmente, pode entender-se como “... *the demonstration of self-efficacy in emotion-eliciting social transactions*” (Saarni, 1999, p.3), em que autoeficácia significa que o indivíduo acredita que possui confiança e habilidades para alcançar um resultado esperado. Isto é, engloba um conjunto de competências que permitem aos indivíduos enfrentar de forma eficaz experiências emocionais e interações sociais. Dá importância à capacidade funcional para atingir objetivos pessoais após a vivência de experiências que suscitam emoções, destacando a interação entre consciência emocional e contexto social. Veio, desta forma, influenciar aquilo que seria a compreensão das competências sociais em diversos contextos, nomeadamente nas interações sociais e na psicologia do desenvolvimento. A autora identificou como componente chave da competência emocional 8 habilidades interdependentes cruciais para a autoeficácia e relações interpessoais: consciência do estado emocional, habilidade de identificar emoções nos outros, vocabulário emocional, capacidade de empatia e envolvimento simpático, diferenciação entre estado emocional interno e expressão externa, estratégias adaptativas de coping, compreensão do papel das emoções nas relações e autoeficácia emocional (Saarni, 1999).

Para Veiga Branco (2004) “Saber dizer não é possuir a habilidade de sair elegantemente de situações irritantes, saturantes ou de conflito” (p. 49). A autora, afirma ainda, que esta capacidade demonstra um conjunto de características inerentes da personalidade, essenciais não só na formação em si e nos outros, mas também na validação da estruturação do próprio comportamento. Desta forma, justifica-se a necessidade de estudar o conceito de competência emocional (Veiga Branco, 2004).

Em termos operacionais, as dimensões da competência emocional são: autoconsciência, gestão de emoções, automotivação, empatia e gestão emocional em grupo. A primeira dimensão - autoconsciência - surge de uma autoconsciência do corpo, originada por um diálogo contínuo entre o corpo e os sistemas somatossensoriais, onde os mapas mentais são constantemente criados e atualizados de maneira gradual e iminente. A gestão das emoções, apesar da difícil conceptualização, pode entender-se como o processo de monitorização e reconhecimento dos sinais e mudanças no corpo, assim como a interação consciente da pessoa com o processo. A automotivação está relacionada ao reconhecimento de elementos fundamentais da energia que impulsionam determinada atitude ou continuidade de determinado comportamento. A habilidade de reconhecer e expressar os próprios estados mentais é o que possibilitará o entendimento inferencial do estado mental de outras pessoas – empatia. Por fim, a gestão de emoções em grupos surge de uma empatia abrangente, onde a percepção das expressões emocionais

alheias é assimilada, e seus impactos em nós provocam emoções e sentimentos que conseguimos expressar por meio de uma resposta comportamental. Isto ocorre dentro de uma estrutura intelectual que nos mantém sob controle, permitindo-nos, por sua vez, transmitir essas emoções aos outros (Branco et al., 2023).

Um de cabo por Ribeiro et.al. (2023), identificou que as emoções representam enorme responsabilidade no seu desenvolvimento pessoal, assim como, no profissional e ainda na prestação de cuidados que realizam. Sousa et.al. (2023), identificaram como estratégias comportamentais utilizadas por enfermeiros (que utilizam a inteligência emocional) na área do cuidado ao doente crítica, a partilha de emoções entre colegas, a gestão do tempo para discutir situações existentes durante o horário de trabalho e a capacidade de autocontrole emocional, adaptação e estabelecimento de relação com o doente.

Gomes et al. (2024), num estudo com estudantes de enfermagem concluíram que existe dificuldade em gerir emoções, algo que influencia a comunicação e a interação nos cuidados prestados às pessoas. Finalizaram, colocando em consideração que o treino em educação emocional deve ser repensado ao longo de todo o processo de formação enquanto profissionais de saúde (Gomes et al., 2024).

Neste contexto, os enfermeiros desempenham um papel crucial não só nos cuidados técnicos, mas também no apoio emocional ao paciente, ajudando a minimizar fatores que não sejam facilitadores da transição saúde/doença, nomeadamente num mundo tecnologicamente crescente, em que se destaca uma relação positiva entre a inteligência emocional como traço e as atitudes em relação à competência digital (Audrin & Audrin, 2023).

Desta forma, competência emocional é um tema de crescente relevância na área da enfermagem, considerando a natureza do exercício dos enfermeiros, que envolve o cuidado a pessoas em situações de vulnerabilidade física e emocional. A literatura existente sobre o assunto destaca a importância das habilidades emocionais para a eficácia profissional desses profissionais de saúde. E, embora o papel da inteligência emocional em enfermagem seja amplamente reconhecido, e já se tenham desenvolvido estudos em áreas como doente crítico, doente mental, saúde comunitária, há, ainda, escassez de estudos e dados específicos sobre a sua aplicação em ambientes perioperatórios. A pertinência deste estudo é justificada pela complexidade e intensidade emocional das situações enfrentadas pela pessoa em situação perioperatória.

A grande contribuição deste estudo, passa por ampliar a consideração do papel da competência emocional na enfermagem perioperatória. Espera-se, então, aprimorar a prática de enfermagem, demonstrando que ao lidar com desafios emocionais pessoais, resultarão melhores cuidados prestados e maior satisfação tanto para a pessoa em situação perioperatória como para os profissionais envolvidos.

Objetivo

Identificar competência emocional nos enfermeiros que prestam cuidados à pessoa em situação perioperatória.

Método

Tipo de Investigação

Natureza descritiva, quantitativa e transversal, uma vez que o objetivo é identificar competências emocionais num determinado tempo, com a aplicação de um instrumento padronizado para colher dados.

Amostra

A técnica de amostragem utilizada foi não probabilística, por conveniência, uma vez que será baseada numa participação voluntária, sem custos para os participantes e sem conflitos de interesse, onde os enfermeiros foram recrutados através de redes sociais, correio eletrónico e partilha entre pares. Consistiu em enfermeiros que prestam cuidados à pessoa em situação perioperatória.

Critérios de inclusão: enfermeiros portugueses que prestam cuidados em pessoas em situação perioperatória. Foram analisadas 159 respostas.

Colheita de dados

A colheita de dados foi realizada entre o dia 1 e o dia 31 de janeiro de 2025, através da realização de um questionário online. Na primeira parte foi realizada uma caracterização sociodemográfica e profissional composta por questões como: idade, género, região do país, grau académico, categoria de enfermagem, área de especialização, local onde exerce funções, áreas de atuação, anos de profissão de enfermagem, anos de especialidade e anos de funções em ambiente perioperatório.

A segunda parte inclui a aplicação de um instrumento, a "Escala Veiga Branco das Capacidades da Inteligência Emocional" (1997 a 2009), que por razões conceptuais e fonéticas, a partir de 2010, passou a ser identificado como: "Escala Veiga de Competência Emocional" em que todas as subescalas apresentam um Alfa de *Cronbach* acima de 0,60. Foi utilizada a versão original de 86 itens composta por cinco subescalas que correspondem a uma capacidade específica da inteligência emocional: autoconsciência - 20 itens (reconhecer e compreender as próprias emoções); gestão de emoções - 19 itens (gerir e regular as próprias emoções de forma adequada); automotivação - 21 itens (direcionar emoções para alcançar objetivos); empatia - 12 itens (compreender as emoções dos outros) e gestão de emoções em grupo - 14 itens (gerir relacionamentos interpessoais de forma eficaz). Todos os itens são classificados como variáveis ordinais e forma operacionalizados através de uma escala de frequência tipo *Likert*, variando de 1 a 7, em que 1 corresponde a "nunca", 2 a "raramente", 3 a "pouco frequente", 4 a "por norma", 5 a "frequente", 6 a "muito frequentemente" e 7 a "sempre", permitindo aos participantes indicar a frequência com que experienciam as situações descritas.

Análise de dados

A análise de dados incluiu o uso de estatística descritiva e inferencial e foi realizada com o software SPSS- Statistical Package for the Social Sciences, versão 27. Do ponto de vista da análise estatística descritiva, a psicomетria do Instrumento de Recolha de Dados estabelece que o ponto de corte é 4. Para

avaliar o perfil de Competência Emocional são definidos três níveis: baixo (valores entre 1 e 3,49), moderado (entre 3,50 e 5,45) e alto (entre 5,46 e 7).

Resultados

A caracterização sociodemográfica e profissional da amostra encontra-se na tabela 1. O número total de participantes é 159, em que a maioria são enfermeiras. A amostra considera-se diversificada uma vez que existem diferentes categorias profissionais. A experiência profissional dos enfermeiros é, em média, de 22, 65 anos. Existe também uma variedade de locais onde os enfermeiros que cuidam da pessoa em situação perioperatória exercem funções.

Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica e Profissional dos participantes (n=159)

Variável		N (%)	
Gênero	feminino	141 (88,7)	
	masculino	18 (11,3)	
Região do País onde reside	norte	96 (60,4)	
	centro	43 (27,0)	
	sul	20 (12,6)	
Categoria de Enfermagem	enfermeiro	102 (64,2)	
	enfermeiro especialista	53 (33,3)	
	enfermeiro gestor	4 (2,5)	
Local onde exerce funções			
BO Central (BOC)		105 (66,0)	
BOC, BO Especialidade (BOE)		2 (1,3)	
Unidade Cirurgia Ambulatório (UCA)		10 (6,3)	
BOC, UCA, Unidade Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA)		1 (6,6)	
BOC, BOE, UCA, UCPA		2 (1,3)	
BOC, BOE, UCPA		2 (1,3)	
BOC, UCA		2 (1,3)	
BOC, UCPA		13 (8,2)	
BOE		14 (8,8)	
BOE, UCPA		1 (0,6)	
Consulta de Enfermagem Perioperatória (CEP)		4 (2,5)	
UCA, CEP		1 (0,6)	
UCA, UCPA, CEP		2 (1,3)	
		Média (SD)	(Min - Máx)
Idade, anos	n=157	45,9 (8,4)	25 - 64
Anos de Profissão	n=155	22,65 (8,6)	1 - 39
Anos de especialidade	n=83	6,73 (7,9)	0 - 36
Anos de funções BO	n=159	17,65 (9,1)	0 – 36

Na tabela 2 está contemplada a distribuição das capacidades que compõem a competência emocional.

Tabela 2 - Distribuição das capacidades e fatores da competência emocional

Capacidades / Fatores	Min.-Máx.	Média	DP
AUTOCONSCIÊNCIA	2,30 – 6,09	4,3024	0,52871
F1 - Alterações a nível racional e relacional	1,00 – 6,80	3,6013	1,13684
F2 - Reações de instabilidade e de absorção da energia negativa emocional	1,00 – 6,00	2,8830	1,05574
F3 - Tipo de perceção de si mesmo, como pessoa	3,00 – 7,00	5,4566	0,84558
F4 - Nível de perceção da ocorrência de fenómenos emocionais	2,00 – 7,00	5,2689	0,86124
GESTÃO DE EMOÇÕES	2,60 – 6,23	4,2149	0,63759
F5 - Atitudes de intrusão ou explosão perante emoções negativas	1,00 – 7,00	2,9969	1,05966
F6 - Utilização da energia física e sentimento de alerta para lidar com essas emoções	1,00 – 6,67	3,6352	1,33586
F7- Racionalizar a raiva	2,67 – 7,00	4,9811	1,01760
F8 - Atitudes de fuga e solidão nessas emoções	1,00 – 7,00	4,9078	1,07058
F9 - Sentimentos ansiosos e reativos que se instalam na própria pessoa	1,00 – 7,00	4,5535	1,07904
AUTOMOTIVAÇÃO	2,73 – 6,43	4,1219	0,55526
F10 – Atitudes de iliteracia, a ser-se manipulado pela energia emocional negativa	1,00 – 6,88	3,0708	1,21855
F11 – Como vive ou não o estado de fluxo, em atividade de âmbito profissional	2,86 – 7,00	4,7628	0,85092
F12 – Nível de literacia, ao usar a energia emocional em seu próprio proveito	2,67 – 7,00	4,9539	0,99399
F13 – Atitudes dependentes, passivas	1,00 – 7,00	3,7002	1,10630
EMPATIA	3,00 – 6,42	4,9298	0,65472
F14 – Valorização da expressão	2,00 – 7,00	5,3239	0,94365
F15- Sintonia relacional	3,00 – 7,00	5,2579	0,85287
F16 – Atitude que nos torna literados, usando a energia emocional	3,00 – 6,00	4,2075	0,66209
GESTÃO DE EMOÇÕES EM GRUPO	2,78 – 6,43	4,6819	0,74897
F17 – Nível de perceção emocional e sincronismo	2,30 – 6,60	4,4094	0,80180
F18 – Estabilidade pessoal e relacional	2,75 – 6,74	4,9544	0,90045
AVALIAÇÃO GLOBAL		4,45018	

No geral, os valores mínimos variam entre 1,00 e 3,00 e os máximos entre 6,00 e 7,00. As cinco capacidades apresentam um perfil de CE moderado. A dimensão com maior média é Empatia, o que sugere que os participantes se identificam com essa característica, no entanto, a automotivação é a dimensão com menor médio, sugerindo um menor autoperceção de motivação. Importa referir que todos os fatores variam entre o perfil baixo e moderado, mas que o F3 - Tipo de perceção de si mesmo, como pessoa; demonstra uma tendência para o perfil alto. Os fatores que pontuaram mais baixo foram o F2 - Reações de instabilidade e de absorção da energia negativa emocional e o F5 - Atitudes de intrusão ou explosão perante emoções negativas. Os desvios padrão moderados indicam que, embora exista variação nas respostas, os dados não são extremamente dispersos.

A média global da competência emocional ocupa uma posição central no perfil moderado.

Discussão

Com base na análise da caracterização sociodemográfica e profissional da amostra, bem como na distribuição das capacidades que compõem a competência emocional, é possível destacar alguns pontos fundamentais sobre os enfermeiros que cuidam da pessoa em situação perioperatória.

Os dados indicam que a amostra é predominantemente feminina e apresenta uma diversidade de categorias profissionais, o que contribui para uma visão abrangente sobre a realidade da enfermagem perioperatória. A média de experiência profissional de 22,65 anos sugere que os participantes possuem elevada experiência profissional, o que pode influenciar a forma como lidam com as emoções no contexto de trabalho.

Foi possível identificar competência emocional nos enfermeiros que cuidam da pessoa em situação perioperatória. No entanto, os resultados mostram que, de uma forma geral, os enfermeiros apresentam um perfil moderado em todas as dimensões analisadas. A empatia foi a capacidade com valores mais altos, o que indica que os enfermeiros tendem a demonstrar sensibilidade e identificação com as emoções da pessoa em situação perioperatória, característica essencial para a prática da enfermagem. No entanto, a automotivação registou os valores mais baixos, sugerindo que os enfermeiros podem sentir dificuldades em manter um nível elevado de motivação ao longo do tempo.

A média global da CE situa-se no perfil moderado, o que revela que, embora os enfermeiros demonstrem um nível adequado de inteligência emocional, ainda existem áreas que podem ser trabalhadas para um melhor desenvolvimento das competências emocionais. Programas de formação contínua focados no reforço da automotivação e na melhoria das estratégias de regulação emocional poderiam ser benéficos para melhorar a resiliência e o bem-estar dos profissionais, refletindo-se na qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória. Soeima (2021) realizou um estudo sobre competência emocional em enfermeiros que cuidam da pessoa em situação crítica. Evidenciou que, entre as cinco capacidades, empatia foi a mais valorizada, enquanto a automotivação foi a menos reconhecida. As médias obtidas revelam que os profissionais de enfermagem se consideram, na sua maioria, emocionalmente competentes, destacando sobretudo as capacidades interpessoais — como a empatia e a gestão emocional em grupo — em comparação com as intrapessoais, como a automotivação, autoconsciência e gestão das próprias emoções.

Níveis mais elevados de competência emocional estão associados a atitudes mais positivas por parte dos enfermeiros, destacando-se a relevância de capacitar os profissionais com competências emocionais (Tavares, 2017). De acordo com Fernandes e Anastácio (2022) a satisfação profissional influencia várias capacidades da competência emocional à exceção da automotivação e da empatia. No seu estudo, determinaram que a maioria dos enfermeiros apresentaram níveis moderados de competência emocional nas cinco vertentes e globalmente, sendo a dimensão da autoconsciência, a que apresentou alto nível de competência emocional. Os contextos de trabalho imprimem características únicas e irrepetíveis, no que diz respeito a um perfil de competência emocional (Fernandes & Anastácio, 2022).

O estudo de Teixeira et al. (2024) permitiu medir o nível de inteligência emocional em enfermeiros especialistas na área da enfermagem médico cirúrgico, demonstrando médias elevadas. Porém, à semelhança dos achados deste estudo, concluiu também que existe a necessidade de investir em estratégias de aquisição de competências para valores de médias mais baixos. Também Almeida (2021) evidenciou a necessidade e relevância da formação em educação emocional, devendo ser considerada prioridade pelos enfermeiros gestores e integrada nos diversos níveis de formação.

De uma forma geral, concluiu que os enfermeiros apresentaram um nível moderado de competência emocional, o que indica margem para melhoria, sobretudo tendo em vista a necessidade de oferecer cuidados cada vez mais eficazes.

Conclusão

Foi possível identificar competência emocional nos enfermeiros que prestam cuidados à pessoa em situação perioperatória através da aplicação do instrumento, tendo os resultados evidenciado que apresentam um perfil moderado de competência emocional. Os dados reforçam a importância de considerar um maior investimento no desenvolvimento de formação desta competência como um fator relevante, onde o tempo, o ambiente e a condição clínica exigem cuidados e respostas rápidas e equilibradas.

Admite-se como limitações do estudo o tamanho e representatividade da amostra, autopercepção e possível viés de resposta (no sentido em que alguns enfermeiros podem ter respondido de forma mais favorável do que realmente sentem ou vivenciam na prática) e ainda alguns fatores contextuais que não foram abordados (carga horária, condições de trabalho, suporte institucional e eventos traumáticos na profissão, que podem impactar significativamente a competência emocional dos enfermeiros). Sugere-se estudos em que seja possível ampliação da amostra e diversificação dos contextos, assim como análise de fatores contextuais e organizacionais. Ainda assim, considera-se importante testar programas de capacitação que possam fortalecer não só a automotivação, mas também melhorar a regulação emocional, avaliando o impacto no bem-estar profissional e na qualidade dos cuidados.

Fortalecer a competência emocional dos enfermeiros que trabalham em ambiente perioperatório favorece não só a pessoa em situação perioperatória, mas também promove um ambiente mais saudável, coeso e seguro para toda a equipa multidisciplinar.

Aspetos Éticos e Conflito de Interesse

O estudo não implicou quaisquer custos para os participantes. Foram assegurados os princípios éticos inerentes a uma investigação científica. O estudo foi aprovado pelo Parecer nº 044/2024 da Comissão de Ética. Não existiram conflitos de interesse associados ao estudo, uma vez que o único objetivo é científico.

Financiamento

Não existiu necessidade de nenhum financiamento, não existindo envolvimento financeiro ou comercial.

Agradecimento

À equipa de investigação e a todos os enfermeiros que atenciosamente participaram neste estudo.

Referências

- Almeida, E. (2021). *Competência emocional dos enfermeiros no contexto dos cuidados de Saúde Primários* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Audrin, C., & Audrin, B. (2023). More than just emotional intelligence online: introducing “digital emotional intelligence.” *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1154355>
- Branco, M.A., Gomes, L., Cainé J., Novais, P., Pereira, R., Soares, F. (2023). Capítulo 6 – Escala VEIGA de Competência Emocional (ECVS). *Em Manual de Competência Emocional* (1ª Edição) (pp. 78-104) ISBN: 978-989-35409-2-3 DOI: 10.21814/1822.87373
- Campos, J. J., Camras, L. A., Lee, R. T., He, M., & Campos, R. G. (2018). A relational recasting of the principles of emotional competence. *European Journal of Developmental Psychology*, 15(6), 711–727. <https://doi.org/10.1080/17405629.2018.1502921>
- Chernyavska, T. (2023). Emotional Competence as the basis of the professional success. *Psihologiâ Ta Sociâl'na Robota*, 1-2(55-56), 131–138. <https://doi.org/10.18524/2707-0409.2022.1-2.286680>
- Fernandes, S., & Anastácio, Z. C. (2022). Perfil de Competência Emocional de Enfermeiros em Contexto de Reclusão. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 407–415. https://dehesa.unex.es/bitstream/10662/16132/1/0214-9877_2022_1_2_407.pdf

- Goleman, D. (2020). *Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ*. Bloomsbury.
- Gomes, L., Pereira, R., Branco, M. A., & Cainé, J. (2024). Serious games & emotional competence in higher education. In *University of Minho eBooks*. University of Minho. <https://doi.org/10.21814/1822.88785>
- Marin, A. H., Silva, C. T. da, Andrade, E. I. D., Bernardes, J., & Fava, D. C. (2017). Competência socioemocional: conceitos e instrumentos associados. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 13(2). <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20170014>
- Ribeiro, I. M. O. C., Pires, R. M. F., & Ribeiro, J. C. (2023). A competência emocional dos enfermeiros na prestação de cuidados à pessoa com doença mental. *Rev ROL Enferm*, 46(3), 49–52. <https://doi.org/10.55298/ROL2023.4629>
- Saarni, C. (1999). *A Skill-Based Model of Emotional Competence: A Developmental Perspective*. 1–18.
- Soeima, S. J. F. (2021). *Capacidades de competência emocional dos enfermeiros no cuidar da pessoa em situação crítica* [Dissertação de Mestrado]. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/76209/1/Sara%20Joana%20Ferreira%20Soeima.pdf>. Universidade do Minho e Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Sousa, L., Pereira, C., Lopes, A., Faísca, M., Fortuna, T., Príncipe, F., & Mota, L. (2020). Inteligência emocional do enfermeiro na abordagem ao doente crítico: estudo qualitativo. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, vol.3(2). 39-48. [Doi.org/10.37914/riis.v3i2.97](https://doi.org/10.37914/riis.v3i2.97)
- Stanojlovic, O., Sutulovic, N., Hrcic, D., Mladenovic, D., Rasic-Markovic, A., Radunovic, N., & Veskovic, M. (2021). Neural pathways underlying the interplay between emotional experience and behavior, from old theories to modern insight. *Archives of Biological Sciences*, 73(3), 361–370. <https://doi.org/10.2298/abs210510029s>

- Tavares, M. C. M. (2017). *Atitude dos Enfermeiros: a importância da família no cuidar* [Relatório Final]. [file:///C:/Users/ansof/Downloads/content%20\(16\).pdf](file:///C:/Users/ansof/Downloads/content%20(16).pdf). Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Teixeira, S. L., Moutinho, P. F. A., Pinto, A. C. P., & Mota, L. A. N. da. (2024). Level of emotional intelligence in medical-surgical nursing specialist nurses. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 15(3), 1158–1165. <https://doi.org/10.15452/cejnm.2024.15.0014>
- Veiga Branco, A. (2004). Competência Emocional: um estudo com professores: Vol. Nova Era: Educação e Sociedade, no 21 (1a ed.). Quarteto.
- Wardi, A., Kustiani, L., & Supriadi, B. (2024). Study of Leadership Ability Based on Emotional Competence: a Case Study of Teamwork Performance in Indonesia. *Global Management: International Journal of Management Science and Entrepreneurship*, 1(3), 01-18. <https://doi.org/10.70062/globalmanagement.v1i3.16>