

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

**SEGURANÇA E QUALIDADE DOS CUIDADOS PERIOPERATÓRIOS  
EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO**

**SAFETY AND QUALITY OF PERIOPERATIVE CARE IN OUTPATIENT  
SURGERY**

**Autor**

**Ana Isabel Tavares Soares**

**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**

SEGURANÇA E QUALIDADE DOS CUIDADOS  
PERIOPERATÓRIOS EM CIRURGIA DE  
AMBULATÓRIO

SAFETY AND QUALITY OF PERIOPERATIVE CARE  
IN OUTPATIENT SURGERY

**Orientador(es)**

Isabel Maria de Sousa Miranda

**Autor**

Ana Isabel Tavares Soares

**Oliveira de Azeméis, 2025**



## FRASE OU PENSAMENTO

*"A persistência é o caminho do êxito"*

Charles Chaplin



## **AGRADECIMENTO**

À minha orientadora, Professora Isabel Miranda, pelas palavras de incentivo, motivação e disponibilidade ao longo de todo o processo.

À minha tutora por todos os ensinamentos, momentos de partilha e reflexão proporcionados. Obrigada por toda a paciência, dedicação, disponibilidade, companheirismo e amizade.

A todos os Enfermeiros da UCA, especialmente à enfermeira gestora e à enfermeira coordenadora, pela forma como me receberam e me fizeram sentir integrada na equipa. Obrigada pelo contributo de todos neste processo de aprendizagem.

Aos colegas de mestrado pelas experiências partilhadas.

Aos colegas de trabalho pelo apoio prestado durante toda esta caminhada.

Aos amigos, pelo incentivo e compreensão das ausências.

Aos meus três gatinhos, Scott, Minnie e Daisy pelas longas horas de companhia.

À minha família, especialmente à minha Mãe e ao Bruno, por todo o apoio incondicional. Obrigada por compreenderem o tempo de ausência e por acreditarem em mim e facilitarem a concretização deste percurso.

A todos que de alguma forma contribuíram para a realização desta etapa.

O meu muito obrigada!



## RESUMO

A área de especialização de enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação perioperatória surge da necessidade de prestar cuidados especializados e individualizados à pessoa que é alvo de uma intervenção cirúrgica/anestésica e sua família/pessoa significativa. O período perioperatório corresponde ao período em que a pessoa aceita ser submetida a uma intervenção cirúrgica até à recuperação da mesma, comportando assim o pré, intra e pós-operatório.

A unidade de cirurgia de ambulatório permite desenvolver intervenções ao longo de todo o período perioperatório e nas 5 áreas de intervenção, consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos. Dada a curta permanência da pessoa na unidade hospitalar aquando da cirurgia, cabe ao enfermeiro implementar um conjunto de intervenções que capacitem a pessoa e a família/pessoa significativa para a gestão da experiência cirúrgica, promovendo deste modo a sua capacitação, autogestão e recuperação no conforto do seu domicílio, favorecendo uma rápida reintegração familiar e social.

O relatório de estágio tem como objetivo dar a conhecer e refletir criticamente sobre o percurso de estágio e contributos do mesmo para aprofundar e desenvolver competências com vista à aquisição do título de enfermeiro especialista, no âmbito do curso de mestrado de enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e com base na mais recente evidência científica.

Em contexto de estágio profissional na unidade de cirurgia de ambulatório os trabalhos e intervenções foram desenvolvidas no âmbito da promoção da segurança e qualidade dos cuidados perioperatórios, na perspetiva da promoção de cuidados à pessoa em situação perioperatória e maximização da segurança da pessoa em situação perioperatória e equipa pluridisciplinar tal como preconizado pelo regulamento de competências específicas. Destaca-se a promoção de práticas seguras e de qualidade no âmbito da segurança do medicamento, da comunicação e transição de cuidados, da gestão do risco, da qualidade, da formação em serviço e da promoção de práticas seguras no âmbito da prevenção e controlo de infeção.

De modo a desenvolver a tomada de decisão na conceção de cuidados à pessoa em situação perioperatória foram desenvolvidos 2 estudos de caso clínicos na plataforma e4nursing com recurso à ontologia de enfermagem, nos quais foram identificados os dados relevantes, domínios e atitudes terapêuticas, diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem e objetivos das mesmas. Concomitantemente permitiu a mobilização de conhecimentos e evidência científica de modo a justificar as escolhas efetuadas e potenciar a excelência dos cuidados.

Todo este processo de aprendizagem permitiu o desenvolvimento de competências comuns e específicas no âmbito da especialidade em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

**Palavras-chave:** Enfermagem Perioperatória; Segurança; Melhoria de Qualidade; Ambulatório

Hospitalar

## ABSTRACT

The area of specialization in medical-surgical nursing for people in perioperative situations arises from the need to provide specialized and individualized care to people undergoing surgical/anesthetic intervention and their family/significant persons. The perioperative period corresponds to the period in which the person accepts undergoing surgical intervention until recovering from it, thus comprising the pre, intra and post-operative periods.

The outpatient surgery unit allows interventions to be carried out throughout the perioperative period and in the 5 areas of intervention: perioperative consultation, anesthesia, circulation, instrumentation and post-anesthetic care. Given the person's short stay in the hospital unit during surgery, it is up to the nurse to implement a set of interventions that enable the person and their family/significant person to manage the surgical experience, thus promoting their empowerment, self-management and recovery in the comfort of their home, favoring rapid family and social reintegration.

The internship report aims to present and critically reflect on the internship path and its contributions to the deepening and development of skills with a view to acquiring the title of specialist nurse, within the scope of the master's degree in medical-surgical nursing, in the field of nursing for people in a perioperative situation and based on the most recent scientific evidence.

In the context of professional internship in the outpatient surgery unit, the work and interventions were developed within the scope of promoting the safety and quality of perioperative care, with a view to promoting care for people in perioperative situations and maximizing the safety of people in perioperative situations and the multidisciplinary team as recommended by the regulation of specific skills. The promotion of safe and quality practices in the field of medication safety, communication and care transition, risk management, quality, in-service training and the promotion of safe practices in the field of infection prevention and control. To develop decision-making in the design of care for people in perioperative situations, two cases reports were developed on the e4nursing platform using nursing ontology, in which relevant data, therapeutic domains and attitudes, nursing diagnoses, nursing interventions and their objectives were identified. At the same time, it allowed the mobilization of knowledge and scientific evidence in order to justify the choices made and enhance the excellence of care. This entire learning process allowed the development of common and specific skills for nurses specializing in medical-surgical nursing, in the area of perioperative nursing.

**Keywords:** Perioperative Nursing; Safety; Quality Improvement; Outpatient Clinics, Hospital



## CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AGB - Anestesia Geral Balanceada

AGEV - Anestesia Geral Endovenosa

AINES - Anti-Inflamatórios não Esteroides

AORN - *Association of periOperative Registered Nurses*

APCA - Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatória

BIS - Índice Bispetral

BNP - Bloqueio dos Nervos Periféricos

BO - Bloco Operatório

CA - Cirurgia de Ambulatório

CIEL - Consentimento Informado, Esclarecido e Livre

CVP- Cateter Venoso Periférico

DGS - Direção-Geral da Saúde

DMUM - Dispositivos Médicos de Uso Múltiplo

EC - Enfermeira Coordenadora

EE - Enfermeiro Especialista

EG- Enfermeira Gestora

EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EORNA - *European Operating Room Nurses Association*

EPI - Equipamento de Proteção Individual

ESSNorteCVP - Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

EV - Endovenosa/o

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN - *International Council of Nurses*

ILC - Infecção do Local Cirúrgico

ISBAR - *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações)

IT - Instrução de Trabalho

HBPM - Heparinas de Baixo Peso Molecular

HM - Higiene das Mãos

LCA - Ligamento Cruzado Anterior

LVSC - Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

NVPO - Náuseas e/ou Vômitos no Pós-operatório

OE - Ordem dos Enfermeiros

PPFM - *Perioperative Patient Focused Model*

PROSPECT - *Procedure Specific Postoperative Pain Management*

PSPO - Pessoa em Situação Perioperatória

RCCEE - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RH - Recursos Humanos

SD - Segurança do Doente

SIE - Sistemas de Informação em Enfermagem

SM - Segurança do Medicamento

SO - Sala Operatória

SPOT - Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia

TOF - Train Of Four

UCA - Unidade de Cirurgia de Ambulatório

ULS - Unidade Local de Saúde

VAD - Via Aérea Difícil

WHO - World Health Organization



|                                     |     |
|-------------------------------------|-----|
| 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ..... | 135 |
| ANEXOS .....                        | 153 |

## 1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2021), salienta a realização de estágio em contexto profissional e respetivo relatório final como a modalidade que melhor permite a prossecução dos objetivos de aprendizagem e aquisição de competências exigidas ao enfermeiro especialista (EE).

O presente relatório de estágio, surge no âmbito da unidade curricular de Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II, integrada no 2º Ciclo de Estudos, do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP). O objetivo do mesmo é espelhar o desenvolvimento de conhecimentos e competências conducentes à atribuição do grau de mestre e do título profissional de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica (EEEMC), na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória (PSPO).

Nos dias de hoje, os cuidados de enfermagem apresentam uma maior importância e exigência técnica e científica, pelo que a diferenciação e a especialização são cada vez mais uma realidade (Regulamento n. 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019). Desta forma surgiu a área de especialização em enfermagem à PSPO que tem como alvo de intervenção a pessoa e família/pessoa significativa a vivenciarem a experiência cirúrgica e anestésica (Regulamento n. 429/2018 de 16 de julho, 2018).

O processo de aprendizagem desenvolveu-se numa Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) integrada numa Unidade Local de Saúde (ULS). A finalidade deste relatório é apresentar as atividades realizadas em estágio e que demonstram a aquisição e desenvolvimento de competências. Para tal, recorreu-se à metodologia descritiva e análise crítico-reflexiva fundamentada em evidência científica. Será também demonstrada a capacidade de conceção e planeamento de cuidados aliada ao julgamento clínico e prática baseada na evidência através da realização de 2 estudos de caso, apresentados em 2 momentos cada, com recurso à ontologia de enfermagem e à plataforma educacional *e4nursing*. A ontologia de enfermagem identifica conceitos e organiza-os em classes ontológicas "definindo as relações entre classes e descrevendo os seus atributos e propriedades, permitindo assim a formalização e representação do conhecimento conceptual e teórico atual da disciplina de Enfermagem em Portugal" (Bastos et al., 2021, p.58).

A cirurgia de ambulatório (CA) é uma área em grande desenvolvimento, cirúrgico e anestésico, que permite à PSPO obter os cuidados cirúrgicos que necessita e regressar a casa num período inferior a 24 horas. Apresenta assim inúmeras vantagens quer para a PSPO e família/pessoa

significativa quer para a organização dos cuidados de saúde. A possibilidade de desenvolver este percurso de aprendizagem numa UCA ofereceu a oportunidade de desenvolver competências nas 5 áreas de atuação que compõem o período perioperatório, sendo estas: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos. Foi assim possível desenvolver competências quer no intraoperatório quer no pré e pós-operatório e implementar intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes de forma a empoderar a PSPO e a família/pessoa significativa para a experiência cirúrgica e para a sua recuperação pós-operatória no conforto do domicílio e na companhia das suas pessoas significativas.

De acordo com a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESPO), a CA apresenta um conjunto de vantagens quer para a PSPO e para a família/pessoa significativa (tais como, cirurgia menos invasiva, menor tempo de ausência do domicílio, redução do risco de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS)), quer para a instituição e sociedade (menor tempo de internamento, diminuição de listas de espera, ganhos em saúde, aumento do número de camas hospitalares disponíveis para situações mais diferenciadas ou de doença aguda) (AESOP, 2012).

A PSPO e a família/pessoa significativa são o centro da CA, pelo que os cuidados devem ser programados individualmente no sentido de os capacitar para o autocuidado e recuperação no período pós-operatório. É essencial garantir a segurança e qualidade dos cuidados prestados, utilizando para tal adequados critérios de seleção (clínicos, cirúrgicos e sociais) e adequada programação da atividade cirúrgica (Duarte & Martins, 2014).

A temática escolhida para este percurso foi a Segurança e Qualidade dos Cuidados Perioperatórios em Cirurgia de Ambulatório. A CA é uma área em constante crescimento e desenvolvimento, neste sentido é essencial garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados, adotando estratégias que possam incrementar a qualidade e segurança dos mesmos.

A segurança do doente (SD) de um modo geral e nomeadamente a segurança da PSPO tem sido alvo de atenção quer por políticas internacionais quer nacionais, nomeadamente a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) da *World Health Organization* (WHO) em 2009, em que foi estabelecido o programa Cirurgia Segura Salva Vidas com a finalidade de reduzir o número de mortes relacionadas com cirurgias em todo o mundo. Mais recentemente e emergindo já de outras iniciativas, o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 lançado pela WHO e o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (2021-2026) da responsabilidade da Direcção-Geral da Saúde (DGS) salientam a segurança cirúrgica com um item chave do pilar práticas seguras. Paralelamente também associações dedicadas aos cuidados perioperatórios tais como Association of periOperative Registered Nurses (AORN), European Operating Room Nurses Association (EORNA) e AESOP tem movido esforços no sentido de promoverem as melhores práticas no que respeita à qualidade e segurança dos cuidados

perioperatórios.

O modelo conceptual dedicado à PSPO, *Perioperative Patient Focused Model* (PPFM), também elege a área da SD como um dos 4 domínios que o sustenta, refletindo assim os riscos, a complexidade que envolve a prestação de cuidados em contexto perioperatório e a consequente vulnerabilidade da PSPO aos mesmos (Wicklin, 2020). De igual modo, também o Regulamento de Competências Específicas do EEEMC na área de especialização Enfermagem à PSPO enfatiza a importância da segurança com uma prioridade na sua competência específica “Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica” (Regulamento n. 429/2018 de 16 de julho, 2018, p. 19367).

Face ao exposto, é imperioso fazer uso do conhecimento, *guidelines* e evidência científica e transforma-lo em *checklist*, instruções de trabalho (IT), protocolos, projetos de melhoria contínua ou outros que acrescentem valor aos cuidados de enfermagem perioperatórios e desta forma se traduzam em ganhos em saúde com cuidados de enfermagem seguros e de qualidade. Os enfermeiros, na sua prática de cuidados diária, devem ter em conta a manutenção da cultura de segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem que prestam. Uma cultura de segurança inadequada relaciona-se com a diminuição da SD, proporcionando a ocorrência de eventos adversos (Mota, 2021). A SD é um aspeto central na prática clínica e um elemento chave na garantia de sistemas de saúde eficientes (Barroso et al., 2021).

É fulcral trabalhar o processo de tomada de decisão avançada em enfermagem de modo a desenvolver os cuidados tendo por base o processo de enfermagem estruturado e fundamentado que promova uma intervenção diferenciada nos cuidados de saúde especializados à PSPO. Em 2017, a OE definiu os padrões de qualidade dos cuidados especializados na área da enfermagem à PSPO como essenciais para a promoção da melhoria contínua dos cuidados. Estes estabelecem o padrão de excelência do exercício profissional, orientam a reflexão profissional e a tomada de decisão em enfermagem perioperatória, servindo como referencial na definição de indicadores que permitam identificar o contributo para ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem perioperatórios (OE, 2017).

Como objetivos gerais para este estágio foram definidos: desenvolver cuidados de enfermagem perioperatórios que promovam a responsabilidade profissional, ética e legal; desenvolver práticas de qualidade no âmbito da melhoria contínua dos cuidados perioperatórios na UCA; desenvolver competências na área da gestão e organização da UCA; desenvolver formação em serviço; participar em congresso/outro evento com interesse na área do perioperatório; adquirir competências avançadas na consulta de enfermagem perioperatória; desenvolver competências avançadas em contexto clínico como enfermeira do perioperatório; desenvolver estratégias de comunicação que facilitem a continuidade de cuidados na UCA; promover a segurança dos cuidados perioperatórios; e promover práticas seguras no âmbito da prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios.

Este relatório está estruturado em: "Caracterização do(s) Contexto(s) clínico(s)", onde se faz uma breve descrição da UCA; "Caso A - Colecistectomia Laparoscópica"; "Caso B - Artroscopia do Joelho"; "Contributo(s) para o Desenvolvimento de Competências" onde é realizada uma reflexão sobre as competências comuns do EE e das competências específicas do EEEMC em enfermagem à PSPO; "Síntese Final do Relatório"; "Referências Bibliográficas"; e por último são apresentados os "Anexos".

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

De acordo com a OE (2022), os estágios da componente clínica dos ciclos de estudos dos cursos de mestrado em enfermagem conducentes a atribuição do título de EE tem como intuito aprofundar os conhecimentos e competências em enfermagem, nomeadamente na área de especialidade em estudo.

Com vista ao desenvolvimento de conhecimentos e competências específicas na área de enfermagem à PSPO, elegeu-se tal como já referido uma UCA. Esta UCA integra-se numa ULS, sendo considerada uma unidade satélite. É constituída por uma equipa multidisciplinar, altamente qualificada, que tem como objetivo prestar cuidados cirúrgicos e anestésicos em regime de ambulatório com qualidade, segurança e conforto.

A UCA onde se desenvolveu este estágio dispõe de todas as áreas necessárias ao circuito da PSPO em CA, numa organização física retangular. Existe uma área de admissão pré-cirúrgica que inclui: secretariado, sala de admissão, sala de espera, 2 vestiários e uma área de preparação pré-operatória imediata. Dentro da área do bloco operatório (BO), dispõem de três salas operatórias (SO's), um *open-space*, designado Recobro I, que dá resposta à recuperação pós-operatória imediata da PSPO e tem uma capacidade de 3 unidades. Existe uma quarta unidade destinada à realização de técnicas de anestesia regional, nomeadamente bloqueio de nervos periféricos (BNP) e marcação do local cirúrgico. De salientar que, dispõe ainda de áreas de apoio à prestação de cuidados, tais como, salas de armazenamento de medicação, de consumíveis, de dispositivos médicos de uso múltiplo (DMUM) e de equipamentos, zonas de sujos e zona de reprocessamento de DMUM. Apresenta também uma área dedicada à realização de registos clínicos e áreas de apoio aos recursos humanos (RH), tais como copa, sanitários e vestiários.

Contíguo às instalações do BO existe o Recobro II, um *open-space*, como capacidade para 12 PSPO. Dispõem também de um espaço de pernoita com um total de 9 unidades divididas por quartos individuais e partilhados. Nesta área encontram-se os gabinetes de apoio à gestão da UCA, gabinetes destinados para consultas de enfermagem e de anestesiologia. Existem ainda áreas de apoio à prestação de cuidados e aos RH.

No que respeita aos RH, a UCA tem a sua própria direção clínica, equipa de enfermagem, técnicos auxiliares de saúde e assistentes técnicos. No que respeita à equipa médica (cirurgiões e anestesiologistas), estes maioritariamente não executam a totalidade da sua atividade assistencial na UCA, pelo que a sua marcação na UCA é da responsabilidade de cada direção de serviço.

Relativamente à equipa de enfermagem, liderada pela enfermeira gestora (EG), encontra-se funcionalmente dividida em duas. Uma equipa dirigida à preparação pré-operatória e recobro II, (constituída por 15 enfermeiros, dos quais três EEEMC, uma EEEMC na área de Enfermagem à PSPO, três EE em Saúde Infantil e Pediátrica e um EE em saúde comunitária) e uma dedicada à prestação de cuidados intraoperatórios (constituída por 16 elementos, dos quais três são EEEMC, duas EEEMC na área de Enfermagem à PSPO, um EE em saúde comunitária e um EE em saúde mental e psiquiatria). Face ao exposto, existem sempre dois responsáveis de turno, cada

um dedicado a uma das equipas referidas. Existe ainda uma enfermeira coordenadora (EC) que colabora diretamente com a EG na gestão da UCA. Semanalmente, é elaborado um plano de trabalho, com a distribuição dos enfermeiros pela função que ocupam.

A distribuição dos profissionais de enfermagem e respetivas dotações na UCA são as seguintes:

- Preparação pré-operatória - 2 enfermeiros;
- SO - 3 enfermeiros/SO (circulante, instrumentista, anestesia);
- Recobro I - 1 enfermeiro;
- Recobro II - 2 enfermeiros;
- Consulta pré-operatória presencial - 1 enfermeiro;
- Consulta pré-operatória telefónica - 1 enfermeiro;
- Consulta pré-operatório pediátrica telefónica - 1 enfermeiro;
- Pernoita - 2 enfermeiros;
- Consulta pós-operatória telefónica (24 horas e 30 dias pós-operatório) - 1 enfermeiro.

O facto de existir um grande número de EE na equipa da UCA traduz-se na preocupação por aliar a evidência científica à prática de cuidados, promovendo assim a prestação de cuidados seguros e de qualidade.

A UCA tem um amplo leque de atuação, dando resposta a um vasto conjunto de cirurgias e especialidades cirúrgicas, tais como: cirurgia geral, cirurgia vascular, cirurgia plástica reconstrutiva e maxilofacial, cirurgia pediátrica, estomatologia, ginecologia, neurocirurgia, ortopedia, ortopedia pediátrica, otorrinolaringologia e urologia. No que se refere à especialidade de anestesiologia, para além da sua intervenção no intraoperatório, desenvolve também atividade no pré-operatório, nomeadamente na consulta de anestesia, e na vigilância pós-operatória. A população-alvo da UCA abrange a PSPO a partir dos 3 anos de idade.

O funcionamento da UCA está previsto de segunda a sexta das 8 às 20 horas. Funciona normalmente à sexta à tarde e ao sábado em regime de produção cirúrgica adicional. Tem ainda assegurado o regime de pernoita, o que acresce o seu funcionamento para 24 horas/dia, conforme necessidade, habitualmente às segundas, terças, uma quarta-feira por mês, quinta e sexta e sábado em regime de produção cirúrgica adicional.

O sucesso da CA está dependente da criteriosa seleção da PSPO, devendo respeitar critérios clínicos, cirúrgicos e sociais de forma a garantir a segurança e qualidade dos cuidados perioperatórios prestados.

### **3. CASO A - PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA SUBMETIDA A COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA**

Indivíduo do sexo masculino de 50 anos de idade. Diagnóstico médico de litíase vesicular sintomática, sem outros antecedentes descritos. Antecedentes cirúrgicos de Endoscopia Digestiva Alta e Endoscopia Digestiva Baixa. Sem alergias medicamentosas e alimentares conhecidas e sem medicação habitual. Nega consumo de substâncias. Peso corporal de 78 kg. Proposto para cirurgia eletiva de colecistectomia laparoscópica, em 2º tempo da manhã, sob Anestesia Geral Balanceada (AGB) em regime de UCA. Para o caso clínico em análise elegeu-se para a primeira sessão o momento da admissão/preparação pré-operatória. Neste momento o EE tem um papel ativo na validação de todos os critérios necessários para a realização da cirurgia, na preparação da PSPO para a cirurgia e no ensino sobre as etapas a vivenciar durante o circuito em UCA. Para a segunda sessão escolheu-se o momento final da indução anestésica. Neste período, os enfermeiros assumem as funções de anestesia, circulante e instrumentista, tendo o enfermeiro de anestesia um maior enfoque nesta situação concreta. Colaboram no procedimento anestésico e cirúrgico, assegurando a presença e funcionalidade de todos os materiais, dispositivos e consumíveis necessários para a realização da cirurgia de forma segura e em qualidade. As suas intervenções autónomas e interdependentes são focadas na segurança da PSPO, gestão do risco, no controlo de IACS e na satisfação das necessidades fisiológicas em resposta ao procedimento anestésico e cirúrgico.

#### **3.1. Enquadramento teórico**

##### **A vesícula biliar**

A vesícula biliar é um órgão que integra a constituição do sistema gastrointestinal superior. Esta tem a forma de uma pera e situa-se na parte inferior do fígado (Hinkle & Cheever, 2020; Kim & Donahue, 2018).

É constituída pelas túnicas serosas, musculares e mucosa, tendo habitualmente uma capacidade de cerca de 50 ml, embora possa em condições anómalas aumentar de tamanho. É enervada pelos sistemas nervosos simpáticos e parassimpático. A vesícula biliar é ligada pelo canal cístico às restantes estruturas do sistema ductal, canais hepáticos e canal hepático comum (Good & Sands, 2010; Hinkle & Cheever, 2020).

A principal função da vesícula biliar é armazenar e concentrar a bÍlis que se forma no fígado e é excretada pelos canais hepáticos que se unem para formar o canal hepático comum. O canal hepático comum passa atrás do pâncreas, junta-se ao canal pancreático e esvazia-se no

duodeno sendo o fluxo regulado pelo esfíncter de ODDI. Existe um segundo esfíncter que controla o fluxo de bÍlis no canal hepático comum e que se localiza acima da junção com o canal pancreático. Quando este se encerra a bÍlis recua para a vesícula biliar onde é concentrada em cinco a dez vezes. A bÍlis é formada por água, eletrólitos (sódio, potássio, cálcio, cloreto e bicarbonato) lecitina, ácidos gordos, colesterol, bilirrubina e sais biliares (Hinkle & Cheever, 2020).

Este órgão não é essencial à vida, uma vez que a bÍlis pode ser libertada diretamente do fígado para o duodeno, contudo os sais biliares facilitam a digestão de gorduras, ao emulsiona-las pela ação das lípases intestinais, o que promove a absorção de gorduras, das vitaminas lipossolúveis e do colesterol (Good & Sands, 2010; Hinkle & Cheever, 2020).

### **Patologia vesícula biliar**

De acordo com os autores Good & Sands (2010) e Hinkle & Cheever (2020), o sistema biliar é afetado por cálculos e obstrução, inflamação, infeção e carcinoma. As patologias da vesícula biliar são muito frequentes e afetam anualmente milhões de pessoas adultas (Good & Sands, 2010; Hinkle & Cheever, 2020).

Os cálculos podem surgir em qualquer parte do sistema biliar sendo que o termo colelitíase diz respeito à formação de cálculos na vesícula e corresponde à doença biliar mais comum. Consequentemente pode originar um processo inflamatório agudo ou crónico, denominado de colecistite. Esta pode causar dor abdominal aguda e constante, febre, náusea e vômitos. Nos casos em que os cálculos se alojam no canal biliar comum acontece uma coledocolitíase (Good & Sands, 2010; Hinkle & Cheever, 2020; Kim & Donahue, 2018).

Cerca de 80% destes cálculos tem na sua constituição colesterol, os restantes 20% são designados de cálculos pigmentares pretos ou castanhos. Os principais fatores de risco para a formação de cálculos biliares de colesterol são: obesidade, o aumento da idade (mais de 55 anos), a gravidez (múltipla e uso de anticoncecionais orais), perda rápida de peso (cerca de 2,5kg/semana), hipercolesterolemia, doença do íleo e género (cerca de duas vezes mais frequente no sexo feminino). O desenvolvimento de cálculos pigmentares está relacionado com patologias, tais como cirrose, doença hemolítica, e doença crónica do intestino delgado (Good & Sands, 2010; Hinkle & Cheever, 2020; Kim & Donahue, 2018; Santos et al., 2008; Vilaça et al., 2020).

O maior acesso aos cuidados de saúde primários e aos meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica, nomeadamente à ecografia abdominal têm contribuído de forma significativa para o diagnóstico desta patologia (Hinkle & Cheever, 2020; Vilaça et al., 2020).

### **Colecistectomia laparoscópica**

A colecistectomia consiste na remoção cirúrgica da vesícula biliar e começou a ser realizada no final do século 19 (Hinkle & Cheever, 2020; Kim & Donahue, 2018; Santos et al., 2008). Segundo Good & Sands (2010), foi realizada pela primeira vez em Berlim em 1882. As indicações mais frequentes para a realização da colecistectomia são a litíase biliar e suas complicações (colecistite aguda, coledocolitíase, colangite e pancreatite aguda biliar) e o cancro da vesícula biliar (Doenges et al., 2019; Santos et al., 2008).

A colecistectomia laparoscópica foi realizada pela primeira vez em França em 1988 e no início dos anos 90 revolucionou os cuidados à patologia biliar (Good & Sands, 2010). Também no início

da década de 90, alguns cirurgiões introduziram a viabilidade e segurança da realização da colecistectomia laparoscópica em contexto de ambulatório (Chen et al., 2022).

De acordo com Shiappa (2011), em Portugal, a colecistectomia laparoscópica foi introduzida em 1991. Ao fim de 20 anos já estava instituída como técnica *gold standard* (Balciscueta et al., 2021; Magdaleno et al., 2018; Shiappa, 2011). Ao longo dos anos, a técnica cirúrgica sofreu muitas alterações quer por via da disseminação quer por via do desenvolvimento tecnológico, levando a um grande aumento dos materiais disponíveis nesta área (Shiappa, 2011).

Esta técnica apresenta grandes vantagens em relação à técnica tradicional. É menos invasiva o que possibilita, menores incisões cirúrgicas, melhores resultados estéticos, menos dor pós-operatória, um tempo de recuperação mais curto e consequentemente um rápido retorno à vida ativa (Balciscueta et al., 2021; Chen et al., 2022; Hinkle & Cheever, 2020; Magdaleno et al., 2018).

A colecistectomia por via laparoscópica tornou-se na cirurgia eletiva mais frequente dos países ocidentais. Especificamente em Portugal, estima-se que se realizem cerca de 25000 colecistectomias laparoscópicas por ano, o que corresponde a um orçamento global anual de cerca de 50 milhões de euros (Vilaça et al., 2020).

A técnica cirúrgica base da colecistectomia laparoscópica ficou bem estabelecida pouco depois da sua introdução com a existência de duas abordagens principais: a chamada técnica com o posicionamento “francês” e a técnica com o posicionamento “americano” (Shiappa, 2011).

No que se refere ao posicionamento específico para a realização cirúrgica, a pessoa deve ser posicionada em trendelenburg invertido a 30 graus e *side* esquerdo a 15 graus, por forma a afastar o omento, o duodeno e o cólon do fígado e da vesícula biliar permitindo o procedimento e facilitando a visualização (Santos, 2018).

A técnica cirúrgica da colecistectomia laparoscópica consiste na introdução de 4 trocares. Habitualmente 2 de 10 mm e 2 de 5 mm. É utilizada uma câmara para visualizar a parte interna do abdómen e instrumentos cirúrgicos longos que vão auxiliar na remoção da vesícula biliar (Hinkle & Cheever, 2020; Kim & Donahue, 2018; Santos et al., 2008). É essencial garantir a disponibilidade e presença de todo o material necessário antes do início do procedimento (Santos, 2018). Equipamento específico de laparoscopia inclui camara, fonte de luz, monitor, insuflador de CO<sub>2</sub>, trocares, bisturi elétrico, instrumentos de disseção, *clips*, fios de sutura, entre outros (Santos, 2018). Salienta-se aqui o papel fundamental do enfermeiro circulante e instrumentista na seleção, organização, manutenção e garantia da funcionalidade de todos os materiais e equipamentos necessários.

Os trocares são introduzidos na região umbilical, na linha média da região epigástrica, na linha médio-clavicular e na linha média axilar do quadrante superior direito. É realizada a insuflação do abdómen com CO<sub>2</sub>, habitualmente com recurso à agulha de Veress, através de insuflador automático que deixa de insuflar quando a pressão intra-abdominal atinge níveis desejados de 10 a 12 mmHg. A insuflação gradual da cavidade abdominal é aconselhada para evitar embolia gasosa e reduzir a dor refratária no ombro no pós-operatório. A insuflação associada ao uso de uma camara permite amplificar e visualizar o campo cirúrgico (Hinkle & Cheever, 2020; Santos et al., 2008).

Para além das particularidades técnicas, segundo o *Procedure Specific Postoperative Pain Management* (PROSPECT) (2019), o pneumoperitонеu de baixa pressão (10-12 mm Hg) é

recomendado, se cirurgicamente possível, com base na evidência do benefício analgésico na maioria dos estudos efetuados.

Aspetos principais da técnica laparoscópica são: abordagem do triângulo de Calot e sua visão crítica (disseção) independente do canal cístico e da artéria cística com confecção de abertura entre as estruturas e entre a artéria cística e o leito hepático; laqueação da artéria cística com bisturi bipolar e laqueação do canal cístico; remoção da vesícula pela porta umbilical (Chen et al., 2022; Vilaça et al., 2020).

A colecistectomia laparoscópica é um procedimento com razoável variabilidade condicionada pelas variações morfológicas da doença, hábito e anatomia do doente e experiência do cirurgião. A técnica universal de 4 trocares, uso adequado de energia, visão crítica do triângulo de Calot, capacidade de realização de colangiografia intraoperatória e recurso a um segundo cirurgião são hoje critérios fundamentais à qualidade da intervenção cirúrgica (Vilaça et al., 2020).

De acordo com Shiappa (2011), é recomendado que a remoção da peça operatória seja realizada com auxílio de um saco de extração, colocando a peça no seu interior. Existem sacos de vários tamanhos, que devem garantir a solidez necessária de modo a evitar a sua rotura durante a fase crítica de extração (Shiappa, 2011).

Segundo os autores Vilaça et al. (2020), em colecistectomia laparoscópica, o protocolo de profilaxia antibiótica de infeção do local cirúrgico (ILC) compreende a desinfecção da pele com antisséptico adequado e a administração de cefazolina 2 g endovenosa (EV) em dose única (salvaguardando os casos de alergia aos betalactâmicos). Mais recentemente, em 2022, a DGS, atualizou a norma clínica 031/2013 de 31/12/2013, designada de Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto, que refere que em colecistectomia laparoscópica não há indicação para realizar profilaxia antibiótica à exceção de existirem fatores de risco tais como: colecistite aguda recente, conversão para laparotomia, exploração das vias biliares, imunodepressão e gravidez, onde deve ser realizada profilaxia com cefazolina 2 g EV caso se trate de um adulto (DGS, 2022d).

### **Colecistectomia laparoscópica em UCA**

A colecistectomia laparoscópica em regime de CA tem vindo gradualmente a crescer em todo o mundo graças às suas vantagens. Económicas com menores custos hospitalares, menores tempos de espera e aumento do grau de satisfação da PSPO (Balciscueta et al., 2021).

De acordo com Magdaleno et al (2018), a colecistectomia laparoscópica realizada em CA é segura e apresenta bons resultados. Lledó et al. (2016), salientam a necessidade de individualização do processo através de um estrito e criterioso procedimento de seleção das pessoas de forma a garantir o êxito da experiência cirúrgica. Chen et al. (2022) reforçam a importância de uma adequada avaliação e preparação pré-anestésica e a necessidade de incluir exames laboratoriais e de imagem de modo a garantir a segurança cirúrgica.

A realização da colecistectomia laparoscópica em UCA proporciona melhor uso dos recursos de saúde e uma maior satisfação percebida, sem afetar a qualidade assistencial. Deste modo, a educação pré-operatória, nomeadamente na consulta pré-operatória é fundamental. Proporciona redução dos níveis de stress assim como melhor gestão da dor e náuseas e/ou vômitos no pós-operatório (NVPO). Salientam assim que um protocolo de informação/capacitação deve ser integrado na preparação pré-operatória da PSPO fomentando

assim melhores níveis de conhecimento, capacidade e satisfação (Magdaleno et al., 2018).

O pós-operatório de colecistectomia laparoscópica permite à pessoa reiniciar rapidamente a dieta oral e uma deambulação precoce, o que potencia a sua realização em UCA (Lledó et al. 2016).

### **Complicações cirúrgicas e pós-operatórias na cirurgia laparoscópica de colecistectomia**

As complicações após colecistectomia laparoscópica são raras, mas podem ser potencialmente graves quando as estruturas próximas à vesícula biliar são danificadas (Kim & Donahue, 2018). Estas variam desde perda de sangue intraoperatória, perfuração da vesícula biliar, infeção da ferida cirúrgica, readmissões hospitalares, até grandes causas de morbilidade grave, como lesão do ducto biliar e em última instância morte (Alexander et al., 2018; Chen et al., 2022; Hinkle & Cheever, 2020). O ducto biliar é a principal estrutura que drena a bÍlis do fÍgado e da vesÍcula biliar. Danos no ducto biliar comum ou noutros ductos biliares podem causar extravasamento ou obstrução do fluxo biliar e apresentam sintomas de dor abdominal, febre e alterações da coloração da pele, icterÍcia (Kim & Donahue, 2018).

Complicações intraoperatórias podem acontecer independentemente do cirurgião ou da técnica utilizada, podendo estar relacionadas com hemorragia, dificuldade em identificar estruturas anatómicas importantes, como o triângulo de *Calot*, lesão iatrogénica das vias biliares, perda de cálculos biliares e conversão para colecistectomia laparotómica (Santos, 2018; Vilaça et al., 2020).

A nível anestésico também podem surgir complicações no intraoperatório, entre as quais, embolia gasosa, enfisema subcutâneo, aumento das pressões das vias aéreas (pneumotórax, pneumomediastino e pneumopericárdio), hipotensão/hipertensão relacionadas com pneumoperitoneu e diminuição da perfusão renal. No pós-operatório destacam-se as disfunções cardiorrespiratórias e renais (Machado, 2019).

As complicações pós-operatórias mais comuns que podem surgir na colecistectomia laparoscópica são biliares, hemorrágicas, infecciosas, dor não controlada, perda de apetite, vómitos e necessidade de reinternamento (Hinkle & Cheever, 2020; Vilaça et al., 2020;). Como complicações tardias salientam-se a existência de cálculos biliares residuais, infeções na zona umbilical e ocorrência de hérnias incisionais (Santos, 2018).

### **Anestesia para colecistectomia laparoscópica**

A colecistectomia laparoscópica realiza-se habitualmente sob anestesia geral (Hinkle & Cheever, 2020; Kim & Donahue, 2018; Machado, 2013; Machado, 2019).

A anestesia geral caracteriza-se por um quadro de inconsciência reversível, sem qualquer sensação, e tem como objetivo manter um estado de imobilidade e analgesia, correspondendo assim a um coma farmacológico reversível. O ato anestésico compreende três fases: indução, manutenção e recobro (Sousa & Marques, 2014).

Na fase de indução podem ser usados medicamentos EV ou inalatórios, assim como relaxantes musculares. Estes últimos são essenciais em anestesia geral, visto que possibilitam um profundo relaxamento muscular sem necessidade de aumentar a profundidade anestésica. A fase de manutenção caracteriza-se pela manutenção do estado de inconsciência da pessoa. É essencial realizar uma correta monitorização da pessoa com o intuito de manter o equilíbrio

fisiológico e homeostasia. São avaliados dados como tensão arterial, frequência cardíaca, saturação de oxigênio, temperatura, parâmetros ventilatório, profundidade anestésica através de um equipamento designado de monitor de índice bispetral (BIS) e bloqueio neuromuscular através de um neuro estimulador, vulgarmente designado de Train Of Four (TOF) (Machado, 2013; Machado, 2019; Sousa & Marques, 2014).

A fase de recobro ou recuperação acontece quando já não é necessário manter a inconsciência da pessoa e é nesta altura em que esta passa de um estado de inconsciência para um estado vígil, de consciência. É necessário interromper e eliminar a administração de fármacos hipnóticos e no caso de uso de relaxamentos musculares, proceder à administração dos seus antagonistas. Os principais cuidados nesta fase são garantir a recuperação da consciência, manter a via aérea permeável e a recuperação neuromuscular (AESOP, 2012; Machado, 2013; Machado, 2019).

A anestesia geral com intubação endotraqueal é a técnica mais segura e frequente na realização de colecistectomia laparoscópica. É essencial ter atenção ao posicionamento da PSPO de forma a prevenir lesões nervosas e articulares. As mudanças de posicionamento da marca operatória devem de ser lentas e progressivas e é importante verificar o correto posicionamento do tubo endotraqueal sempre que se altera o posicionamento. No que respeita ao pneumoperitонеu este deve ter uma insuflação suave e progressiva de forma a não causar complicações. A ventilação deve ser ajustada de forma a obter valores de  $\text{etCO}_2$  entre 35 a 40 mmHG. A administração mais generosa de líquidos previne os efeitos hemodinâmicos do pneumoperitонеu, assim como a ocorrência de NVPO (Machado, 2013).

Durante o procedimento anestésico pode ser necessária a colocação de sondas: gástrica para aspirar o estômago e melhorar o campo cirúrgico; e vesical para drenagem da bexiga (Machado, 2013; Machado 2019).

## **BIS**

O monitor de BIS surgiu da necessidade da existência de um instrumento que auxiliasse na monitorização do estado de consciência e permitisse uma maior vigilância da PSPO e gestão dos medicamentos utilizados na sedação anestésica (Machado, 2013). Avalia a profundidade da anestesia numa escala de 0 a 100. Um valor na ordem dos 50 indica uma profundidade anestésica aceitável. Valores nas faixas mais altas podem ser um indicativo de excitação iminente (Goodman & Spry 2017).

## **TOF**

Os relaxantes musculares são utilizados na anestesia para facilitar a intubação endotraqueal, a ventilação mecânica e o procedimento cirúrgico. Recorre-se a monitorização da função neuromuscular de forma a facilitar o *timing* de intubação, monitorizar o grau de relaxamento durante a cirurgia, dosear a necessidade de relaxante muscular e monitorizar a recuperação do bloqueio muscular antes da extubação. É realizada a estimulação de um nervo periférico através da estimulação elétrica de um nervo motor e avaliação da resposta de um músculo distal. A avaliação da resposta pode ou não ser realizada com ou sem aparelho de medição (Machado, 2013).

O bloqueio muscular é frequentemente avaliado através de um TOF. Este dispositivo é colocado habitualmente no nervo ulnar. São colocados 2 elétrodos sobre o nervo, um junto ao punho e

outro a cerca de 3-6 cm. A resposta é monitorizada utilizando um pequeno transdutor (Allman & Wilson, 2016; Machado, 2013).

### **Controlo analgésico em colecistectomia laparoscópica**

Na colecistectomia laparoscópica, pela natureza minimamente invasiva, a dor é muitas vezes curta ainda que possa ser intensa. Habitualmente é mais forte nas primeiras 2 horas pós-operatórias, pelo que a sua persistência pode ser indicativa de existência de complicações (Doenges et al., 2019; Machado, 2013).

A dor no ombro é uma queixa comum no pós-operatório e é possível reduzir a sua ocorrência com uma adequada remoção do gás intraperitoneal. A infiltração das feridas cirúrgicas e a instilação peritoneal de anestésico local também contribuem para o controlo da dor (Machado, 2013).

De acordo com o PROSPECT (2019), os analgésicos devem ser administrados na altura apropriada, no pré ou intraoperatório, de modo a fornecer analgesia suficiente na fase inicial do recobro. De acordo com este grupo e especificamente na cirurgia de colecistectomia laparoscópica, baseado em evidência publicada, a analgesia a efetuar no controlo de dor deve de incluir:

- Paracetamol: no pré-operatório, uso oral por rotina; no intraoperatório, se não administrado no pré-operatório, é recomendado paracetamol EV para uso de rotina. No caso em questão foi utilizado paracetamol 1g EV no intraoperatório.
- Dexametasona: é recomendada dexametasona pré-operatória com base em evidência de efeitos analgésicos e antieméticos. Nesta situação particular foram administrados 4 mg de dexametasona EV na indução anestésica.
- Anestésico local na ferida cirúrgica: é recomendada a infiltração de anestésico local no local de incisão cirúrgica, preferencialmente antes da incisão, usando a anestesia local de longa duração para prolongar o seu efeito com base na evidência do benefício analgésico. Concretamente, nesta situação foi utilizada ropivacaína 7,5 mg/ml para infiltração das incisões cirúrgicas no final da cirurgia.
- Anti-inflamatórios não esteroides (AINES)/Inibidores seletivos da COX-2: no pré-operatório é recomendado uso oral por rotina com base em vários estudos que demonstram a sua eficácia; no intraoperatório, se não administrado no pré-operatório, é recomendado o seu uso EV por rotina. No caso em questão foi utilizado cetorolac 30 mg EV no intraoperatório.
- Ondansetrom 4 mg EV, administrado no final da cirurgia. Neste caso específico, foi utilizado no final da cirurgia como medida profilática de NVPO (PROSPECT, 2019).

O Ondansetrom é, segundo Milheiro et al. (2023) considerado o medicamento *gold standard* na profilaxia e tratamento de NVPO recomendado pela Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (APCA). Um regime antiemético ideal com 2 a 3 antieméticos é fundamental para melhorar a recuperação e evitar a readmissão pós-operatória (Joshi & Vetter, 2024).

Segundo os autores Bourgeois et al. (2024), em colecistectomia laparoscópica, os opioides devem ser usados apenas como analgesia de resgate. De acordo com fatores individuais da PSPO, pode ser aceitável recorrer ao uso de técnicas regionais mais avançadas, tais como, BNP (plano transversal abdominal e plano erector da espinha).

Em pessoas com hipersensibilidade ou contra-indicações a AINES podem ser utilizados gabapentinoides, contudo deve ser reforçada a vigilância de sedação ou tonturas (Bourgeois et al., 2024).

O enfermeiro de anestesia tem assim um papel fundamental na articulação com o anestesista na definição do plano anestésico, analgésico e de prevenção de NVPO. De igual modo tem uma atuação importante na monitorização e vigilância das respostas fisiológicas da pessoa, respondendo em conformidade com as mesmas, e na manutenção da segurança da PSPO tal como preconizado pelo PPFM.

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 50 anos | Masculino

3.3. Medicação

| Início              | Medicação                 | Fim |
|---------------------|---------------------------|-----|
| 2024-10-21 09:00:00 | Polieletrólito 1000 ml EV |     |
| 2024-10-21 10:00:00 | Fentanil 150 mcg EV       |     |
| 2024-10-21 10:00:00 | Propofol 200 mg EV        |     |
| 2024-10-21 10:00:00 | Rocurónio 60 mg EV        |     |
| 2024-10-21 10:00:00 | Dexametasona 4 mg EV      |     |
| 2024-10-21 10:00:00 | Sevoflurano inalatório    |     |
| 2024-10-21 10:00:00 | Efedrina 6 mg EV          |     |

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

No caso em análise foi utilizado um conjunto de medicamentos com vista à realização da AGB.

A anestesia geral caracteriza-se por um estado reversível de depressão generalizada do sistema nervoso central, caracterizado por inconsciência, imobilidade, ausência de aprendizagem e capacidade de memória e anulação da resposta do organismo a uma agressão externa. Os fármacos que não sua combinação permitem alcançar este estado são designados de anestésicos gerais (Machado, 2013).

A indução anestésica através da via EV é caracterizada por um conjunto de vantagens, tais como: rápido início de ação, facilidade de uso, não causam irritação da via aérea e coadjuvam na promoção de um recobro agradável para a pessoa (Machado, 2013).

De acordo com Machado (2013), a administração de anestésicos gerais via EV pode causar dor e irritação no local de administração. Neste sentido é fundamental ter um enfermeiro de anestesia treinado que verifique e vigie a permeabilidade do CVP durante o ato anestésico, colaborando com o anestesiolologista na indução, manutenção e reversão da técnica anestésica (Sousa & Marques, 2014). A AESOP (2012) também salienta a importância do conhecimento e compreensão das técnicas anestésicas, agentes anestésicos, interações farmacológicas e métodos de monitorização por parte do enfermeiro de anestesia.

Concretamente, neste caso específico foi utilizado o conjunto de medicamentos que se segue, com as seguintes características específicas:

- **Polieletrólito 1000 ml EV**

O polieletrólito é uma solução injetável para perfusão EV. Entre outras situações é utilizado para repor fluidos perdidos da circulação, o que pode acontecer após carências de líquidos no organismo seja por queimaduras, ferimentos, fraturas, infeções ou cirurgias (Infarmed, 2022d). A fluidoterapia EV é fundamental na PSPO, assume-se como parte integrante do procedimento cirúrgico, uma vez que a PSPO é submetida a um período alargado de jejum que pode conduzir à hipovolémia pré-operatória (Kendrick et al., 2019).

No caso clínico utilizado para manutenção da permeabilidade do CVP e administração de fluidos consoante necessidade. Realizada a monitorização e vigilância da frequência cardíaca e tensão arterial.

- **Fentanil 150 mcg EV**

O fentanil é um analgésico opioide. É frequentemente utilizado na indução anestésica com vista à promoção de analgesia. Caracteriza-se por alta solubilidade lipídica e cardioestabilidade. Tem um rápido início de ação 2-5 minutos e uma duração de ação intermédia de 30-60 minutos. A sua semivida é de 3-4 horas. Os efeitos secundários mais comuns incluem depressão respiratória tardia, depressão circulatória e ventilatória e prurido. Altas doses podem ocasionar rigidez muscular (Allman & Wilson, 2016; Sousa & Marques, 2014).

Os opioides diminuem a resposta hemodinâmica das vias aéreas durante à intubação e extubação traqueal. Concomitantemente diminuem a resposta ao stress cirúrgico (Joshi & Vetter, 2024).

No caso clínico utilizado com analgésico para dar resposta ao estímulo algico provocado pela laringoscopia para intubação endotraqueal e incisão cirúrgica. Realizada monitorização de frequência cardíaca, tensão arterial e saturação periférica de oxigénio.

- **Propofol 200 mg EV**

O propofol é um fármaco indutor e pela sua relativa estabilidade hemodinâmica é o agente mais utilizado na anestesia. Tem o seu pico de ação, hipnose, aos 90 segundos na dose de 2,5 mg/Kg. Está associado a uma rápida recuperação da hipnose, entre 5 a 10 minutos e tem um efeito pouco emetizante. É indicado para cirurgias de um dia, sedação ou inserção de máscara laríngea. A dose a utilizar deve ser reduzida em idosos ou pessoas hemodinamicamente instáveis. Deve ser usado com precaução em casos de alergia grave a ovos, amendoim, soja, óleo de soja e em pessoas com epilepsia. Os efeitos secundários mais comuns são: apneia, hipotensão e dor na injeção. Podem ocorrer espasmos, mioclonias e raramente convulsões (Allman & Wilson, 2016; Sousa & Marques, 2014).

No caso clínico utilizado com indutor anestésico. Realizada monitorização de BIS, frequência cardíaca, tensão arterial, saturação periférica de oxigénio e frequência respiratória. Injeção sob vigilância de sinais de dor e inflamação no local de injeção.

- **Rocurónio 60 mg EV**

O rocurónio é um relaxante muscular. O uso deste grupo de fármacos permite um profundo relaxamento muscular, possibilitaram um grande avanço das técnicas anestésicas e maior facilidade no acesso à via aérea, assim como facilita o trabalho dos cirurgiões durante a cirurgia. A dose recomendada é de 0,6 mg/kg (Fresenius Kabi, 2024; Sousa & Marques, 2014). É um relaxante muscular não despolarizante e tem uma ação rápida, 60 a 90 segundos, o que permite ter condições de intubação em cerca de 1 minuto. Tem uma duração variável de cerca de 10 a 40 minutos. Está associado a poucos efeitos secundários, contudo pode causar reações de hipersensibilidade, dor no local de injeção, taquicardias leves ou hipotensão (Allman & Wilson, 2016; Fresenius Kabi, 2024; Sousa & Marques, 2014).

No caso clínico utilizado como relaxante muscular para permitir entubação endotraqueal e facilitar o procedimento cirúrgico. Realizada monitorização de frequência cardíaca e tensão arterial e vigiados sinais de hipersensibilidade. Realizada monitorização neuromuscular com TOF.

- **Dexametasona 4 mg EV**

A dexametasona é um corticosteroide, derivado da prednisolona. No intraoperatório é indicado no edema cerebral, na prevenção de edema e como antiemético. Interage com agentes anticolinesterásicos para aumentar a fraqueza na miastenia gravis. Como efeitos secundários pode levar a ocorrência de dispepsia e ulceração, osteoporose, miopatia, psicose, cicatrização prejudicada e diabetes mellitus (Allman & Wilson, 2016).

De acordo com o PROSPECT (2019), em colecistectomia laparoscópica é recomendada dexametasona com base em evidência de efeitos analgésicos e antieméticos.

A administração de dexametasona modifica a resposta ao stresse cirúrgico e melhora a recuperação pós-operatória. Tem excelentes propriedades antieméticas e analgésicas e pode reduzir a fadiga pós-operatória. Pode estar associada a hiperglicemias (Joshi & Vetter, 2024).

No caso clínico utilizada com efeito anti-inflamatório, prevenção de NVPO e analgésico coadjuvante. Realizada monitorização da glicemia capilar.

- **Sevoflurano**

O sevoflurano é um agente anestésico inalatório volátil. Atua depressindo o sistema nervoso central, o que provoca a perda de consciência. À temperatura ambiente apresenta-se em estado líquido sendo facilmente evaporável. Com recurso a um vaporizador integrado no ventilador anestésico, o sevoflurano é processado de forma a ser inalado pela PSPO. Pode ser utilizado quer para a manutenção anestésica quer para a indução. Apresenta vantagens no caso de indução em emergências, não apresenta cheiro de éter, é fácil de respirar e oferece proteção contra irritabilidade do miocárdio. Como desvantagens apresenta o facto de ser metabolizado em fluor inorgânico o que aumenta os níveis de fluor em indivíduos com patologia renal. Pode ainda causar calafrios leves e transitórios, febre e náusea. Está contraindicado em casos de suscetibilidade à hipertermia maligna. O sevoflurano permite uma recuperação rápida da anestesia uma vez que apresenta um baixo coeficiente de partição sangue/gás. A nível cardiovascular pode provocar uma diminuição da tensão arterial e frequência cardíaca associada à concentração (Goodman & Spry 2017; Índice, 2024c).

No caso clínico, dado se tratar de uma AGB, o sevoflurano foi utilizado na manutenção anestésica. Foi monitorizada a tensão arterial e a frequência cardíaca de forma a prevenir complicações.

- **Efedrina 6 mg EV**

A efedrina é um simpaticomimético direto e indireto com ação  $\alpha$  e  $\beta$ -adrenérgica. É utilizado como vasopressor. A efedrina EV está indicada: no tratamento/prevenção da hipotensão arterial associada a anestesia do neuro eixo e geral; na estimulação cardíaca e vasoconstrição, como terapêutica adjuvante, nos distúrbios hemodinâmicos de choque persistente após o tratamento com reposição de fluídos; como broncodilatador, no tratamento sintomático de asma brônquica moderada e do broncospasmo, que pode ocorrer associado a bronquite crónica, enfisema e outras doenças pulmonares obstrutivas. Deve ser utilizada com precaução em idosos, hipertensos e doença cardiovascular. Como efeito secundário pode causar taquicardia e hipertensão (Allman & Wilson, 2016; Índice, 2021).

Utilizada no caso clínico para tratamento da hipotensão associada à indução anestésica. Monitorizada resposta dos valores de tensão arterial e frequência cardíaca.

### 3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

#### Atitudes terapêuticas

21-10-2024 09:00

##### **21-10-2024 09:00 - Procedimento invasivo**

21-10-2024 09:00 - Tipo de procedimento invasivo: Colecistectomia laparoscópica.

21-10-2024 10:00 - Tipo de procedimento invasivo: Colecistectomia laparoscópica.

21-10-2024 09:00 - Verificado: antecedentes clínicos, alergias, consentimento informado, toma de medicação pré-operatória, próteses, identificação do doente, jejum, preparação pré-operatória.

21-10-2024 10:00 - Verificado: antecedentes clínicos, alergias, consentimento informado, toma de medicação pré-operatória, próteses, identificação do doente, jejum, preparação pré-operatória.

##### **21-10-2024 09:00 - Promover autogestão: procedimento invasivo [FIM]**

21-10-2024 10:00

21-10-2024 09:00 - Conhecimento sobre procedimento invasivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

21-10-2024 09:00 - Conhecimento sobre procedimento anestésico (AGB) necessita de ser melhorado para progredir para mestria; é o momento próprio para intervir

21-10-2024 09:00 - Conhecimento sobre circuito em UCA necessita de ser melhorado para progredir para mestria; é o momento próprio para intervir

##### **21-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre procedimento invasivo [RESOLVIDO] 21-10-2024 10:00**

21-10-2024 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre procedimento invasivo

21-10-2024 09:00 - Ensinar sobre procedimento invasivo: colecistectomia laparoscópica

21-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da autogestão: procedimento invasivo [FIM]

21-10-2024 10:00

##### **21-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar o conhecimento sobre circuito em UCA [RESOLVIDO] 21-10-2024 10:00**

21-10-2024 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre circuito em UCA

21-10-2024 09:00 - Ensinar sobre circuito em UCA

##### **21-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar o conhecimento sobre procedimento anestésico (AGB) [RESOLVIDO] 21-10-2024 10:00**

21-10-2024 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre procedimento anestésico (AGB)

21-10-2024 09:00 - Ensinar sobre procedimento anestésico (AGB)

21-10-2024 10:00

##### **21-10-2024 10:00 - Ventilação invasiva**

21-10-2024 10:00 - Tipo de ventilação invasiva: ventilação controlada por volume.

21-10-2024 10:00 - Ventilação invasiva - FiO2: 40 %.

21-10-2024 10:00 - Ventilação invasiva - volume corrente: 450 ml.  
21-10-2024 10:00 - Ventilação invasiva - volume/minuto: 7 L/min.  
21-10-2024 10:00 - Ventilação invasiva - frequência respiratória (programada): 16 cr/min.  
21-10-2024 10:00 - Ventilação invasiva - PEEP: 5 cm H<sub>2</sub>O.

**21-10-2024 10:00 - Prevenir complicações da ventilação invasiva**

*21-10-2024 10:00 - Avaliar complicações da ventilação invasiva*

*21-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da ventilação*

**21-10-2024 10:00 - Procedimento anestésico: AGB**

**21-10-2024 10:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o procedimento anestésico**

*21-10-2024 10:00 - Monitorizar evolução da atividade cerebral através de BIS*

*21-10-2024 10:00 - Monitorizar evolução da função neuromuscular através de TOF*

*21-10-2024 10:00 - Avaliar sinais de complicações relacionadas com o procedimento anestésico*

**Sondas, Drenos e Cateteres**

21-10-2024 09:00

**21-10-2024 09:00 - Cateter venoso periférico**

21-10-2024 09:00 - Localização do cateter venoso periférico

21-10-2024 09:00 - Antebraço Esquerda(o)

21-10-2024 09:00 - Características do dispositivo: 18G.

21-10-2024 09:00 - Ausência de dor.

21-10-2024 09:00 - Ausência de tumefação.

21-10-2024 09:00 - Ausência de infiltração.

21-10-2024 10:00 - Localização do cateter venoso periférico

21-10-2024 10:00 - Antebraço Esquerda(o)

21-10-2024 10:00 - Características do dispositivo: 18G.

21-10-2024 10:00 - Ausência de calor.

21-10-2024 10:00 - Ausência de rubor.

21-10-2024 10:00 - Ausência de tumefação.

21-10-2024 10:00 - Ausência de exsudado.

21-10-2024 10:00 - Ausência de infiltração.

**21-10-2024 09:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter**

*21-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico*

**21-10-2024 09:00 - Assegurar funcionamento do cateter**

*21-10-2024 09:00 - Otimizar cateter venoso periférico*

**21-10-2024 09:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico**

*21-10-2024 09:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico*

**21-10-2024 09:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico**

*21-10-2024 09:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso*

*periférico*

*21-10-2024 10:00 - Trocar cateter venoso periférico [SOS]*

21-10-2024 10:00

**21-10-2024 10:00 - Tubo endotraqueal**

21-10-2024 10:00 - Nível de inserção do tubo endotraqueal

21-10-2024 10:00 - Cavidade oral: 22.00 cm.

21-10-2024 10:00 - Presença de cuff

21-10-2024 10:00 - Traqueia: Com cuff.

21-10-2024 10:00 - Pressão do cuff: 25 cmH2O.

21-10-2024 10:00 - Características do dispositivo: TOT n.º 7.5.

**21-10-2024 10:00 - Assegurar funcionamento do tubo endotraqueal**

*21-10-2024 10:00 - Otimizar tubo endotraqueal*

**21-10-2024 10:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o tubo endotraqueal**

*21-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do nível de inserção do tubo endotraqueal*

*21-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da pressão do cuff*

**21-10-2024 10:00 - Prevenir complicações relacionadas com tubo endotraqueal**

*21-10-2024 10:00 - Manter cuff insuflado*

*21-10-2024 10:00 - Gerir a pressão do cuff*

*21-10-2024 10:00 - Insuflar cuff*

*21-10-2024 10:00 - Assegurar a correta fixação do tubo endotraqueal*

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

Na sua prática de cuidados diária o enfermeiro perioperatório é responsável pelo conjunto de atividades e intervenções relacionadas com a prestação de cuidados à PSPO. Assim é necessário aliar o conhecimento científico e as competências específicas a cada fase do percurso perioperatório (Duarte & Martins, 2014).

O processo de enfermagem é uma ferramenta contínua, dinâmica e interativa que permite aos enfermeiros organizar, priorizar e prever os cuidados de enfermagem individualizados a cada pessoa que é alvo dos seus cuidados. A partir do momento em que a pessoa aceita submeter-se a um procedimento invasivo é essencial que o enfermeiro identifique e estruture o seu processo de enfermagem de forma a responder às suas necessidades específicas reais e potenciais (Duarte & Martins, 2014).

O processo de tomada de decisão do enfermeiro deve ser estruturado de forma a espelhar e fundamentar as intervenções que executa. Desta forma, segundo Bastos et al. (2021, p. 61), a ontologia de enfermagem “constitui-se como um recurso fundamental no *backend* do desenvolvimento dos sistemas de informação em enfermagem, ao suportar a descrição dos

cuidados e o processo de tomada de decisão”.

O EEEMC na área de enfermagem à PSPO atua perante situações de alta complexidade e vulnerabilidade que exigem a adoção de medidas específicas adaptadas a cada PSPO que é alvo dos seus cuidados. A adequada gestão dos dados conduz a uma tomada de decisão especializada, individualizada, promotora de segurança e qualidade (Lobão et al., 2024).

A segurança do doente é um dos focos do enfermeiro perioperatório. A EORNA (2023) fomenta todas as iniciativas que promovam a SD, garantam o local, procedimento e cirurgia correta da PSPO.

Na primeira sessão, enquadrada no momento de admissão e preparação da PSPO para o procedimento invasivo, importa realizar a *checklist* cirúrgica no sentido de avaliar que a pessoa tem condições para ser submetida ao ato cirúrgico. De igual modo é importante avaliar e validar o conhecimento da PSPO sobre o procedimento invasivo. Em conformidade com o PPFM, o enfermeiro promove assim a segurança do procedimento, avalia os parâmetros fisiológicos da PSPO e responde às suas necessidades comportamentais.

De acordo com Duarte & Martins (2014), faz parte integrante das funções do enfermeiro perioperatório na fase pré-operatória proceder à identificação completa da pessoa, confirmar o local cirúrgico, alergias, antecedentes patológicos/cirúrgicos, jejum, consentimento informado (cirúrgico e anestésico) e confirmar a existência de próteses/implantes/adornos.

Na segunda sessão o enfermeiro participa na indução anestésica garantindo a segurança e necessidades fisiológicas da PSPO.

Neste caso específico foram identificadas as atitudes terapêuticas “Procedimento invasivo” (transversal à primeira e segunda sessão) e “Procedimento anestésico” e “Ventilação invasiva” relacionados com a segunda sessão.

### **Procedimento Invasivo**

No que se refere ao “Procedimento invasivo” foram selecionados os itens que devem ser alvos da atenção de enfermagem: “Antecedentes clínicos”, “Alergias”, “Consentimento Informado”, “Toma de medicação pré-operatória”, “Próteses”, “Identificação do doente”, “Jejum” e “Preparação pré-operatória”.

- Antecedentes clínicos

É importante esclarecer os fatores que podem aumentar o risco anestésico e cirúrgico de forma a otimizar o estado da pessoa e minimizar os riscos associados ao procedimento (Machado, 2013).

No caso em análise foram apurados os antecedentes clínicos da PSPO.

- Alergias

No sentido de promover a segurança da PSPO, é fundamental descartar alergias a medicamentos, alimentos ou alérgenos ambientais assim como conhecer história de reações adversas e intolerâncias a medicamentos (Machado, 2013).

A PSPO não apresentava alergias conhecidas.

- Consentimento informado

O consentimento informado, esclarecido e livre (CIEL) é a autorização esclarecida prestada pela pessoa antes da submissão a qualquer cuidado de saúde, incluindo, entre outros, atos médicos, realização de exames, cirurgias, participação em investigação ou ensaio clínico. Este, prevê uma explicação e respetiva compreensão quanto ao que se pretende fazer, o modo de atuar, razão e resultado esperado da intervenção consentida. Por definição, qualquer intervenção no domínio da saúde apenas pode ocorrer após prestação do CIEL pelo destinatário da mesma (Entidade Reguladora da Saúde, 2023).

Confirmada a presença de CIEL cirúrgico e anestésico.

- Toma de medicação pré-operatória

De acordo com Goodman & Spry (2017), as condutas atuais defendem que devem ser avaliadas as necessidades da PSPO ao invés de realizar pré-medicação de forma protocolada. Atualmente e principalmente em CA é frequente não realizar nenhuma medicação pré-operatória, uma vez que esta pode prolongar a recuperação pós-operatória e atrasar o processo de alta, para além de que não seria possível monitorizar os efeitos residuais da mesma após a alta (Goodman & Spry 2017).

No caso em concreto não foi realizada nenhuma medicação pré-operatória.

- Próteses

A avaliação da via aérea é fundamental aquando da avaliação anestésica da PSPO. Problemas dentários tais como dentes soltos, procidentes ou próteses dentárias influenciam a abordagem da via aérea. Por uma questão de segurança na manipulação da mesma, próteses dentárias devem ser removidas (Machado, 2013).

A PSPO não apresentava próteses nem queixas ao nível da saúde oral.

- Identificação do doente

A identificação do doente, nomeadamente a identificação inequívoca do doente é referida pelo PNSD (2021-2026) como uma prática promotora de ambientes seguros em contexto de prestação de cuidados de saúde (Despacho nº 9390/2021 de 24 de setembro, 2021). Esta deve ser realizada em todos os contactos com a pessoa e antes da realização de qualquer ato (DGS,

2011). O uso de pulseira de identificação auxilia como meio complementar de identificação segura e inequívoca (DGS, 2011).

Após confirmação da identidade, recorrendo a 2 dados inequívocos, da pessoa foi colocada a pulseira de identificação.

- Jejum:

O jejum pré-operatório deve seguir as recomendações aplicáveis para pessoas saudáveis para cirurgia eletiva de todas as idades, nomeadamente jejum recomendado de 2 horas para líquidos não particulados (água, sumos sem polpa, chá, café), de 6 horas para uma refeição ligeira e de mais de 8 horas para fritos e gorduras (Machado, 2013).

Confirmado o jejum pré-operatório de sólidos e líquidos.

- Preparação pré-operatória:

A pessoa é instruída a vestir a indumentária cirúrgica e confirmada a inexistência de próteses, adornos, lentes de contacto, ou outros. É realizada a colocação do cateter venoso periférico (CVP) e testada a sua funcionalidade. Fica com um soro (polieletrolítico) em perfusão. A pessoa fica a aguardar a entrada na SO.

## **Ventilação invasiva**

Na segunda sessão, a PSPO está sob AGB. O objetivo da ventilação invasiva é gerar uma ventilação alveolar adequada, promovendo trocas gasosas eficazes (Machado, 2013). A ventilação invasiva é realizada recorrendo ao ventilador anestésico e seu circuito conectado ao dispositivo de abordagem da via aérea, neste caso através da conexão ao tubo endotraqueal.

O oxigénio e outros agentes anestésicos de inalação são misturados e direcionados de e para a PSPO através do circuito respiratório de acordo com a programação efetuada pelo anestesista. Os gases anestésicos são transportados do ventilador para a PSPO através de uma válvula unidirecional num tubo, e os gases expirados são devolvidos através do outro tubo (traqueias) (Goodman & Spry, 2017).

O modo ventilatório programado, ventilação controlada por volume, não exige esforço ventilatório espontâneo. O ventilador define o tempo para o início e fim da inspiração e o volume a administrar. A ventilação deve ser adaptada de forma a obter valores de  $etCO_2$  entre 35 a 40 mmHG (Machado, 2013).

As intervenções de enfermagem relacionadas com a ventilação invasiva são deste modo interdependentes.

## **Procedimento anestésico**

O procedimento anestésico é um ato médico em que se recorrem a medicamentos com o intuito

de bloquear a sensibilidade tátil e dolorosa de uma pessoa na sua totalidade ou em parte do seu corpo e com ou sem compromisso do estado de consciência (Duarte & Martins, 2014; Goodman & Spry, 2017; Machado, 2013).

A AGB caracteriza-se pela combinação de medicamentos para atingir a perda de consciência (hipnose), analgesia (arreflexia) e relaxamento muscular, sendo utilizada a via EV e inalatória. A última é frequentemente utilizada para a manutenção anestésica (Duarte & Martins, 2014).

No que respeita a “Sondas, Drenos e Cateteres”, foi identificado o “Cateter venoso periférico” transversalmente às duas sessões e o “Tubo endotraqueal” no momento da segunda sessão.

### **Cateter venoso periférico**

A administração de medicamentos EV está entre os procedimentos mais comumente realizados em ambiente hospitalar, o que se relaciona com a necessidade de uso de CVP (Bastos & Barbieri, 2020). Em ambiente perioperatório, nomeadamente durante o ato anestésico, o CVP é essencial para administração de medicamentos e fluídos. O uso dos anestésicos EV veio trazer grandes vantagens à indução anestésica (Machado, 2013; Machado, 2019). É importante assegurar o bom funcionamento do CVP aquando da sua utilização. Os anestésicos podem causar dor e irritação no local de administração (Machado, 2013). Acessos venoso periféricos de grande calibre são importantes na manutenção da *Circulation* do ABCDE (*Airway, Breathing, Circulaion, Disability, Exposure*) (Machado, 2019). O uso do CVP não está isento de complicações pelo que importa sensibilizar os enfermeiros para a adoção de práticas seguras na preparação e administração EV de medicamentos (Bastos & Barbieri, 2020).

### **Tubo endotraqueal**

O tubo endotraqueal é um dispositivo utilizado na abordagem da via aérea. Está disponível em vários tamanhos e características. Este é colocado recorrendo à técnica de laringoscopia, onde uma sequência de estruturas são visualizadas de forma progressiva. Aquando da visualização das cordas vocais abertas, o tubo deve ser inserido através das mesmas, registando a distância à comissura labial e insuflando o *cuff* com 20 a 30 cm H<sub>2</sub>O de pressão. Os agentes de inalação são administrados através do tubo endotraqueal de acordo com os parâmetros definidos pelo anestesista (Goodman & Spry 2017; Machado, 2013).

O enfermeiro perioperatório colabora na entubação endotraqueal puxando suavemente o canto da boca da PSPO para aumentar a visualização das cordas vocais e facilitar a colocação do tubo endotraqueal. O enfermeiro passa o tubo endotraqueal ao anestesista para que este não tenha de olhar para cima para agarrar o tubo. Após a confirmação da correta localização do tubo, colabora na colocação do *cuff* e na sua fixação e conexão ao circuito respiratório (Goodman & Spry, 2017).

3.5. Domínios

| Início           | Domínios                   | Fim |
|------------------|----------------------------|-----|
| 21-10-2024 09:00 | Consciência                |     |
| 21-10-2024 09:00 | Pele e mucosas             |     |
| 21-10-2024 09:00 | Metabolismo                |     |
| 21-10-2024 09:00 | Termorregulação            |     |
| 21-10-2024 09:00 | Atitudes terapêuticas      |     |
| 21-10-2024 09:00 | Sondas, Drenos e Cateteres |     |
| 21-10-2024 09:00 | Sistema cardiovascular     |     |
| 21-10-2024 09:00 | Sistema respiratório       |     |
| 21-10-2024 10:00 | Reflexo corneano           |     |

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

De acordo com a OE (2017), o EEEMC na área de enfermagem à PSPO concebe, implementa e avalia planos de intervenção de forma a dar resposta às necessidades da pessoa e família/pessoa significativa alvo dos seus cuidados. Deste modo tem em vista a deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que careçam de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo assim complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença nos diversos contextos de ação (OE, 2017).

No seu processo de tomada de decisão autónoma, o EEEMC na área de enfermagem à PSPO recolhe dados e perante a análise dos mesmos identifica diagnósticos de enfermagem.

A identificação de diagnósticos de enfermagem é basilar no contexto do processo de cuidados de enfermagem. Estes devem ser identificados de forma precisa de modo a ir de encontro às reais necessidade da pessoa, garantindo assim ganhos em saúde para a pessoa que derivem da intervenção autónoma de enfermagem (Sampaio, 2024).

Para o caso apresentado foram selecionados os seguintes domínios de atenção:

**Consciência:**

Durante a realização do procedimento de colecistectomia laparoscópica sob anestesia geral, a pessoa é submetida, tal como já referido anteriormente, a uma alteração induzida do estado de consciência. A anestesia geral não é neurologicamente mensurável e objetiva, conduz a um estado de inconsciência farmacológica induzida numa tríade de hipnose, analgesia e relaxamento. A recuperação ocorre quando a anestesia já não é necessária. A pessoa transita

do estado de inconsciente para consciente, sendo a recuperação da consciência uma das principais preocupações no pós-operatório imediato (Gwinnutt & Gwinnutt, 2013; Machado, 2013).

O estado neurológico pode também sofrer alterações decorrentes da insuflação com CO<sub>2</sub> da cavidade abdominal e de posicionamento extremos no intraoperatório (Machado, 2013).

Deste modo é importante a avaliação do estado de consciência da PSPO no pré-operatório, de modo a garantir que após a recuperação anestésica não há alterações no mesmo. No caso apresentado a pessoa apresentava-se no momento da primeira sessão consciente e orientado, com classificação de 15 na Escala de Coma de Glasgow. No que respeita à segunda sessão é induzida decorrente do ato anestésico, anestesia geral, um estado de inconsciência.

### **Pele e mucosas:**

Na preparação pré-operatória é importante verificar a integridade e características da pele e mucosas. Coloração, temperatura, estado de hidratação e integridade são fatores importantes a avaliar na PSPO ao longo do processo de cuidados em CA. Igualmente importante é garantir que a pessoa cumpriu o protocolo instituído de banho pré-operatório e verificar a necessidade de realização de tricotomia.

De acordo com a DGS (2022c), e no que respeita a prevenção da ILC, a pessoa sujeita a uma intervenção cirúrgica, deve, no pré-operatório, realizar banho com clorexidina (2 a 4%), exceto quando existe contraindicação, na noite anterior ao dia da cirurgia e no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência à intervenção cirúrgica (DGS, 2022c).

A DGS (2022c), recomenda não realizar tricotomia por rotina. Quando esta se mostra necessária deve ser realizada imediatamente antes da intervenção cirúrgica com máquina de corte de uso único.

No que se refere à primeira sessão, a pessoa não apresentava alterações da integridade dos tecidos. A pele e mucosas estavam hidratadas e rosadas. Foi realizada o banho com clorexidina apenas na manhã da cirurgia, o que é uma inconformidade tendo em conta a orientação da DGS e não houve necessidade de realizar tricotomia.

No que respeita à segunda sessão, as intervenções de enfermagem devem garantir um correto posicionamento, de modo a prevenir alterações da integridade dos tecidos (pele e mucosas) decorrentes do posicionamento.

O posicionamento adequado reduz o risco de lesões associadas à pressão nos nervos, músculos, pele e articulações. As forças de fricção e cisalhamento são reconhecidas como fatores contribuintes ao desenvolvimento de úlceras de pressão (EORNA, 2023). Princípios de alinhamento corporal e da cabeça, uso de superfícies almofadadas e uso de restrições de movimentos em segurança de modo a evitar quedas são recomendados (AORN, 2022b).

### **Metabolismo:**

De acordo com a DGS (2022c), a homeostasia, nomeadamente metabólica, através do controlo da glicemia capilar deve ser promovida no sentido de garantir e manter a normoglicemia ( $\leq 180$  mg/dl) no pré, intra e pós-operatório. A manutenção da glicemia capilar dentro dos valores normais, ( $\leq 180$  mg/dl), é um dos fatores de risco modificáveis que concorre para prevenção da ILC. É da responsabilidade do enfermeiro perioperatório garantir a monitorização e otimização da homeostasia glicémica prevenindo assim também a ocorrência de ILC (DGS, 2022c).

De modo a ir de encontro à norma da DGS foi monitorizada a glicemia capilar na primeira sessão, correspondente ao pré-operatório imediato, apresentando a PSPO o valor de 87 mg/dl compatível com níveis de normoglicemia.

Na segunda sessão, que se refere à indução anestésica, o valor de glicemia monitorizado foi de 98 mg/dl. Em ambas as sessões os valores estão dentro do preconizado para a prevenção da ILC.

### **Termorregulação**

A hipotermia perioperatória, temperatura inferior a  $36^{\circ}\text{C}$ , tem resultados adversos para a PSPO e pode ser amplamente prevenida, através do aquecimento ativo da pessoa antes, durante e depois da cirurgia (DGS, 2022c; EORNA, 2023; Oden et al., 2022).

A hipotermia perioperatória surge como um dos efeitos colaterais da anestesia, que bloqueia o mecanismo termorregulador do hipotálamo. Adicionalmente, a duração da cirurgia, a temperatura das SO's, as grandes áreas corporais expostas, longos períodos de imobilidade durante a cirurgia, a perda e administração de fluídos, fatores específicos de cada pessoa, entre outros concorrem para a ocorrência de hipotermia (EORNA, 2023; Oden et al., 2022).

A hipotermia pode potenciar tempos mais longos de permanência, na unidade de cuidados pós-anestésicos e instituição de saúde, e uma maior probabilidade de desenvolver uma ILC e úlceras de pressão. Adicionalmente, pode ocorrer metabolismo deficiente de medicamentos, aumento de incidentes cardiovasculares pós-operatórios, aumento da perda de sangue e possível necessidade de transfusão de sangue, entre outros (EORNA, 2023; Oden et al., 2022).

No que respeita à temperatura corporal, a DGS (2022c) salienta a necessidade de manutenção da homeostasia térmica, normotermia (temperatura  $\geq 36^{\circ}\text{C}$ ), sendo este também um dos fatores de risco modificáveis que concorre para a ILC. A temperatura corporal da PSPO “deve ser de  $36^{\circ}\text{C}$  ou mais, antes da transferência para o bloco, antes e durante a cirurgia e na área de recuperação” (DGS, 2022c p.19). Salienta ainda que em cirurgia eletiva, a prevenção da hipotermia deve ser iniciada 1 a 2 horas antes do início do ato anestésico. “A hipotermia leve, moderada e grave devem ser monitorizadas a cada 15 minutos, a cada 5 minutos e continuamente, respetivamente” (DGS, 2022c, p.19). No que respeita aos sistemas de

aquecimento ativo e passivo, estes devem ser combinados eficazmente para prevenir e gerir a hipotermia, devendo ser efetuado o registo da temperatura e métodos de aquecimento utilizados no processo clínico (DGS, 2022c; EORNA, 2023).

A hipotermia é a causa mais comum de tremores no pós-operatório. Estes podem aumentar o consumo de oxigénio e também podem causar maior *stress* sobre o sistema cardiovascular. Adicionalmente causam também desconforto à pessoa (EORNA, 2023; Oden et al., 2022).

Desta forma, devem ser utilizados métodos consistentes na monitorização da temperatura corporal ao longo de todo o percurso perioperatório da pessoa para que as monitorizações de temperatura sejam validas e precisas. Manter a normotermia deve ser o objetivo de todas as equipas perioperatórias de forma a promover a segurança e conforto da PSPO (EORNA, 2023; Özsaban & Acaroğlu 2020).

Em cirurgia abdominal laparoscópica, a insuflação de gás fresco também é um fator predisponente à hipotermia perioperatória (Machado, 2013).

Na primeira sessão, a pessoa apresentava 36,4°C de temperatura corporal. Inicialmente foi mantido com a sua roupa. Após iniciar a preparação pré-operatória imediata e enquanto aguardava chamada para a sala operatória além da bata operatória e touca foram mantidos um robe e um lençol quente no sentido de manter a temperatura corporal.

Na segunda sessão, aquando da entrada na sala operatória, a PSPO foi coberta por um lençol quente para dar início à indução. No final da indução a temperatura corporal era de 36,2°C. Foram utilizados métodos de aquecimento ativos e passivo no sentido de promover a normotermia. Recorreu-se a um dispositivo de ar forçado com uma manta de aquecimento que cobriu a parte superior do tórax e membros superiores, a um aquecedor de fluídos EV e a lençóis quentes, colocados sobre os membros inferiores.

### **Sistema Cardiovascular**

A monitorização da frequência cardíaca e da tensão arterial fazem parte das recomendações básicas de monitorização em anestesia recomendadas pela Sociedade Americana de Anestesiologia. O controlo da frequência cardíaca é utilizado na deteção de arritmias, isquemia do miocárdio, alterações iónicas e controlo de pacemaker, enquanto que a monitorização da tensão arterial é utilizada como indicadora da perfusão dos órgãos, capacidade que pode ficar comprometida durante a anestesia. A agressão cirúrgica desencadeia uma resposta que conduz a um aumento das necessidades metabólicas, determinando uma maior entrega de oxigénio aos tecidos e consequentemente, aumento do débito cardíaco e pressão de perfusão tecidular. Por outro lado, muitos dos medicamentos utilizados em anestesia são depressores do sistema cardiovascular, atuando ao nível do sistema nervoso central. Deste modo, existe vasodilatação, diminuição do débito cardíaco e da perfusão tecidular (Machado, 2013).

Na cirurgia laparoscópica o efeito do pneumoperitoneu pode comprimir a veia cava inferior, reduzir o débito cardíaco e consequentemente levar a uma hipotensão significativa (Khan & Ma, 2020). As repercussões hemodinâmicas do pneumoperitoneu podem ser amenizadas através de um preenchimento prévio, com fluidos, da PSPO ou da posição de trendelenburg antes da insuflação. As arritmias cardíacas podem ser a primeira manifestação de descompensação cardíaca ou embolia gasosa, contudo na maior parte das situações estão relacionadas com estimulação vagal, associadas ou não a níveis superficiais de anestesia (Khan & Ma, 2020; Machado, 2013). A função cardiovascular também pode ser afetada pela presença de uma possível hemorragia, que por sua vez pode ter repercussões nos parâmetros da monitorização cardiovascular (Doenges et al., 2019).

Na primeira sessão recorre-se a monitorização da tensão arterial e frequência cardíaca de modo a ter um valor correspondente ao fisiológico da PSPO pra estes parâmetros.

Na segunda sessão foi realizada uma monitorização contínua da frequência cardíaca através de monitor eletrocardiográfico e da tensão arterial (3 em 3 minutos) de modo a realizar uma vigilância frequente e atenta destes parâmetros durante o período de indução anestésica. A PSPO apresentou descida dos valores de tensão arterial em resposta aos medicamentos administrados pelo que se agiu em conformidade, com a administração de fluídos e efedrina e otimização do posicionamento e avaliação da resposta às atitudes implementadas.

### **Sistema Respiratório**

O aumento da pressão intra-abdominal associado ao pneumoperitoneu e ao posicionamento de trendelenburg característicos da colecistectomia laparoscópica podem resultar em alterações no sistema respiratório. O pneumoperitoneu tem capacidade para empurrar o diafragma contra a cavidade torácica, o que pode reduzir o volume pulmonar total em cerca de 35 a 40 %, diminuindo assim a *compliance* pulmonar, e consequentemente pode causar aumento na resistência das vias aéreas (Khan & Ma, 2020).

De acordo com Machado (2013), a ventilação deve ser ajustada de forma a obter valores normais de  $\text{etCO}_2$  (35-40 mmHG), o que geralmente representa um aumento de 10 a 25 % da ventilação inicial.

Quando se verificam situações de enfisema subcutâneo pode ser necessário interromper a administração de  $\text{CO}_2$ , recomeçando posteriormente com pressões de insuflação inferiores. No caso de se verificar uma embolia gasosa, esta exige que se interrompa e remova de imediato o pneumoperitoneu. A pessoa deve ser posicionada em *trendelenburg* esquerdo e deve ser realizada hiperventilação com  $\text{O}_2$  a 100% e suporte cardiorrespiratório se justificáveis. Quando prontamente diagnosticada e tratada, a embolia gasosa rapidamente reverte (Machado, 2013).

Na primeira sessão é avaliado o sistema respiratório de modo a ter valores basais de PSPO.

Na segunda sessão é importante verificar a adaptação do sistema respiratório à entubação endotraqueal e ventilação mecânica, ajustando os parâmetros ventilatório de modo a encontrar valores ótimos e ajustados à PSPO. Só assim é possível evoluir para a cirurgia e para o uso de pneumoperitoneu.

### **Reflexo Corneano**

A córnea desempenha um papel vital na visão normal através da refração e transmissão da luz. Uma abrasão da córnea é uma falha na superfície epitelial da córnea, que se localiza na parte anterior do olho. Pode levar a complicações oculares, como déficit corneano persistente, infecção da córnea e erosões recorrentes. As lesões de córnea são as lesões oculares mais comuns decorrentes do intraoperatório. Manifestam-se poucas horas após a cirurgia. A pessoa sente dor intensa, lacrimejo, visão turva e fotofobia no olho afetado (Liyew et al., 2023; Malafa et al., 2016).

O limiar para a lesão epitelial é mais baixo na PSPO inconsciente, porque os mecanismos de proteção oculares são diminuídos pela anestesia geral. A anestesia geral suprime os reflexos autónomos (reflexo da córnea e lacrimejo), aumenta o lagofalmo (fecho incompleto da pálpebra) e diminui a produção e a estabilidade das lágrimas. A superfície da córnea seca e exposta é frágil e vulnerável a lesões resultantes de trauma direto e descamação, as duas causas de abrasão associadas ao intraoperatório (Malafa et al., 2016).

Deste modo, após a intubação endotraqueal deve ser aplicada pomada oftálmica/lubrificante ocular nos olhos e os mesmos devem ser ocluídos com adesivo/penso transparente para evitar a abrasão da córnea e consequentemente diminuir o risco de lesões. De igual modo, os olhos devem ser mantidos livre de pressões (Devlin, 2022; Goodman & Spry, 2017).

Na segunda sessão, após a indução da alteração do estado de consciência é importante proteger os olhos de lesões. Recorreu-se ao uso de lubrificante ocular e pensos transparentes para realizar a oclusão dos mesmos.

### 3.6. Conceção de Cuidados

#### Consciência

21-10-2024 09:00

21-10-2024 09:00 - Consciente.

#### **21-10-2024 09:00 - Determinar sinais de alteração da consciência**

*21-10-2024 09:00 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência*

21-10-2024 10:00

21-10-2024 10:00 - Com indícios de compromisso da consciência.

#### **21-10-2024 10:00 - Consciência comprometida**

21-10-2024 10:00 - Abertura dos olhos: nenhuma.

21-10-2024 10:00 - Resposta verbal: nenhuma.

21-10-2024 10:00 - Resposta motora: nenhuma.

#### **21-10-2024 10:00 - Determinar evolução da consciência**

*21-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da consciência*

#### **21-10-2024 10:00 - Prevenir queda**

*21-10-2024 10:00 - Aplicar restrição física da mobilidade*

#### **21-10-2024 10:00 - Prevenir úlcera de pressão**

*21-10-2024 10:00 - Posicionar para prevenir úlcera de pressão*

*21-10-2024 10:00 - Utilizar marquesa operatória com almofadas viscoelásticas*

#### **21-10-2024 10:00 - Prevenir aspiração**

*21-10-2024 10:00 - Posicionar para prevenir a aspiração*

#### Reflexo corneano

21-10-2024 10:00

21-10-2024 10:00 - Integridade do reflexo corneano

21-10-2024 10:00 - Bilateral: ausente.

#### **21-10-2024 10:00 - Reflexo corneano comprometido**

#### **21-10-2024 10:00 - Determinar evolução do reflexo corneano**

*21-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do reflexo corneano*

#### **21-10-2024 10:00 - Prevenir úlcera da córnea**

*21-10-2024 10:00 - Aplicar lubrificante ocular*

*21-10-2024 10:00 - Manter penso ocular*

#### Sistema respiratório

21-10-2024 09:00

21-10-2024 09:00 - Frequência respiratória: 10 ciclos/min.

21-10-2024 09:00 - Ritmo respiratório regular.

21-10-2024 09:00 - Movimento respiratório simétrico.

21-10-2024 09:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

21-10-2024 09:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

21-10-2024 09:00 - Sem adejo nasal.

21-10-2024 09:00 - Saturação do oxigénio no sangue

21-10-2024 09:00 - Periférico(a): 98 %.

21-10-2024 09:00 - Coloração da mucosa: rosada.

**21-10-2024 09:00 - Determinar evolução da ventilação**

*21-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da ventilação*

21-10-2024 10:00

21-10-2024 10:00 - Frequência respiratória: 16 ciclos/min.

21-10-2024 10:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

21-10-2024 10:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

21-10-2024 10:00 - Saturação do oxigénio no sangue

21-10-2024 10:00 - Periférico(a): 99 %.

21-10-2024 10:00 - Coloração da mucosa: rosada.

**21-10-2024 10:00 - Determinar evolução da limpeza da via aérea**

*21-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea*

**Sistema cardiovascular**

21-10-2024 09:00

21-10-2024 09:00 - Localização do Pulso

21-10-2024 09:00 - Antebraço Esquerda(o)

21-10-2024 09:00 - Frequência do pulso: 57 pulsações por minuto.

21-10-2024 09:00 - Pulso rítmico.

21-10-2024 09:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

21-10-2024 09:00 - Membro inferior Esquerda(o)

21-10-2024 09:00 - Pressão sanguínea sistólica: 109 mmHg.

21-10-2024 09:00 - Pressão sanguínea diastólica: 64 mmHg.

**21-10-2024 09:00 - Determinar evolução do ritmo cardíaco**

*21-10-2024 09:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia*

**21-10-2024 09:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea [FIM] 21-10-2024 10:00**

*21-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [FIM] 21-10-2024 10:00*

21-10-2024 10:00

21-10-2024 10:00 - Localização do Pulso

21-10-2024 10:00 - Antebraço Esquerda(o)

21-10-2024 10:00 - Frequência do pulso: 62 pulsações por minuto.

21-10-2024 10:00 - Pulso rítmico.

21-10-2024 10:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

21-10-2024 10:00 - Membro superior Direita(o)

21-10-2024 10:00 - Pressão sanguínea sistólica: 87 mmHg.

21-10-2024 10:00 - Pressão sanguínea diastólica: 50 mmHg.

**21-10-2024 10:00 - Determinar evolução da perfusão dos tecidos periféricos**

*21-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da perfusão dos tecidos periféricos*

**21-10-2024 10:00 - Hipotensão**

**21-10-2024 10:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea**

*21-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea*

*21-10-2024 10:00 - Referenciar hipotensão ao médico*

**21-10-2024 10:00 - Prevenir complicações da hipotensão**

*21-10-2024 10:00 - Posicionar para otimizar a perfusão cerebral*

### **Pele e mucosas**

21-10-2024 09:00

21-10-2024 09:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

21-10-2024 09:00 - Realização de banho pré-operatório

#### **21-10-2024 09:00 - Determinar evolução da integridade dos tecidos**

*21-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos*

21-10-2024 10:00

21-10-2024 10:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

### **Metabolismo**

21-10-2024 09:00

21-10-2024 09:00 - Glicemia capilar: 87 mg/dl.

#### **21-10-2024 09:00 - Determinar evolução da glicemia**

*21-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da glicemia*

21-10-2024 10:00

21-10-2024 10:00 - Glicemia capilar: 98 mg/dl.

### **Termorregulação**

21-10-2024 09:00

21-10-2024 09:00 - Temperatura corporal periférica

21-10-2024 09:00 - Ouvido: 36.40 °C.

#### **21-10-2024 09:00 - Determinar evolução da temperatura corporal**

*21-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal*

21-10-2024 10:00

21-10-2024 10:00 - Temperatura corporal periférica

21-10-2024 10:00 - Ouvido: 36.20 °C.

#### **21-10-2024 10:00 - Promover termorregulação**

*21-10-2024 10:00 - Aplicar manta de aquecimento*

*21-10-2024 10:00 - Aplicar métodos de aquecimento ativo*

*21-10-2024 10:00 - Aplicar métodos de aquecimento passivo*

## **3.7. Especificação das intervenções**

Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência

- Monitorizar consciência através da Escala de Coma de Glasgow

Ensinar sobre procedimento invasivo: colecistectomia laparoscópica

- A cirurgia será realizada por laparoscopia, através de 4 pequenas incisões no abdómen
- Em caso de existir alguma complicação cirúrgica poderá ser necessário realizar uma incisão de maior comprimento
- Poderá ser necessária a colocação de um dreno
- No final da cirurgia terá 4 pensos a cobrir cada uma das feridas cirúrgicas

Ensinar sobre circuito em UCA

- Será encaminhado para vestir indumentária cirúrgica

- Será realizada a preparação pré-operatória na sala de preparação
- Será encaminhado para a sala operatória, onde se realizará o procedimento anestésico e cirúrgico
- Após a cirurgia ficará em vigilância no recobro I
- Posteriormente será transferido para o recobro II para dar continuidade ao processo de recuperação e realizar a preparação da alta
- No momento da alta deverá sair acompanhado pelo familiar/pessoa significativa de referência

#### Ensinar sobre procedimento anestésico (AGB)

- Será posicionado na marquesa operatória
- Será administrado oxigénio através de uma máscara facial, durante este período deve respirar normalmente
- A medicação anestésica será administrada pelo CVP
- Será administrada medicação para controlo de dor e NVPO
- No final da cirurgia e do procedimento anestésico irá ouvir a chamarem pelo seu nome

#### Posicionar para prevenir úlcera de pressão

- Utilizar dispositivos de alívio de pressão sob calcanhares
- Utilizar dispositivos de alívio de pressão sob joelhos
- Utilizar suportes de membros superiores almofadados

#### Aplicar manta de aquecimento

- Aplicar método de aquecimento ativo, sistema de ar forçado com manta de aquecimento

#### Aplicar métodos de aquecimento ativo

- Aplicar aquecedor de fluídos de administração EV

#### Aplicar métodos de aquecimento passivo

- Aplicar lençóis quentes

### 3.8. Síntese relativa ao caso

A colecistectomia laparoscópica é um procedimento frequentemente realizado em UCA. Conta com a atuação do EEMC na área de enfermagem à PSPO ao nível das 5 áreas de intervenção do perioperatório. Para apresentação neste estudo de caso elegeram-se 2 momentos de prestação de cuidados, 1 referente à admissão/preparação cirúrgica e outro referente à indução anestésica no intraoperatório.

Para dar resposta a estes momentos de prestação de cuidados, o EE tem de mobilizar um conjunto de conhecimentos e competências de forma a basear a sua prática clínica em evidência científica e tendo como objetivo prestar cuidados de enfermagem individualizados

ajustados à PSPO que tem diante de si e que sejam promotores de segurança e de qualidade.

Transversalmente aos 2 momentos foram desenvolvidos cuidados em áreas fulcrais à SD e nomeadamente da PSPO e qualidade dos cuidados prestados, tais como identificação inequívoca da PSPO, confirmação do local cirúrgico (cirurgia certa, local certo), estabelecimento de medidas preventivas no que respeita à prevenção da ILC e IACS, princípios de segurança na preparação e administração de medicamentos, promoção de uma comunicação eficaz com a PSPO, entre os profissionais de saúde e entre a PSPO e os profissionais de saúde e prevenção de quedas.

Na primeira sessão destacam-se os domínios de atenção ao nível da consciência, pele e mucosas, metabolismo, termorregulação, sistema cardiovascular e sistema respiratório. Para além das intervenções de enfermagem interdependentes, o EEEMC na área de enfermagem à PSPO tem oportunidade de desempenhar um conjunto de intervenções autónomas especialmente no que concerne à capacitação da pessoa relacionadas com a atitude terapêutica procedimento invasivo. O conhecimento foi explorado ao nível do procedimento cirúrgico, procedimento anestésico e circuito em UCA, respondendo assim às necessidades comportamentais da PSPO. Na segunda sessão, o foco está nas intervenções de enfermagem que asseguram a manutenção da segurança da PSPO num momento crítico que é a indução anestésica. O enfermeiro assiste o anestesista durante o procedimento anestésico, colabora na abordagem da via aérea e na vigilância e monitorizar das respostas fisiológicas desencadeadas e adaptação à ventilação invasiva. Aos domínios identificados anteriormente adiciona-se o domínio do reflexo corneano como alvo da atenção do EE. São identificadas as atitudes terapêuticas ventilação invasiva e procedimento anestésico.

Deste modo e indo de encontro ao preconizado pelo regulamento n.º 429/2018 a intervenção de enfermagem desenhou-se no sentido de cuidar da PSPO, capacitando-a para a gestão da experiência cirurgia. Foram promovidos cuidados com base na maximização da segurança da PSPO e prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados perioperatórios numa perspetiva de intervenção interprofissional. Do ponto de vista do modelo conceptual para a prática de enfermagem perioperatória, PPFM, podemos concluir que a atuação do EE é dirigida à PSPO, reflete a satisfação das suas necessidades comportamentais e fisiológicas e a promoção da sua segurança em resposta à situação de saúde em que se encontra.



## **4. CASO B - PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA SUBMETIDA A ARTROSCOPIA DO JOELHO**

Indivíduo do sexo masculino de 27 anos de idade . Diagnóstico médico de rotura do Ligamento cruzado anterior (LCA) e do menisco (externo e interno) do joelho direito. Desconhece antecedentes clínicos. Antecedente cirúrgico de rinoseptoplastia em 2021. Com história de alergia a pó, ácaros e pólen. Sem alergias medicamentosas ou alimentares conhecidas. Sem medicação habitual. Nega consumo de substâncias. Peso corporal de 87 Kg. Proposto para cirurgia eletiva de ligamentoplastia + sutura do menisco externo e interno, em 2º tempo da manhã, sob anestesia combinada com BNP e anestesia geral endovenosa (AGEV) com máscara laríngea Auragain™ n. 94, em regime de UCA. Para análise do caso clínico elegeu-se para a primeira sessão o momento final da indução anestésica. Para a segunda sessão considerou-se o momento de preparação da alta no recobro II. Momento em que o EE para além da vigilância das respostas fisiológicas da PSPO ao procedimento invasivo tem um papel fundamental na sua capacitação para o regresso a casa, respondendo assim às suas necessidades comportamentais e fomentando a sua segurança.

### **4.1. Enquadramento teórico**

#### **O joelho**

A articulação do joelho é, uma articulação sinovial, constituída por três ossos: o fémur, a tíbia e a patela. É formada por duas articulações: a articulação tibiofemoral e a articulação patelofemoral. A tibiofemoral é a articulação entre a tíbia e o fémur, enquanto que a patelofemoral é a articulação entre a patela e o fémur. Esta articulação é estabilizada por ligamentos, músculos e pela cápsula articular (Carmo, 2023; Santos, 2019).

A articulação do joelho é a maior do corpo e a que está sujeita a um maior esforço (Carmo, 2023).

#### **Ligamentos**

Os ligamentos são bandas paralelas de tecido conjuntivo fibroso denso, flexível e duro. Estes ligam as extremidades articulares dos ossos e fornecem estabilidade. Permitem a movimentação em algumas direções limitando-a noutras, prevenindo deste modo agressões articulares. Existem 4 ligamentos que unem o fémur e a tíbia. Os ligamentos médios e laterais (o ligamento colateral medial e o ligamento colateral lateral) fornecem estabilidade medio-lateral à articulação do joelho e os LCA e posterior que se situam dentro da cápsula do joelho e fornecem estabilidade ântero-posterior (Marek, 2010a; Santos, 2019).

### LCA

O LCA é um dos dois principais ligamentos fibrosos intra-articulares que fornecem estabilidade rotacional e translacional ao joelho. Juntamente com o ligamento cruzado posterior são responsáveis por estabilizar esta articulação. O LCA tem o seu início na parte média posterior do côndilo femoral lateral e cruza a articulação do joelho obliquamente, estando assim na origem da designação cruzado. A inserção ocorre posteriormente na parte ântero-mediana do prato da tíbia (Marek, 2010b; Stone et al., 2021).

O funcionamento do LCA previne a deslocação anterior da tíbia, hiperextensão e rotação interna excessiva do joelho. Funções menos importantes incluem a diminuição de esforços varo e valgo do joelho durante a flexão (Marek, 2010b; Santos, 2019; Stone et al., 2021).

O LCA é innervado por fibras nervosas originárias dos ramos articulares posteriores do nervo tibial que penetram na cápsula articular posterior. Esses ramos transmitem informações de mecanorreceptores que desempenham uma função proprioceptiva para fornecer o arco aferente para alterações na sinalização postural do joelho. A irrigação sanguínea do LCA é realizada pela artéria genicular média (Stone et al., 2021).

### **Traumatismo do LCA**

#### Etiologia

O traumatismo do LCA é das lesões dos ligamentos mais comuns no joelho e também a que mais vulgarmente é tratada cirurgicamente, estando este tratamento relacionado com a gravidade da lesão e grau de atividade da pessoa. Estimam-se que mais de 250.000 lesões são anualmente diagnosticadas. Cerca de 90% dessas lesões ocorrem no terço médio do ligamento. A anatomofisiologia do joelho faz com que este seja vulnerável a lesões relacionados com esforços de movimento e excesso de carga nas articulações. As lesões ocorrem frequentemente associadas à prática desportiva (futebol, basquetebol ou outras) quando o joelho está em hiperextensão e o fémur está geralmente em rotação externa sobre a tíbia fixa, ou seja, como o membro afetado firmemente fixo no solo, levando a pessoa a sentir um estalido quando a lesão ocorre (Marek, 2010b; Simões et al., 2025).

#### Rotura LCA

Uma rutura parcial do LCA pode ocorrer devido a uma lesão, mas pode diferir na sua apresentação de uma rutura completa do LCA. Uma lesão específica é frequentemente associada ao início dos sintomas. A pessoa pode descrever uma lesão seguida por sintomas evidentes de instabilidade e uma incapacidade de cortar e girar mais consistente com uma rotura completa do LCA. Se a pessoa for observada no período agudo pós-lesão, o joelho frequentemente apresenta derrame, dor intensa e edema (Marek, 2010b; Stone et al., 2021).

O exame de Lachman frequentemente provoca lassidão anterior moderada em comparação com o lado contralateral, com um ponto final atrasado, mas firme. A manobra de mudança de pivot também deteta a instabilidade ântero-lateral do joelho. Deslocamento do pivot de graus 2 e 3 é frequentemente associado à rutura completa do LCA, enquanto ruturas parciais têm maior probabilidade de serem classificadas em 0 ou 1. Algumas pessoas podem ter um deslizamento do pivot positivo sem um deslocamento do pivot evidente. Um deslizamento do pivot é definido como uma redução anormal e suave do deslizamento da tíbia quando a tíbia é mantida em rotação interna máxima com uma carga em valgo aplicada no joelho à medida que é colocada em flexão a partir da extensão total (Marek, 2010b; Stone et al., 2021).

O sinal de alavanca, um teste descrito mais recentemente, consiste em colocar um punho por baixo do terço proximal da parte posterior da perna da pessoa, com esta em decúbito dorsal, e de seguida aplicar uma força moderada para baixo no terço distal do quadrícipite da pessoa. Se o LCA estiver intacto, o calcanhar da pessoa levantar-se-á (Stone et al., 2021).

As roturas parciais do LCA compreendem cerca de 10% a 27% das lesões isoladas do LCA e podem ser desafiadoras para o diagnóstico clínico (Stone et al., 2021).

Além da clínica e exame físico, exames de imagem como radiografia e ressonância magnética são úteis para confirmar o diagnóstico de rotura do LCA. As radiografias são úteis na exclusão de fraturas ou avulsão do LCA, a partir do seu local de inserção. Mesmo com ressonância magnética, a precisão para roturas parciais do LCA é de 25% a 53%, constituindo um desafio para os radiologistas e exigindo muitas vezes confirmação intraoperatória da lesão (Marek, 2010b; Stone et al., 2021).

### **Menisco**

O menisco é composto por fibrocartilagem. É fundamental na garantia do movimento voluntário da articulação do joelho. O menisco protege a cartilagem articular, reduz a carga de sustentação do peso da articulação do joelho e absorve choques durante o movimento articular (Golz et al., 2022; Yuan et al., 2024).

Lesões meniscais são comuns em lesões do joelho relacionadas com a prática desportiva. Habitualmente causam dor intensa, edema e ruído durante o movimento da articulação. Em casos mais graves, pode impedir o normal movimento do joelho, condicionando movimentos de flexão e extensão (Yuan et al., 2024). Caso não sejam tratadas, pode ocorrer atrofia muscular ao redor da articulação do joelho, achatamento do côndilo femoral, lesões isoladas da cartilagem e aumenta o risco de artrite (Golz et al., 2022; Yuan et al., 2024).

Nos dias de hoje, o tratamento primário para a lesão do menisco é a cirurgia. A tecnologia minimamente invasiva está em constante evolução, o que promove a otimização do tratamento cirúrgico. A sutura artroscópica do menisco é um tratamento comum para lesão meniscal, caracterizada por trauma mínimo, tratamento eficaz e bom prognóstico (Golz et al., 2022; Yuan et al., 2024).

De acordo com os autores Golz et al. (2022), a sutura meniscal tem resultados significativamente melhores do que a meniscectomia parcial em termos de retorno à atividade pré-cirúrgica. Diminui a taxa de progressão da osteoartrite e restaura a amplitude de movimento do joelho para níveis semelhante a um joelho sem lesão.

### **Tratamento**

A idade, o nível de atividade física, profissão, atividades de lazer e condições médicas são fatores a considerar para determinar o tipo de tratamento (Marek, 2010b; Stone et al., 2021).

Caso existam lesões no menisco, o tratamento cirúrgico é recomendado, uma vez que evita a ocorrência de artrite degenerativa (Yuan et al., 2024).

As melhores evidências apoiam a reconstrução tradicional do LCA para o tratamento cirúrgico de doentes com roturas parciais não funcionais documentadas do LCA (Stone et al., 2021).

A reconstrução do LCA é necessária para restaurar a estabilidade estática e dinâmica do joelho, pois geralmente leva à artrite pós-traumática e fraqueza muscular. O procedimento cirúrgico tem como intuito criar uma réplica do LCA preexistente, contudo tal não é possível devido à

estrutura tridimensional do ligamento. No entanto, é possível fazer uma reconstrução do LCA utilizando enxertos semelhantes, de modo a manter a sua anatomia, isometria e propriedades biomecânicas. Esta reconstrução pode ser realizada recorrendo a técnicas cirúrgicas distintas que como tal apresentam vantagens e desvantagens associadas. É de salientar que a escolha do enxerto e o tipo de cirurgia a realizar deve ter em consideração as características individuais da pessoa a intervencionar e a experiência do cirurgião (Simões et al., 2025).

O tratamento cirúrgico deve ser complementado com reabilitação de modo a permitir voltar ao nível de função prévio (Marek, 2010b; Stone et al., 2021).

### **Artroscopia do joelho**

Artroscopia é o nome pelo qual se designa a visualização de uma articulação. É um procedimento realizado em BO, habitualmente em regime de UCA. Durante a artroscopia, um artroscópio (endoscópio) é inserido a partir de uma pequena incisão na cavidade articular possibilitando a visualização das estruturas e dos conteúdos da articulação. Durante o procedimento é administrado soro fisiológico de modo a permitir a distensão da articulação e facilitar a sua visualização. Pode ser utilizada como diagnóstica ou para tratamento (Marek, 2010b; Hinkle & Cheever, 2020).

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia (SPOT) (s.d.), a lente do artroscópio permite a transmissão da imagem do joelho, através de uma pequena câmara, para um monitor, com o auxílio de uma fonte de luz fria. A imagem permite ao ortopedista examinar de forma minuciosa o interior do joelho, e diagnosticar o(s) problema(a) existente(s). Durante o procedimento, podem ser introduzidos instrumentos cirúrgicos através das pequenas incisões feitas no joelho, de forma a remover ou a reparar as estruturas danificadas. Com a evolução dos artroscópios, este procedimento tem-se tornado cada vez mais eficaz, tanto para obter um diagnóstico preciso como para tratar de forma eficiente as patologias do joelho (SPOT, s.d.).

A artroscopia do joelho em regime de UCA é um dos procedimentos cirúrgicos ortopédicos minimamente invasivos mais comuns e cada vez mais realizados. Apresenta inúmeras vantagens em comparação com o regime de internamento, tais como, melhores resultados clínicos e menores custos económicos associados (Saengpetch et al., 2022).

No Serviço Nacional de Saúde Inglês, são anualmente realizadas cerca de 150.000 artroscopias de joelho em que mais de metade envolvem procedimentos meniscais (Tyler et al., 2014).

O enfermeiro circulante e o enfermeiro instrumentista devem garantir a presença e bom funcionamento de todos os DMUM, materiais e equipamentos médicos necessários à cirurgia. Em colaboração com o enfermeiro circulante, o enfermeiro instrumentista prepara e organiza a mesa operatória, auxiliando a equipa cirúrgica durante o procedimento e garantindo a manutenção da assepsia cirúrgica.

### **Complicações cirúrgicas e pós-operatórias da artroscopia do joelho**

As principais complicações relacionadas com a artroscopia do joelho podem ser agrupadas em três tipos: cirúrgicas, médicas e anestésicas. Cirúrgicas incluem: hemorragia, fratura óssea, falha ou rotura do implante, infeção, isquemia do membro, deiscência da ferida, paralisia/lesão do nervo, atraso na cicatrização, lesão do tendão ou ligamento. Complicações médicas incluem: acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca congestiva, enfarte do miocárdio, pneumonia, insuficiência renal e tromboembolismo (Hinkle & Cheever, 2020; Salzler et al., 2013).

Elmallah et al (2019) salientam a neuropraxia transitória e lesão do nervo peroneal, a rigidez do joelho, atrasos na cicatrização da ferida cirúrgica, dor, infecção superficial ou profunda, complicações associadas ao implante ou falha no aloenxerto como principais complicações cirúrgicas pós-operatórias.

No que se refere a resultados a longo prazo, de acordo com Tripon et al (2024), após a reconstrução do LCA, o risco geral de osteoartrite grave em 20 anos é de 17% sem lesão do menisco e 46% em casos de meniscectomia. Conclui-se que o estado do menisco afeta a progressão da osteoartrite a longo prazo, pelo que a preservação meniscal é agora a regra para limitar a sua degeneração (Tripon et al., 2024).

### **Anestesia para artroscopia do joelho**

A escolha do tipo de anestesia para cirurgias ortopédicas está muito relacionada com as características individuais da pessoa que é submetida ao ato cirúrgico. A cirurgia artroscópica é habitualmente pouco agressiva, associada a pequenas perdas sanguíneas e realizada numa população jovem, pelo que pode ser realizada em contexto de CA. O plano anestésico deve ser definido tendo em consideração os aspetos anteriormente descritos, pelo que por vezes é utilizada anestesia geral com máscara laríngea (Allman & Wilson, 2016; Machado, 2013; Machado, 2019).

A artroscopia para ligamentoplastia dos ligamentos cruzados do joelho é o procedimento artroscópico do joelho mais doloroso. É mais longo e habitualmente utiliza-se garrote pneumático. A técnica anestésica elegida deve ter em atenção o tempo previsto de internamento/permanência em UCA, podendo variar entre anestesia geral, bloqueio subaracnoideu, BNP (femoral e ciático) e suas combinações. No caso de uso de BNP devem ser utilizadas doses ajustadas de anestésico local de modo a permitir alta e deambulação precoces (Machado, 2013; Tyler et al., 2014).

De acordo com Machado (2013), os BNP proporcionam um excelente nível de analgesia e necessitam muitas vezes de ser acompanhados de sedação ou anestesia geral devido ao desconforto do posicionamento cirúrgico e duração das cirurgias. Os BNP tem permitido bom controlo analgésico, com redução de efeitos secundários. O equilíbrio entre analgesia e bloqueio motor proporcionado pelas concentrações do anestésico locais não elimina os riscos de lesão por traumatismo de membros bloqueados ou queda por fraqueza muscular no período pós-operatório, sendo fundamental a existência de protocolos e procedimentos adequados (Machado, 2013).

Parikh et al. (2025), descrevem que os BNP promovem a alta devido ao seu efeito analgésico e poupador de opioides. Concluíram ainda que: o bloqueio contínuo do nervo femoral forneceu o melhor benefício analgésico e efeito poupador de opioides; a combinação de bloqueios do nervo ciático femoral de injeção única fornece os benefícios analgésicos mais consistentes em comparação com todas as outras técnicas, mas provavelmente prejudicam a função pós-operatória imediata (Parikh et al., 2025).

### **BNP**

Os BNP podem ser usados para fins cirúrgicos, para alívio de dor, em casos de dor crónica, e para aumentar a circulação em algumas doenças vasculares. Estes podem ser menores ou maiores. Os bloqueios maiores envolvem múltiplos nervos ou um plexo. Os bloqueios menores

bloqueiam apenas um único nervo (Goodman & Spry, 2017).

Para realizar um BNP, o agente anestésico é injetado em e ao redor de um nervo ou plexo nervoso responsável pela sensação de uma área do corpo. Este procedimento pode ser acompanhado de ultrassonografia, que facilita os bloqueios nervosos aumentando a capacidade do anestesista em visualizar a dispersão do anestésico local e infundir as fibras nervosas sem punccionar acidentalmente os vasos adjacentes (Goodman & Spry, 2017).

De acordo com a APCA (s.d.), recomenda-se uma monitorização multimodal dos BNP recorrendo a ultrassonografia, neuroestimulação e monitorização da pressão de injeção.

O enfermeiro de anestesia, no perioperatório, auxilia durante o procedimento de BNP. Realiza a aspiração da agulha para verificar se há punção vascular inadvertida e colabora com a injeção do anestésico local enquanto o anestesista assegura a correta colocação da mesma (Goodman & Spry, 2017).

### **Ultrassonografia**

Os avanços recentes na técnica ecográfica permitem hoje a avaliação de estruturas pequenas com boa acuidade, entre elas as estruturas nervosas. A ecografia é uma técnica segura, embora fortemente dependente de sólidos conhecimentos de anatomia. A intervenção guiada por ecografia tem evoluído no campo da anestesia e no campo da medicina da dor. A realização de procedimentos dirigidos (BNP ou infiltrações), têm tido um desenvolvimento rápido nos últimos anos (Silva et al., 2014).

A ultrassonografia permite monitorizar a progressão da agulha, diminuir o volume de anestésico local administrado e o tempo de execução da técnica e instalação do bloqueio (APCA, s.d.).

### **Neuroestimulador**

Projetado para estimular fibras nervosas em organismos vivos com agulhas especiais de estimulação de nervos que convencionalmente apresentam uma impedância de contato muito elevada, com a finalidade de determinar a sua posição espacial em relação à ponta da agulha (BBRAUN, s/d).

A utilização da neuroestimulação em conjunto com a ultrassonografia ajuda a sinalizar a posição intraneural da agulha, uma vez que a presença de resposta motora com intensidade inferior a 0,3 mA/0,1 mseg é específico de posicionamento intraneural, e evita a injeção intraneural inadvertida (APCA, s.d.).

### **Profilaxia antibiótica**

De acordo com a DGS (2022d), a cefazolina é o antimicrobiano de primeira escolha para profilaxia cirúrgica nas cirurgias limpas e para a maioria das cirurgias limpas-contaminadas.

A administração da profilaxia antibiótica cirúrgica deve ser registada no processo clínico e deve incluir: antibiótico prescrito e administrado; hora de administração; hora da incisão cirúrgica; hora da repicagem (se aplicável) e porquê; e hora de termino da cirurgia. Importa salientar que a administração de cefazolina deve ser realizada nos 60 minutos que antecedem a incisão cirúrgica, de forma a garantir níveis tecidulares adequados no momento da incisão cirúrgica, e deve de estar completa antes da incisão na pele (DGS, 2022d).

O enfermeiro de anestesia deve realizar a administração da profilaxia antibiótica cirúrgica em conformidade com o anestesista, cirurgião e evidência científica de modo a prevenir a ILC,

contribuído assim para a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

### **Profilaxia tromboembolismo**

A utilização de garrote pneumático e a imobilização prolongada potenciam o risco de eventos tromboembólicos. As heparinas de baixo peso molecular (HBPM) constituem a opção mais comum. É importante articular a técnica anestésica com o início da profilaxia tromboembólica de modo a prevenir hematomas relacionados com técnicas anestésicas (Machado, 2013; Pinho et al., 2013).

### **Garrote pneumático**

Os garrotes pneumáticos são utilizados nas cirurgias de extremidades de modo a bloquear o fluxo sanguíneo (arterial e venoso) e desta forma promover a existência de um campo cirúrgico exangue e consequentemente facilitar a técnica cirúrgica, aumentando a capacidade do cirurgião visualizar as estruturas anatómicas e prevenindo perdas de sangue. A pressão utilizada e o tempo de utilização devem ser ajustados às características específicas de cada pessoa de modo a evitar lesões (EORNA, 2023; Goodman & Spry, 2017; Machado, 2013; Wang et al., 2020).

É fundamental proteger a pele por baixo do garrote e ter atenção as pressões de insuflação. Embora frequentemente se usem pressões standard para braço (250 mmHg) e coxa (300 mmHg), as pressões a usar devem ser as mínimas para atingir a pressão de oclusão do membro. Pressões elevadas podem conduzir a lesões neurológicas e fenómenos tromboembólicos. Tendo como referência as tensões arteriais basais da PSPO, para o membro superior deve ser utilizada uma pressão igual à tensão arterial sistólica + 50 mmHg e para o membro inferior uma pressão de duas vezes a tensão arterial sistólica. O tempo de garrote deve ser o mínimo necessário. No membro inferior, os tempos de insuflação recomendados, não devem exceder os 90 minutos e em caso algum devem ultrapassar os 120 minutos (Allman & Wilson, 2016; EORNA, 2023; Machado, 2013). Quando há necessidade de um tempo de insuflação prolongado, o garrote deve ser desinsuflado para reperfusão do membro a cada 90 minutos, durante cerca de 10-15 minutos, após os quais o garrote pode ser novamente insuflado (EORNA, 2023).

Os manguitos dos garrotes estão disponíveis em diferentes tamanhos de forma a se adequarem as características da pessoa e ao local onde vão ser utilizados, podendo ser de uso único ou reutilizáveis (Goodman & Spry, 2017).

A dor associada ao uso de garrote é um dos efeitos secundários colaterais mais comum do seu uso e pode-se desenvolver durante e após o uso do garrote (EORNA, 2023).

A monitorização pós-operatória após o uso de garrote deve incluir: sinais vitais, incluindo saturação de oxigénio e temperatura; estado da pele sob o local do garrote, por exemplo, temperatura, cor e integridade; pulsos distais; local da ferida cirúrgica; e perda de sangue (EORNA, 2023).

Neste caso específico procedeu-se à utilização de garrote pneumático no intraoperatório. É da responsabilidade dos enfermeiros do perioperatório proceder e supervisionar a correta colocação e uso do garrote, de acordo com as recomendações internacionais, de modo a garantir a segurança e qualidade dos cuidados prestados. É fundamental que se registe nos sistemas de informação em enfermagem (SIE) o uso do garrote e nomeadamente as pressões e

tempos de insuflação. Realizando também a correta vigilância no pós-operatório.

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 27 anos | Masculino

4.3. Medicação

| Início              | Medicação                            | Fim |
|---------------------|--------------------------------------|-----|
| 2025-01-14 11:45:00 | Midazolam 1 mg EV                    |     |
| 2025-01-14 11:45:00 | Fentanil 50 mcg EV                   |     |
| 2025-01-14 11:45:00 | Pantoprazol 40 mg EV                 |     |
| 2025-01-14 11:45:00 | Metoclopramida 10 mg EV              |     |
| 2025-01-14 11:45:00 | Cefazolina 2 g EV                    |     |
| 2025-01-14 11:45:00 | Fentanil 150 mcg EV                  |     |
| 2025-01-14 11:45:00 | Propofol 1%, 200 mg EV               |     |
| 2025-01-14 11:45:00 | Dexametasona 4 mg EV                 |     |
| 2025-01-14 11:45:00 | Propofol 2% perfusão EV              |     |
| 2025-01-14 11:45:00 | Polielectrolítico 1000 ml EV         |     |
| 2025-01-14 11:45:00 | Mepivacaína 200 mg perineural        |     |
| 2025-01-14 11:45:00 | Ropivacaína 2mg/ml, 60 mg perineural |     |
| 2025-01-14 19:00:00 | Enoxaparina 40 mg subcutânea         |     |

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

No caso em análise, foram utilizados os seguintes medicamentos, com as seguintes características específicas:

• Metoclopramida

De acordo com a Medscape (2024b), a metoclopramida é frequentemente utilizada para prevenir náuseas e/ou vômitos em intervenções cirúrgicas ou em tratamentos de quimioterapia. Durante a anestesia, também pode ser utilizada para prevenir o risco de aspiração, promovendo o esvaziamento do estômago (Allman & Wilson, 2016). Também é usada por pessoas com

diabetes, que têm esvaziamento lento do estômago (gastroparesia). A metoclopramida funciona bloqueando uma substância natural (dopamina) que pode causar náuseas e vômitos. Também acelera o esvaziamento estomacal e o movimento do intestino (Medscape, 2024b).

Como principais efeitos secundários destaca-se sonolência, tonturas, cansaço, dificuldade para dormir, dor de cabeça, rubor ou diarreia (Medscape, 2024b).

Neste caso concreto utilizado para prevenir o risco de aspiração e concomitante o risco de NVPO.

- **Pantoprazol**

O pantoprazol pertence a uma classe de medicamentos conhecidos como inibidores da bomba de prótons. É usado para tratamento de azia e outras condições causadas por excesso de ácido no estômago tais como doença do refluxo gastroesofágico e esofagite erosiva. O pantoprazol atua diminuindo a quantidade de ácido que o estômago produz e consequentemente alivia sintomas como azia, dificuldade para engolir e tosse. Como principais efeitos secundários pode ocorrer dor de cabeça ou diarreia. Vermelhidão, dor ou edema no local da injeção também podem surgir. Deve ser usado com precaução em doença renal, hepática e na gravidez (Allman & Wilson, 2016; Medscape, 2024c).

Concretamente, no caso clínico, foi utilizado para reduzir a produção gástrica associada ao jejum.

- **Cefazolina**

Cefalosporina de 1ª geração, a cefazolina pode ser utilizada como anti-infecioso profilático para uso operatório, 60 minutos antes da incisão cirúrgica. Está contraindicada em casos de hipersensibilidade às cefalosporinas e hipersensibilidade grave às penicilinas. É excretada a nível renal. Deve ser usada com precaução em casos de insuficiência renal (redução da posologia), doença gastrointestinal, doentes geriátricos e gravidez ou lactação. Entre outros, pode causar efeitos laterais a nível gastrointestinal. O uso concomitante com diuréticos de ansa pode aumentar o risco de toxicidade renal (Vallerand et al., 2016).

Neste caso específico e como não existiam alergias documentadas, utilizada como profilaxia cirúrgica, tal como preconizado pela DGS. Cefazolina, 2 g, via EV, por se tratar de uma cirurgia limpa envolvendo o joelho e com implantação de material. Em regime de CA deve ser efetuada a mesma profilaxia antibiótica cirúrgica definida para a mesma cirurgia realizada em regime de internamento (DGS, 2022d). Teve-se em atenção possíveis reações de hipersensibilidade aquando e após a administração da mesma.

- **Fentanil**

Neste caso específico foi utilizado como analgésico (opioide) antes da realização do BNP que visou uma rápida instalação de analgesia, imediatamente antes da abordagem do nervo e na indução da AGEV, de modo a reduzir o estímulo à colocação da máscara laríngea e posteriormente da incisão cirúrgica.

- **Midazolam**

O midazolam é uma benzodiazepina utilizado na anestesia, sedação, dificuldade para dormir e agitação intensa. O seu efeito induz sonolência, diminuiu a ansiedade e causa perda da capacidade de criar novas memórias. Também é útil no tratamento de convulsões. O midazolam é utilizado para reduzir a ansiedade, induzir sonolência e amnesia antes de certos procedimentos médicos ou cirúrgicos. Também pode ser administrado continuamente para manter a sedação ou anestesia, por exemplo, em unidade de cuidados intensivos. Quando utilizado via EV, tem um rápido início de ação (cerca de 28 segundos), e com um efeito máximo em cerca de 3 minutos, pelo que tem um tempo de ação muito curto (Goodman & Spry, 2017; Índice, 2024b; Sousa & Marques, 2014).

Neste caso em particular foi utilizado como pré-medicação, causando uma ligeira sedação, com efeito ansiolítico antes do procedimento de anestesia regional, BNP.

Dado que se prevê um rápido regresso a casa após a cirurgia, é importante alertar para uma possível sensação de sonolência, cansaço ou fraqueza durante 1 ou 2 dias depois. Também pode afetar a capacidade de coordenação e raciocínio (Índice, 2024b).

- **Mepivacaína**

A Mepivacaína é um anestésico local utilizado frequentemente em BNP e procedimentos dentários. Tem um rápido início de ação e potência a duração do bloqueio motor. A mepivacaína estabiliza a membrana neuronal e impede o início e transmissão do impulso nervoso, produzindo, assim, uma anestesia local. Deve injetar-se lentamente a dose eficaz mais baixa para impedir níveis plasmáticos altos e efeitos colaterais, tais como náuseas, vômitos, espasmos musculares, hipotensão, bradicardia e taquicardia, colapso, convulsões e problemas respiratórios (Índice, 2024a; Medscape, 2024a;).

Utilizada no caso clínico para BNP. O enfermeiro em articulação com o anestesista realiza a administração da mepivacaína e monitoriza os sinais vitais e verbalização de sinais de desconforto referidos pela PSPO.

- **Ropivacaína**

A ropivacaína é um anestésico local de longa duração do tipo amida que exerce efeito anestésico e analgésico. Tem possivelmente menos bloqueio motor do que outros agentes. A sua ação impede a transmissão de sinais pelos nervos para o cérebro, o que inibe a sensação de dor, calor ou frio no local onde é administrada, contudo poderá continuar a ter outras sensações

tais como pressão ou toque. Em casos de toxicidade pode provocar: dormência da língua/circundação oral, inquietação, zumbido, convulsões e em casos extremos paragem cardiorrespiratória (Allman & Wilson, 2016; Infarmed, 2022c). Utilizada no caso clínico para BNP. O enfermeiro em articulação com o anestesista realiza a administração da ropivacaína e monitoriza os sinais vitais e verbalização de sinais de desconforto referidos pela PSPO de forma a garantir a segurança da mesma.

- **Propofol**

Neste caso foi utilizado propofol, como indutor e na manutenção da anestesia geral. A dose necessária é calculada em função da idade, peso corporal e condição física. Em adultos, a dose recomendada é de 1,5 a 2,5 mg de propofol por kg de peso corporal para a indução anestésica, e 4 a 12 mg de propofol por kg de peso corporal por hora para a manutenção anestésica (Infarmed, 2022b).

Após a indução em bolus, recorreu-se ao uso de uma seringa perfusora programada para a administração de propofol para a manutenção anestésica. Faz parte das intervenções de enfermagem avançada vigiar a perfusão do medicamento, o local de administração de medicação assim como monitorizar os sinais vitais (frequência cardíaca e tensão arterial) e BIS continuamente.

- **Dexametasona 4 mg**

Utilizada no caso clínico na fase final da indução anestésica para prevenir edema e NVPO.

- **Enoxaparina 40 mg SC**

A enoxaparina sódica pertence a um grupo de medicamentos designados de HBPM. Utiliza-se para tratar os coágulos sanguíneos que existem no sangue ou para prevenir a formação de coágulos sanguíneos nas seguintes situações: antes e após uma cirurgia, doença de curta duração que conduza a imobilidade, em casos de existência história de formação de coágulos sanguíneos. Pode ainda ser utilizada em angina instável ou após um ataque cardíaco. Como efeitos secundários pode surgir: reação alérgica, erupção cutânea disseminada, hemorragias, hematomas, dor ou irritação no local de injeção, entre outros (Infarmed, 2022a).

No caso clínico foi utilizado como prevenção de fenómeno tromboembólicos associada à cirurgia e redução da imobilidade imposta pela mesma. Devem ser vigiados sinais de hemorragia e/ou hematomas decorrentes da sua administração.

#### 4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

##### Atitudes terapêuticas

14-01-2025 11:45

##### **14-01-2025 11:45 - Ventilação invasiva [RESOLVIDO] 14-01-2025 19:00**

14-01-2025 11:45 - Tipo de ventilação invasiva: ventilação controlada por volume.

14-01-2025 11:45 - Ventilação invasiva - FiO2: 40 %.

14-01-2025 11:45 - Ventilação invasiva - volume corrente: 450 ml.

14-01-2025 11:45 - Ventilação invasiva - volume/minuto: 5 L/min.

14-01-2025 11:45 - Ventilação invasiva - frequência respiratória (programada): 12 cr/min.

14-01-2025 11:45 - Ventilação invasiva - PEEP: 5 cm H2O.

##### **14-01-2025 11:45 - Prevenir complicações da ventilação invasiva [FIM]**

14-01-2025 19:00

14-01-2025 11:45 - Avaliar complicações da ventilação invasiva [FIM] 14-01-2025 19:00

14-01-2025 11:45 - Avaliar evolução da ventilação invasiva [FIM] 14-01-2025 19:00

##### **14-01-2025 11:45 - Procedimento invasivo**

14-01-2025 11:45 - Tipo de procedimento invasivo: Artroscopia joelho direito.

14-01-2025 19:00 - Tipo de procedimento invasivo: Artroscopia joelho direito.

14-01-2025 11:45 - Verificado: antecedentes clínicos, alergias, consentimento informado, toma de medicação pré-operatória, próteses, identificação do doente, jejum, preparação pré-operatória.

##### **14-01-2025 19:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o procedimento invasivo**

##### **14-01-2025 11:45 - Promover autogestão: procedimento invasivo**

14-01-2025 19:00 - Conhecimento sobre sinais e sintomas de complicações pós-operatórias

##### **14-01-2025 19:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre sinais e sintomas de complicações pós-operatórias**

14-01-2025 19:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre sinais e sintomas de complicações pós-operatórias

14-01-2025 19:00 - Ensinar sobre sinais e sintomas de complicações pós-operatórias

14-01-2025 19:00 - Ensinar sobre como atuar na presença de sinais e/ou sintomas de complicações pós-operatórias

##### **14-01-2025 11:45 - Procedimento anestésico: BNP [RESOLVIDO] 14-01-2025 19:00**

##### **14-01-2025 11:45 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o procedimento anestésico BNP [FIM] 14-01-2025 19:00**

14-01-2025 11:45 - Avaliar evolução procedimento anestésico BNP [FIM]

14-01-2025 19:00

14-01-2025 11:45 - Assistir no uso de ecógrafo durante BNP [FIM] 14-01-2025 19:00

14-01-2025 11:45 - Assistir no uso de neuroestimulador durante BNP [FIM] 14-01-2025

19:00

14-01-2025 11:45 - Assistir na administração de medicamentos durante BNP [FIM]

14-01-2025 19:00

**14-01-2025 11:45 - Procedimento anestésico: AGEV [RESOLVIDO]** 14-01-2025 19:00

**14-01-2025 11:45 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o procedimento anestésico AGEV [FIM]** 14-01-2025 19:00

14-01-2025 11:45 - Avaliar evolução procedimento anestésico AGEV [FIM]

14-01-2025 19:00

14-01-2025 11:45 - Administrar medicamentos EV segundo prescrição [FIM]

14-01-2025 19:00

14-01-2025 11:45 - Monitorizar BIS [FIM] 14-01-2025 19:00

14-01-2025 19:00

### **Sondas, Drenos e Cateteres**

14-01-2025 11:45

**14-01-2025 11:45 - Cateter venoso periférico**

14-01-2025 19:00 - Localização do cateter venoso periférico

14-01-2025 19:00 - Mão Direita(o)

14-01-2025 19:00 - Características do dispositivo: 20 G.

14-01-2025 19:00 - Ausência de dor.

14-01-2025 19:00 - Ausência de calor.

14-01-2025 19:00 - Ausência de rubor.

14-01-2025 19:00 - Ausência de tumefação.

14-01-2025 19:00 - Ausência de exsudado.

14-01-2025 19:00 - Ausência de infiltração.

14-01-2025 11:45 - Localização do cateter venoso periférico

14-01-2025 11:45 - Mão Direita(o)

14-01-2025 11:45 - Características do dispositivo: 20 G.

14-01-2025 11:45 - Ausência de dor.

14-01-2025 11:45 - Ausência de calor.

14-01-2025 11:45 - Ausência de rubor.

14-01-2025 11:45 - Ausência de tumefação.

14-01-2025 11:45 - Ausência de exsudado.

14-01-2025 11:45 - Ausência de infiltração.

**14-01-2025 11:45 - Determinar evolução da administração pelo cateter**

14-01-2025 11:45 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico

**14-01-2025 11:45 - Assegurar funcionamento do cateter**

14-01-2025 11:45 - Otimizar cateter venoso periférico

**14-01-2025 11:45 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico**

14-01-2025 11:45 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

**14-01-2025 11:45 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico**

*14-01-2025 11:45 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico*

*14-01-2025 11:45 - Trocar cateter venoso periférico [SOS]*

**14-01-2025 11:45 - Máscara laríngea [RESOLVIDO]** 14-01-2025 19:00

*14-01-2025 11:45 - Máscara laríngea Ambu® AuraGain nº 4 com cuff de 40 cm H2O*

**14-01-2025 11:45 - Assegurar funcionamento da máscara laríngea [FIM]**

*14-01-2025 19:00*

*14-01-2025 11:45 - Otimizar máscara laríngea [FIM]* 14-01-2025 19:00

**14-01-2025 11:45 - Determinar sinais de complicações relacionadas com a máscara laríngea [FIM]** 14-01-2025 19:00

*14-01-2025 11:45 - Avaliar evolução da pressão do cuff [FIM]* 14-01-2025 19:00

**14-01-2025 11:45 - Prevenir complicações relacionadas com a máscara laríngea [FIM]** 14-01-2025 19:00

*14-01-2025 11:45 - Manter cuff insuflado [FIM]* 14-01-2025 19:00

*14-01-2025 11:45 - Gerir a pressão do cuff [FIM]* 14-01-2025 19:00

*14-01-2025 11:45 - Insuflar cuff [FIM]* 14-01-2025 19:00

*14-01-2025 11:45 - Aspirar conteúdo gástrico [SOS] [FIM]* 14-01-2025 19:00

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

Neste caso específico foram identificadas as seguintes atitudes terapêuticas relativas à primeira sessão: “Procedimento invasivo”, “Procedimento anestésico” e “Ventilação invasiva”. Na segunda sessão manteve-se a atitude terapêutica “Procedimento Invasivo”.

##### **• Procedimento Invasivo**

No que se refere ao procedimento invasivo, na primeira sessão, foram selecionados os itens que devem ser alvo da atenção de enfermagem: “Antecedentes clínicos”, “Alergias”, “Consentimento Informado”, “Toma de medicação pré-operatória”, “Próteses”, “Identificação do doente”, “Jejum” e “Preparação pré-operatória”. No momento de acolhimento na sala operatória, e antes da indução anestésica, o enfermeiro de anestesia deve reconfirmar todos estes itens em prol da segurança da PSPO (Viegas & Névoa, 2014).

Na segunda sessão deu-se continuidade à identificação da atitude procedimento invasivo no sentido de determinar a presença de sinais de complicações relacionadas com o mesmo e de capacitar a PSPO no que respeita ao conhecimento sobre os mesmos.

##### **• Procedimento anestésico**

Identificado na primeira sessão. Neste caso concreto, trata-se de um jovem que apresenta bom estado físico geral e sem comorbilidades associadas, pelo que se optou por uma anestesia combinada para promover um maior conforto intraoperatório e a otimização da analgesia pós-

operatória. Realizou-se anestesia regional, através de BNP (nervo femoral direito e nervo ciático poplíteo direito) com apoio de ultrassonografia (ecógrafo) e neuroestimulador e com a colaboração da pessoa, seguido de AGEV com administração EV de propofol.

- **Ventilação invasiva**

A ventilação invasiva realizou-se recorrendo ao ventilador anestésico e seu circuito conectado ao dispositivo de abordagem da via aérea, neste caso, máscara laríngea. Os parâmetros ventilatórios foram programados pelo anestesista tendo em conta as especificidades da PSPO. Confirmou-se a adaptação ventilatória aos mesmos.

No que respeita a “Sondas, Drenos e Cateteres”, foi identificado transversalmente às duas sessões o “Cateter venoso periférico” e, apenas para a primeira sessão, a “Máscara Laríngea”.

- **Cateter venoso periférico**

Aquando da entrada da PSPO na sala cirúrgica e antes da indução anestésica, cabe ao enfermeiro de anestesia testar a funcionalidade e permeabilidade do CVP, essencial para a segurança do procedimento anestésico (Viegas & Névoa, 2014).

O CVP acompanha a PSPO ao longo de toda a sua permanência na UCA, sendo um dispositivo importante para a promoção da segurança.

- **Máscara laríngea**

A máscara laríngea é um dispositivo que fornece uma boa gestão da via aérea sem que haja necessidade de intubação. É inserida na boca da pessoa e posicionada com segurança sobre a laringe, sendo conectada ao ventilador anestésico através de um circuito respiratório. A pessoa pode respirar espontaneamente ou ser ventilada mecanicamente (Goodman & Spry, 2017).

A máscara laríngea AuraGain™, da Ambu®, é um dispositivo supraglótico de 2ª geração que satisfaz 3 necessidades fundamentais na gestão da via aérea promovendo assim a segurança da PSPO. Integra acesso gástrico e a possibilidade de utilização para intubação num dispositivo descartável com curva anatômica que facilita o estabelecimento rápido de uma via aérea segura. A sua curvatura anatômica, acompanha a anatomia da via aérea humana, e a curva arredondada do dispositivo favorece uma colocação rápida e garante o desempenho prolongado. Está ainda desenhada para proporcionar uma boa selagem da via aérea, com pressões de aderência comprovadas até 40 cm H<sub>2</sub>O. O canal de acesso gástrico integrado permite a colocação de um tubo gástrico, que promove a gestão do conteúdo e expansão gástrica (Ambu®, 2022).

Na primeira sessão, o enfermeiro de anestesia colabora no teste, preparação e colocação da máscara laríngea, assim como na sua correta fixação e insuflação e monitorização do *cuff*. Intervenções que garantem a segurança do procedimento anestésico e da PSPO.

4.5. Domínios

| Início           | Domínios                           | Fim              |
|------------------|------------------------------------|------------------|
| 14-01-2025 11:45 | Consciência                        |                  |
| 14-01-2025 11:45 | Sistema respiratório               |                  |
| 14-01-2025 11:45 | Sistema cardiovascular             |                  |
| 14-01-2025 11:45 | Pele e mucosas                     |                  |
| 14-01-2025 11:45 | Metabolismo                        |                  |
| 14-01-2025 11:45 | Termorregulação                    |                  |
| 14-01-2025 11:45 | Atitudes terapêuticas              |                  |
| 14-01-2025 11:45 | Sondas, Drenos e Cateteres         |                  |
| 14-01-2025 11:45 | Reflexo corneano                   | 14-01-2025 19:00 |
| 14-01-2025 19:00 | Sensações somáticas                |                  |
| 14-01-2025 19:00 | Digestão                           |                  |
| 14-01-2025 19:00 | Eliminação urinária                |                  |
| 14-01-2025 19:00 | Volume de líquidos                 |                  |
| 14-01-2025 19:00 | Andar                              |                  |
| 14-01-2025 19:00 | Autogestão do regime medicamentoso |                  |

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

O EEEMC na área de enfermagem à PSPO gere "... protocolos terapêuticos altamente complexos no âmbito da anestesia, da intervenção cirúrgica e da recuperação pós-operatória", implementa "planos diferenciados de instrução, ensino e treino para a recuperação e promoção do autocuidado" (Lobão et al., 2024, p. 421).

A primeira sessão elegida para análise neste caso clínico corresponde ao momento final da indução anestésica, tendo assim um grande ênfase nas funções do enfermeiro de anestesia. Para a segunda sessão considerou-se o momento de preparação da alta no recobro II. Momento em que o EEEMC na área de enfermagem à PSPO enfatiza a sua intervenção autónoma no ensino/capacitação da PSPO para o regresso a casa.

As intervenções autónomas de enfermagem advém do processo autónomo de tomada de decisão, no qual os enfermeiros mobilizam e utilizam conhecimentos da disciplina de enfermagem para dar resposta aos processos experienciados pela pessoa (Mendes, 2024).

No caso em análise foram identificados os seguintes domínios:

**Consciência**

A anestesia geral leva alterações induzidas do estado de consciência, tal como descrito inicialmente.

Na primeira sessão, na primeira fase da indução anestésica, BNP, a PSPO está consciente, orientada e colabora na realização do procedimento. Posteriormente é submetida a um estado de alteração induzida do estado de consciência provocado pela AGEV.

Na segunda sessão, no recobro II, a pessoa já recuperou o seu estado de consciência. Pode, no entanto, apresentar-se mais sonolenta, decorrente dos medicamentos administrados.

De acordo com Potter et al. (2017) é normal que a PSPO se apresente sonolenta no recobro. Com o decorrer do tempo, os agentes anestésicos são metabolizados e a pessoa volta a apresentar um estado de consciência compatível com o prévio ao procedimento anestésico.

### **Sistema respiratório**

Na primeira sessão, importa verificar as características respiratórias basais da PSPO prévias à administração de medicamentos e posteriormente a sua adaptação à ventilação mecânica e ajuste dos parâmetros ventilatórios por parte do anestesista.

As alterações ocorridas durante o procedimento cirúrgico e anestésico, podem contribuir para alterações ventilatórias decorrentes da hipoventilação e alteração da relação ventilação/perfusão (Machado, 2013). Também o uso de garrote pode potenciar alterações respiratórias, nomeadamente após a abertura do mesmo, ocorre com uma libertação de CO<sub>2</sub> aumentada (Deloughry & Griffiths, 2009).

Na segunda sessão pode existir hipoventilação resultante do efeito residual de anestésicos gerais, opioides, benzodiazepinas, dor, distensão abdominal, entre outros (Machado, 2013; Potter et al., 2017). Desta forma, importa monitorizar e vigiar as características da respiração da PSPO descartando a ocorrência de depressão respiratória.

### **Sistema Cardiovascular**

Tal como já referido anteriormente, os agentes anestésicos atuam ao nível do sistema cardiovascular, podendo causar hipotensão e bradicardia pelo que estes aspetos devem ser alvo da atenção do EE durante a indução cirúrgica.

Durante o uso de garrote, e nomeadamente após a exsanguinação do membro e a insuflação do garrote há um aumento da resistência vascular sistémica e um aumento efetivo do volume sanguíneo circulante. Como tal, transitoriamente, existe um aumento da pressão venosa central e, geralmente, um aumento concomitante da tensão arterial sistólica. Após o aumento inicial é comum existir um segundo aumento gradual da tensão arterial, provavelmente desencadeada por mecanismos de dor (Deloughry & Griffiths, 2009). Na abertura do garrote, ocorre uma redistribuição do fluxo sanguíneo que, frequentemente, se manifesta por diminuição das pressões venosas central e sistólica, que embora temporárias, podem ser bastante marcadas (Deloughry & Griffiths, 2009; Mohamed & Maghraby, 2016). O tempo de isquemia junto com os

efeitos da intervenção cirúrgica também pode desencadear alterações ao nível da perfusão dos tecidos (Potter et al., 2017).

As perdas sanguíneas no intraoperatório podem desencadear alterações dos valores de tensão arterial e frequência cardíaca no pós-operatório (Potter et al., 2017).

Na primeira sessão procede-se à monitorização da tensão arterial e frequência cardíaca de modo a vigiar a resposta da PSPO à indução anestésica.

Com o objetivo de vigiar a adaptação cardiovascular ao pós-operatório e antecipar possíveis complicações, na segunda sessão, realizou-se uma monitorização, mais espaçada, dos valores de tensão arterial e frequência cardíaca assim como uma vigilância da perfusão dos tecidos do membro intervencionado.

### **Pele e Mucosas**

Na primeira sessão, tal como já referido anteriormente, é fundamental verificar as condições de pele e nomeadamente a sua integridade e necessidade de tricotomia. Neste caso em particular, verificar também a temperatura e coloração das extremidades, nomeadamente do membro que irá ser submetido a intervenção cirúrgica. Adicionalmente é importante assegurar o correto posicionamento de forma a evitar lesões decorrentes do mesmo.

Na segunda sessão existem decorrentes do procedimento invasivo feridas cirúrgicas. De acordo com o *International Council of Nurses* (ICN) (2019) a ferida cirúrgica caracteriza-se por um corte nos tecidos produzido por um instrumento cirúrgico afiado, para criar uma abertura num espaço corporal ou num órgão, da qual resulta drenagem de soro e sangue, que se espera estar limpo, ou seja, que não apresente sinais de infeção ou pus. Na vigilância dos pensos das feridas cirúrgicas é importante ter em conta as suas localizações, e aspeto externo (limpo e seco, repassado e em que medida) (Duarte & Martins, 2014). A intervenção de enfermagem visa a promoção da cicatrização das feridas cirúrgicas através do tratamento e vigilância adequada (Lobão et al., 2024). Neste caso em particular, na segunda sessão, a PSPO apresentava 4 pequenas feridas cirúrgicas resultantes das incisões cirúrgicas de artroscopia e uma incisão de maiores dimensões (4 cm). As feridas apresentavam material de sutura, e os pensos estavam externamente limpos, secos e aderentes à pele. Dada a alta precoce, é importante realizar os ensinamentos à PSPO sobre os cuidados a ter com as feridas cirúrgicas, indicações quanto ao tratamento das mesmas e quais os sinais de alerta.

### **Metabolismo**

Tal como já referido anteriormente, o controlo da glicemia capilar é um fator preponderante na prevenção da ILC, pelo que deve ser monitorizado continuamente ao longo do perioperatório.

Resultante da utilização do garrote e do tempo de isquemia do membro podem ocorrer pequenos aumentos das concentrações plasmáticas de potássio e lactato e uma redução do pH

arterial relacionado com o retorno de lactado e dióxido de carbono à circulação. Em circunstâncias normais, após 30 minutos de abertura do garrote estas alterações estarão resolvidas (Deloughry & Griffiths, 2009).

De acordo com o preconizado pela DGS, quer na primeira quer na segunda sessão, recorreu-se à monitorização e registo do valor da glicemia capilar, que se encontravam dentro dos parâmetros recomendados.

### **Termorregulação**

Para além do já referido anteriormente no que respeita à termorregulação, neste caso específico, artroscopia do joelho, o risco de hipotermia é acrescido pela necessidade de infusão de grandes quantidades de fluídos no campo cirúrgico através do sistema de artrobomba.

De acordo com a EORNA (2023), um conjunto de fatores contribuem para a hipotermia perioperatória, tais como, medicamentos utilizados para induzir anestesia, exposição de grandes superfícies corporais às temperaturas normalmente baixas da sala operatória, administração de fluidos EV e de lavagem frios e mecanismos de evaporação pelo local cirúrgico. Desta forma é recomendado pela EORNA que fluidos intravenosos e sangue devem ser aquecidos a 37°C usando um dispositivo de aquecimento de fluídos. Recomenda-se que os fluidos de lavagem também devem ser aquecidos em dispositivo próprio (38-40°C), antes de serem usados na PSPO. Fluidos utilizados durante artroscopia, cistoscopia e procedimentos urológicos devem, de igual modo, ser aquecidos para não induzir hipotermia na PSPO (EORNA, 2023).

Adicionalmente, também o uso do garrote interfere na manutenção da normotermia corporal. O seu uso está associado a um aumento gradual da temperatura corporal provocado pela redução da transferência de calor e perda de calor do membro isquémico. Após a abertura do garrote, ocorre uma diminuição da temperatura, provocada pela redistribuição do calor corporal e retorno à circulação sistémica de uma pequena quantidade de sangue hipotérmico do membro isquémico (Deloughry & Griffiths, 2009).

Face ao exposto, neste caso concreto, no intraoperatório, teve-se a preocupação de realizar uma combinação dos métodos de aquecimento ativos e passivos, tais como lençóis quentes, aquecedor de ar forçado com manta de aquecimento, dispositivo de aquecimento de fluídos EV e administração de fluídos de irrigação aquecidos, assim como uma monitorização continuada da temperatura corporal. O enfermeiro de anestesia e o circulante tem assim um papel ativo na promoção da termorregulação da PSPO, contribuindo para a sua segurança e qualidade dos cuidados.

No que respeita à primeira sessão, recorreu-se à combinação de técnicas de aquecimento ativas e passivas de modo a promover a manutenção da temperatura corporal e transmitir conforto à PSPO. Na segunda sessão, no pós-operatório, manteve-se a preocupação da manutenção da

normotermia, com o aquecimento passivo da PSPO e monitorização da temperatura corporal.

### **Reflexo Corneano**

Na primeira sessão, após a indução da AGEV, e tal como já referido anteriormente, o enfermeiro, com funções de anestesia, deve executar intervenções no sentido de promover a manutenção da integridade do reflexo corneano.

### **Sensações Somáticas**

A realização do procedimento anestésico BNP pode estar associada a uma dor transitória. De forma preventiva foi administrado Fentanil 50 mcg e 1 mg de midazolam de modo a minimizar o desconforto associado ao procedimento. De acordo com Chen et al. (2017), o uso de midazolam mostrou reduzir substancialmente os scores de dor e consequentemente o consumo de analgésicos. De igual modo, mostrou melhorar o tempo até à primeira necessidade de analgésicos após artroscopia do joelho (Chen et al., 2017). Também o estímulo de colocação de máscara laríngea pode provocar desconforto, pelo que foi administrado 150 mcg de fentanil antes da colocação da mesma para reduzir o estímulo álgico.

A artroscopia do joelho está relacionada com dor moderada a intensa após a cirurgia. A gestão da dor pós-operatória é uma questão importante e desafiante para melhorar o conforto, a atividade diária, a satisfação e promover a alta hospitalar precoce (Chen et al., 2017). A artroscopia do joelho com ligamentoplastia (LCA) é das artroscopias mais dolorosas, dado que envolve agressão a estruturas, nomeadamente ligamentosas, ativando, deste modo, nociceptores (Machado, 2013). Também o uso do garrote pneumático pode estar associada a dor no membro afetado (Deloughry & Griffiths, 2009; EORNA, 2023).

A realização do BNP permite uma maior otimização da dor no pós-operatório imediato (Potter et al., 2017). Adicionalmente, no intraoperatório foi realizada analgesia convencional com paracetamol 1 g, ceterolac 30 mg e morfina 3mg de modo a controlar a dor pós-operatória.

No pós-operatório, o enfermeiro deve realizar e monitorizar o estado neurovascular do membro intervencionado (Hinkle & Cheever, 2020).

Na segunda sessão, é importante fazer uma gestão e monitorização adequada da dor pós-operatória. As escalas de avaliação da dor são úteis para a avaliação da dor e facilitam o registo da mesma, assim como da resposta a analgésicos (Potter et al., 2017). A gestão da analgesia deve ser garantida através das medidas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor (Lobão et al., 2024). Pode recorrer-se à aplicação de crioterapia e à elevação do membro operado como estratégias não farmacológicas de controlo da dor (SPOT, s/d). Num estudo realizado por Kunkle et al. (2021), a crioterapia pós-operatória está associada a redução da dor e menor consumo de analgésicos. Importa também realizar ensinamentos que capacitem a pessoa sobre a gestão da dor no pós-operatório e no regresso a casa.

## **Digestão**

A PSPO reinicia a sua ingestão alimentar antes da alta para o domicílio e após recuperar dos efeitos da anestesia. A ingestão dietética deve ser promovida de forma gradual e mediante tolerância (Potter et al., 2017).

Na segunda sessão, no recobro II, importa vigiar a ocorrência de NVPO. Tal como anteriormente descrito as NVPO são uma das complicações frequentemente associadas ao pós-operatório em UCA e condicionam a experiência operatória e o regresso a casa (Milheiro et al., 2023). Cabe ao EEEMC na área de enfermagem à PSPO monitorizar e vigiar a ocorrência de NVPO assim como dotar a PSPO de conhecimentos que lhe permitam uma gestão eficaz das NVPO no regresso a casa.

A tolerância alimentar e ausência de NVPO são critérios fundamentais para a alta para o domicílio.

## **Eliminação Urinária**

A retenção urinária é uma das possíveis complicações no pós-operatório imediato. Associa-se ao uso de certos medicamentos anestésicos e analgésicos, como opioides que prejudicam a sensação de plenitude da bexiga, à administração de grandes volumes de líquidos, às restrições da mobilidade impostas pela cirurgia e à perda de privacidade da PSPO. Embora seja uma complicação comum, geralmente é transitória, a menos que exista uma patologia que a justifique. A primeira micção no pós-operatório deve ser alvo da atenção do EE e deve estar corretamente registada. Casos de retenção urinária exigem uma intervenção de enfermagem eficaz para promover a sua resolução (Duarte & Martins, 2014; Hinkle & Cheever, 2020; Potter et al., 2017).

Na segunda sessão é importante garantir que a PSPO tem a primeira micção espontânea e não apresenta sinais de retenção urinária antes do regresso a casa.

## **Volume de Líquidos**

O edema está associado à resposta inflamatória pós-operatória. Também pode apresentar relação com o volume de líquidos instilado durante a artroscopia e com o uso do garrote. A lesão microvascular ocorre no músculo após isquemia de duração superior a 2 h. Após a abertura do garrote, o aumento da permeabilidade vascular resulta em edema intersticial e intracelular. A PSPO pode apresentar edema, palidez e maior rigidez e fraqueza, mas sem paralisia, o que pode durar até 1 a 6 semanas (Deloughry & Griffiths, 2009).

A crioterapia é usualmente utilizada nos cuidados pós-operatórios de procedimentos ortopédicos artroscópicos e abertos. Está associada a um efeito analgésico provocado por alterações microvasculares que reduzem a produção de mediadores inflamatórios, diminuem o edema

local, interrompem a resposta inflamatória global e reduzem a velocidade de condução nervosa (Hinkle & Cheever, 2020; Kunkle et al., 2021).

Depois da artroscopia, a articulação é envolvida num penso compressivo de modo a controlar o edema. O posicionamento do membro intervencionado (estendido e elevado) também é útil no controlo do edema pós-operatório (Hinkle & Cheever, 2020).

Na segunda sessão é importante o posicionamento do membro intervencionado (elevação) e a realização de crioterapia (20 minutos de 2 em 2 horas) de modo a contribuir para a redução do edema (SPOT, s/d). Igualmente necessário é dotar a PSPO de conhecimentos para a gestão do edema pós-operatório no regresso a casa.

### **Andar**

De acordo com o ICN (2019), andar é o movimento do corpo de um local para outro com as pernas, passo a passo. Caracteriza-se pela capacidade para sustentar o peso do corpo e andar com uma marcha eficaz. No pós-operatório, a PSPO transitoriamente terá de andar com auxiliares de marcha, neste caso concreto canadianas e está recomendada marcha com carga parcial. Como tal terá de aprender a utilizar as mesmas para andar e para subir e descer escadas.

As canadianas são estruturas metálicas, cujos apoios devem ser largos, de borracha e sem desgaste. Devem estar ajustadas à pessoa de modo a facilitar o apoio e equilíbrio. O apoio para a mão deve ficar ao nível da anca, de forma a que o braço fique ligeiramente dobrado. O suporte da canadiana deve ficar abaixo do cotovelo (3 cm) (Cuf, 2023; Mantas, 2022).

Na marcha com carga parcial, é expectável que seja efetuado algum peso do corpo sobre o membro lesionado, de acordo com indicação médica. A pessoa deve avançar com as duas canadianas, a seguir com a perna lesionada e, apoiando o peso do corpo nas canadianas, avançar com a perna “boa”. Para subir escadas deve: subir com a perna “boa” com o peso do corpo apoiado nas canadianas; subir as canadianas; e por último subir com a perna lesionada (com carga parcial). Para descer escadas deve: avançar com as canadianas para o degrau inferior; descer com a perna lesionada, e de seguida a perna “boa”. As canadianas devem estar sempre apoiadas no mesmo degrau, de modo a evitar quedas. Caso exista um corrimão, deve-se preferir apoiar no corrimão e numa canadiana (CUF, 2023).

Na segunda sessão e de forma a otimizar o regresso a casa, o EE dota a PSPO de conhecimentos e capacidades para fazer um uso correto das canadianas, de forma a evitar lesões e complicações pós-operatórias.

### **Autogestão do regime medicamentoso**

De acordo com a APCA, a doença tromboembólica venosa, incluindo a trombose venosa

profunda (TVP) e o tromboembolismo pulmonar, é responsável por morbilidade e mortalidade, pelo que é importante que a sua prevenção esteja instituída a nível da CA. O tromboembolismo pulmonar está associado a 15% da mortalidade pós-cirúrgica e pode surgir para além dos 30 dias pós-operatório. Estima-se que este fenómeno esteja sub-diagnosticado em Portugal uma vez que o regresso a casa precoce atrasa e dificulta o diagnóstico. Um conjunto de fatores associados ao perioperatório relacionam-se com a TVP, tais como, imobilidade, desidratação, anestesia geral, tempo, local e agressividade cirúrgica. Quando ocorre uma TVP, os êmbolos libertados podem obstruir a artéria pulmonar, podendo ocorrer síndrome pós trombótica ou hipertensão pulmonar crónica, com repercussões clínicas e económicas importantes, ou por último a morte. Devem ser analisados os fatores de risco individuais e cirúrgicos para assim definir o plano de trombopprofilaxia recomendada: medidas gerais, físicas e farmacológicas, com HBPM. A HBPM profilática é normalmente autoadministrada uma vez ao dia, em dose única, com início 6h após o término da cirurgia (Pinho et al., 2013).

Deste modo, e de acordo com as recomendações da APCA, na segunda sessão foi fornecido à PSPO um folheto informativo sobre a trombopprofilaxia recomendada, modo de administração, sinais de alerta e contactos telefónicos em caso de dúvidas ou complicações. Concomitantemente foram realizados ensinios à PSPO e familiar/pessoa significativa sobre o modo de autoadministração de HBPM.

## 4.6. Conceção de Cuidados

### Consciência

14-01-2025 11:45

14-01-2025 11:45 - Com indícios de compromisso da consciência.

#### **14-01-2025 11:45 - Determinar sinais de alteração da consciência**

*14-01-2025 11:45 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência*

#### **14-01-2025 11:45 - Consciência comprometida [RESOLVIDO] 14-01-2025 19:00**

14-01-2025 11:45 - Abertura dos olhos: nenhuma.

14-01-2025 11:45 - Resposta verbal: nenhuma.

14-01-2025 11:45 - Resposta motora: nenhuma.

#### **14-01-2025 11:45 - Determinar evolução da consciência**

*14-01-2025 11:45 - Avaliar evolução da consciência*

#### **14-01-2025 11:45 - Prevenir queda [FIM] 14-01-2025 19:00**

*14-01-2025 11:45 - Aplicar restrição física da mobilidade [FIM] 14-01-2025 19:00*

#### **14-01-2025 11:45 - Prevenir úlcera de pressão [FIM] 14-01-2025 19:00**

*14-01-2025 11:45 - Posicionar para prevenir úlcera de pressão [FIM] 14-01-2025*

19:00

14-01-2025 11:45 - Utilizar marquesa operatória com almofadas viscoelásticas  
[FIM] 14-01-2025 19:00

**14-01-2025 11:45 - Prevenir aspiração [FIM] 14-01-2025 19:00**

14-01-2025 11:45 - Posicionar para prevenir a aspiração [FIM] 14-01-2025 19:00

14-01-2025 19:00

14-01-2025 19:00 - Consciente.

### **Sensações somáticas**

14-01-2025 19:00

14-01-2025 19:00 - Sem manifestação de prurido.

14-01-2025 19:00 - Sensibilidade superficial

14-01-2025 19:00 - Membro inferior Direita(o)

14-01-2025 19:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

14-01-2025 19:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

14-01-2025 19:00 - Com compromisso da sensibilidade dolorosa.

14-01-2025 19:00 - Sem manifestação de dor.

**14-01-2025 19:00 - Determinar sinais de dor**

14-01-2025 19:00 - Avaliar evolução de sinais de dor

**14-01-2025 19:00 - Sensibilidade comprometida**

**14-01-2025 19:00 - Determinar evolução da sensibilidade**

14-01-2025 19:00 - Avaliar evolução da sensibilidade

**14-01-2025 19:00 - Promover autogestão: sensibilidade**

**14-01-2025 19:00 - Conhecimento sobre alterações da sensibilidade do membro inferior direito relacionado com procedimento anestésico BNP**

14-01-2025 19:00 - Conhecimento sobre alteração da sensibilidade do membro inferior direito relacionado com procedimento anestésico BNP: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**14-01-2025 19:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre alterações da sensibilidade do membro inferior direito relacionado com procedimento anestésico BNP**

14-01-2025 19:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre alterações da sensibilidade do membro inferior direito relacionado com procedimento anestésico BNP

14-01-2025 19:00 - Ensinar sobre alterações da sensibilidade do membro inferior direito relacionado com procedimento anestésico BNP

**14-01-2025 19:00 - Determinar evolução da dor**

14-01-2025 19:00 - Avaliar evolução da dor

**14-01-2025 19:00 - Promover autocontrolo: dor**

14-01-2025 19:00 - Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

14-01-2025 19:00 - Conhecimento sobre analgesia controlada pelo cliente: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

14-01-2025 19:00 - Capacidade para autocontrolar analgesia: facilitadora.

14-01-2025 19:00 - Autoeficácia para autocontrolar a analgesia: facilitadora.

14-01-2025 19:00 - Significado atribuído às estratégias não farmacológicas de alívio da dor: não dificultador.

**14-01-2025 19:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas**

*14-01-2025 19:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas*

*14-01-2025 19:00 - Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas*

**14-01-2025 19:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre analgesia controlada pelo cliente**

*14-01-2025 19:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre analgesia controlada pelo cliente*

*14-01-2025 19:00 - Ensinar sobre uso de analgesia controlada pelo cliente*

*14-01-2025 19:00 - Avaliar evolução do autocontrolo da dor*

**Reflexo corneano**

14-01-2025 11:45

14-01-2025 11:45 - Integridade do reflexo corneano

14-01-2025 11:45 - Bilateral: ausente.

**14-01-2025 11:45 - Reflexo corneano comprometido** [RESOLVIDO] 14-01-2025 19:00

**14-01-2025 11:45 - Determinar evolução do reflexo corneano** [FIM] 14-01-2025 19:00

*14-01-2025 11:45 - Avaliar evolução do reflexo corneano* [FIM] 14-01-2025 19:00

**14-01-2025 11:45 - Prevenir úlcera da córnea** [FIM] 14-01-2025 19:00

*14-01-2025 11:45 - Aplicar lubrificante ocular* [FIM] 14-01-2025 19:00

*14-01-2025 11:45 - Manter penso ocular* [FIM] 14-01-2025 19:00

**Sistema respiratório**

14-01-2025 11:45

14-01-2025 11:45 - Frequência respiratória: 12 ciclos/min.

14-01-2025 11:45 - Ritmo respiratório regular.

14-01-2025 11:45 - Movimento respiratório simétrico.

14-01-2025 11:45 - Saturação do oxigénio no sangue

14-01-2025 11:45 - Periférico(a): 98 %.

14-01-2025 11:45 - Coloração da mucosa: rosada.

**14-01-2025 11:45 - Determinar evolução da limpeza da via aérea** [FIM] 14-01-2025 19:00

*14-01-2025 11:45 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea* [FIM] 14-01-2025 19:00

**14-01-2025 11:45 - Ventilação comprometida** [RESOLVIDO] 14-01-2025 19:00

**14-01-2025 11:45 - Determinar evolução da ventilação**

*14-01-2025 11:45 - Avaliar evolução da ventilação*

14-01-2025 19:00

14-01-2025 19:00 - Frequência respiratória: 14 ciclos/min.

14-01-2025 19:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

14-01-2025 19:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

14-01-2025 19:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

14-01-2025 19:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

14-01-2025 19:00 - Saturação do oxigénio no sangue

14-01-2025 19:00 - Periférico(a): 99 %.

14-01-2025 19:00 - Coloração da mucosa: rosada.

14-01-2025 19:00 - Reflexo da tosse: presente.

### **Sistema cardiovascular**

14-01-2025 11:45

14-01-2025 11:45 - Localização do Pulso

14-01-2025 11:45 - Braço Direita(o)

14-01-2025 11:45 - Frequência do pulso: 58 pulsações por minuto.

14-01-2025 11:45 - Local de avaliação da pressão sanguínea

14-01-2025 11:45 - Membro superior Esquerda(o)

14-01-2025 11:45 - Pressão sanguínea sistólica: 103 mmHg.

14-01-2025 11:45 - Pressão sanguínea diastólica: 54 mmHg.

14-01-2025 11:45 - Temperatura das extremidades

14-01-2025 11:45 - Membro inferior Direita(o): Temperatura das extremidades normal.

14-01-2025 11:45 - Coloração das extremidades

14-01-2025 11:45 - Membro inferior Direita(o): Coloração normal das extremidades.

### **14-01-2025 11:45 - Determinar evolução do ritmo cardíaco**

*14-01-2025 11:45 - Avaliar evolução de sinais de arritmia*

### **14-01-2025 11:45 - Determinar evolução da pressão sanguínea**

*14-01-2025 11:45 - Avaliar evolução da pressão sanguínea*

### **14-01-2025 11:45 - Determinar evolução da perfusão dos tecidos periféricos**

*14-01-2025 11:45 - Avaliar evolução da perfusão dos tecidos periféricos*

14-01-2025 19:00

14-01-2025 19:00 - Localização do Pulso

14-01-2025 19:00 - Braço Direita(o)

14-01-2025 19:00 - Frequência do pulso: 75 pulsações por minuto.

14-01-2025 19:00 - Pulso rítmico.

14-01-2025 19:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

14-01-2025 19:00 - Membro superior Esquerda(o)

14-01-2025 19:00 - Pressão sanguínea sistólica: 90 mmHg.

14-01-2025 19:00 - Pressão sanguínea diastólica: 72 mmHg.

14-01-2025 19:00 - Temperatura das extremidades

14-01-2025 19:00 - Membro inferior Direita(o): Temperatura das extremidades normal  
[MANTEVE].

14-01-2025 19:00 - Coloração das extremidades

14-01-2025 19:00 - Membro inferior Direita(o): Coloração normal das extremidades  
[MANTEVE].

14-01-2025 19:00 - Perda sanguínea

14-01-2025 19:00 - Membro inferior Direita(o): Sem perda sanguínea aparente.

### **14-01-2025 19:00 - Determinar evolução de sinais de hemorragia**

*14-01-2025 19:00 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia*

**14-01-2025 19:00 - Promover autogestão: perfusão dos tecidos periféricos**

14-01-2025 19:00 - Conhecimento sobre o compromisso da perfusão dos tecidos periféricos: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

14-01-2025 19:00 - Capacidade para executar exercícios músculo articulares promotores da perfusão periférica dos tecidos: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**14-01-2025 19:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre o compromisso da perfusão dos tecidos periféricos**

*14-01-2025 19:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre o compromisso da perfusão dos tecidos periféricos*

*14-01-2025 19:00 - Ensinar sobre exercícios para prevenir complicações do compromisso da perfusão dos tecidos*

*14-01-2025 19:00 - Ensinar sobre vigilância da perfusão dos tecidos*

*14-01-2025 19:00 - Ensinar sobre sinais de compromisso da perfusão dos tecidos*

**14-01-2025 19:00 - Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios músculo articulares promotores da perfusão periférica dos tecidos**

*14-01-2025 19:00 - Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios músculo articulares promotores da perfusão periférica dos tecidos*

*14-01-2025 19:00 - Instruir exercícios músculo articulares promotores da perfusão periférica dos tecidos*

*14-01-2025 19:00 - Treinar exercícios músculo articulares promotores da perfusão periférica dos tecidos*

*14-01-2025 19:00 - Avaliar evolução da autogestão da perfusão dos tecidos periféricos*

**Digestão**

14-01-2025 19:00

14-01-2025 19:00 - Sem sensação de enjoo.

14-01-2025 19:00 - Sem vômitos.

**14-01-2025 19:00 - Determinar evolução da náusea**

*14-01-2025 19:00 - Avaliar evolução da náusea*

**14-01-2025 19:00 - Promover autocontrolo: náusea**

14-01-2025 19:00 - Conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

14-01-2025 19:00 - Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**14-01-2025 19:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea**

*14-01-2025 19:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea*

*14-01-2025 19:00 - Ensinar sobre gestão do ambiente físico*

*14-01-2025 19:00 - Ensinar sobre higiene oral*

**14-01-2025 19:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético**

*14-01-2025 19:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético*

*14-01-2025 19:00 - Ensinar sobre regime dietético*

**14-01-2025 19:00 - Determinar vômitos**

*14-01-2025 19:00 - Avaliar evolução do vomitar*

**Eliminação urinária**

14-01-2025 19:00

14-01-2025 19:00 - Urina em moderada quantidade.

14-01-2025 19:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

14-01-2025 19:00 - Sem globo vesical.

**14-01-2025 19:00 - Determinar evolução da eliminação urinária**

*14-01-2025 19:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária*

**14-01-2025 19:00 - Determinar evolução de sinais de retenção urinária**

*14-01-2025 19:00 - Avaliar evolução de sinais de retenção urinária*

**Pele e mucosas**

14-01-2025 11:45

14-01-2025 11:45 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

**14-01-2025 11:45 - Determinar evolução da integridade dos tecidos**

*14-01-2025 11:45 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos*

14-01-2025 19:00

14-01-2025 19:00 - Alterações da integridade dos tecidos.

**14-01-2025 19:00 - Ferida cirúrgica**

14-01-2025 19:00 - Localização da ferida cirúrgica

14-01-2025 19:00 - Joelho Direita(o)

14-01-2025 19:00 - Comprimento da lesão tegumentar: 0.50 cm.

14-01-2025 19:00 - Largura da lesão tegumentar: 0.50 cm.

14-01-2025 19:00 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: descontínua.

14-01-2025 19:00 - Material de sutura da lesão tegumentar: fio não absorvível.

14-01-2025 19:00 - Joelho Direita(o)

14-01-2025 19:00 - Comprimento da lesão tegumentar: 0.50 cm.

14-01-2025 19:00 - Largura da lesão tegumentar: 0.50 cm.

14-01-2025 19:00 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: descontínua.

14-01-2025 19:00 - Material de sutura da lesão tegumentar: fio não absorvível.

14-01-2025 19:00 - Joelho Direita(o)

14-01-2025 19:00 - Comprimento da lesão tegumentar: 0.50 cm.

14-01-2025 19:00 - Largura da lesão tegumentar: 0.50 cm.

14-01-2025 19:00 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: descontínua.

14-01-2025 19:00 - Material de sutura da lesão tegumentar: fio não absorvível.

14-01-2025 19:00 - Joelho Direita(o)

14-01-2025 19:00 - Comprimento da lesão tegumentar: 0.50 cm.

14-01-2025 19:00 - Largura da lesão tegumentar: 0.50 cm.

14-01-2025 19:00 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: descontínua.

14-01-2025 19:00 - Material de sutura da lesão tegumentar: fio não absorvível.

14-01-2025 19:00 - Joelho Direita(o)

14-01-2025 19:00 - Comprimento da lesão tegumentar: 4.00 cm.

14-01-2025 19:00 - Largura da lesão tegumentar: 0.50 cm.

14-01-2025 19:00 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: descontínua.

14-01-2025 19:00 - Material de sutura da lesão tegumentar: fio não absorvível.

**14-01-2025 19:00 - Determinar evolução da ferida cirúrgica**

14-01-2025 19:00 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica

**14-01-2025 19:00 - Promover cicatrização da ferida cirúrgica**

14-01-2025 19:00 - Executar tratamento da ferida cirúrgica [SOS]

14-01-2025 19:00 - Remover material de sutura [15º dia pós-operatório]

14-01-2025 19:00 - Vigiar penso da ferida cirúrgica

**14-01-2025 19:00 - Promover autogestão: cicatrização da ferida cirúrgica**

14-01-2025 19:00 - Conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**14-01-2025 19:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica**

14-01-2025 19:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica

14-01-2025 19:00 - Ensinar sobre cuidados à ferida cirúrgica

14-01-2025 19:00 - Ensinar sobre sinais de complicação da ferida cirúrgica

14-01-2025 19:00 - Avaliar evolução da autogestão da cicatrização da ferida cirúrgica

**Metabolismo**

14-01-2025 11:45

14-01-2025 11:45 - Glicemia capilar: 86 mg/dl.

**14-01-2025 11:45 - Glicemia**

**14-01-2025 11:45 - Determinar evolução da glicemia**

14-01-2025 11:45 - Avaliar evolução da glicemia

14-01-2025 19:00

14-01-2025 19:00 - Glicemia capilar: 95 mg/dl.

**Termorregulação**

14-01-2025 11:45

14-01-2025 11:45 - Temperatura corporal periférica

14-01-2025 11:45 - Ouvido: 35.60 °C.

**14-01-2025 11:45 - Hipotermia** [RESOLVIDO] 14-01-2025 19:00

**14-01-2025 11:45 - Determinar evolução da temperatura corporal**

14-01-2025 11:45 - Avaliar evolução da temperatura corporal

**14-01-2025 11:45 - Promover termorregulação**

14-01-2025 11:45 - Aplicar manta de aquecimento [FIM] 14-01-2025 19:00

14-01-2025 11:45 - Aplicar métodos de aquecimento ativo [FIM] 14-01-2025 19:00

14-01-2025 11:45 - Aplicar métodos de aquecimento passivo [FIM] 14-01-2025 19:00

14-01-2025 19:00

14-01-2025 19:00 - Temperatura corporal periférica

14-01-2025 19:00 - Ouvido: 36.10 °C.

## **Volume de líquidos**

14-01-2025 19:00

14-01-2025 19:00 - Sinal de Godet

14-01-2025 19:00 - Membro inferior Direita(o): Sinal de Godet ligeiro ( $> 0$  e  $< 2$  mm).

### **14-01-2025 19:00 - Edema**

14-01-2025 19:00 - Localização do edema

14-01-2025 19:00 - Membro inferior Direita(o)

### **14-01-2025 19:00 - Determinar evolução de sinais de edema**

14-01-2025 19:00 - Avaliar evolução de sinais de edema

### **14-01-2025 19:00 - Diminuir edema**

14-01-2025 19:00 - Posicionar para diminuir edema

14-01-2025 19:00 - Massajar

14-01-2025 19:00 - Aplicar frio

### **14-01-2025 19:00 - Promover autogestão: prevenção de complicações da retenção de líquidos**

14-01-2025 19:00 - Conhecimento sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

### **14-01-2025 19:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos**

14-01-2025 19:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de complicações da retenção de líquidos

14-01-2025 19:00 - Ensinar sobre sinais de retenção de líquidos

14-01-2025 19:00 - Ensinar sobre complicações da retenção de líquidos

14-01-2025 19:00 - Ensinar sobre exercícios músculo articulares promotores da perfusão periférica dos tecidos

14-01-2025 19:00 - Ensinar sobre estratégias de promoção do retorno venoso

14-01-2025 19:00 - Ensinar sobre posicionamento para diminuir o edema

14-01-2025 19:00 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de complicações da retenção de líquidos

## **Andar**

14-01-2025 19:00

14-01-2025 19:00 - Capaz de mover-se através da marcha

14-01-2025 19:00 - Dispositivo: Canadiana - marcha lenta e insegura em pequenas distâncias planas.

### **14-01-2025 19:00 - Andar comprometido**

### **14-01-2025 19:00 - Determinar evolução do andar**

14-01-2025 19:00 - Avaliar evolução do andar

### **14-01-2025 19:00 - Prevenir queda**

14-01-2025 19:00 - Adequar o vestuário para prevenir queda

14-01-2025 19:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda

### **14-01-2025 19:00 - Promover autonomia para andar**

14-01-2025 19:00 - Consciencialização sobre compromisso no andar: facilitadora.

14-01-2025 19:00 - Consciencialização da relação entre o uso de auxiliar de

marcha e a autonomia para andar

14-01-2025 19:00 - Dispositivo: Canadiana - facilitadora.

14-01-2025 19:00 - Capacidade para andar

14-01-2025 19:00 - Dispositivo: Canadiana - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

14-01-2025 19:00 - Autoeficácia para andar

14-01-2025 19:00 - Dispositivo: Canadiana - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

14-01-2025 19:00 - Significado atribuído ao uso de auxiliar de marcha

14-01-2025 19:00 - Dispositivo: Canadiana - não dificultador.

**14-01-2025 19:00 - Potencial para melhorar capacidade para andar**

*14-01-2025 19:00 - Avaliar evolução da capacidade para andar*

*14-01-2025 19:00 - Instruir a andar*

*14-01-2025 19:00 - Treinar o andar*

**14-01-2025 19:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para andar**

*14-01-2025 19:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para andar*

*14-01-2025 19:00 - Treinar o andar*

*14-01-2025 19:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados*

*14-01-2025 19:00 - Elogiar o desempenho do cliente*

*14-01-2025 19:00 - Avaliar evolução da autonomia para andar*

**14-01-2025 19:00 - Promover autogestão: prevenção de quedas**

14-01-2025 19:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**14-01-2025 19:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda**

*14-01-2025 19:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de queda*

*14-01-2025 19:00 - Ensinar sobre prevenção de quedas*

*14-01-2025 19:00 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de quedas*

**Autogestão do regime medicamentoso**

14-01-2025 19:00

14-01-2025 19:00 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

14-01-2025 19:00 - Administra a medicação pela via adequada.

**14-01-2025 19:00 - Determinar evolução da autogestão do regime medicamentoso**

*14-01-2025 19:00 - Avaliar evolução do compromisso da autogestão do regime medicamentoso*

**14-01-2025 19:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso**

14-01-2025 19:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

14-01-2025 19:00 - Capacidade para gerir regime medicamentoso

14-01-2025 19:00 - facilitadora.

14-01-2025 19:00 - Autoeficácia para gerir o regime medicamentoso

14-01-2025 19:00 - facilitadora.

14-01-2025 19:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador.

**14-01-2025 19:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso**

*14-01-2025 19:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso*

*14-01-2025 19:00 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso*

*14-01-2025 19:00 - Ensinar sobre regime medicamentoso*

*14-01-2025 19:00 - Ensinar sobre resposta à medicação*

*14-01-2025 19:00 - Ensinar sobre efeitos secundários da medicação*

**14-01-2025 19:00 - Potencial para melhorar capacidade para gerir regime medicamentoso**

*14-01-2025 19:00 - Instruir a administrar medicação*

*14-01-2025 19:00 - Treinar a administrar medicação*

#### **4.7. Especificação das intervenções**

Avaliar evolução da consciência

- Monitorizar consciência através da Escala de Coma de Glasgow

Aplicar manta de aquecimento

- Aplicar método de aquecimento ativo, sistema de ar forçado com manta de aquecimento

Posicionar para prevenir a aspiração

- Elevar a cabeceira a 30º

Posicionar para prevenir úlcera de pressão

- Utilizar dispositivo de alívio de pressão sob o calcanhar esquerdo
- Utilizar dispositivo de alívio de pressão sob o joelho esquerdo
- Utilizar suportes de membros superiores almofadados

Aplicar restrição física da mobilidade

- Aplicar as restrições de segurança nos membros superiores de forma a garantir a segurança da PSPO
- Aplicar as restrições de segurança (faixa abdominal) de forma a garantir a segurança da PSPO

Aplicar métodos de aquecimento ativo

- Aplicar aquecedor de fluídos de administração EV

Aplicar métodos de aquecimento passivo

- Aplicar lençóis quentes

Ensinar sobre prevenção de quedas

- Ensinar sobre condições de segurança das canadianas
- Ensinar sobre ajustar as canadianas à pessoa
- Ensinar a pessoa a usar calçado fechado e antiderrapante
- Ensinar a evitar pisos escorregadios ou molhados
- Aconselhar a retirar os tapetes do chão e possíveis obstáculos em casa

#### Instruir a andar

- Ensinar a andar com canadianas em plano
- Ensinar a subir escadas com canadianas
- Ensinar a descer escadas com canadianas

#### Instruir a administrar medicação

- Ensinar que a injeção de enoxaparina 40 mg deve ser administrada no tecido subcutâneo (debaixo da pele)
- Ensinar a escolher uma zona do lado direito ou esquerdo da parede abdominal, a pelo menos 5 cm de distância do umbigo e nas zonas laterais da parede abdominal. Alternar o local de injeção entre o lado direito e o lado esquerdo da parede abdominal.
- Ensinar que, em caso de necessidade, a injeção pode ser administrada na face superior das coxas ou nos braços
- Ensinar a pessoa a lavar as mãos, com água e sabão, e secar antes da administração do medicamento
- Ensinar a pessoa a limpar o local de injeção (com algodão e álcool a 70% ou água e sabão)
- Ensinar que, enquanto a zona seca, deve retirar a proteção da agulha e impedir que esta toque em alguma coisa para se manter esterilizada
- Ensinar que não deve remover o ar da seringa pré-preparada, visto que permite administrar a totalidade da dose
- Ensinar que não deve aspirar antes de administrar a medicação
- Ensinar a pessoa a injetar o conteúdo da seringa na área previamente determinada numa prega subcutânea (o ângulo de inserção da seringa deve ser de 90º)
- Ensinar que o conteúdo deve ser administrado lentamente
- Ensinar a remover a agulha do local de injeção puxando a seringa para fora e afastando a mesma. Nesta fase pode largar a prega cutânea
- Ensinar que no final da administração, para evitar um hematoma, não deve friccionar ou massajar o local de injeção
- Ensinar a descartar a seringa num contentor próprio para resíduos de medicamentos e posteriormente entrega-lo num local apropriado

#### Avaliar evolução de sinais de retenção urinária

- Avaliar a distensão da bexiga

#### Ensinar sobre regime dietético

- Manter uma ingestão adequada de líquidos
- Promover a ingestão adequada de alimentos, estimulando o apetite
- Fornecer pequenas porções de alimentos

- Eliminar fontes de odores desagradáveis
- Adotar uma posição confortável para realizar a refeição

#### Ensinar sobre regime medicamentoso

- Ensinar sobre enoxaparina 40 mg (subcutânea)
- Ensinar a administrar seringa pré-cheia de enoxaparina 40 mg (subcutânea) 1/dia (19H), durante 4 semas
- Fornecer informação em suporte de papel sobre enoxaparina 40 mg (subcutânea) e sua administração

#### Ensinar sobre vigilância da perfusão dos tecidos

- Ensinar sobre relação entre a perfusão dos tecidos e o procedimento invasivo
- Ensinar sobre as alterações da perfusão dos tecidos: alteração da temperatura das extremidades (frias) e alteração da coloração das extremidades (palidez)

#### Ensinar sobre cuidados à ferida cirúrgica

- Os pensos das feridas cirúrgicas devem ser mantidos limpos e secos
- Deve ser realizado tratamento às feridas cirúrgicas 2 vezes/semana no centro de saúde até cicatrização da mesma
- Os pontos devem ser removidos ao 15º dia pós-operatório

#### Ensinar sobre sinais de complicação da ferida cirúrgica

- Dor na(s) ferida(s) cirúrgica(a)
- Sinais de infeção: rubor, edema, exsudado
- Deiscência
- Hemorragia

#### Ensinar sobre estratégias de promoção do retorno venoso

- Ensinar a pessoa sobre aplicação de frio
- Ensinar a aplicar frio no joelho direito durante 20 minutos, de 2 em 2 horas
- Ensinar a elevar o membro

#### Adequar o vestuário para prevenir queda

- Ensinar a utilizar vestuário confortável e adaptado ao corpo

#### Gerir o ambiente físico para prevenir queda

- Verificar condições do piso
- Remover possíveis obstáculos

#### Ensinar sobre higiene oral

- Ensinar a manter a adequada hidratação e higiene oral
- A hidratação adequada e limpeza da cavidade oral promove a hidratação e a eliminação do mau hálito, que pode desencadear sensação de náusea (Potter et al., 2017)

#### Ensinar sobre exercícios músculo articulares promotores da perfusão periférica dos tecidos

- Ensinar sobre relação entre os exercícios de flexão e dorsiflexão plantar e a promoção da perfusão periférica dos tecidos

- Incentivar a realização dos exercícios de flexão e dorsiflexão plantar, 10 a 20 vezes ao longo do dia

Ensinar sobre posicionamento para diminuir o edema

- Elevar membro inferior direito

Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas

- Ensinar sobre a aplicação de frio
- Ensinar sobre posicionamento para alívio da dor

Ensinar sobre uso de analgesia controlada pelo cliente

- Ensinar sobre analgesia prescrita para domicílio (medicamentos, dose, via de administração, horários, possíveis efeitos secundários, sinais de hipersensibilidade)
- Ensinar sobre paracetamol 1g, via oral, (8/8h)
- Ensinar sobre ibuprofeno 600mg, via oral, (12/12h)

Aplicar frio

- Instruir a pessoa sobre aplicação de frio
- Aplicar frio no joelho direito durante 20 minutos, de 2 em 2 horas

Ensinar sobre sinais e sintomas de complicações pós-operatórias

- Fornecer folheto informativo sobre sinais e sintomas de complicações pós-operatórias
- Ensinar sobre dor intensa aguda ou persistente no membro inferior direito
- Ensinar sobre edema exacerbado no membro inferior direito
- Ensinar sobre sinais de infeção (rubor, edema, calor, febre)

Ensinar sobre como atuar na presença de sinais e/ou sintomas de complicações pós-operatórias

- Em caso de presença de algum sinal e/ou sintoma de complicação pós-operatória, ligar para contactos de emergência fornecidos ou recorrer ao serviço de urgência

Ensinar sobre alterações da sensibilidade do membro inferior direito relacionado com procedimento anestésico BNP

- Ensinar sobre relação entre as alterações da sensibilidade e o procedimento anestésico BNP
- Ensinar sobre alterações da sensibilidade: sensações anormais de ardência, formigueiro ou dormência
- Ensinar sobre tempo expectável de existência de alterações de sensibilidade
- Ensinar sobre risco de queda por bloqueio residual do membro inferior

#### **4.8. Síntese relativa ao caso**

A artroscopia do joelho é um procedimento ortopédico com uma grande representatividade em CA. Pode ser mais ou menos invasiva mediante a lesão pré-existente e o tratamento que se

pretende efetuar. Os enfermeiros de perioperatório tem um papel fundamental no sucesso desta cirurgia. Atuam desde a educação pré-operatória, ao intraoperatório, até à capacitação da PSPO para o regresso a casa. No pós-operatório realizam o acompanhamento remoto da mesma através das consultas telefónicas pós-operatórias (24h e 30 dias).

Para o desenvolvimento deste estudo de caso elegeram-se 2 momentos de prestação de cuidados com atuações bem distintas por parte dos enfermeiros perioperatórios. O primeiro referente à indução anestésica no intraoperatório e o segundo referente à vigilância pós-operatória e preparação/capacitação para a alta. Em ambos os momentos, a intervenção do enfermeiro deve ser pautada pela qualidade e segurança dos cuidados. No primeiro momento devem ser minimizados os riscos inerentes ao período intraoperatório e assegurada a resposta às necessidades fisiológicas da PSPO. No segundo momento devem ser desenvolvidas intervenções que garantam uma monitorização e vigilância pós-operatória conducente a um regresso a casa seguro. Simultaneamente o EE tem um papel preponderante no empoderamento/capacitação da pessoa para o autocuidado, vigilância pós-operatória e gestão do regime terapêutico e medicamentoso. Contribui assim para potenciar uma recuperação eficaz e a reintegração familiar e social.

No que se refere aos domínios de atenção identificados, na primeira sessão destaca-se a consciência, sistema respiratório, sistema cardiovascular, pele e mucosas, metabolismo termorregulação e reflexo corneano. Relativamente as atitudes terapêuticas identificaram-se a ventilação invasiva, o procedimento invasivo e procedimento anestésico. Relativamente à segunda sessão mantiveram-se todos os domínios anteriores à exceção do reflexo corneano que teve termo e identificaram-se os domínios sensações somáticas, digestão, eliminação urinária, volume de líquidos, andar e autogestão do regime medicamentoso. No que se refere às atitudes terapêuticas tiveram termo as referentes à ventilação invasiva e procedimento anestésico. A primeira sessão foi muito direcionada à segurança e respostas fisiológicas da PSPO. Na segunda sessão o EE desenvolve a sua intervenção autónoma não só na vigilância das respostas fisiológicas da PSPO perante o procedimento invasivo, mas também na capacitação e empoderamento das suas respostas comportamentais ao procedimento invasivo, tendo sempre como premissa a segurança tal como preconizado pelo PPFM.

## **5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

O estágio na UCA proporcionou um conjunto de experiências que foram promotoras do desenvolvimento das competências exigidas ao EE, tanto no que respeita às competências comuns, como no que se refere às competências específicas do EEEMC na área de enfermagem à PSPO.

De acordo com Marques et al. (2024), na procura da excelência, a profissão de enfermagem exige aos seus profissionais uma aquisição permanente de competências diferenciadas para dar resposta às situações, cada vez mais complexas, de cuidados de saúde com que se deparam. A prática reflexiva representa um pilar na enfermagem, concretamente, no processo de ensino/aprendizagem e no desenvolvimento de competências com vista a dar resposta à evolução do conhecimento e na procura de prestar cuidados de enfermagem eficazes e de qualidade. O enfermeiro deve fazer uso da prática baseada em evidência, implementando intervenções inovadoras e facilitadoras de uma enfermagem avançada, em prol da melhor resposta perante situações complexas (Marques et al., 2024).

Seguidamente será descrito o processo de desenvolvimento de competências com vista à prática de uma enfermagem avançada e baseada em evidência científica.

### **COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

No âmbito da enfermagem, a palavra competência remete para o conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que o enfermeiro mobiliza na procura de uma atuação efetiva na resposta às necessidades de saúde da pessoa ou grupo nos diferentes contextos (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

De acordo com o descrito no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE), regulamento n. 140/2019 publicado em Diário da República, o EE é "...aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, ..." (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4744). Este mesmo regulamento refere ainda que para além das competências específicas enunciadas no regulamento próprio de cada especialidade, os enfermeiros devem partilhar "...um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, ..." (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4744).

São estabelecidos quatro domínios de competências, sendo estes: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das

aprendizagens profissionais. De seguida serão abordados cada um destes domínios fazendo uma reflexão do percurso de estágio e do desenvolvimento de competências com vista ao alcance do grau de EE e das competências comuns que o definem.

### **Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**

No que respeita a este domínio, o EE “desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e “garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4745).

Todos os dias, os enfermeiros são confrontados com a necessidade de tomada de decisões éticas, clínicas e práticas. A tomada de decisão é um processo complexo, mas que é parte integrante da profissão. Decisões que acarretam responsabilidade, espírito crítico e ocorrem num ambiente altamente desafiante por inúmeras atividades, conflitos e que tem impacto não só nos cuidados prestados como também na segurança da PSPO e equipa (Farčić et al., 2020).

Fazendo uma análise deste percurso de aprendizagem e desenvolvimento, junto como a enfermeira tutora, procuramos respeitar integralmente este domínio.

Todos os dias, e nas diversas etapas da UCA, suportamos a nossa tomada de decisão em conhecimento e evidência científica. Participamos na tomada de decisão em equipa no sentido de garantir sempre a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Durante a prestação de cuidados tentamos sempre estabelecer uma relação de empatia com a PSPO alvo dos nossos cuidados de modo a instituir uma relação de confiança. Apresentamo-nos, confirmamos a identidade inequívoca da pessoa e objetivo da presença da mesma na UCA (tipo de cirurgia, lateralidade, preparações específicas, entre outras).

De acordo com o PNSD (2021-2026), a identificação inequívoca do doente é uma prática que promove ambientes seguros em ambiente de prestação de cuidados de saúde (Despacho n. 9390/2021 de 24 de setembro, 2021).

A DGS (2011), no que se refere à identificação inequívoca do doente, salienta que deve ser efetuada em todos os contactos com a pessoa e antes da realização de qualquer ato. É imprescindível confirmar a sua identidade com, pelo menos, dois dados inequívocos da sua identificação. Consideram-se dados de identificação fidedigna da pessoa: o primeiro e último nome; a data de nascimento; e o número único de processo clínico na instituição.

Na UCA aplica-se o uso de pulseira de identificação da PSPO. O uso da pulseira de identificação permite minimizar situações de risco, assumindo-se assim um equipamento de SD. Este facto deve ser explicado à pessoa, solicitando a sua colaboração. É importante salientar que o uso da pulseira de identificação não dispensa a identificação verbal. A pulseira auxilia como meio complementar de identificação segura e inequívoca (DGS, 2011).

Com vista a garantir o respeito pela capacidade de escolha e autodeterminação da pessoa, asseguramos que o CIEL (cirúrgico e anestésico) estava corretamente preenchido.

Segundo a Administração Regional de Saúde do Norte (2009, p. 1), o “consentimento informado, esclarecido e livre, é uma forma de manifestação de vontade que se destina a respeitar o direito do doente a decidir sobre a sua saúde, sendo fundamental que haja adequada informação para que seja verdadeiramente esclarecido o consentimento”.

A DGS publicou a norma 015/2013 atualizada em 04/11/2015 intitulada de Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. Esta norma esclarece que o CIEL deve ver consentido por escrito e deve:

ser redigido em duplicado, para que um dos exemplares possa ficar na posse da pessoa; identificar a unidade de saúde/instituição; apresentar de forma legível o nome, a assinatura, o número de cédula profissional ou número mecanográfico e contato institucional do profissional que dá a informação e recolhe o consentimento; identificar o ato/intervenção proposto e a sua natureza; descrever o diagnóstico e a situação clínica e os objetivos que se pretendem alcançar com o ato/intervenção proposto; identificar os potenciais benefícios, riscos frequentes e riscos graves associados ao ato/procedimento e as eventuais alternativas viáveis e cientificamente reconhecidas; e identificar os potenciais riscos decorrentes de uma não intervenção, em caso de dissentimento (DGS, 2015, pp. 1-2).

Na UCA, o CIEL para o procedimento cirúrgico e anestésico é, na maioria dos casos, apresentado à pessoa durante a consulta pré-operatória (cirúrgica e anestésica). No dia da intervenção, cabe ao enfermeiro verificar a presença e a devida assinatura desses documentos. Este procedimento assegura à pessoa um período adequado para reflexão e tomada de decisão, em conformidade com as diretrizes e recomendações das comissões de ética.

De acordo com a Entidade reguladora da Saúde (2023), a informação deve ser transmitida antes de se iniciar a prestação de cuidados de saúde e sempre com suficiente antecedência, para permitir a reflexão e ponderação.

Os autores Ramos et al. (2023) referem-se ao CIEL como um instrumento importante, tanto para a participação ativa da pessoa, como para o seu envolvimento nos cuidados de saúde potenciando a segurança dos mesmos. O esclarecimento sobre a situação clínica, as alternativas de tratamento, as consequências e os riscos relacionados implica uma decisão informada e esclarecida, contribuindo para melhorar a literacia em saúde da pessoa (Ramos et al., 2023)

No âmbito dos cuidados de enfermagem, fornecemos informações e esclarecimentos sobre os procedimentos a serem realizados, bem como sobre as intervenções às quais a pessoa seria submetida durante a sua permanência na UCA.

Ao longo de todo o processo, na UCA, procuramos preservar a intimidade e privacidade da pessoa. As várias etapas apresentam desafios diferentes no que toca a este aspeto, não só pelas condições físicas e estruturais da UCA, como também pela necessidade da presença de vários profissionais, nomeadamente na SO. Em momentos como consulta de enfermagem, admissão cirúrgica, e pernoita é mais fácil garantir a privacidade e intimidade da pessoa, visto que os mesmos são realizados em gabinete próprio ou no caso da pernoita pode ser realizado em quarto individual. Nos restantes momentos acresce o desafio no que a este aspeto diz respeito. Como tal adotamos medidas para minimizar o possível desconforto por parte da PSPO, tais como o uso de cortinas, a adequação do tom de voz, o uso de lençóis quentes para manutenção de privacidade e promoção de conforto, entre outros.

No caso específico de especialidades que requerem marcação prévia do local cirúrgico, tais como cirurgia vascular, que implicam uma maior exposição corporal, foram adotadas medidas para maximizar a privacidade da PSPO. Dessa forma, garantiu-se que a marcação ocorresse na presença do menor número possível de profissionais, com a menor área corporal exposta necessária e com o uso de cortinas, reforçando a proteção da intimidade, privacidade e dignidade da pessoa.

Perante o ato cirúrgico a pessoa apresenta-se num estado de vulnerabilidade acrescida, o que foi alvo da nossa atenção no sentido de minimizar essa mesma vulnerabilidade e dotar a pessoa de conhecimentos e informações, transmitidas de forma clara, compreensiva e adequada, de modo a que a pessoa fosse capaz de compreender e interpretar o conteúdo transmitido. De acordo com Barroso et al. (2021), promover a literacia em saúde implica estimular as pessoas a envolverem-se naquilo que lhes diz respeito.

De um modo geral a participação ativa das pessoas nos cuidados de saúde tem mudado ao longo dos anos no sentido de um maior conhecimento, empoderamento e envolvimento. Cabe aos profissionais de saúde fomentar este envolvimento e capacitação por parte da pessoa e família/pessoa significativa. Estratégias da WHO e da DGS no âmbito da SD têm vindo a ser trabalhadas com vista ao aumento da literacia em saúde das pessoas com o objetivo principal de melhorar a segurança dos cuidados (Ramos et al., 2023).

No que respeita à CA a necessidade de envolvimento e capacitação da pessoa e família/convivente significativo ganha ainda mais ênfase, no sentido de que a mesma necessita de ser capacitada/empoderada para a vivência da experiência cirúrgica, por um lado para garantir o seu regresso a casa, por outro lado para melhor gerir a sua recuperação. Neste sentido, existem vários momentos privilegiados para o ensino e empoderamento da PSPO, tais como, a consulta pré-operatória de enfermagem, o telefonema pré-operatório, a admissão cirúrgica, o momento de alta no recobro II ou pernoita e os telefonemas pós-operatórios (24h e 30 dias). São disponibilizadas as informações também em suporte físico, escrito, de forma a que a informação possa ser facilmente consultada. Adicionalmente são também disponibilizados

contactos de referência para serem utilizados em caso de dúvidas, necessidades de esclarecimentos adicionais ou urgência.

No sentido de dar resposta ao objetivo específico delineado “assegurar o acesso à informação da PSPO na UCA” enquadrado neste domínio de competências e no objetivo geral “desenvolver cuidados de enfermagem perioperatórios que promovam a responsabilidade profissional, ética e legal”, elaboramos, tal como inicialmente proposto, um documento informativo que promovesse o empoderamento da PSPO de acordo com as necessidades da UCA. Após a identificação das carências, junto da equipa de enfermeiros do recobro II e em concordância com a EG do serviço, foi elaborado um folheto informativo intitulado de “Prótese Unicompartimental do Joelho (PUC) - Cuidados Pós-Operatórios” disponível em anexo I. Este documento tem como objetivo ser entregue à PSPO, aumentar a sua literacia em saúde e contribuir para empoderar o seu processo de recuperação e reabilitação pós-operatória. Como tal, reúne um conjunto de informação resumida e em linguagem clara, objetiva e acessível sobre as indicações cirúrgicas, as vantagens deste tipo de cirurgia, recomendações para o domicílio, exercícios que devem e que não devem ser realizados, principais sinais de alerta e os contactos da UCA. Finda a elaboração, este documento foi submetido a aprovação, numa primeira fase pela EG e posteriormente pelo diretor de serviço da especialidade de ortopedia, passando por último para aprovação pelo departamento de qualidade da instituição.

Desempenhamos as nossas funções adotando uma postura de responsabilidade e consciência crítica sobre as nossas ações e tomada de decisão segundo os princípios, valores e normas deontológicas que regulam a profissão com vista ao maior respeito pela pessoa e família/convivente significativo alvo dos nossos cuidados de enfermagem, tendo sempre em vista a prestação de cuidados perioperatórios seguros e de qualidade.

### **Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade**

No âmbito do domínio da melhoria contínua da qualidade e segundo o RCCEE, o EE deve garantir “...um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, desenvolver “...práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” e garantir “...um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4745).

De acordo com Fernandes (2014), a governação clínica é o método pelo qual as instituições de cuidados de saúde se responsabilizam pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e pela salvaguarda dos mais altos padrões de qualidade dos cuidados.

Mota (2021) citando diversos autores refere existir evidências sólidas que demonstram a associação entre uma cultura de segurança positiva e melhorias significativas ao nível da SD nas organizações hospitalares, nomeadamente relacionados com melhores resultados no âmbito do perioperatório (melhores resultados cirúrgicos, redução da taxa de ILC, diminuição de

eventos adversos, redução no número de readmissões e diminuição da taxa de mortalidade).

Consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde no sistema de saúde é o objetivo do Plano Nacional Para a Segurança dos Doentes (2021-2026), alinhado com o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente (2021-2030) da OMS (Despacho nº 9390/2021 de 24 de setembro, 2021).

A SD é um pilar dos cuidados da saúde, sendo também imperiosa para garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem e consequentemente a satisfação da pessoa que é alvo dos cuidados. Sendo o ambiente perioperatório um ambiente altamente tecnológico e desenvolvido aliado ao facto da intervenção cirúrgica se apresentar como uma agressão à integridade física da PSPO, associada à vulnerabilidade imposta pela condição anestésica é fundamental instituir práticas de qualidade que garantam e desenvolvam a qualidade e segurança.

Ao longo do percurso de estágio participamos ativamente na promoção de um ambiente seguro e terapêutico para a PSPO na UCA. Desde o momento em que a pessoa entra na UCA até à alta para o domicílio está sujeita a um vasto conjunto de riscos, sendo imperioso zelar pela sua segurança. Desde a identificação inequívoca do doente, à aplicação da *checklist* da LVSC, o risco de incêndio e queimaduras associado ao uso de bisturis elétricos, a retenção de itens quantificáveis inadvertida, a segurança do medicamento (SM), o risco de infeção, a comunicação e a transição de cuidados, entre outros, todos representam a necessidade e oportunidade de prestar cuidados seguros e de qualidade à PSPO. O conhecimento teórico e a evidência científica disponível permitem-nos decidir em prol da segurança e da qualidade.

A SD esta intimamente relacionada com a existência de uma cultura institucional de segurança. Implica uma ação organizacional de liderança, bem estruturada no controlo harmonioso das intervenções individuais e da equipa.

A par da segurança da PSPO, também a segurança e bem-estar dos profissionais que desempenham funções na UCA são basilares. Neste âmbito e no sentido de contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados especializados de enfermagem na UCA, delineamos como objetivo geral “Desenvolver práticas de qualidade no âmbito da melhoria contínua dos cuidados perioperatórios na UCA”. Como objetivos específicos definimos “Colaborar na realização de atividades na área da qualidade” e “Conceber um projeto de melhoria contínua da qualidade no âmbito da segurança do medicamento na UCA”.

Consideramos superados os objetivos inicialmente propostos, destacando a participação em formações de serviço, a colaboração na realização de auditorias, a elaboração de modelos, a elaboração de IT's, realização de um procedimento, assim como a implementação e participação em projetos de melhoria contínua da qualidade que seguidamente serão abordados de forma mais detalhada.

No sentido de promover o uso seguro dos sistemas de eletrocirurgia quer para a PSPO quer para os profissionais de saúde, promovendo a redução dos riscos associados aos mesmos e potenciando a segurança e qualidade dos cuidados, tivemos a oportunidade de desenvolver 2 IT's. Nomeadamente a IT "Utilização de Eléctrodo Ativo Monopolar (Bisturi Eléctrico)" disponível em anexo II, que se refere aos princípios orientadores para o funcionamento seguro destas unidades e seus dispositivos associados, assim como aos cuidados a ter com a desinfeção do campo operatório no uso destas unidades e cuidados relativos o fumo cirúrgico produzido. A IT "Utilização da Placa de Dispersão em Eletrocirurgia" apresentada em anexo III refere-se aos cuidados a ter na colocação da placa de dispersão e à necessidade de fazer o registo da mesma nos SIE. Ambas as IT tiveram por base as recomendações emanadas por entidades de referência na área do perioperatório, tais como com a AESOP e a EORNA. Estas IT, após validação da EG e EC, foram apresentadas num momento de formação em serviço, com o objetivo de consciencializar a equipa da UCA da existência das mesmas e reforçar os conhecimentos sobre a temática. Posteriormente foram enviadas para aprovação pelo departamento de qualidade. O certificado desta formação em serviço é apresentado em anexo IV e o documento elaborado de apoio à apresentação efetuada consta em anexo V.

Estas IT vieram reforçar a importância da utilização de aspiradores de fumo associados às unidades de eletrocirurgia. Deste modo, foi realizada articulação com casas comerciais no sentido de disponibilizarem amostras para posterior teste, avaliação e aquisição destes dispositivos.

Os sistemas de eletrocirurgia convertem energia da corrente elétrica de alta frequência em calor que permite o corte e coagulação dos tecidos. Estes podem causar lesões eletrotérmicas, interferir com dispositivos implantáveis, causar incêndios, explosão e danos no equipamento. O seu uso produz fumo cirúrgico que é prejudicial para a saúde dos profissionais. Deste modo, o seu uso requer a existência de protocolos e normas de utilização e manutenção de forma a garantir a segurança da PSPO e dos profissionais de saúde (AESOP, 2012; EORNA, 2023).

Segundo um estudo publicado recentemente, o fumo cirúrgico resulta de vaporização tecidual. Dele fazem parte vapor (água), químicos tóxicos, vírus e bactérias, material celular e aerossóis de sangue que têm impacto na saúde pública e ambiental (Xie et al., 2021).

O fumo cirúrgico representa um risco ocupacional de grande importância para os enfermeiros do BO da UCA, pelo que os profissionais devem estar sensibilizados sobre esta temática e apoiar na melhoria de procedimentos a adotar e divulgar comportamentos de saúde responsáveis (Ribeiro et al., 2021b). Ainda neste âmbito, é essencial o incentivo dos profissionais a adotarem o uso de equipamento de proteção individual (EPI) adequado.

No âmbito da melhoria contínua, e no que respeita à integração de novos elementos e às funções dos profissionais de enfermagem na UCA, elaboramos 2 documentos. Um referente ao enfermeiro circulante e suas funções (anexo VI) e outro referente ao enfermeiro instrumentista

e suas funções (anexo VII). Estes documentos tiveram como intuito servir de base à atualização do manual de funções e do manual de integração de novos profissionais da UCA.

De acordo com Flores et al. (2022), uma adequada integração dos enfermeiros ao novo serviço quer seja ele recém-formado ou experiente é fulcral para o sucesso e adaptação de forma a garantir a qualidade e segurança dos cuidados. O processo de integração requer planeamento, sendo fundamental o desenvolvimento de estratégias que o facilitem (Flores et al., 2022). Assim, consideramos que a atualização destes documentos, como estratégia de melhoria e aperfeiçoamento contínuo é imperioso no sentido de servir como referencial teórico e contribuir para o sucesso da integração de novos elementos na UCA.

No que respeita ao desempenho de funções do enfermeiro no recobro I, elaboramos um documento denominado de “*Checklist Recobro I – UCA*” (anexo VIII). Este documento tem como objetivo facilitar a validação dos aspetos pertinentes para o bom funcionamento e segurança do recobro I assim como documentá-la.

A elaboração de *checklists* relacionadas com os cuidados de enfermagem aumenta a segurança da PSPO. A padronização das verificações diárias da equipe de enfermagem e o fortalecimento do registo das suas ações contribuem positivamente para a prevenção de eventos adversos (Lemos & Poveda, 2022).

Uma vez que a enfermeira tutora é, um dos elos da UCA, responsável pela área da qualidade, tivemos oportunidade de integrar uma reunião com o departamento de qualidade da ULS, integrada no âmbito da preparação da UCA para auditoria de recertificação da qualidade.

Dada a temática escolhida para este desenvolvimento de competências, Segurança e Qualidade dos Cuidados Perioperatórios em Cirurgia de Ambulatório, consideramos que a oportunidade de estar presente neste momento constituiu um excelente momento de partilha, aquisição de conhecimentos e competências nesta área específica da qualidade que tão abrangente é. Foram abordadas diversas temáticas relacionadas com humanização de cuidados, satisfação da PSPO com os cuidados prestados, liderança e organização da UCA, manual de governação clínica, manual de funções, manual de integração, plano anual de atividades, elaboração e validação de documentos no âmbito da qualidade, auditorias, responsabilidades e elos de ligação do serviço, como fazer evidência da qualidade na prestação de cuidados e nos processos de qualidade, entre outros.

Desenvolvemos um projeto de melhoria contínua da qualidade no âmbito da SM. Este projeto intitulou-se de Projeto de Melhoria Segurança do Medicamento na UCA (anexo IX).

De acordo com Mota (2021), a SM constitui um desafio significativo para os sistemas de saúde. A complexidade envolvida no processo, as múltiplas etapas, os diversos intervenientes e o grande volume de utilização, tornam os erros de medicação transversais aos diferentes contextos de prestação de cuidados (Mota, 2021). Os erros de medicação podem ocorrer nas

várias etapas do perioperatório e pelas suas características podem levar a danos significativos para a PSPO (Diniz et al., 2021). Face ao exposto, orientações internacionais da WHO e nacionais da DGS têm vindo a ser desenvolvidas no sentido de melhorar as práticas relacionadas com o uso de medicamentos. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 no seu pilar Práticas Seguras em Ambientes Seguros prevê a implementação e consolidação de práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde no âmbito da SM e reconciliação terapêutica (Despacho nº 9390/2021 de 24 de Setembro, 2021). A DGS (2023) salienta que a SM se relaciona com atividades para evitar, prevenir ou corrigir eventos adversos que podem resultar do uso de medicamentos. Deste modo compete aos enfermeiros perioperatórios delinear estratégias no sentido de melhorar as condições de trabalho e segurança para prevenir a ocorrência de erros.

O projeto foi desenvolvido e apresentado à EG da UCA. Após aprovação, por parte da EG, foi apresentado à equipa de enfermagem num momento de formação de serviço (anexo X (documento de apoio à formação) e XI (certificado da formação)) e deu-se início à sua implementação.

Deste projeto fez parte a construção de alguns documentos de apoio, nomeadamente: Lista de Medicamentos LASA UCA (anexo XII); Lista de Medicamentos Alerta Máximo (MAM) UCA (Anexo XIII); Proposta de Organização Gaveta de Medicamentos – Carros de Anestesia UCA (Anexo XIV); *Checklist* Carro de Anestesia UCA (Anexo XV); Proposta de Medicamentos e Quantidades – Carros de Anestesia (Anexo XVI); Proposta de Medicamentos e Quantidades – Recobro (Anexo XVII); Proposta de Organização Medicamentos – Recobro I – UCA (Anexo XVIII); Proposta de Medicamentos e Quantidades – Carro de Anestesia Regional (Anexo XIX); e *CheckList* Carro de Anestesia Regional UCA (Anexo XX). Foi ainda elaborado o Procedimento de Boas Práticas de Acondicionamento e Identificação de Medicamentos na UCA (Anexo XXI).

Ao longo do período de estágio na UCA, e ainda no que respeita a projetos de melhoria contínua, foi possível integrar o “Projeto de melhoria contínua de implementação da técnica ISBAR na UCA”. Projeto da autoria da enfermeira tutora, que também é a responsável pela sua implementação. ISBAR é a mnemónica de *identify* (identificação), *situation* (situação atual), *background* (anamnese), *assessment* (avaliação) e *recommendation* (recomendações) (DGS, 2017a). É a técnica recomendada pela DGS para a normalização da transição de cuidados, uma vez que a transferência de informações entre os profissionais de saúde constitui um momento que pode comprometer a SD (DGS, 2017a). Participamos na adaptação do instrumento de auditoria disponibilizado na norma nº 001/2017 da DGS a cada um dos 5 momentos de transição de cuidados existentes na UCA (*Checklist*/Preparação, Preparação/SO, SO/Recobro I, Recobro I/Recobro II e Recobro II/Recobro II) (anexo XXII). Realizamos 25 momentos de auditoria, 5 em cada um dos 5 momentos de transição de cuidados, tendo a atenção de envolver profissionais diferentes e fazendo uso dos instrumentos de auditoria e da observação direta.

De acordo com a DGS (2017b, p. 3), auditoria é definida como um “processo sistemático, independente e documentado para obter evidência objetiva e respetiva avaliação objetiva, com vista a determinar em que medida os critérios da auditoria são cumpridos”. Serra et al. (2022), salientam que as auditorias têm em vista promover a qualidade dos cuidados. Sensibilizam as equipas para a verificação dos processos, segurança, satisfação e garantia dos direitos da pessoa que faz uso dos serviços de saúde. As auditorias tornam-se assim fundamentais no contexto da saúde e nomeadamente na enfermagem, garantindo a existência de qualidade e conformidade nas atividades desenvolvidas. Através das auditorias, o auditor recolher a informação necessária, recorrendo a entrevistas, a análise de documentos e/ou processos clínicos e à observação direta, para fazer uma confrontação entre a prática realizada e aquilo que são os critérios previamente definidos (Barroso et al., 2021). As auditorias constituem assim uma valiosa ferramenta no que respeita à melhoria contínua da qualidade (Campos & Antunes, 2022).

Os resultados das auditorias foram analisados e refletidos, servindo assim de apoio à construção do relatório de auditoria do uso da técnica ISBAR 2024. Pelo que após essa análise realizou-se um momento de formação em serviço, designado de Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde ISBAR (anexo XXIII (documento de apoio à formação) e XXIV (certificado da formação)), com o intuito de formar os novos profissionais que integraram a equipa, atualizar conhecimentos, dar a conhecer os resultados das auditorias e propor medidas corretivas e objetivos para o ano de 2025.

Procedemos à reformulação dos memorandos da técnica ISBAR colocados estrategicamente nos locais de transição de cuidados de modo a relembrar, incentivar e sistematizar o uso da técnica.

Com o intuito de promover a organização do trabalho de enfermagem no recobro I e facilitar o momento de transição de cuidados para o recobro II, foi elaborado um documento intitulado de Movimentos Recobro I (anexo XXV). Este documento tem como objetivo criar um resumo mínimo de dados de cada PSPO no pós-operatório imediato de acordo com o que é preconizado pela ferramenta ISBAR. Dado o grande fluxo de PSPO consideramos o uso deste documento como uma mais valia para promover a SD durante a prestação e continuidade de cuidados.

De acordo com os autores Martins et al. (2024), os projetos de melhoria contínua devem ser desenvolvidos tendo em conta as políticas institucionais e setoriais e as orientações que regulam a profissão e, nomeadamente no campo da enfermagem, os padrões de qualidade dos cuidados.

A OE, através dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em 2001 enfatiza a necessidade da melhoria dos cuidados de enfermagem a prestar aos cidadãos. É necessário assim uma reflexão sobre a prática com vista a definir objetivos e estratégias para os alcançar, surgindo então os projetos de qualidade e melhoria como consta no enunciado descritivo 3.6

“...excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem” que salienta a “existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros” e “...metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade” (OE, 2001, p. 18).

O Conselho de Enfermagem Regional – Secção Regional Sul da OE (2013) emitiu o Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem no sentido de facilitar a operacionalização dos mesmos.

Em 2017, a OE definiu os Padrões de Qualidade dos Cuidados especializados na área da Enfermagem à PSPO como essenciais para a promoção da melhoria contínua dos cuidados. Estes estabelecem o padrão de excelência do exercício profissional, orientam a reflexão profissional e a tomada de decisão em enfermagem perioperatória, servindo como referencial na definição de indicadores que permitam identificar o contributo para ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem perioperatórios (OE, 2017).

No que concerne à temática dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e aos projetos de melhoria contínua, no sentido de enriquecer o conhecimento nesta área, tivemos oportunidade de participar no "Webinar Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Da teoria à prática" realizado pela OE (anexo XXVI).

Com o objetivo de potenciar e incentivar práticas seguras e de qualidade desenvolvemos uma formação em serviço denominada de Promoção de Práticas Seguras e Controlo de Infeção nos Cuidados de Anestesia no Bloco Operatório (anexo XXVII (documento de apoio à formação) e XXVIII (certificado da formação)). Esta formação foi enquadrada no plano anual de formação em serviço da UCA e apresentada a toda a equipa de enfermagem. Ficou também disponível em suporte digital para consulta. Posteriormente à mesma elaboramos um resumo com as principais recomendações abordadas, de modo a ajudar a interiorizar conhecimentos e adotar comportamentos.

As formações de serviço traduzem-se em preciosos momentos de formação, educação e sensibilização da equipa para atualização de conhecimentos com base na evidência científica disponível e consequentemente para a otimização de práticas com *inputs* positivos ao nível da qualidade, segurança e melhoria contínua. A OE (2001, p.18) fez referência nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, no enunciado 3.6 à “organização dos cuidados de enfermagem” que “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem” sendo que para tal deve existir “...uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade”.

O foco na qualidade promove serviços mais eficientes, eficazes e integrados que dão resposta às necessidades das populações. Os esforços para melhorar a qualidade dos cuidados, podem

ajudar qualquer sistema de saúde a aumentar a eficiência (WHO, 2020).

Face ao exposto anteriormente, consideramos ter contribuído positivamente para a operacionalização e melhoria contínua da qualidade dos cuidados na UCA.

### **Domínio da Gestão dos Cuidados**

Relativamente ao domínio da gestão de cuidados, o RCCEE define que o EE “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” e “adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4748).

De acordo com a AESOP (2012) no âmbito da gestão, o EEEMC na área de enfermagem à PSPO tem de reunir um conjunto de conhecimentos e aptidões sobre: gestão (da qualidade, de cuidados, de RH, de recursos materiais, de projetos, e de conflitos); relacionamentos interpessoais; liderança; avaliação de desempenho; técnicas de aconselhamento; técnicas de colaboração/negociação; pensamento crítico; ensino/formação; e novas tecnologias.

Como objetivo geral para este domínio de competência definimos “desenvolver competências na área da gestão e organização da UCA” tendo como objetivos específicos: “Desenvolver conhecimentos na organização/gestão dos recursos humanos na UCA” e “Conhecer a organização do fluxo logístico dos materiais/equipamentos”.

No decorrer deste estágio tivemos a oportunidade de acompanhar não só a EG, como também a EC na organização e gestão dos RH e materiais por forma a garantir um harmonioso funcionamento da UCA. Foi possível constatar a pertinência dos enfermeiros com funções de gestão e coordenação reunirem um conjunto de conhecimentos, capacidades e competências no sentido de proporcionarem uma gestão adequada dos serviços.

Um serviço como a UCA, pela sua dimensão, complexidade, especificidade e volume cirúrgico é um verdadeiro desafio para a EG. Como tal é necessário o apoio da EC e também dos enfermeiros responsáveis de turno no apoio à gestão e organização da dinâmica do serviço.

Paiva et al. (2022) referem a importância dos EG's como fundamentais na promoção de um ambiente seguro para a prática de cuidados. Tal como já referido anteriormente, a equipa de enfermagem da UCA encontra-se dividida em 2 grupos. Enfermeiros que desempenham funções no intraoperatório e recobro I e enfermeiros que desempenham as suas funções no pré e pós-operatório. Sendo que, em cada um dos grupos, é necessário alocar os enfermeiros a um posto de trabalho e como tal há que ter em atenção o conhecimento das características e competências individuais de cada profissional. No que respeita ao intraoperatório, este aspeto torna-se ainda mais exigente, dado que é necessário atender à distribuição dos tempos cirúrgicos pelas várias especialidades cirúrgicas e consequente alocação às SO's. Na UCA, a EC é a responsável por elaborar o plano de trabalho que normalmente é disponibilizado

semanalmente para conhecimento dos enfermeiros. Esse plano de trabalho assinala o posto de trabalho que cada enfermeiro desempenha naquela jornada laboral. É, sem dúvida, necessário fazer uma gestão muito eficaz dos RH de enfermagem para se conseguir dar resposta às necessidades cirúrgicas e da equipa multidisciplinar, dado que diferentes enfermeiros têm diferentes competências específicas nas áreas de circulação/instrumentação e anestesia e também em diferentes valências cirúrgicas.

A alocação de uma equipa de enfermagem a uma SO de acordo com as suas competências possibilita uma prestação de cuidados mais seguros, eficazes e habilitados. O facto de a equipa de enfermagem estar familiarizada com a especialidade cirúrgica e suas especificidades permite uma melhor otimização de recursos materiais, de equipamentos e do tempo operatório, traduzindo-se numa melhor articulação com a equipa multidisciplinar o que conduz a ganhos em saúde, segurança, qualidade e satisfação dos profissionais.

De acordo com Paiva et al. (2022), a qualidade e a segurança dos cuidados prestados estão intimamente relacionadas com a qualidade e competência dos EG's e EC's. Estes influenciam positivamente a prática dos enfermeiros que gerem, incentivando-os a ser mais eficientes e efetivos com os recursos disponíveis. Importa assim saber coordenar as capacidades técnicas, científicas e de relações interpessoais na equipa, assim como garantir as melhores práticas profissionais, gestão, de risco clínico e não clínico associados à prática, dos recursos humanos, materiais e de equipamentos (Paiva et al., 2022).

Esta gestão é muitas vezes dificultada por alterações dos programas cirúrgicos e pelo absentismo não planeado dos profissionais, seja por motivo de doença súbita, prolongada ou outro. Quando estas situações ocorrem existe um esforço acrescido para preencher todos os postos de trabalho, quer seja pela mobilidade de postos de trabalho dos profissionais, quer seja pela solicitação de pedidos de colaboração à equipa dado que existe uma pressão crescente em aumentar a produtividade da UCA, rentabilizando todas as salas e tempos operatórios.

Tivemos a oportunidade de participar na elaboração do horário da equipa de enfermagem. Este tem em consideração não só os aspetos anteriormente descritos, como também gozo de férias, e alguns pedidos específicos por parte dos profissionais.

No que respeita à prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e em segurança, é imperioso que se pratiquem dotações seguras. A OE através do regulamento n.º 743/2019, denominado Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, disponibiliza um instrumento de apoio à gestão no que toca ao cálculo do número de profissionais necessários para dar resposta aquilo que são as dotações seguras de acordo com as especificidades dos serviços. Este cálculo permite a “prestação de cuidados de enfermagem em segurança, qualidade e adequação, contribuindo assim para um sistema de saúde mais eficiente e mais capacitado para responder às necessidades da população” (Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro, 2019, p. 128). A EORNA (2023) também reforça

a pertinência das dotações seguras em ambiente perioperatório salientando que estas são cruciais para prestar cuidados de qualidade e segurança à PSPO e para o bem-estar da equipa perioperatória. As formas de cálculo de dotações seguras no perioperatório fornecem orientações claras para o cálculo de número de profissionais necessários para responder às dotações seguras, facilitam a gestão eficaz de riscos, sendo assim uma ferramenta valiosa para gestores perioperatórios (EORNA, 2023).

A participação e colaboração na gestão dos RH na UCA permitiu compreender que existe no serviço a preocupação com o cumprimento das dotações seguras de enfermagem, o que positivamente contribui para a excelência, qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem que são prestados.

Paiva et al. (2022) fortalecem a importância das dotações seguras na satisfação profissional e capacidade de resposta às necessidades efetivas de cuidados de saúde.

Durante o período de estágio foi possível acompanhar e compreender as funções da EC e a sua pertinência no bom funcionamento da UCA. A EC colabora diretamente com a EG na organização e gestão da UCA estando ambas em constante comunicação e articulação.

A figura da EC surge como uma estratégia de melhorar a visibilidade dos cuidados de enfermagem estando esta responsável pelo apoio burocrático à prestação de cuidados (Paiva et al., 2022).

A EC tem um papel ativo na articulação da UCA com serviços essenciais para o seu bom funcionamento, nomeadamente aprovisionamento, farmácia, serviço de instalações e equipamentos. Dada o seu grande volume cirúrgico, a atividade da UCA depende de um grande número de recursos materiais. Loureiro (2022) salienta que as instituições devem dispor de um procedimento gestão dos seus armazéns que estabeleça uma metodologia de reposição, revisão de stocks e validades e plano de higienização, quer seja de material clínico, hoteleiro ou farmácia. De acordo com Martins et al. (2021), a gestão de recursos materiais deve ser competência do enfermeiro, contribuindo assim para a organização dos serviços, suprimento de necessidades e melhoria da qualidade assistencial.

Relativamente aos dispositivos médicos de uso único, os materiais em stock existentes no serviço são repostos pelo sistema de armazéns avançados em dias programados para o efeito. Estando o sistema a funcionar de forma otimizada, estes materiais, cada um com a sua codificação individual, deveriam estar sempre disponíveis num número compreendido entre o *stock* mínimo e máximo de forma a garantir o bom funcionamento da UCA e evitar rutura de consumíveis. Contudo falha de registos ao nível das SO's, o aumento crescente da produção cirúrgica e quebras de *stock/reposição* fazem com que exista frequentemente rutura de materiais essenciais ao bom funcionamento do serviço. Neste sentido, a EC faz uma validação dos materiais em armazém e gera consumos consoante a necessidade e recorrendo a um

aparelho designado de “PDA” para tentar evitar falhas de recursos. Adicionalmente, é a responsável pela articulação em caso de necessidade com o serviço de aprovisionamento. Importa salientar que sendo a UCA uma unidade satélite, esta articulação ganha ainda mais relevância, dada a distância geográfica dos armazéns de reposição. A eficácia deste trabalho evita falha de materiais, que por sua vez podem condicionar deficiência na qualidade assistencial, adiamentos e/ou cancelamentos cirúrgicos.

No que respeita a materiais que não fazem parte do stock, mas que são necessários para a atividade da UCA, a EC faz através de uma aplicação própria pedidos desses mesmos materiais e tem de validar a satisfação dos mesmos em tempo útil. Existe ainda um sistema de solicitação de materiais específicos (instrumental cirúrgico ou dispositivos médicos implantáveis, por exemplo) que exige autorização e aprovação específica e são realizados pela EC em articulação com os cirurgiões responsáveis e com o conhecimento da gestão da UCA. A confirmação da existência destes materiais é fundamental para o cumprimento dos planos cirúrgicos e garantir que se dispõem de todos os recursos necessários para a realização do ato cirúrgico com qualidade e segurança. A EC desempenha assim um papel preponderante na análise atempada dos planos cirúrgicos e articulação com casas comerciais e delegados, sempre que se justifica ajuda técnica nas cirurgias ou se trata de intervenções mais diferenciadas. Ao conferir os planos cirúrgicos, a EC tem ainda a preocupação de verificar quais as cirurgias que necessitam de apoio imagiológico e confirmar o pedido do mesmo junto do serviço de imagiologia/cirurgião responsável.

Relativamente à articulação com os serviços farmacêuticos, além do sistema de armazéns avançados que também se aplica aos serviços farmacêuticos, com reposição prevista às quartas e sextas, é também realizada uma gestão de consumíveis de uso controlado, tais como: estupefacientes, hemoderivados e hemostáticos. Relativamente aos três últimos, consumíveis que necessitam de justificação, a EC tem um papel crucial no controlo destas requisições e na responsabilização dos utilizadores pelo registo dos mesmos. A EC faz o envio das requisições para a farmácia, por correio interno. Aquando da receção dos produtos, é responsável por confirmar as quantidades dos mesmos e conformidade com as requisições enviadas, preenchendo um documento próprio que é novamente enviado aos serviços farmacêuticos.

Ao nível dos estupefacientes, a EC é ainda responsável pelo controlo dos mesmos em stock, em local apropriado, e por verificar a conformidade dos registos, em “Anexo X”, tal como legalmente exigido.

No que se refere à articulação com o serviço de instalações e equipamentos, a EC, também através de aplicação própria, realiza ordens de trabalho que respondem às necessidades que surgem na UCA, sendo também responsável pelo acolhimento e acompanhamento dos técnicos aquando da realização das intervenções necessárias.

A EC tem de igual modo um papel ativo na manutenção dos equipamentos médicos quer de

forma preventiva quer em caso de avarias.

Diariamente, a EC é responsável por fazer um levantamento da necessidade de DMUM, nomeadamente caixas de instrumental cirúrgico, necessárias para dar resposta ao plano cirúrgico do dia seguinte. A UCA dispõe da sua própria central de reprocessamento de DMUM, que se encontra dentro das instalações do BO. Este facto facilita a comunicação com a mesma e a antecipação da gestão de necessidades. Este planeamento, no qual tivemos oportunidade de participar ativamente, permite uma melhor gestão dos recursos existentes e a sua alocação atempada às SO's evitando assim falha de recursos e constrangimentos no cumprimento do plano cirúrgico. A EC sempre que necessário articula com outros BO da instituição o empréstimo de DMUM.

A EC é muitas vezes o rosto do UCA uma vez que tem um papel ativo na receção e encaminhamento de pessoas externas à unidade (estudantes, delegados de casas comerciais, técnicos de manutenção, entre outros). É responsável pela receção dos matérias específicos e executa uma articulação constante entre a UCA e o exterior e vice-versa.

Gerir com qualidade em saúde está intimamente relacionado com uma abordagem estrutural dos processos de suporte aos cuidados de saúde, sendo fundamental uma estreita colaboração entre os serviços e os diversos serviços que lhe prestam apoio. Só assim é possível estabelecer uma cultura de segurança para profissionais e pessoa alvo dos cuidados e consequentemente obter qualidade em saúde (Loureiro, 2022).

O planeamento em saúde é um processo dinâmico e contínuo com várias fases indissociáveis funcionando como um ciclo, no qual, por vezes, após avaliar é necessário voltar ao início e refazer o plano (Santo, 2022).

Face ao exposto, consideramos que as experiências que usufruímos nesta área nos permitiram desenvolver e enriquecer conhecimentos e competências ao nível da gestão de cuidados. Concomitantemente permitiu-nos fortalecer competências de organização, comunicação, motivacionais e liderança também fundamentais na área da gestão. Sendo esta uma área basilar para o bom funcionamento dos serviços de saúde e em particular da UCA, para a articulação com os serviços essenciais e por último para promover a qualidade e segurança dos cuidados que se prestam à PSPO e que esperam da UCA um tratamento efetivo e que as conduza a ganhos em saúde. Desta forma consideramos atingidos os objetivos previamente delineados.

### **Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**

Relativamente ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o RCCEE, refere que o EE “desenvolve o autoconhecimento e a assertividade”. Este “baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento nº 140 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4749).

Termos consciência sobre nós mesmos, sobre os nossos pontos fortes e fracos é importante para procurarmos ferramentas que nos ajudem a desenvolver as nossas lacunas e fortificar as nossas áreas mais desenvolvidas e estruturadas. Para prestar cuidados especializados à PSPO é necessário um conjunto de competências individuais ao nível do saber, saber-fazer, saber-estar, querer fazer e poder fazer. Ser assertivos, fazendo uso de uma assertividade fundamentada, baseada na evidência científica e consciente. Todos estes fatores contribuem para facilitar as nossas relações interpessoais, sermos empáticos e mostrar capacidade de adaptação e flexibilidade perante as diferentes situações com que nos deparamos no dia-a-dia.

Este contexto de estágio possibilitou-nos uma constante mobilização de conhecimentos teóricos e práticos, ao longo das diversas etapas de prestação de cuidados à PSPO assim como uma aquisição de novas aprendizagens e competências nomeadamente ao nível dos cuidados pré e pós-operatórios inerentes à estrutura organizacional da UCA e no que respeita à gestão dos cuidados.

No que se refere ao desenvolvimento de novas aprendizagens é de realçar o papel fundamental da enfermeira tutora no sentido de nos despertar o espírito crítico e reflexivo na tomada de decisão, a procura de conhecimento fundamentado e pelos momentos de reflexão proporcionados. Também a oportunidade de participar muito ativamente na prestação de cuidados aos vários níveis (prestação, organização e gestão), sentindo-nos como parte integrante da equipa multidisciplinar.

A equipa de enfermagem e restante equipa multidisciplinar da UCA apresentaram uma atitude colaborativa e promotora do desenvolvimento de competências. Também a EG mostrou disponibilidade ao desenvolvimento de documentos (modelos, IT, entre outros) e sessões de formação em serviço que contaram com a adesão da equipa de enfermagem da UCA. Estas atividades contribuíram positivamente para o desenvolvimento de aprendizagens profissionais, mas resultaram também numa mais valia para a equipa de enfermagem e para a promoção de uma enfermagem perioperatória com valor, centrada na promoção da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem perioperatórios.

Na procura contínua de basear a nossa prática clínica especializada em evidência científica e uma vez que esta é uma área que está em constante desenvolvimento e atualização, ao longo deste percurso formativo, procuramos manter uma procura ativa de evidência científica não só através da pesquisa nas bases de dados, mas também através da participação em eventos científicos que acrescentam valor à enfermagem. Neste sentido realçamos a participação nos seguintes momentos de partilha:

- 3º Congresso Internacional de Enfermagem Especializada - Da transformação digital à prática de Enfermagem Especializada, dinamizado pela ESSNorteCVP (anexo XXIX). Foi apresentada a comunicação livre intitulada de O papel da inteligência artificial na redução da ansiedade em contexto Perioperatório (autora) (anexo XXX).

A inteligência artificial é uma ferramenta cada vez mais utilizada nos dias de hoje. De acordo com os autores Shao et al. (2023), a inteligência artificial aliada à supervisão humana pode ser uma mais-valia no empoderamento da PSPO tendo impacto na melhoria da adesão ao tratamento, redução da ansiedade, e satisfação com a experiência vivenciada pela pessoa e família/pessoa significativa no percurso perioperatório.

- IV Congresso de Enfermagem Perioperatória - Desafios e Inovação: Construindo o amanhã..., dinamizado pela ULS Alto Ave (anexo XXXI). Foi apresentada a comunicação oral denominada A importância da Inteligência Emocional no contexto Perioperatório (coautora) (anexo XXXII).

A formação das equipas dirigidas à autoconsciência e consciencialização dos outros, assim como para temáticas como comunicação, gestão de conflitos, inteligência emocional e trabalho em equipa são fundamentais para ajudar a identificar pontos fortes e oportunidades de melhoria. Criam espaço para uma comunicação mais clara, melhorando assim a eficiência e a segurança no ambiente de alto risco que é a SO (White et al., 2023).

- "Webinar Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Da teoria à prática", promovido pela OE (anexo XXVI).
- 6º Congresso Internacional IACS 2024: Desafios e Inovação em Controlo de Infecção, promovido pela ESSNorteCVP (anexo XXXIII). Onde foi apresentada a comunicação oral A IMPORTÂNCIA DA NORMOTERMIA NA PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA (coautora) (anexo XXXIV).
- "Webinar "Percurso e Tendências na Prática Perioperatória"" dinamizado pela OE (anexo XXXV).
- Curso de Formação Profissional - Segurança do doente na prestação de cuidados, promovido pela ULS Gaia e Espinho Formação (anexo XXXVI).

Dada a temática deste relatório de estágio, consideramos pertinente a participação neste curso em que foram abordadas as principais áreas da SD.

- Congresso O Norte da Anestesia 2024 (anexo XXXVII). Participação como Modelo - POCUS - Workshop "Point Of Care" - Ultrassonografia Em Anestesia" (anexo XXXVIII).
- III Convenção Internacional dos Enfermeiros - "Tempo de Respostas" promovida pela OE (anexo XXXIX). Apresentada a comunicação oral Segurança do Medicamento no Bloco Operatório - Do Planeamento à Implementação (autora) (anexo XL).
- I Congresso de Enfermagem Perioperatória da ULS Entre Douro e Vouga, dinamizado pela ULS Entre Douro e Vouga (anexo XLI). Participação com as comunicações orais:

- O impacto da comunicação no ambiente perioperatório - estratégia de *empowerment* (autora) (Anexo XLII).

A comunicação é o fio condutor que liga todos os elementos do processo perioperatório da pessoa, pelo que erros de comunicação afetam quer a PSPO quer os profissionais (Saver, 2024). Deve ser priorizada uma comunicação assertiva e compreendida pelos interlocutores na forma

verbal e escrita (Saldanha et al., 2023). Os líderes perioperatórios devem considerar a familiaridade da equipa cirúrgica como uma opção para otimizar a sua performance cirúrgica e melhorar a eficácia da comunicação e a segurança do doente (Stucky, 2020).

Em contexto de CA, as estratégias de comunicação utilizadas pelos enfermeiros desempenham um papel essencial na promoção da segurança, confiança e na qualidade dos cuidados prestados, contribuindo para a redução da ansiedade e de complicações pós-operatórias (Andrade et al., 2025).

- Prática simulada na promoção da cultura de segurança no perioperatório (coautora) (anexo XLIII).

A simulação é cada vez mais utilizada na área da saúde e nomeadamente no perioperatório na promoção de uma cultura de segurança. As sessões de prática simulada reduzem a incerteza e simplificam a prestação de cuidados favorecendo os fluxos de trabalho em equipas multidisciplinares (Ferguson, 2022). De igual modo, também a realidade virtual tem demonstrado ser uma ferramenta útil para treinar enfermeiros no perioperatório (Zabaleta, 2024).

- Curso de Formação Profissional - Farmacovigilância e notificação de reações adversas a medicamentos, dinamizado pela ULS Gaia e Espinho Formação (anexo XLIV).

Uma vez que a SM foi uma das temáticas trabalhadas durante este estágio, fez-nos todo o sentido a participação neste curso.

- Curso de Formação Profissional - Combate a incêndios: utilização de meios de primeira intervenção (anexo XLV).

De acordo com a AORN (2023), no ambiente perioperatório existem riscos significativos de incêndio. Cerca de 50 a 100 incêndios cirúrgicos são relatados anualmente, pelo que cada membro da equipa deve ter um papel ativo na prevenção dos mesmos. O risco de incêndio coloca em risco a segurança da PSPO e dos profissionais. Deste modo é fundamental conhecer os riscos e saber como atuar em caso de incêndio (AORN, 2023). As medidas de segurança contra incêndios atualizadas devem fazer parte do conhecimento dos enfermeiros perioperatórios de modo a que estes façam uma avaliação e verificação regular dos fatores de risco (Cho et al., 2022).

- VII Conferência Internacional de Investigação em Saúde promovida pela ESSNorteCVP. Participação nos *workshops*: Escrita científica e artigos; e Protocolo de *Scoping Review*. Apresentação da comunicação oral Pessoa submetida a colecistectomia laparoscópica em contexto de ambulatório - Estudo de caso (autora).

Todos estes momentos formativos contribuíram para a atualização, desenvolvimento e consolidação de conhecimentos em diferentes áreas, despertando a visibilidade e valor dos cuidados de enfermagem perioperatórios. Incentivaram a produção científica na área de

enfermagem e partilha da mesma junto dos pares. De igual forma também foram importantes no que respeita à promoção da segurança e qualidade dos cuidados em ambiente perioperatório. Consideramos desta forma ter superado o objetivo geral “Participar em congresso/outro evento com interesse na área do perioperatório” com os objetivos específicos: “Participar no IV Congresso de Enfermagem Perioperatória – ULS Alto Ave com uma comunicação oral” e “Participar no I Congresso Enfermagem Perioperatória da ULS entre Douro e Vouga”.

A formação é uma ferramenta indispensável para que os indivíduos possam progredir na aquisição de novos conhecimentos e aprofundar outros, numa perspetiva de crescimento pessoal e profissional (Campos & Antunes, 2022).

No período de estágio foi possível assistir a formações de serviço no âmbito do plano anual de formação, nomeadamente:

- Gestão da Dor Aguda para prevenir e melhor gerir a Dor Crónica (anexo XLVI).
- Entubação por fibroscopia e manipulação de tubos duplo lúmen (anexo XLVII).

Um tema de elevada importância quando se fala em competências especializadas como enfermeira de anestesia.

- Termorregulação e manutenção da normoterapia na pessoa adulta (anexo XLVIII).
- Sistema Barreira estéril: Interpretação Sinalética Manipulação Segura dispositivos médicos (anexo XLIX).
- Ventiladores Drager (anexo L).

Formação com especial interesse para área de anestesia, dado que faz parte integrante das funções do enfermeiro de anestesia testar o funcionamento de todos os materiais e equipamentos utilizados na anestesia (Viegas & Névoa, 2014).

- Procedimentos anestésicos na colheita multiorgânica (anexo LI).
- Histerectomia VNOTES (anexo LII).
- Projeto Melhoria Contínua Qualidade Cuidados de Enfermagem: verificação da marcação local cirúrgico (anexo LIII).
- Prevenção contra incêndios em ambiente perioperatório (anexo LIV).
- Segurança no acondicionamento de dispositivos médicos nos carros de circulação (anexo LV).

Tivemos oportunidade de desenvolver sessões de formação em serviço relacionadas com o trabalho desenvolvido durante o período de ensino clínico, designadamente:

- Promoção de Práticas Seguras e Controlo de Infecção nos Cuidados de Anestesia no Bloco Operatório (anexo XXVII e XXVIII).
- Apresentação aos pares das comunicações orais realizadas em contexto de congresso de enfermagem perioperatória:

- O impacto da comunicação no ambiente perioperatório - estratégias de *empowerment* (anexo LVI).

- Prática simulada na promoção da cultura de segurança no perioperatório (anexo LVII).

- Apresentação das IT Utilização de Eléctrodo Ativo Monopolar (Bisturi Eléctrico) e Utilização da Placa de Dispersão em Eletrocirurgia (anexo II, III, IV e V).
- Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde ISBAR (anexo XXIII e XXIV).
- Projeto de Melhoria Segurança do Medicamento na UCA (anexo X e XI).

Consideramos assim superado o objetivo geral “Desenvolver formação em serviço” com os objetivos específicos: “Conceber formação sobre segurança do medicamento” e “Conceber formação sobre ISBAR”. No que respeita ao objetivo específico “Colaborar na estruturação da formação de serviço anual da UCA”, no sentido de sermos facilitadores da aprendizagem em contexto de trabalho procedemos ao levantamento das necessidades formativas e posterior análise das mesmas com o intuito de elaborar o Plano Anual de Formação em Serviço 2025 da UCA. O levantamento de necessidades foi realizado com a colaboração da maioria da equipa de enfermagem da UCA através da utilização de um formulário específico concebido para o efeito. A análise de dados foi realizada com recurso às ferramentas do *Microsoft Excel®*.

De acordo com Paiva (2022), a formação dirigida é uma poderosa ferramenta para capacitar os profissionais de saúde envolvidos no cuidado à pessoa no sentido de ir de encontro às necessidades formativas identificadas.

Uma organização que pretenda trilhar no sentido da melhoria continua da qualidade deve incentivar a criatividade dos seus profissionais e desenhar ambientes que sejam facilitadores de aprendizagens no sentido de alcançar os objetivos identificados. Formação e treino devem desta forma estar acessíveis e ajustados às necessidades quer da organização, quer do desenvolvimento individual do serviço e colaboradores (Campos & Antunes, 2022).

O Plano Anual de Formação em Serviço 2025 da UCA elaborado (anexo LVIII) assenta em áreas tais como: controlo de infeção, gestão do risco, prestação de cuidados à PSPO, comunicação e competências não técnicas. Área identificadas pelos profissionais com o objetivo de conduzir à melhoria contínua da segurança e da qualidade dos cuidados perioperatórios prestados na UCA. A partir destas temáticas e das sugestões recebidas realizou-se a distribuição das sessões de formação ao longo do ano e foram atribuídos preletores a cada um dos temas de acordo com a disponibilidade demonstrada.

No âmbito da formação em serviço, e dada a importância da formação desta classe profissional, foi analisado o levantamento de necessidades formativas das técnicas auxiliares de saúde. Verificou-se que uma das áreas mais mencionadas foi a da comunicação e competências não técnicas.

Enquadrado na temática da formação em serviço foi elaborado um instrumento de avaliação da

formação por forma a avaliar o impacto da mesma nos profissionais. Com base no documento em anexo (LIX) foi elaborado um *Microsoft Forms*® que gerou um *QR Code*. No final de cada ação de formação em serviço, os profissionais são convidados a preencher a avaliação da formação através da digitalização do *QR Code*. Os dados obtidos para cada sessão formativa são exportados para o *Microsoft Excel*® de forma a serem posteriormente analisados e integrarem o relatório anual de formação.

De modo a convidar e relembrar os profissionais da UCA a participar na formação em serviço foram elaborados 2 modelos de divulgação da formação (modelo mensal e de sessão) que se encontram em anexo LX.

Consideramos que o EEEMC na área de enfermagem à PSPO deve ao longo do seu contínuo de prestação de cuidados procurar desenvolver de forma continuada as suas aprendizagens profissionais, o seu conhecimento, as suas capacidades e assertividade. Continuamente deve ir de encontro à mais recente evidência científica que fundamente e enriqueça a sua prática de prestação de cuidados na procura da excelência e da qualidade dos cuidados de enfermagem.

No que respeita a este percurso de aprendizagem, procuramos tirar o máximo partido de cada dia de estágio tentando absorver o melhor que cada profissional, perito na área do perioperatório, tinha para nos transmitir e para contribuir no processo de desenvolvimento de competências e aprendizagens profissionais. Desenvolvemos a nossa prestação de cuidados tendo como foco uma prática baseada na evidência científica que proporcionasse maior segurança à PSPO e uma melhoria da qualidade e eficácia dos cuidados prestados.

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

De acordo com a AESOP (2012), a enfermagem perioperatória representa o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos mobilizados pelos enfermeiros que prestam cuidados em ambiente perioperatório, através de um processo programado no qual reconhecem as necessidades da pessoa a quem prestam cuidados, planeiam esses cuidados, executam-nos com destreza e segurança e por último avaliam-nos.

O Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho (2018) publicado em Diário da República, descreve que os cuidados de enfermagem nesta área de especialização são “dirigidos aos projetos de saúde da pessoa e família/pessoa significativa a vivenciarem processos de saúde/doença que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, em ambiente perioperatório, à promoção da saúde, à

prevenção de eventos adversos e ao tratamento da doença” (Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho 2018, p.19366). Este regulamento refere que a intervenção do EE se desenvolve em cinco áreas que se complementam entre si, sendo estas: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos. Deste modo o perioperatório compreende as fases do pré, intra e pós-operatório. “O enfermeiro perioperatório demonstra competências especializadas no cuidado à pessoa em situação perioperatória e na garantia da segurança congruente com a consciência cirúrgica” (Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho, 2018, p.19366). A pessoa sujeita a intervenção cirúrgica aceita submeter-se a um estado de vulnerabilidade física e emocional, a riscos inerentes ao procedimento e a um estado de consciência alterado no sentido de melhorar o seu estado de saúde ou ter melhor qualidade de vida (Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho, 2018).

O ambiente perioperatório está em constante estado de transformação. É fundamental uma cultura de segurança, gestão do risco, profissionalismo, responsabilidade e consumo consciente que influenciem os profissionais que desempenham funções neste âmbito de cuidados. Os enfermeiros devem deste modo demonstrar uma capacidade de adaptação à evolução tecnológica concomitante com prestação e supervisão dos cuidados prestados à PSPO de forma a reduzir riscos e fomentar a segurança da PSPO (EORNA, 2023).

Manter um ambiente perioperatório seguro exige do enfermeiro competências: práticas, morais, legais, educacionais, autonomia, responsabilidade, tomada de decisão, éticas, capacidade de gestão e liderança (EORNA, 2023).

### **Cuida da Pessoa em Situação Perioperatória e Respetiva Família/Pessoa Significativa**

O EE em enfermagem à PSPO “mobiliza conhecimentos e habilidades para cuidar a pessoa e família/pessoa significativa, promovendo a compreensão do processo vivenciado e a vivenciar, capacitando-os para o autocuidado e reintegração familiar e social.” (Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho, 2018, p.19366).

A AORN desenvolveu um modelo conceptual dedicado à enfermagem perioperatória designado de PPFM, modelo esse que foi atualizado em 2016. O PPFM descreve a relação entre o indivíduo, a família/pessoa significativa e os cuidados de enfermagem prestados pelos enfermeiros em ambiente perioperatório. Este tem por base quatro domínios: segurança, respostas fisiológicas e respostas comportamentais, que se centram na pessoa, e o sistema de saúde que se relaciona com os elementos estruturais e ambiente de prática de cuidados (Wicklin, 2020).

### Capacita a Pessoa e Família/Pessoa Significativa, Para a Gestão da Experiência Cirúrgica

A vivência da experiência cirúrgica representa um momento de transição na vida da pessoa. Esta causa impacto não só na pessoa que a experiência, mas também na família/pessoa significativa que a rodeia. Leva, frequentemente, a alterações das rotinas diárias pessoais e familiares e a readaptações no sentido de responder às alterações impostas pela condição

cirúrgica. Neste sentido o EEEMC na área de enfermagem à PSPO tem um papel fundamental na captação da pessoa e família/pessoa significativa para viver esta transição da forma mais saudável possível.

De acordo com Meleis (2019), durante as transições são experienciados diferentes ambientes, sensações e emoções. Existe incerteza sobre o que vem a seguir. As expectativas relativamente à mudança podem ser realistas ou desinformadas, porém causam interrupções no quotidiano da pessoa e família afetando consequentemente a sua saúde e bem-estar. Os enfermeiros desde sempre apoiaram indivíduos e famílias que enfrentam processos de transição ajudando-os a mobilizar recursos internos e externos para fazer face às necessidades causadas pela mudança. Os enfermeiros capacitam a pessoa através da disponibilização de informação clara, do ensino de competências e do acesso a recursos que facilitem os processos de recuperação e melhoria do bem-estar e qualidade de vida. A preparação da pessoa e sua família/pessoa significativa e o conhecimento antecipado da situação que vai vivenciar influência e facilita a experiência da transição (Meleis, 2019).

No contexto da UCA, as cirurgias são realizadas em regime de ambulatório, pelo que se caracterizam por períodos de permanência curtos na unidade hospitalar. Correspondem a episódios com admissão programada e permanência da pessoa inferior a 24 horas (Portaria nº 234/2015 de 7 de agosto, 2015).

Face ao exposto, a instrução, ensino e treino que promovam a capacitação, autogestão e recuperação da pessoa ganha maior ênfase neste contexto, sendo mesma considerada como um pilar, dada a necessidade de promover um rápido regresso a casa com qualidade e segurança. A experiência na UCA permitiu um acompanhamento na íntegra de todo o processo perioperatório dado que a enfermagem e nomeadamente o EE segue a pessoa ao longo de todo o circuito, fazendo assim um acompanhamento de toda a experiência perioperatória e munindo a PSPO de ferramentas e estratégias que lhe permitam uma melhor gestão da vivência cirúrgica. Na UCA existe a preocupação com o envolvimento da família/pessoa significativa, sendo permitido o acompanhamento de uma pessoa de referência na consulta pré-operatória, admissão cirúrgica/acolhimento e momento da alta. De ressaltar que durante o recobro II é permitido o uso de telemóvel o que permite à pessoa o contacto direto com a sua família/pessoa significativa. Já no que se refere a menores, situações de vulnerabilidade acrescida e/ou pessoas com necessidades especiais é assegurado o acompanhamento e suporte ao longo de todo o circuito perioperatório. Cabe ao EE assegurar este acompanhamento de acordo com a legislação vigente e as políticas institucionais. Desta forma consideramos existir uma crescente preocupação com a humanização dos cuidados que são prestados na UCA o que contribui positivamente para a satisfação com a experiência cirúrgica neste contexto.

A humanização dos cuidados em enfermagem relaciona-se com o olhar a pessoa como um todo, de forma íntegra e completa. Existe assim uma preocupação não só com as necessidades

físicas, mas também com as necessidades emocionais, sociais e psicológicas. Os cuidados de enfermagem humanizados baseiam-se em princípios éticos tais como respeito pela sua autonomia, autodeterminação e tomada de decisão, empatia e valorização da dignidade da pessoa. A humanização dos cuidados melhora a qualidade dos cuidados prestados, contribuindo para que a pessoa se sinta mais acolhida, compreendida, respeitada e com impacto positivo na sua recuperação (Santos, 2024).

A AESOP (2012) descreve os cuidados pré-operatórios como benéficos para a pessoa e família/pessoa significativa, visto que não só permitem individualizar os cuidados de enfermagem perioperatórios, antecipando necessidades, como também permitem oferecer cuidados mais humanizados (num contexto mais calmo e que pode incluir a família) e menos tecnicistas. Duarte e Martins (2014) realçam que em contexto de UCA, a enfermagem perioperatória promove uma abordagem individualizada, na qual o planeamento e conceção de cuidados respeita integralmente as componentes físicas, psicológicas, sociais e espirituais de cada pessoa.

A perspetiva da PSPO como um todo vai assim de encontro ao domínio das respostas comportamentais preconizado pelo PPFM. O EE deve assim respeitar e fazer respeitar os princípios éticos, a dignidade, a privacidade e as crenças espirituais, contruindo assim uma relação empática e terapêutica com a PSPO (Wicklin, 2020).

Em ambiente de UCA, a pessoa é a essência de todo o processo. A capacitação da mesma é imperativa para a promoção de uma atitude realista em relação ao circuito perioperatório, às potenciais alterações decorrentes do processo cirúrgico e no alívio de sentimentos tais como medo e ansiedade. O ICN (2019) define ansiedade como uma emoção negativa, sentimentos de ameaça, perigo ou angústia. O ato cirúrgico representa um acontecimento complexo, gerador de stress e ansiedade, o qual pode ter representação no bem-estar, saúde e comportamento da pessoa (Dias et al., 2022). De acordo com Arakelian et al. (2019), a PSPO preocupa-se ou demonstra sinais de ansiedade relativamente ao ambiente cirúrgico, ao resultado da cirurgia, à sua segurança durante a cirurgia, à existência de NVPO, dor pós-operatória, a não acordar após a cirurgia ou por outro lado acordar durante a realização da mesma, entre outras. Cascais e Cunha (2024) salientam que a ansiedade é um estado emocional presente no pré-operatório na PSPO. Quando persistente pode complicar todo o processo e vivência perioperatória. Pode ser reduzida através de um conjunto de intervenções de enfermagem que promovam a redução dos níveis de ansiedade nomeadamente relacionadas com o acolhimento, a educação para a saúde e o apoio psicológico, favorecendo deste modo a prevenção de complicações pós-cirúrgicas e a recuperação pós-operatória (Cascais & Cunha, 2024).

Durante a prestação de cuidados, proporcionamos um ambiente calmo, que transmitisse segurança e conforto à PSPO. Identificamo-nos, assim como identificamos a função que desempenhávamos e procedemos à identificação inequívoca e positiva da PSPO. De acordo com

o Instituto Nacional de Emergência Médica (2021), a identificação positiva e precoce tem grandes repercussões sobre a diminuição do risco de ocorrência de eventos adversos relacionados com a prestação de cuidados. Proporcionamos espaço para a PSPO identificar dúvidas e necessidades para que pudéssemos dar resposta, procurando estabelecer uma relação terapêutica, empática e de confiança com a pessoa que vai ser alvo dos nossos cuidados.

#### Promove Cuidados à Pessoa em Situação Perioperatória

Na UCA, a atuação do enfermeiro está centrada e é realizada em prol da PSPO. O ambiente perioperatório é um ambiente altamente complexo, pelo que se espera do EE um conjunto de conhecimentos teóricos e científicos aliado a um vasto leque de competências.

De acordo com a AESOP (2012), o EE otimiza os recursos disponíveis, avaliando, planeando, implementando e determinando os cuidados a prestar à PSPO.

A UCA pelas suas características específicas permite ao EEEMC na área de enfermagem à PSPO agir com pertinência nas 5 áreas de atuação: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós-operatórios, abrangendo assim o perioperatório como um todo (pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório). Foi assim possível desenvolver competências especializadas em cada uma destas áreas específicas ao longo do ensino clínico tendo sempre como foco a responsabilidade pela pessoa, pelo seu conforto, integridade, privacidade e o cumprimento da sua vontade.

No sentido de ir de encontro ao objetivo geral “adquirir competências avançadas na consulta de enfermagem perioperatória” previamente estabelecido, participamos na consulta de enfermagem perioperatória na UCA nos diferentes níveis de atuação da mesma: consulta de enfermagem pré-operatória (presencial); consulta de enfermagem pediátrica (telefónica); consulta telefónica pré-operatória; consulta de enfermagem telefónica pós-operatória (24 horas e 30 dias).

Cardante (2020) descreve a consulta de enfermagem como uma estratégia fundamental para o acompanhamento da pessoa pelo enfermeiro, quer na preparação pré-operatória e admissão à UCA, quer no seguimento durante o pós-operatório, dado que se realiza à distância, visto que a pessoa tem alta para o domicílio poucas horas após a intervenção cirúrgica.

De acordo com Lima e Pinto (2014) o ensino de enfermagem na consulta deve ser explícito no que respeita à colheita de informação personalizada, cuidados no pré-operatório e cuidados no pós-operatório.

NA UCA, a consulta de enfermagem pré-operatória presencial é o momento propício para estabelecer uma relação de confiança com a PSPO e sua família/pessoa significativa. Esta é realizada em gabinete, num ambiente calmo e tranquilo permitindo realizar a avaliação da

história clínica e social da pessoa (no sentido de validar os critérios para ser intervencionado em contexto de ambulatório), e a instrução e capacitação para a experiência cirúrgica. A consulta é assim um grande desafio para os enfermeiros dado que dela depende o sucesso de todo o percurso em contexto de CA. Os ensinamentos realizados durante a consulta são a chave de uma experiência positiva da pessoa e da redução de complicações pós-operatórias.

De acordo com Breda e Cerejo (2021), a consulta pré-operatória de enfermagem permite construir uma relação que facilite a comunicação centrada na pessoa. Através de uma entrevista, o enfermeiro conhece a história da pessoa e adequa as suas intervenções às necessidades identificadas. Os ensinamentos realizados neste período contribuem para a melhoria da experiência cirúrgica da pessoa e para a redução de complicações (Carvalho, 2024).

A UCA dispõe de um conjunto de folhetos informativos gerais e adaptados às técnicas cirúrgicas e anestésicas que são neste momento fornecidos para reforçar e complementar a informação que é transmitida verbalmente na consulta.

É essencial conciliar a vertente escrita com a verbal para aumentar a qualidade dos cuidados de enfermagem, promover o autocuidado, consolidar o ensino efetuado, melhorar a satisfação da pessoa e diminuir os riscos de readmissão hospitalar (Breda & Cerejo 2021; Lima & Pinto, 2014).

De acordo com a pessoa, tipo de cirurgia e o horário previsto para a realização da mesma (quando já agendada), a informação transmitida é adaptada e individualizada. Contudo são transmitidas informações gerais no respeito ao circuito perioperatório em UCA, necessidade de jejum, preparações específicas, preparação pré-operatória da pele (banho e tricotomia), medicação prescrita, tipo de vestuário e hora da intervenção (quando disponível).

No que respeita aos ensinamentos sobre preparação pré-operatória da pele, identificamos duas oportunidades de melhoria, que foram evidenciadas aos responsáveis pela consulta. A primeira relaciona-se com o facto de ser fornecida uma esponja de clorexidina à PSPO. Esta, está a ser instruída para realizar banho com clorexidina imediatamente antes de sair de casa. A segunda, em casos de necessidade de tricotomia solicitam que a pessoa realize a mesma no domicílio, previamente à deslocação ao hospital. De acordo com a DGS (2022c), e no que respeita à prevenção da ILC, a pessoa sujeita a uma intervenção cirúrgica, deve no pré-operatório realizar banho com clorexidina (2 a 4%), exceto quando existe contra-indicação, na noite anterior ao dia da cirurgia e no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência à intervenção cirúrgica. No que respeita à tricotomia, a DGS (2022c), recomenda não realizar tricotomia por rotina. Quando esta se mostra necessária deve ser realizada imediatamente antes da intervenção cirúrgica com máquina de corte de uso único (DGS, 2022c).

É também na consulta de enfermagem que se inicia a preparação da alta, pelo que são transmitidas informações sobre aquilo que é expectável no pós-operatório de acordo com o tipo de cirurgia efetuada. São realizados ensinamentos referentes a gestão da dor, ferida cirúrgica, NVPO,

uso de equipamento adaptativo, entre outros.

No caso da população pediátrica, na UCA, é realizada a consulta telefónica de enfermagem pediátrica. Esta consulta visa identificar a pessoa responsável por acompanhar a criança no dia da cirurgia. Tal como previsto no Despacho nº 6668/2017 de 2 de agosto (2017), o familiar/pessoa significativa pode acompanhar a criança ao longo de todo o processo perioperatório, com exceção do momento da realização da cirurgia propriamente dita. Contribuindo desta forma para o bem-estar e satisfação da criança através da parceria de cuidados com o familiar/pessoa significativa, tal como preconizado pela OE (2017a). Durante a consulta é realizada uma *checklist* relativa a antecedentes clínicos e sinais e sintomas de doença aguda. São fornecidas orientações relativas à cirurgia e a sinais de alerta, nos dias que antecedem a cirurgia, que possam comprometer a realização da mesma. Adicionalmente, é enviado por email um resumo das informações transmitidas verbalmente, assim como folhetos específicos para a cirurgia a realizar e os contactos da UCA, em caso de necessidade de esclarecimento de dúvidas. De modo a promover o conforto da criança os familiares são incentivados a trazer no dia da cirurgia um brinquedo, peluche e/ou entretenimento para a criança. De acordo com Panella (2016) um brinquedo adequado a idade pode ajudar a facilitar a experiência perioperatória, reduzindo a ansiedade.

O enfermeiro tem um papel fundamental na consulta telefónica de enfermagem pediátrica pois é ele que identifica a necessidade de consulta pré-operatória de anestesia/enfermagem presencial em casos dúbios das crianças reunirem ou não critérios para UCA.

Idealmente a consulta de enfermagem deveria ser realizada duas a três semanas antes da intervenção cirúrgica (Lima & Pinto, 2014). Dada a impossibilidade de cumprir este timing, na UCA, a consulta telefónica pré-operatória é realizada a todas as PSPO cerca de 48 horas pré-cirurgia. Esta é fundamental para validar todos os critérios necessários para a realização de cirurgia, assim como para reforçar ensinamentos pré-operatório, esclarecer dúvidas e descartar situações de doença aguda que condicionem a realização da cirurgia em causa. Este contacto é fundamental na gestão do agendamento cirúrgico, no sentido de antecipar e evitar cancelamentos e para reforço da capacitação da pessoa e redução de stress e ansiedade.

Os cancelamentos cirúrgicos acarretam constrangimentos para a PSPO, família/pessoa significativa e equipa cirúrgica. Dada a orgânica da UCA, os cancelamentos cirúrgicos associam-se a desperdício de tempos operatórios e recursos (Lee et al., 2017). No que respeita à população pediátrica, num estudo realizado por Lee et al. (2017), num período de três meses, verificou-se que a realização da consulta pré-operatória telefónica reduziu em cerca de 50% o número de cancelamentos cirúrgicos. Estes dados salientam a importância da intervenção do EEEMC na área de enfermagem à PSPO na educação e capacitação perioperatória da pessoa e família/convivente significativo.

Realizamos a consulta de enfermagem telefónica pós-operatória (24 horas e 30 dias). Dada a

curta permanência da pessoa na unidade hospitalar, o telefonema no pós-operatório imediato é fundamental para avaliar o regresso a casa da pessoa. Verificar aspetos como gestão da medicação pós-operatória, dor, NVPO, perda sanguínea, dependência no autocuidado, sinais de complicações entre outros. Reforçar e validar os ensinamentos realizados anteriormente, cuidados pós-operatórios, cuidados específicos à ferida cirúrgica, especificar sinais de alarme e como atuar em caso de existirem. São ainda reforçados os canais de comunicação com a UCA e/ou hospital de referência.

A consulta de enfermagem pós-operatória reveste-se de grande importância para fazer face à complexidade do processo de recuperação pós-operatória. Maximizar os pontos fortes da pessoa submetida a cirurgia, contribuindo para a recuperação de níveis ótimos de saúde, função, conforto e autorrealização (Lopes et al., 2022).

No telefonema dos 30 dias pós-operatório, foi possível fazer uma análise do pós-operatório da PSPO. Validar a experiência perioperatória, a cicatrização da ferida cirúrgica, a existência de complicações e o regresso à vida ativa. Foi muito gratificante a realização destes contactos uma vez que grande parte das pessoas se mostraram muito satisfeitas com a sua experiência na UCA o que é um grande incentivo e motivo de contentamento para os profissionais que lá desempenham funções. Desta consulta são extraídos indicadores dos cuidados de enfermagem prestados na UCA.

Elegemos como objetivo geral “desenvolver competências avançadas em contexto clínico como enfermeira do perioperatório” especificado pelos seguintes objetivos específicos: “desenvolver competências na área de anestesia/circulante/cuidados pós-operatórios imediatos na UCA”; “desenvolver competências na área de admissão cirúrgica e cuidados pós-operatórios tardios na UCA”; e “adquirir competências na área de instrumentação na UCA”. Seguidamente abordaremos as experiências que permitiram o desenvolvimento destes objetivos.

Na UCA, no dia da cirurgia, após a validação administrativa da cirurgia, a PSPO é encaminhada ao gabinete de admissão/*checklist*, juntamente com o familiar/pessoa significativa para dar início à preparação pré-operatória. Neste momento são validadas todas as informações anteriormente recolhidas (consulta de enfermagem pré-operatória e consulta telefónica pré-operatória), monitorizados sinais vitais, confirmado jejum (se aplicável), banho pré-operatório, tricotomia (se necessária), presença e disponibilidade do familiar/pessoa significativa para assegurar o regresso a casa e acompanhamento nas primeiras 24 horas. De acordo com Lima e Pinto (2014) são as horas que exigem maior vigilância pós-operatória, dado que é quando realmente ocorrem as complicações cirúrgicas. É também confirmado o CIEL cirúrgico e anestésico. E são reforçados os ensinamentos relativos ao circuito da UCA. Validada esta primeira fase, a pessoa é encaminhada para o vestiário onde veste a indumentária cirúrgica e posteriormente para a sala de preparação onde é realizada a colocação de CVP, realizada pré-medicação, se aplicável, e realizado o primeiro contacto com cirurgião e anestesista, ficando a

aguardar chamada para o BO. O enfermeiro tem aqui um papel pertinente pois as suas intervenções vão validar a continuidade do percurso na UCA, devendo estas ser pautadas pelo conhecimento especializado e evidência científica.

A UCA, no intraoperatório, oferece oportunidade de desenvolver competências nas três áreas de atuação da enfermagem (anestesia, circulação e instrumentação) e num vasto conjunto de especialidades cirúrgicas e cirurgias, enriquecendo assim o percurso de estágio.

Em conjunto com a enfermeira tutora, ao iniciar cada turno realizamos um *briefing* inicial sobre qual o nosso posto de trabalho, o programa cirúrgico e sobre as necessidades de recursos (equipamentos/consumíveis/instrumental cirúrgico) para dar resposta ao mesmo. Verificamos a funcionalidade dos equipamentos necessários, organizamos a SO e garantimos as condições necessárias à realização da cirurgia com qualidade e em segurança.

Na SO, o enfermeiro de anestesia, o circulante e o instrumentista devem de agir em harmonia visto que as suas funções se complementam e que deve haver uma interação e entre ajuda entre todos. A partir do momento da chegada da PSPO responsabilizamo-nos por ela no sentido de ver satisfeitas todas as suas necessidades fisiológicas e comportamentais, garantindo a sua segurança ao longo do processo de prestação de cuidados, tal como preconizado pelo PPFC.

No intraoperatório o PPFC ganha ênfase no domínio “respostas fisiológicas” segundo o qual o enfermeiro presta cuidados de forma manter o conjunto de respostas físicas, bioquímicas e funcionais de acordo com o seu estado fisiológico, identificando os valores basais e reconhecendo prontamente alterações nos mesmos. Os enfermeiros perioperatórios devem prestar cuidados que mantenham as respostas fisiológicas da pessoa conforme o esperado. (Wicklin, 2020). Deste modo, no intraoperatório, os enfermeiros realizam muitas intervenções interdependentes, em estreita colaboração com outros técnicos, tal como descrito no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro, 1996).

No que respeita ao desenvolvimento de competências no âmbito da circulação desenvolvemos um conjunto de atividades com vista a atingi-lo. Desta forma importa em equipa (o que se aplica a todos os enfermeiros) perceber o procedimento e também em equipa definir quais os recursos necessários para a cirurgia. É importante que o enfermeiro circulante conheça os instrumentais cirúrgicos, equipamentos de apoio e como usa-los de forma segura (consolas de bisturi, torre endoscópica, microscópio, garrote, materiais específicos...), consumíveis disponíveis e preferências do cirurgião.

O enfermeiro circulante responsabiliza-se no que respeita à segurança da PSPO e equipa multidisciplinar, segurança do ambiente, controlo de infeção, gestão de riscos e gestão organizacional da SO. Neste âmbito e em colaboração com a enfermeira tutora, sob supervisão da mesma, e numa perspetiva de crescimento e autonomia profissional especializada e prática

baseada na evidência, desempenhamos várias atividades tais como: consultar o plano operatório; preparar o material necessário para a cirurgia; organizar e otimizar a SO; acolher a PSPO na SO; colaborar na transferência para a marquesa operatória; colaborar no posicionamento da PSPO; proceder à algaliação (quando aplicável e segundo a norma da DGS (2022a) de forma a prevenir a infeção associada ao cateter vesical e garantir a correta fixação e manipulação do mesmo); verificar funcionamento dos equipamentos; colocar o elétrodo neutro do electro bisturi em caso de uso do mesmo; verificar as condições ambientais e de higiene da SO; auxiliar na colocação da mesa cirúrgica; auxiliar na colocação do EPI (estéril); garantir as ligações e funcionalidades dos equipamentos; responder a situações de imprevisibilidade, complexidade e vulnerabilidade; contar itens quantificáveis; acondicionar e registar peças operatórias e espécimes; colaborar na realização do tratamento da ferida cirúrgica; colaborar na transferência da PSPO para o recobro I; realizar registos nos SIE; repor materiais; e garantir e supervisionar a higienização de superfícies e equipamentos. No âmbito da prestação de cuidados na área de circulação, de modo a contribuir para o processo de certificação e formação, elaboramos 2 IT e realizamos a apresentação das mesmas em formação em serviço, tal como já referido anteriormente.

É o enfermeiro circulante que está responsável pelos registos na plataforma informática, *SClinico®*, da LVSC preconizada pela WHO em 3 momentos. Momentos esses antes da indução anestésica (*sign-in*), antes da incisão da pele (*time-out*) e antes de sair da SO (*sign-out*). A LVSC é uma ferramenta simples e aplicável em qualquer contexto cirúrgico. Não tem custos, melhora a segurança cirúrgica e evita mortes e complicações. Permite a medição do impacto da utilização de instrumentos de gestão de risco na qualidade dos resultados dos procedimentos cirúrgicos (DGS, 2013a). Apesar de ser corretamente preenchida, constatou-se que nem sempre é realizada verbalmente esta validação dos itens da LVSC com todos os elementos envolvidos, verificando-se, no entanto, uma preocupação crescente com a sua correta aplicação.

Como enfermeira circulante especializada é importante realizar uma boa gestão da SO, fazer uma boa articulação com o exterior, estar atenta e antecipar necessidades promovendo sempre a consciência e a segurança cirúrgica quer da PSPO quer de todos os envolvidos.

Relativamente ao desenvolvimento de competências no âmbito da anestesia, colaboramos ativamente com o anestesista na prestação de cuidados ao longo das diferentes fases anestésicas (pré-anestesia, indução, manutenção, e reversão anestésica). O enfermeiro de anestesia na UCA é o responsável por acolher a PSPO no BO e validar toda a informação pertinente. Também na anestesia é importante o *briefing* inicial com o anestesista no sentido de definir o plano anestésico da PSPO. É igualmente necessário e obrigatório a verificação de todo o material de apoio à anestesia (ventilador e circuitos; monitores de apoio; aspiração; material de apoio à via aérea; dispositivos médicos de apoio, entre outros) verificação da existência de medicamentos (gerais e de emergência) e garantir a SM.

A SM, representa um problema global de saúde pública relacionado com a prestação de cuidados de saúde. Todos os anos ocorre um significativo número de danos ou mortes relacionadas com falhas na prestação de cuidados, sendo que muitos deles poderiam ser evitados (Barroso, 2021). Dados da WHO estimam que pelo menos 50% das complicações relacionadas com o contexto perioperatório são evitáveis (Diniz et al., 2021).

Tão importante como prevenir erros de medicação é adotar práticas seguras de preparação e administração de medicamentos EV por forma a respeitar as medidas de controlo de infeção associadas a esta prática (Bastos & Barbieri, 2020).

Tivemos um papel ativo na implementação e promoção de práticas seguras e controlo de infeção nos cuidados de anestesia no BO da UCA e para tal muito contribuiu a formação em serviço realizada (anexo XXVII e XXVIII).

Mantivemos uma vigilância intensiva da PSPO e estivemos alerta para monitorizar sinais e sintomas, que pudessem advir do ato anestésico e/ou cirúrgico, e realizamos a tomada de decisão especializada com base em evidência científica. Em conjunto com o anestesista definimos estratégias e planos analgésicos para promover a eficaz gestão da dor e de NVPO de forma a permitir o regresso da pessoa a casa em conforto e segurança.

De acordo com Valente et al. (2024), o tratamento eficaz da dor aguda reduz o risco de complicações, facilita a recuperação/reabilitação, permite reduzir o tempo de internamento hospitalar, aumenta a satisfação e melhora a qualidade de vida da PSPO.

Um dos fatores de êxito da CA é o adequado controlo da dor aguda pós-operatória, recorrendo a abordagens multimodais. A alta da UCA está dependente de um adequado controlo da dor e de NVPO (Machado, 2013; Machado, 2019).

É fundamental compreender as especificidades cirúrgicas para coordenar a técnica e manutenção anestésica de forma a proporcionar condições ótimas e favoráveis ao desenvolvimento cirúrgico, à homeostasia intra e pós-operatória e ao regresso a casa.

Em regime de UCA as técnicas anestésicas adotadas devem ser as que com elevada efetividade proporcionem a menor morbilidade possível e o maior conforto à pessoa (Machado, 2013). O objetivo primário de qualquer técnica anestésica é a recuperação rápida, o que implica o uso de combinações de medicamentos de curta ação, administrados nas menores doses possíveis para garantir a eficácia (Joshi & Vetter, 2024). Durante a prestação de cuidados no âmbito da anestesia foi possível colaborar em diferentes técnicas anestésicas o que contribuiu positivamente para o enriquecimento desta experiência.

Quer na prestação de cuidados como circulante quer como anestesista verificamos o posicionamento adequado para a cirurgia, garantindo a segurança e promovendo o conforto da PSPO e acessibilidade cirúrgica e anestésica. Fizemos uso de dispositivos de proteção de

proeminências ósseas com vista à prevenção de úlceras de pressão decorrentes do programa cirúrgico.

O posicionamento correto da PSPO na marquesa cirúrgica é tão importante para a sua segurança como qualquer outro cuidado perioperatório. Um posicionamento incorreto pode afetar o equilíbrio hemodinâmico, ventilatório, provocar lesões nervosas, vasculares e cutâneas. Desta forma, o posicionamento cirúrgico deve ser realizado pelo enfermeiro circulante e de anestesia em colaboração com o anestesista e cirurgiões de forma a proporcionar as condições ótimas para a realização da cirurgia (AESOP, 2012, EORNA, 2023).

O enfermeiro instrumentista é aquele que possui competências na prestação de cuidados e manutenção de um ambiente seguro durante a execução do procedimento cirúrgico no campo operatório. Atua em complementaridade com o enfermeiro circulante, sendo que o instrumentista faz parte da equipa estéril, e o enfermeiro circulante atua fora dessa zona (Viegas & Névoa, 2014). O enfermeiro instrumentista é responsável por, de acordo com cada cirurgia e suas especificidades, colocar a mesa cirúrgica, organizar todos os dispositivos médicos e proceder à contagem de todos os itens quantificáveis. Colabora com a equipa cirúrgica na colocação do equipamento estéril, desinfeção da área a interver e colocação dos campos estéreis. É responsável por recolher os produtos operatórios que se destinam a análise e confirmar a sua correta identificação e acondicionamento. É o principal responsável por garantir a assepsia durante todo o procedimento cirúrgico (EORNA, 2023; Viegas & Névoa, 2014).

Durante o estágio foi possível desenvolver conhecimentos e competências na área de instrumentação num processo gradual e progressivo de aprendizagem. Na UCA realizam-se cirurgias de várias especialidades cirúrgicas com diferentes níveis de complexidade que exigem um conhecimento profundo sobre o procedimento e técnica cirúrgica, anatomia, equipamentos utilizados, DMUM e dispositivos médicos de uso único específicos. Deste modo optou-se por escolher as especialidades de cirurgia geral, cirurgia plástica e urologia para o desenvolvimento destas competências específicas. A aquisição destes conhecimentos e competências foi sem dúvida muito enriquecedor, abrindo portas para o desenvolvimento futuro das mesmas.

Após o término do procedimento cirúrgico e anestésico, a PSPO é encaminhada para o recobro I acompanhada pelo enfermeiro de anestesia e anestesista, dando assim início ao período pós-operatório.

O enfermeiro do recobro I é responsável por receber a PSPO, monitorizar os parâmetros vitais, dor, drenagens, promover o seu conforto e bem-estar, estando alerta para despiste de complicações cirúrgicas, cardiovasculares, respiratórias, alterações do estado de consciência, entre outras (Viegas & Névoa, 2014).

A experiência na UCA permitiu desenvolver competências nesta área específica de atuação. O

enfermeiro do recobro I estando responsável por até 3 PSPO tem de realizar uma gestão eficaz dos cuidados e vigilância pós-operatória. Deve promover uma comunicação eficaz com a equipa de anestesia e cirúrgica para assim realizar uma articulação segura com o recobro II de modo a não comprometer a vigilância da PSPO e permitir o normal fluxo das SO's, sendo fundamental deter competências na transição de cuidados. Competência fundamental a todos os enfermeiros do perioperatório.

O enfermeiro do recobro I tem um papel crucial ao nível da gestão da dor associada ao procedimento cirúrgico. De acordo com o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor, a DGS (2017c, p.4) refere que “a dor aguda é um sintoma limitado no tempo que pode e deve ser controlado”. O recobro I representa o pós-operatório imediato, onde é necessária uma adequada gestão da dor aguda pós-operatória, tendo aqui o enfermeiro a oportunidade de fazer uma eficaz gestão dos meios farmacológicos e não farmacológicos para alívio da dor, fazer um correto registo da mesma e articular sempre que necessário a revisão das medidas farmacológicas instituídas. O enfermeiro é munido de conhecimento e responsabilidade para a preparação, administração, avaliação, monitorização e controlo de efeitos secundários da medicação administrada (OE, 2008). O controlo da dor aguda pós-operatória é um dos aspetos mais relevantes para a obtenção de resultados de qualidade no âmbito da CA (Sarmiento et al., 2024).

O controlo de NVPO em UCA é igualmente um ponto chave que interfere na qualidade da recuperação da PSPO, pelo que, é uma preocupação da APCA. A ocorrência de NVPO representa uma das complicações mais frequentes em UCA, apresentando uma incidência de 30% nas pessoas submetidas a anestesia. São reportadas como motivo de insatisfação, sendo comumente classificada como piores do que a dor pós-operatória. As NVPO associam-se ao aumento da morbilidade no perioperatório, potenciando o risco de outras complicações, nomeadamente: a hemorragia pós-operatória, a deiscência da sutura, alterações hidroeletrólíticas e descompensação das patologias associadas. Paralelamente condicionam a alta hospitalar ou associam-se a readmissões (Milheiro et al., 2023). Deste modo o EE deve fazer uso da evidência e conhecimento no sentido de prevenir e tratar a ocorrência de NVPO.

Após uma avaliação fundamentada da PSPO por parte do enfermeiro, a mesma segue o circuito de cuidados previsto na UCA, sendo transferida para o recobro II. A equipa do recobro II é responsável por garantir que a PSPO reúne as condições necessárias para um regresso a casa em segurança e com qualidade. Deste modo certificam que a pessoa reúne condições fisiológicas, conhecimentos e capacidades para o autocuidado, autoadministração de medicação, identificação de sinais e sintomas de complicações pós-operatórias, sendo neste momento envolvida a família/pessoa significativa sempre que justificável. Assim que estas condições estejam reunidas a pessoa pode ter alta e regressar ao seu domicílio sempre acompanhada pelo familiar/pessoa significativa. O tempo de permanência no recobro II é variável e relaciona-se com a complexidade cirúrgica, procedimento anestésico efetuado e com a

evolução da recuperação da PSPO. Deste modo pode ser um período mais ou menos alargado que envolva ou não pernoita, mas sempre com a premissa de um tempo de permanência na UCA inferior a 24 horas.

No momento de alta deve ainda ser validada a entrega de toda a documentação necessária (carta de alta médica e enfermagem, marcação de consulta pós-operatória, prescrições medicamentosas e/ou medicação de cedência fornecida pela UCA, atestados médicos, folhetos informativos com instruções escritas de cuidados pós-operatórios e contactos de emergência) (Lima e Pinto, 2014; Portaria nº 234/2015 de 7 de agosto, 2015).

De modo a potenciar uma recuperação segura e bem-sucedida para a PSPO, os enfermeiros que exercem funções no recobro II necessitam de ter competências específicas em cuidados pós-operatórios (Dahlberget al., 2022). Deste modo é função do EE munir a PSPO de todos os recursos e estratégias necessárias para um seguro regresso a casa e uma experiência positiva com a UCA.

Face ao anteriormente exposto foi possível concretizar o objetivo de prestar cuidados nas 5 áreas de atuação da enfermagem perioperatória na UCA, mobilizando diferentes conhecimentos, habilidades e competências em diferentes momentos de forma a responder às exigências dos mesmos, tenho sempre por base o conhecimento especializado e evidência científica.

A complexidade e diversidade de cuidados no ambiente perioperatório é imensa pelo que é importante utilizar estratégias efetivas para documentar os cuidados prestados e também para garantir a continuidade, qualidade e segurança dos mesmos.

Durante o estágio realizamos os registos clínicos de forma mais completa possível no aplicativo em uso na UCA para a enfermagem, *SClinico*®. Ao contrário de outros blocos da ULS, a UCA faz uso de *Patientcare*® apenas para registos de anestesiologia, pelo que identificamos aqui uma oportunidade de melhoria. Este assunto foi abordado junto da EG, EC e elementos responsáveis pelos SIE.

Estudos demonstram que a documentação da prática de enfermagem é importante para a continuidade dos cuidados da pessoa, assim como para a segurança da mesma. É importante que as ferramentas utilizadas sejam adaptadas à prática clínica atual e às regulamentações pertinentes quanto à forma e conteúdo (Søndergaard et al., 2017).

De referir ainda que segundo o Código Deontológico no seu artigo 83º, alínea d), o enfermeiro assume o dever de registar as intervenções realizadas (OE, 2005). A informação produzida pelos registos de enfermagem é fundamental para a continuidade e qualidade dos cuidados, para a formação, investigação, tomada de decisão, bem como para dar cumprimento ao requisito ético e legal. Permite ainda criar indicadores que podem servir de avaliação dos cuidados prestados (OE, 2007).

Os Sistemas de informação em saúde em uso têm vindo a tornar-se num instrumento fundamental para os profissionais no apoio à tomada de decisão, contribuindo para a promoção da qualidade e da continuidade de cuidados. De um modo geral têm contribuído para o planeamento, organização, gestão, monitorização e apoio à decisão em saúde. Ao mesmo tempo permitem um serviço de maior proximidade com os utilizadores dos cuidados de saúde (Sousa, 2022).

No que respeita à transição de cuidados, a DGS definiu na norma 001/2017, denominada de Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, a técnica ISBAR para normalizar a transição de cuidados, obedecendo a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados e promovendo a SD (DGS, 2017a).

No caso concreto da UCA onde decorreu o estágio, o uso da técnica ISBAR está previsto dado que está em curso o Projeto de melhoria contínua de implementação da técnica ISBAR na UCA, tal como anteriormente referido. Foi definido o objetivo “Desenvolver estratégias de comunicação que facilitem a continuidade de cuidados na UCA” com o objetivo específico “Integrar o projeto de melhoria contínua de implementação da técnica ISBAR na UCA”. A UCA pela sua especificidade apresenta 5 grandes momentos de transição de cuidados no que respeita ao circuito da PSPO. Momentos esses que associados ao grande número de profissionais, elevado número de PSPO, especialidades cirúrgicas e procedimentos cirúrgicos, concorrem para a existência de erros que comprometem a segurança da PSPO e consecutivamente a qualidade de cuidados. O uso da técnica ISBAR tem como objetivo padronizar a comunicação e promover a segurança da PSPO ao longo do contínuo de cuidados na UCA. A técnica ISBAR pretende ser uma ferramenta simples, clara, concisa e fácil de memorizar e aplicar (DGS, 2017a). No que respeita à transição de cuidados procuramos ser “modelos” no sentido de utilizar sempre a metodologia ISBAR de modo a incentivar os enfermeiros da UCA a adotarem a mesma e promover uma comunicação eficaz, completa e evitar possíveis falhas na transmissão de informação pertinente que possa comprometer a continuidade e qualidade dos cuidados prestados. Paralelamente, e tal como descrito anteriormente, realizamos um documento de registo de movimentos de recobro I de acordo com a metodologia ISBAR, auditorias aos momentos de transição de cuidados na UCA, realizamos formação em serviço, incluindo-a no plano de formação anual tal como preconizado pela DGS, onde apresentamos os resultados das auditorias efetuadas assim como propostas de melhoria ao projeto.

Nedelcu et al. (2022) salientam a implementação de projetos de melhoria contínua na promoção de melhores práticas baseadas em evidência sobre comunicação eficaz e segurança da PSPO entre enfermeiros no perioperatório. Reforça a importância dos momentos de auditoria e feedback das mesmas. A implementação de estratégias apropriadas, nomeadamente educativas leva a uma melhoria significativa nos padrões de comunicação.

### Desenvolve a sua Intervenção numa Perspetiva Interprofissional

O trabalho na UCA desenvolve-se numa perspetiva multiprofissional e de constante interação entre as diferentes classes profissionais. É um ambiente de ruído quer pela presença de elevado número de profissionais, quer pelo som resultante dos diferentes equipamentos em uso. A comunicação eficaz torna-se essencial para aumentar a segurança dos procedimentos efetuados.

Saber comunicar é um dos maiores desafios da prestação de cuidados de saúde. É um processo complexo que exige um conjunto de competências. Comunicar com a PSPO, seus familiares e com a equipa de saúde tem de ser aprendido e reaprendido tal como todas as outras competências clínicas. (Barroso F. et al., 2021).

De forma a fomentar a qualidade da comunicação, a otimização do plano operatório, a segurança cirúrgica e a manutenção de um ambiente harmoniosa na equipa de saúde, em conjunto com a enfermeira tutora, e antes de cada procedimento cirúrgico optamos pela realização de um *briefing* com a equipa de forma a definir objetivos, planear a nossa atuação, antecipar necessidades e promover uma comunicação efetiva entre a equipa.

De acordo com Araújo et al. (2018), o *briefing* efetuado pelas equipas de saúde com vista à troca de informações pertinentes e verificação de todas as necessidades antes da cirurgia facilitam a comunicação entre a equipa e melhora a segurança dos cuidados. De igual forma a comunicação entre a equipe multiprofissional constitui o fio condutor para a redução dos eventos adversos.

Cada membro da equipa é responsável por ser um comunicador eficaz (Saver, 2024). A SD é um aspeto central na prática clínica e um elemento chave na garantia de sistemas de saúde eficientes (Barroso et al., 2021).

### **Maximiza a Segurança da Pessoa em Situação Perioperatória e da Equipa Pluridisciplinar, Congruente com a Consciência Cirúrgica**

Os cuidados perioperatórios estão associados a elevados riscos nomeadamente à ocorrência de "...eventos adversos decorrente da vulnerabilidade da pessoa, dos procedimentos realizados e da complexidade do ambiente e dos recursos". O EEEMC na área de enfermagem à PSPO na promoção da segurança da pessoa, profissionais e ambiente e de acordo com a ética profissional, mobiliza conhecimentos e habilidades (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018, p. 19367).

Os enfermeiros na promoção de uma cultura de segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem adequada, promovem a SD, prevenindo a ocorrência de eventos adversos. Esta preocupação já não é recente, desde *Florence Nightingale* reconhece-se que as condições e circunstâncias onde se desenvolve a prática de cuidados são determinantes para os resultados

obtidos (Mota et al., 2021).

De acordo com a AORN (2022a), as principais responsabilidades dos enfermeiros perioperatórios são promover a saúde, o bem-estar e a segurança das PSPO. Neste âmbito também a EORNA tem trabalhado no sentido de incentivar práticas seguras no ambiente perioperatório que incrementem segurança e qualidade aos cuidados de enfermagem (EORNA, 2023).

Em Portugal existe o sistema *NOTIFICA*® destinado à notificação e gestão de incidentes ocorridos no sistema de saúde, no qual o cidadão e/ou o profissional de saúde podem reportar incidentes relacionados com a SD na prestação de cuidados de saúde (DGS, s.d.). O incentivo à notificação é importante para realizar uma análise dos eventos adversos ocorridos e desta forma definir estratégias no sentido de os evitar e otimizar a cultura de segurança.

Em contexto perioperatório, a segurança da PSPO assume-se como uma das três dimensões do PPFM centrada na pessoa. Esta dimensão do modelo especifica que o enfermeiro deve garantir, ao longo de todo o processo perioperatório, a proteção da pessoa contra sinais e sintomas de lesões físicas. Assim, o enfermeiro deve desenvolver as suas intervenções no sentido de evitar lesões ou danos não relacionada com os resultados terapêuticos pretendidos de um procedimento invasivo (Wicklin, 2020). Assim importa adotar comportamentos que maximizem a segurança da PSPO, tendo o EEEMC na área de enfermagem à PSPO um papel fulcral nesta área de intervenção.

#### Demonstra Consciência Cirúrgica na Promoção de um Ambiente Seguro para todos os Intervenientes no Período Perioperatório

A consciência cirúrgica é “...um princípio ético e moral que orienta o profissional na prática de cuidar à pessoa em situação perioperatória, agindo em seu benefício em qualquer situação independentemente do controlo externo efetuado.”. Demonstra-se pelo “...comportamento profissional baseado no conhecimento, compreensão e aplicação dos princípios da prática cirúrgica e responsabilidades legais, éticas e morais, para com a pessoa e equipa, pelas quais cada profissional é responsável.” (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018, p. 19366).

Como enfermeiros de perioperatório devemos adotar uma postura de modelos de referência no que respeita a adoção e promoção de uma cultura de segurança e consciência cirurgia em benefício da PSPO, intervindo de forma ativa na gestão do risco e controlo da segurança perioperatória.

Dados da WHO referem que, a nível mundial, complicações cirúrgicas evitáveis estão na base de uma grande proporção de lesões e mortes. Estima-se que os eventos adversos afetam 3-16% de todos os doentes internados, sendo que mais de metade desses eventos são evitáveis. Apesar do aumento de conhecimentos relacionados com a segurança cirúrgica, pelo menos metade dos eventos ocorrem durante o ato cirúrgico (WHO, 2009).

De forma a promover a consciência cirúrgica e a gestão do risco associados aos cuidados perioperatórios na UCA, em conjunto com a enfermeira tutora, e tendo por base a evidência científica disponível, trabalhamos no sentido de minimizar os riscos associados ao perioperatório. Trabalhamos no sentido de atingir o objetivo geral proposto “Promover a segurança dos cuidados perioperatórios” especificado pelo objetivo “Promover práticas seguras no âmbito da SM”. Deste modo definimos estratégias e medidas de segurança para evitar danos decorrentes da administração de medicamentos. Tal como já referido anteriormente, desenvolvemos o Projeto de Melhoria Segurança do Medicamento na UCA. Este projeto teve como objetivo geral promover práticas seguras de uso de medicamentos no BO da UCA, tendo por base normas e recomendações nacionais e internacionais. Como objetivos específicos foram definidos: implementar boas práticas de identificação dos medicamentos nos diversos locais do BO da UCA (carro de anestesia/carro de anestesia regional/recobro/carro de emergência e farmácia do serviço); uniformizar o acondicionamento dos medicamentos nos 3 carros de anestesia existentes no BO da UCA; elaborar as listas de medicamentos LASA e MAM adaptadas ao BO da UCA; e formar os profissionais da UCA no que respeita à SM.

Além da elaboração do projeto foi possível proceder a algumas implementações do mesmo, nomeadamente, ao nível da articulação com os serviços farmacêuticos na produção das etiquetas de identificação dos medicamentos e reorganização e correta identificação dos medicamentos em locais como carro de emergência, recobro e carro de anestesia regional. Adicionalmente ao previsto foi criada uma mala de medicamentos de emergência, de acordo com as orientações da ULS, para utilizar em situações em que haja necessidade de transferir a PSPO para outra unidade de saúde. Realizamos todo o planeamento referente à organização dos medicamentos nos carros de anestesia, sendo este um aspeto central do projeto e fulcral da SM no BO. Infelizmente por uma questão de *timing* não foi possível em tempo útil operacionalizar devido à inexistência dos recursos materiais solicitados para o efeito. O procedimento anestésico é um momento de uso de um grande número de medicamentos e que pode estar associado a complicações, pelo que otimizar a segurança nesta área é fundamental.

A normalização dos carros de anestesia, nomeadamente das gavetas dos medicamentos, enquadrada numa política de gestão de risco e melhoria contínua da qualidade associada à realização de procedimentos anestésicos pretende: reduzir os eventos adversos relacionados com a preparação e administração de medicamentos considerados de alta vigilância; e aumentar a segurança da administração dos medicamentos no período intraoperatório. Paralelamente aos objetivos de segurança e eficiência, a padronização facilita a organização do trabalho, sendo um aspeto fundamental no aumento da satisfação dos profissionais de saúde envolvidos (AESOP & SPA, 2018; DGS, 2023).

Tendo em conta os danos que os erros de medicação podem causar nas várias etapas do perioperatório, a formação realizada para apresentação do projeto de melhoria constou com um amplo enquadramento da temática e formação no que se refere à SM. Foram também

apresentadas as listas de medicamentos elaboradas, assim como todos os documentos de apoio ao projeto.

Ao nível das práticas seguras de controlo de infeção na anestesia abordamos a temática da preparação e administração segura dos medicamentos, uma vez que, no BO a via primordial é a EV. A via EV é um local de entrada fácil para microrganismos caso não se cumpramos protocolos de higiene e assepsia (Bastos & Barbieri, 2020).

Paralelamente sempre que procedemos à preparação e administração de medicamentos adotamos práticas e comportamentos seguros no sentido de agirmos como modelos e agentes de mudança.

Para além das práticas seguras ao nível da SM, existem um grande conjunto de áreas que são alvo da atenção do EEEMC, na área de enfermagem à PSPO no que concerne à segurança, e que foram alvo da nossa intervenção ao longo do período de desenvolvimento de competências, nomeadamente:

- Segurança na realização de procedimentos anestésicos. Tal como referido por Mourão et al. (2018), é necessário conhecer e certificar o funcionamento do equipamento de anestesia previamente à sua utilização. Desta forma o enfermeiro de anestesia deve estar treinado a utilizar e realizar as verificações de segurança do equipamento em uso de forma a fomentar o seu uso seguro e o bom funcionamento dos equipamentos. Aquando do desempenho de funções de anestesia, antes de se dar início ao plano operatório, verificamos a funcionalidade e testamos o ventilador de anestesia, o aspirador, o ressuscitador *ambu* e fonte oxigénio alternativa, material de via área, existência de medicamentos, de material de apoio a preparação de medicamentos, entre outros.
- A identificação inequívoca do doente. Realizamos a identificação inequívoca e positiva da PSPO solicitando à pessoa que referisse qual o seu nome completo e data de nascimento e fazendo a confirmação dos dados com a pulseira de identificação, processo clínico e plano operatório. De acordo com Barroso et al. (2021), estes pequenos passos salvam vidas e são considerados uma das principais metas da SD, a nível internacional.
- Na aplicação da LVSC. Realizamos o preenchimento da mesma nos *timings* preconizados e de acordo com a norma da DGS. A LVSC incentiva à confirmação de aspetos que pretendem: assegurar que é realizada a cirurgia certa, à pessoa certa e no local correto; identificar e atuar perante sinais e sintomas de risco de vida; minimizar o risco de ILC; impedir a retenção inadvertida de itens quantificáveis; identificar corretamente as amostras biológicas; e promover uma comunicação eficaz entre toda a equipa perioperatória (WHO, 2009).
- Na garantia de um posicionamento correto de modo a evitar a ocorrência de lesões por pressão associadas aos cuidados perioperatórios. O posicionamento é um dos procedimentos mais importantes para a segurança do paciente e para uma adequada exposição cirúrgica (Duarte & Martins, 2014).
- Nos cuidados relacionados com eletrocirurgia. Procedemos à aplicação do eletrodo neutro em zonas musculadas e bem vascularizadas, secas e sem pelo, preferencialmente do lado

- direto verificando o estado da pele antes e após a sua remoção. De acordo com Duarte e Martins (2014), os sistemas de eletrocirurgia requerem cuidados específicos pelo que é necessário conhecer normas de utilização e segurança. A UCA apresenta uma oportunidade de melhoria ao nível do registo da colocação do elétrodo neutro nos SIE, facto que foi desenvolvido na IT elaborada neste âmbito (anexo III).
- Retenção inadvertida de itens quantificáveis. Procedemos à contagem de itens quantificáveis (compressas, batufos, agulhas, entre outros) na área de instrumentação e como circulante, em colaboração a enfermeira instrumentista. A contagem de itens cirúrgicos quantificáveis é essencial à segurança da PSPO e profissionais. Devem ser implementadas as melhores práticas para prevenir a retenção inadvertida dos mesmos, uma vez que esta pode conduzir a danos graves para a PSPO (AORN, 2024; AESOP, 2012; Cochran, 2022; EORNA, 2023). Na UCA a contagem de itens quantificáveis é realizada. No sentido de melhorar esta *práxis* está a ser desenvolvido um quadro dinâmico para realizar a contagem de itens cirúrgicos, responsabilizando assim todos os profissionais envolvidos. No que respeita à documentação desta prática, a UCA apresenta uma oportunidade de melhoria ao nível do registo da mesma nos SIE.
  - Uso de garrote. Garantimos a correta aplicação do garrote e a segurança no que respeita a pressões e tempo de uso. Esteves et al (2017) referem que utilizar pressões de garrote o mais baixas possíveis minimiza as complicações associadas à utilização de pressões elevadas, em particular, a lesão neurológica. A equipa perioperatória deve ter um papel ativo no uso seguro dos garrotes e consequentemente na redução de potenciais danos associados ao uso dos mesmos (EORNA, 2023).
  - No acondicionamento e registo de espécimes. Procedemos ao correto acondicionamento, identificação da peça operatória e da PSPO correspondente e registo na “Cirurgia Segura” no *SClinico*®. De acordo com Duarte & Martins (2014) o registo de colheita de espécimes e peças operatórias é informação obrigatória a ser registada no período perioperatório. No sentido de garantir, uniformizar e rastrear o registo de peças operatórias foi elaborado o modelo “Registo de Peças Anatomia Patológica – UCA” (anexo LXI). Este registo era efetuado num caderno, pelo que identificamos a oportunidade para criar um modelo dedicado e assim instituir qualidade a esta prática. O uso deste modelo não dispensa o registo de espécimes nos SIE, o que é um aspeto a melhorar na prática de cuidados da UCA.
  - Na manutenção da normotermia corporal. Promovemos a manutenção da normotermia corporal da PSPO ao longo de toda a permanência na UCA. A partir do momento em que entra na sala de preparação, passando pela SO, recobro I e recobro II, quer pela aplicação de métodos de aquecimento passivo como lençóis quentes, quer pela aplicação de métodos de aquecimento ativo, como dispositivos de ar forçado com mantas de aquecimento, uso de dispositivos de aquecimento de fluídos de administração EV, uso fluídos de irrigação aquecidos e aquecimento das macas e camas da PSPO. Realizou-se a monitorização e registo da temperatura corporal no *SClinico*®. Tal como refere Oden et al. (2022), a hipotermia perioperatória inadvertida é uma complicação evitável que ocorre durante a cirurgia. Esta relaciona-se com um conjunto de complicações, tais como: alterações cardíacas, atraso na cicatrização de feridas, aumento de perda de sangue e consequente necessidade acrescida de transfusão sanguínea, ILC, deterioração do

metabolismo de medicamentos e internamentos mais prolongados. Deste modo devem ser seguidas as recomendações de entidades como DGS, AESOP, EORNA, AORN e SPA na manutenção da normotermia corporal.

- Na abordagem da via aérea. Reunimos e testamos o material a utilizar na intubação endotraqueal. Realizamos o procedimento tendo em consideração as *bundle* preconizadas pela DGS (2022b) integradas no plano de cuidados multidisciplinar, visando a redução da incidência da pneumonia associada à intubação. Mantivemos as pressões de *cuff* entre 20 e 30 cm H<sub>2</sub>O, recorrendo a utilização de manómetro de pressão de *cuff*, para evitar a aspiração de secreções do trato respiratório inferior e uma vez que esta associada a uma menor incidência de pneumonia associada à intubação tal como referido pelos autores Buurs et al. (2019) e Patel et al. (2019).
- Na gestão da via área difícil (VAD). No caso de se tratar de uma VAD previsível, a PSPO não deve ser intervencionada em contexto de UCA de forma a potenciar a sua segurança. No entanto, conhecimentos e habilidades do enfermeiro de anestesia são fundamentais para o sucesso da abordagem da VAD não programada. A SPA (2016) define VAD como a situação clínica em que um anestesiológista treinado e experiente se depara com dificuldades na ventilação por máscara facial ou dispositivo supraglótico, dificuldade na laringoscopia direta ou indireta, dificuldade na intubação endotraqueal ou na via aérea cirúrgica. Daija et al. (2019) relaciona o sucesso da abordagem da via área com formação específica sobre VAD, habilidades técnicas, presença e conhecimento sobre uso de dispositivos específicos, gestão de stress e existência de planos de ação estruturados. A UCA dispõe de um carro de VAD, pelo que foi importante o conhecimento deste equipamento para podermos garantir uma resposta eficaz numa situação de VAD.

Na promoção de um ambiente cirúrgico seguro todas as intervenções, não só de enfermagem, mas também das outras classes profissionais, são importantes. É o conjunto das mesmas, em conformidade com a consciência cirúrgica, de cada um, que potenciam a segurança e a qualidade dos cuidados perioperatórios.

#### Lidera o Processo de Prevenção e Controlo de Infecção Associado aos Cuidados Perioperatórios

O EEEMC na área de enfermagem à PSPO deve liderar o processo de prevenção e controlo de infeção promovendo práticas seguras e a consciencialização dos elementos da equipa multidisciplinar à adoção das mesmas.

A AESOP (2012) refere que as práticas de controlo de infeção estão diretamente relacionadas com a assepsia e com todos os procedimentos relacionados com o ambiente cirúrgico, comportamento dos profissionais e tratamento dos dispositivos médicos. A EORNA (2023) reforça que todos os membros da equipa perioperatória devem proporcionar um ambiente limpo e seguro para a realização das intervenções cirúrgicas.

A DGS (2013b) elaborou a norma Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI) que reúne um conjunto de medidas simples que promovem um ambiente limpo e consequentemente a SD, e concretamente a segurança da PSPO.

De acordo com Barroso et al. (2021), a problemática da prevenção e controlo de IACS e da resistência aos antimicrobianos domina as preocupações no âmbito da saúde quer a nível nacional quer internacional, uma vez que as IACS conduzem a elevada morbimortalidade e custos associados e por sua vez a elevados riscos no que respeita à SD e profissionais.

Neste âmbito, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 visa no seu pilar número 5 a adoção de Práticas Seguras em Ambientes Seguros. Concretamente, os objetivos estratégicos 5.1 e 5.3 visam respetivamente “implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde” e “reduzir as IACS e as resistências aos antimicrobianos” (Despacho nº 9390/2021 de 24 de setembro, 2021, pp. 102-103).

No que respeita às intervenções realizadas em contexto de estágio destaca-se a formação elaborada, Promoção de Práticas Seguras e Controlo de Infecção nos Cuidados de Anestesia no Bloco Operatório (anexo XXVII e XXVIII). Foram abordadas temáticas pertinentes como a higiene das mãos (HM), o uso EPI, a preparação e administração de medicamentos por via EV, a manipulação de CVP, a intubação endotraqueal, a colocação de cateter epidural e bloqueio subaracnoideu, os BNP e a manutenção do equipamento anestésico de acordo com as evidências científicas e normas disponíveis. Elegeu-se este tema uma vez que a evidência científica tem demonstrado a existência de contaminação na área de anestesia, nomeadamente ao nível da área de trabalho, carro de anestesia, torneiras, máscaras laríngeas e lâminas de laringoscópio, monitores e teclados, bem como nas mãos dos profissionais, o que resulta em transmissão de microrganismos, IACS e aumento do risco de mortalidade (Munoz-Price et al., 2019). Apesar de alguns dos temas abordados serem mais específicos da área anestésica, outros são de âmbito geral e enquadrados nas precauções básicas de controlo de infeção, nomeadamente a HM. Esta é uma das medidas mais simples e mais efetiva na redução das IACS, mas tem de ser associada às restantes medidas que compõem as precauções básicas de controlo de infeção. É, também, uma medida que pode ter impacto no controlo da resistência aos antimicrobianos (DGS, 2019).

Na prática clínica, sempre que pertinente realizou-se a HM, de acordo com a técnica adequada e respeitando os 5 momentos preconizados para o efeito. Procedeu-se a utilização adequada de EPI, e à supervisão dos técnicos auxiliares de saúde durante a descontaminação dos equipamentos e higienização das áreas de prestação de cuidados.

A manutenção da qualidade e higiene ambiental na UCA, e especialmente no BO da UCA, é essencial para promover a qualidade dos cuidados prestados. A monitorização das práticas de limpeza e a adesão aos protocolos de limpeza podem ajudar a diminuir a contaminação da superfície ambiental do BO e reduzir a transmissão de patógenos (Branch & Amiri, 2020).

A DGS (2022c) atualizou a norma “Feixe de Intervenções” de Prevenção da Infecção de Local Cirúrgico. Com respeito pela mesma, supervisionou-se a preparação da pele da PSPO antes da intervenção cirúrgica, alertando para a correta desinfecção do campo cirúrgico, assim como para

a adequação do soluto a utilizar e tempo necessário à atuação dos mesmos. Aquando da prestação de cuidados de anestesia e em concordância com o anestesista procedeu-se à administração da profilaxia antibiótica (quando aplicável) nos *timings* adequados e manutenção da normovolémia. Foram realizadas intervenções no sentido de manter a homeostasia intraoperatória da PSPO através da monitorização da temperatura corporal, glicemia capilar e saturação periférica de oxigénio. Recorreu-se a métodos de aquecimento ativos e passivos para manter a normotermia perioperatória.

Como enfermeira circulante, garantimos a o cumprimento dos processos e a confirmação da esterilização dos dispositivos médicos. O material estéril deve sofrer o menor número de manipulações possível e ser aberto o mais próximo possível da sua utilização de modo a promover a sua integridade e prevenção da contaminação. Aquando da abertura dos mesmos foi verificado o prazo de validade e a integridade dos invólucros de proteção respeitando as corretas normas de abertura. A confirmação da esterilização dos DMUM é uma das funções do enfermeiro circulante em colaboração com o enfermeiro instrumentista que verificam a conformidade dos indicadores de esterilização. O registo destes indicadores de esterilização é essencial para documentar a esterilização do material e permitir a rastreabilidade do mesmo. Para melhorar esta prática foi realizado um modelo (anexo LXII) para documentar a identificação dos DMUM utilizados em cada intervenção cirúrgica e respetivos comprovativos de esterilização.

Ainda no âmbito da prevenção das IACS, quando foi possível integrar a equipa cirúrgica no papel de enfermeira instrumentista, realizou-se a preparação pré-cirúrgica das mãos respeitando os princípios estabelecidos na norma de HM nas unidades de saúde da DGS. De igual modo, cumpriu-se e fez-se cumprir técnica assética durante a cirurgia (DGS, 2019; WHO, 2018).

De modo a promover o controlo de IACS no BO é fundamental que se respeitem os circuitos de materiais (limpos, esterilizados e sujos) e de pessoas (profissionais e PSPO). É igualmente importante, na SO, reduzir ao mínimo o número de pessoas presentes durante a cirurgia, bem como evitar movimentos de entrada e saída e ruídos desnecessários (Duarte & Martins, 2014).

O facto das instalações da UCA serem já bastante antigas faz com que os circuitos de limpos e sujos se cruzem. Contudo existe a preocupação de transportar os materiais contaminados em contentores fechados e carros próprios para o efeito.

De acordo com Barroso et al. (2021) as precauções baseadas nas vias de transmissão devem ser usadas em doentes com infeção ou colonização conhecida ou suspeita por agentes infecciosos que não podem ser contidos apenas com o uso das precauções básicas de controlo de infeção. No caso concreto da UCA não está previsto que a PSPO seja portadora de infeção documentada pelo que transversalmente adotou-se o cumprimento das precauções básicas de controlo de infeção.

A prevenção das IACS não se conseguem com práticas isoladas, mas sim com o empenho e

colaboração de todos os profissionais num esforço contínuo de manutenção e implementação de boas práticas em prol da prevenção e controlo de infeção e da promoção da segurança da PSPO. Neste sentido deixamos a sugestão de substituir as capas de cartão utilizadas para colocação do processo clínico da PSPO por capas plásticas, opacas de modo a permitir a higienização das mesmas.

Cumprimos com o objetivo proposto “Promover práticas seguras no âmbito da prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios”. Participamos no 6º CONGRESSO INTERNACIONAL - IACS 2024 - Desafios e Inovação em Controlo de Infeção (anexo XXXIII) com a comunicação oral A importância da normotermia na prevenção da infeção do local cirúrgico: uma revisão integrativa (anexo XXXIV) onde recorremos à evidência científica para demonstrar a relação entre a normotermia e a prevenção de IACS aliando assim evidência científica e prática clínica.

A normotermia intraoperatória é fundamental na prevenção de ILC. A temperatura corporal da PSPO inferior aos parâmetros normais (36°C) causa atraso no processo de cicatrização, afetando a atividade das células de defesa imunológica e consequentemente aumenta o risco de ILC (Martins et al., 2020; Ribeiro et al., 2021).

#### Promove a Gestão e o Controlo dos Dispositivos Médicos Utilizados no Perioperatório

O EEEMC na área de enfermagem à PSPO perioperatório assegura a disponibilidade, integridade e funcionalidade dos dispositivos a utilizar, certificando se que os mesmo são utilizados de acordo com as instruções do fabricante. No que respeita à rastreabilidade dos DMUM, consideramos que o modelo elaborado (anexo LXII) vai permitir uma melhoria e uniformização das práticas na UCA. Em contexto de SO verificamos sempre a conformidade do processo de reprocessamento dos DMUM, fazendo o registo em modelo próprio. Este é um aspeto crucial para a segurança cirúrgica, como forma de prevenção de incidentes associados aos cuidados de saúde. Na sua tese de doutoramento, Mota (2021) caracterizou a perceção dos enfermeiros perioperatórios portugueses sobre a SD no BO e constatou que 94,2% dos participantes realizavam a correta interpretação dos indicadores de esterilização antes da incisão da pele, o que revela a importância e robustez da implementação desta boa prática nos BO de Portugal.

A central de reprocessamento de DMUM da UCA é estruturalmente muito pequena. Dado o aumento da produção e complexidade dos procedimentos cirúrgicos este espaço beneficiava de uma requalificação. Uma das reflexões realizada em conjunto com a enfermeira tutora e EC foi no sentido da mesma merecer uma reestruturação e modernização. A utilização de programas informáticos, como por exemplo, o “Instcount®”, que já é utilizado em algumas centrais de reprocessamento do país, inclusivamente na ULS, permite acompanhar de forma segura o processo de reprocessamento e rastreabilidade dos DMUM. Os DMUM possuem um sistema designado de identificador único do dispositivo. Os instrumentais cirúrgicos são organizados por especialidades/conjuntos e a cada instrumental específico é atribuído uma designação e

corresponde uma lista de DMUM. Segundo a Comissão Europeia, o identificador único do dispositivo é um código numérico ou alfanumérico único relacionado com um dispositivo médico, permitindo uma identificação clara e inequívoca de dispositivos específicos, facilitando a sua rastreabilidade. De acordo com Vargas et al. (2019) a elaboração de listas com identificação dos DMUM, permite melhorar o processo de preparação e a sua rastreabilidade.

Asseguramos a implementação de boas práticas no que respeita à retenção inadvertida de itens quantificáveis no local cirúrgico. A EORNA (2023) salienta a responsabilidade e obrigatoriedade da contagem dos instrumentos e outros materiais emanando recomendações para orientação e melhores práticas relativamente a prevenção da retenção de itens cirúrgicos.

No que respeita ao uso de dispositivos médicos implantáveis, foram realizados os registos adequados destes materiais quer no que toca à realização dos consumos clínicos quer no que toca à rastreabilidade dos mesmos e fornecida a respetiva informação à PSPO.

Procedemos ao acondicionamento e registo das peças para anatomia patológica, citologia e microbiologia tendo o cuidado de fazer uma rigorosa identificação, acondicionamento e registo, conscientes de que do resultado destes exames pode estar dependente a definição e/ou alterações do plano terapêutico da PSPO. A UCA já dispõe de dispositivos pré-preparados com formaldeído, em circuito fechado disponíveis em diferentes tamanhos, o que potencia maior segurança para os profissionais na manipulação das amostras e preparação para encaminhamento das mesmas.

Os elementos estruturais e do ambiente, onde os enfermeiros prestam cuidados no perioperatório, são considerados no PPFM no seu domínio sistemas de saúde. Este remete-nos para o ambiente de prática e sua influência sobre os cuidados perioperatórios. O ambiente representa um conceito fundamental da enfermagem, integrando os quatro metaparadigmas (pessoa, saúde, ambiente e enfermagem) (Mota, 2021; Wicklin, 2020).

Assim, assumindo que a otimização dos ambientes de prática de enfermagem contribuem de forma positiva para a segurança da PSPO, importa adotar infraestruturas, recursos humanos competentes, materiais e sua correta manutenção de forma a maximizar a segurança da PSPO, tendo o EEEMC na área de enfermagem à PSPO um papel fulcral nesta área de intervenção.

## 6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

A concretização deste relatório pretendeu ser a narração e reflexão crítica, fundamentada em evidência científica do estágio realizado em UCA com vista ao desenvolvimento de competências comuns e específicas no âmbito da especialidade em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à PSPO.

A escolha da UCA para a realização do estágio mostrou-se como uma mais-valia na medida em que foi possível a prestação de cuidados efetiva ao nível das 5 áreas de intervenção do contexto perioperatório. A UCA pelas suas características específicas permite o contacto com um grande leque de cirurgias e especialidades cirúrgicas o que positivamente contribuiu para o enriquecimento e diversidade do percurso formativo. Adicionalmente, é uma área em grande crescimento pelas vantagens que apresenta quer para as PSPO quer para as instituições de saúde. Facto que potencia positivamente o desenvolvimento e pertinência da especialidade em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à PSPO com vista à promoção de cuidados perioperatórios seguros, de qualidade e ajustados às necessidades individuais de cada PSPO. Tal como preconizado pelo PPFM, o EEEMC na área de enfermagem à PSPO orienta a sua prestação de cuidados em função da PSPO, intervém no sistema de saúde de modo a prestar a melhor resposta às necessidades fisiológicas e comportamentais da pessoa, agindo na promoção e maximização da sua segurança.

Tendo em consideração o descrito ao longo deste relatório, conclui-se que a finalidade e os objetivos traçados para este percurso foram atingidos e superados com sucesso. Salienta-se que a descrição efetuada teve em conta as atividades mais relevantes realizadas durante o percurso.

Os cuidados de enfermagem prestados foram dirigidos no sentido de dar resposta à temática deste relatório “Segurança e qualidade dos cuidados perioperatórios em cirurgia de ambatório”. Deste modo foram desenvolvidas várias atividades no sentido de promover a qualidade e segurança, nomeadamente: o desenvolvimento do projeto de melhoria contínua “Segurança do medicamento na UCA”; a participação no “Projeto de melhoria contínua de implementação da técnica ISBAR na UCA”, com destaque para as auditorias realizadas; a participação na elaboração do plano de formação anual da UCA; a elaboração de IT's e de um procedimento; a elaboração de documentos no âmbito da qualidade; e as formações em serviço realizadas. Destacam-se também as produções científicas realizadas no formato de comunicação oral junto dos pares em eventos de interesse para a enfermagem, nomeadamente para a área do perioperatório.

Os estudos de caso realizados demonstram a necessidade do EEEMC na área de enfermagem à PSPO deter um grande conjunto de conhecimentos, habilidades e competências (técnicas, científicas, humanas, de gestão, de liderança), de modo a realizar a sua tomada de decisão autónoma, fundamentada em evidência científica com vista à prestação dos melhores cuidados. A realização deste relatório de estágio, assim como a concretização deste percurso de aprendizagem e desenvolvimento de competências foram extremamente enriquecedores,

geradores de conhecimentos, competências e de uma grande satisfação pessoal e profissional. Durante o processo, surgiram algumas dificuldades, especialmente ao nível da gestão do tempo devido à intensa carga horária da unidade curricular, e na adaptação ao uso da plataforma *e4nursing*. Estes representaram um grande desafio, superado por uma enorme motivação e resiliência.

Proporcionar cuidados de enfermagem especializados, de qualidade, baseados em evidência científica que promovam segurança à PSPO é a motivação para cada dia de desempenho de funções no âmbito do perioperatório. É imperioso para trazer valor aos cuidados de saúde, nomeadamente aos de enfermagem. O EEEMC na área da PSPO deve agir como agente inspirador e motivador das equipas na procura e promoção da excelência.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Regional de Saúde do Norte. (2009). *DOCUMENTO-GUIA SOBRE CONSENTIMENTO INFORMADO*.

[https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Consentimento\\_Informado\\_Doc\\_Guia.pdf](https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Consentimento_Informado_Doc_Guia.pdf)

Alexander, H. C., Bartlett, A. S., Wells, C. I., Hannam, J. A., Moore, M. R., Poole, G. H., & Merry, A. F. (2018). Reporting of complications after laparoscopic cholecystectomy: a systematic review. *HPB: the official journal of the International Hepato Pancreato Biliary Association*, 20(9), 786–794. <https://doi.org/10.1016/j.hpb.2018.03.004>

Allman, K., & Wilson, I. (2016). *Oxford Handbook of Anaesthesia* (4<sup>th</sup> ed.). OXFORD MEDICAL PUBLICATIONS.

Ambu® (2022). *Máscara laríngea Ambu® AuraGain™*. <https://speeding.hu/wp-5.pdf>

Andrade, G., Pereira, S., Mota, L., & Príncipe, F. (2025). Nursing communication in the context of outpatient surgery: scoping review. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(16e), e37389. <https://doi.org/10.29352/mill0216e.37389>

Arakelian, E., Färdig, M., & Nyholm, L. (2019). Nurses anaesthetists' versus patients' assessment of anxieties in an ambulatory surgery setting. *Journal of Perioperative Practice*, 29(12), 400–407. <https://doi.org/10.1177/1750458919838198>

Araújo, M., Corrêa, A., Souto, C., Mota, E., & Oliveira, A. (2018). Cirurgia do lado errado. *Revista Cubana de Enfermeria*, 34(2). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192018000200013&lng=es&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192018000200013&lng=es&tlng=pt)

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2012). *ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Lusodidacta.

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses & Sociedade Portuguesa de Anestesiologia. (2018). *NORMALIZAÇÃO DE UM CARRO DE ANESTESIA - Proposta de organização, perspetivando eficiência, fatores humanos e segurança*. [https://www.spanestesiologia.pt/ficheiros/Recomendacoes\\_Carro\\_Anestesia.pdf](https://www.spanestesiologia.pt/ficheiros/Recomendacoes_Carro_Anestesia.pdf)

Association of periOperative Registered Nurses. (2022a). *AORN Position Statement on Patient Safety*.

[https://www.aorn.org/docs/default-source/guidelines-resources/position-statements/patient-work-place-safety/posstat-pt-safety-0303.pdf?sfvrsn=546e0db0\\_1](https://www.aorn.org/docs/default-source/guidelines-resources/position-statements/patient-work-place-safety/posstat-pt-safety-0303.pdf?sfvrsn=546e0db0_1)

Association of periOperative Registered Nurses. (2022b). *AORN POCKET POSITIONING CARDS*. <https://www.aorn.org/docs/globalsurgicalconferenceexpo2023/digital-bag/AORN-Positioning-Pocket-Card-042723.pdf>

Association of periOperative Registered Nurses. (2023). *3 Risks for Fire in the OR & the Interventions You Need to Protect Patients*. <https://www.aorn.org/article/3-risks-for-fire-in-the-or-interventions-you-need>

Association of periOperative Registered Nurses. (20224). *Did You Know? Preventing Retained Surgical Items*. <https://www.aorn.org/article/did-you-know--preventing-retained-surgical-items>

Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória. (s.d.). *RECOMENDAÇÕES PARA ANESTESIA REGIONAL EM CIRURGIA AMBULATÓRIA*. <https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacoesAnestesiaRegional2.pdf>

Balciscueta, I., Barberà, F., Lorenzo, J., Martínez, S., Sebastián, M., & Balciscueta, Z. (2021). Ambulatory laparoscopic cholecystectomy: Systematic review and meta-analysis of predictors of failure. *Surgery*, 170(2), 373–382. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2020.12.029>

Barroso, F.; Sales, L.; Ramos, S. (2021). *Guia prático para a segurança do doente* (1ª ed.) Lidel.

Bastos, C., & Barbieri, M. C. (2020). Administration of intravenous medication in hospitals: Contributions to safe evidence-based practice. *Millenium*, 2(11), 49-55. DOI: 10.29352/mill0211.05.00260

Bastos, F., Jorge, E., Campos, J., Oliveira, F., Machado, N., & Pereira, F. (2021). Representação do Conhecimento em Enfermagem do Trabalho na Ontologia de Enfermagem. *Revista ROL Enfermagem*, 44 (suplemento digital), 57-61.

BBRAUN. (s.d). *Estimulador de nervos periféricos para bloqueio e anestesia regional*. <https://www.bbraun.com.br/pt/products/b/stimuplex-hns12.html>

Bourgeois, C., Oyaert, L., Van de Velde, M., Pogatzki-Zahn, E., Freys, S. M., Sauter, A. R., Joshi, G. P., Dewinter, G., & PROSPECT working Group of the European Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy (ESRA) (2024). Pain management after laparoscopic cholecystectomy: A systematic review and procedure-specific postoperative pain management (PROSPECT) recommendations. *European journal of anaesthesiology*, 41(11), 841–855. <https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000002047>

Branch, R., & Amiri, A. (2020). Environmental Surface Hygiene in the OR: Strategies for Reducing the Transmission of Health Care-Associated Infections. *AORN journal*, 112(4), 327–342.

<https://doi.org/10.1002/aorn.13175>

Breda, L., & Cerejo, M. (2021). Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. *Revista De Enfermagem Referência*, 5(5), 1-8. <https://doi.org/10.12707/RV20088>

Buurs, R., Vlaar, A., & Paulus, F. (2019). Continuous cuff pressure control: More high-quality evidence is needed. *Nursing in critical care*, 26(1), 13. <https://doi.org/10.1111/nicc.12476>

Campos, A., & Antunes, M. (2022). Os modelos de acreditação de serviços e a sua importância no processo de melhoria contínua da qualidade. In M. Frederico, & F. Sousa, (Eds.), *Gerir com Qualidade em Saúde* (pp. 191-203). Lidel.

Cardante, S. D. F. (2020). *Consulta de enfermagem pré-operatória e de follow-up em cirurgia de ambulatório: A perspetiva dos enfermeiros*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/34037>

Carmo, L. L. (2023). *Articulação do joelho*. <https://www.kenhub.com/pt/library/anatomia/articulacao-do-joelho>

Carvalho, F. (2024). Perceção dos enfermeiros sobre o conhecimento dos clientes sobre o período perioperatório. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 7(1), 1-9. <https://doi.org/10.37914/riis.v7i1.302>

Cascais, A. F., & Cunha, M. (2024). Ansiedade no doente cirúrgico e suas implicações na qualidade de sono. *Revista De Enfermagem Referência*, 6(3), 1-9. <https://doi.org/10.12707/RVI24.34.34940>

Chen, W., Wu, Q., Fu, N., Yang, Z., & Hao, J. (2022). Patient selection for ambulatory laparoscopic cholecystectomy: A systematic review. *Journal of minimal access surgery*, 18(2), 176-180. [https://doi.org/10.4103/jmas.jmas\\_255\\_21](https://doi.org/10.4103/jmas.jmas_255_21)

Chen, X., Mou, X., He, Z., & Zhu, Y. (2017). The effect of midazolam on pain control after knee arthroscopy: a systematic review and meta-analysis. *Journal of orthopaedic surgery and research*, 12(1), 179. <https://doi.org/10.1186/s13018-017-0682-0>

Cho, O. H., Lee, D., & Hwang, K. H. (2022). Patient safety awareness, knowledge and attitude about fire risk assessment during time-out among perioperative nurses in Korea. *Nursing open*, 9(2), 1353-1361. <https://doi.org/10.1002/nop2.1180>

Cochran K. (2022). Guidelines in Practice: Prevention of Unintentionally Retained Surgical Items. *AORN journal*, 116(5), 427-440. <https://doi.org/10.1002/aorn.13804>

Comissão Europeia. (s.d.). *Identificador único do dispositivo*.

[https://health.ec.europa.eu/medical-devices-topics-interest/unique-device-identifier-udi\\_pt#documents](https://health.ec.europa.eu/medical-devices-topics-interest/unique-device-identifier-udi_pt#documents)

Conselho de Enfermagem Regional – Secção Regional Sul da Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>

Cuf. (2023). Canadianas: como usá-las corretamente. <https://www.cuf.pt/mais-saude/canadianas-como-usa-las-corretamente>

Dahlberg, K., Sundqvist, A. S., Nilsson, U., & Jaensson, M. (2022). Nurse competence in the post-anaesthesia care unit in Sweden: a qualitative study of the nurse's perspective. *BMC nursing*, 21(1), 14. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00792-z>

Daija, M.; Fedog, F.; Engstrom, A., & Gustafsson, S. (2019). Difficult Airways: Key Factors for Successful Management. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 34 (1), 151-159. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.03.008>

Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro. (1996). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Deloughry, J. L., & Griffiths, R. (2009). Arterial tourniquets. Continuing Education in Anaesthesia, *Critical Care and Pain*, 9(2), 56-60. <https://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mkp002>

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

Despacho nº 9390/2021 de 24 de Setembro. (2021). Plano nacional para a segurança dos doentes (PNSD 2021-2026). Em *Diário da República*, 2ª Série, n.187, 96-103. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Devlin, Carol (2022). Safe and Secure in Steep Trendelenburg. Outpatient Surgery Magazin A *Divion Of AORN*. <https://www.aorn.org/outpatient-surgery/article/2022-May-steep-trendelenburg>

Dias, G., Matos, R., Itacarambi, L., Amorim, A., Gomes, J., Quirino, G., Araújo, K., Bosco, A., Nery, B., Khouri, C., & Nascimento, C. (2022). Ansiedade de pacientes em pré-operatório imediato em um hospital público do distrito federal. *Health Residencies Journal*, 3(14), 738-752. <https://doi.org/10.51723/hrj.v3i14.338>

Diniz, A., Diniz, M., Reis, S., & Hingá, C. (2021). Segurança do medicamento nos carros de anestesia – um projeto de melhoria continua em cirurgia de ambulatório. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 7 (2) 178-193. DOI: [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2021.7\(2\).505.178-193](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2021.7(2).505.178-193)

Direção-Geral da Saúde. (s.d.). *Notifica*. <https://notifica.dgs.min-saude.pt>

Direção-Geral da Saúde. (2011). *Orientação n.º 018/2011. Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde*. [https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2011/Maio/Orient\\_018\\_2011.pdf](https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2011/Maio/Orient_018_2011.pdf)

Direção-Geral da Saúde. (2013a). *Norma nº 02/2013 atualizada em 25/06/2013. Cirurgia Segura, Salva Vidas*. <https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Norma-Cirurgia-Segura-Salva-Vidas-.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2013b). *Norma nº 029/2012 atualizada em 31/10/2013. Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI)*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2012/12/28/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci>

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Norma nº 015/2013 atualizada em 04/11/2015. Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito*. <http://www.aenfermagemeiasleis.pt/wp/wp-content/uploads/2015/11/Norma-015-DGS-Consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito-04-11-20151.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2017a). *Norma nº 001/2017 de 08 de fevereiro de 2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>

Direção-Geral da Saúde (2017b). *Norma nº002/2017 de 20/01/2017. Preparação e condução de auditorias da qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde*. <https://www.lexpoint.pt/Fileget.aspx?FileId=22241>

Direção-Geral da Saúde. (2017c). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*. [https://www.atlasdasaude.pt/sites/default/files/ficheiros\\_anexos/programa\\_nacional\\_para\\_a\\_prevencao\\_e\\_controlo\\_da\\_dor.pdf](https://www.atlasdasaude.pt/sites/default/files/ficheiros_anexos/programa_nacional_para_a_prevencao_e_controlo_da_dor.pdf)

Direção-Geral da Saúde. (2019). *Norma 007/2019 de 16 de outubro. Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2019/10/16/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude/>

Direção-Geral da Saúde. (2022a). *Norma nº 019/2015 atualizada a 29/08/2022. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical*.

<https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-uri-naria-associada-a-cateter-vesical/>

Direção-Geral da Saúde. (2022b). *Norma nº 021/2015 atualizada a 17/11/2022. "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação.* <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao/>

Direção-Geral da Saúde. (2022c). *NORMA CLÍNICA: 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022. "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico.* [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma\\_020\\_2015\\_atualizada\\_17\\_11\\_2022\\_prev\\_inf\\_local\\_cirurgico.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf)

Direção-Geral da Saúde. (2022d). *NORMA CLÍNICA: 031/2013 de 31/12/2013 atualizada a 17/11/2022. Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto.* [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2013/12/norma\\_031\\_2013\\_atualizada\\_17\\_11\\_2022\\_prof\\_atb\\_cx\\_crianca\\_adulto\\_corrigida\\_29\\_03\\_2023.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2013/12/norma_031_2013_atualizada_17_11_2022_prof_atb_cx_crianca_adulto_corrigida_29_03_2023.pdf)

Direção Geral da Saúde. (2023). *NORMA CLÍNICA: 008/2023 de 19/12/2023. Medicamentos de Alta Vigilância.* <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082023-de-19122023-medicamentos-de-alta-vigilancia-pdf.aspx>

Doenges, M., Moorhouse, M., & Murr, A. (2019). Gastrointestinal Disorders. In *Nursing Care Plans: Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span*, 10<sup>th</sup> ed., (pp. 216-339). F. A. Davis Company.

Duarte, A. & Marins, O. (2014). *Enfermagem em Bloco Operatório*. Lidel

Elmallah, R., Jones, L. C., Malloch, L., & Barrett, G. R. (2019). A Meta-Analysis of Arthroscopic Meniscal Repair: Inside-Out versus Outside-In versus All-Inside Techniques. *The journal of knee surgery*, 32(8), 750-757. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1668123>

Entidade Reguladora da Saúde. (2023). *Consentimento Informado.* <https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/consentimento-informado/>

Esteves, M. et al. (2017). Uso de Ecografia na Individualização da Pressão Garrote: Estaremos a estrangular os nervos do nosso doente?. *iCurARe - Clube de Anestesia Regional CAR*, 001. 01/02/03, 5-11. <https://anestesiaregional.com/wp-content/uploads/2019/01/revista-car-n75.original.pdf>

European Operating Room Nurses Association. (2023). *EORNA Best Practice for perioperative care*, 3<sup>th</sup> ed.

Farčić N, Barać I, Plužarić J, Ilakovac V, Pačarić S, Gvozdanović Z, et al. (2020) Personality traits of core self-evaluation as predictors on clinical decision-making in nursing profession. *PLoS ONE* 15(5): e0233435. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233435>

Ferguson, M., Sampson, C., Duff, J., & Green, T. (2022). Integrated simulations to build teamwork, safety culture and efficient clinical services: A case study. *Journal of Perioperative Nursing*, 35 (3), 3-15. <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1168>

Fernandes, A. (2014). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016 Roteiro de Intervenção para Governança em Saúde*. [https://run.unl.pt/bitstream/10362/164282/1/2014\\_7\\_Roteiro\\_de\\_Interven\\_o\\_para\\_Governa\\_o\\_em\\_Sa\\_de.pdf](https://run.unl.pt/bitstream/10362/164282/1/2014_7_Roteiro_de_Interven_o_para_Governa_o_em_Sa_de.pdf)

Flores, D., Imperadeiro, I., Correia, P., Madureira, M., Sousa, P., & veludo, F. (2022). Dificuldades e estratégias na integração ao cuidado da pessoa em situação crítica: uma scoping review. *Enfermeria Global*, 21(2), 469-516. <https://doi.org/10.6018/eglobal.478501>

Fresenius Kabi. (2024). *Folheto Informativo: Informação para o utilizador Brometo de Rocurónio Kabi 10 mg/ml solução injetável ou para perfusão*.

Golz, A. G., Mandelbaum, B., & Pace, J. L. (2022). All-Inside Meniscus Repair. *Current reviews in musculoskeletal medicine*, 15(4), 252-258. <https://doi.org/10.1007/s12178-022-09766-3>

Good, E., & Sands, J. (2010). Problemas da Vesícula Biliar e do Pâncreas Exócrino. In F., Monahan, J., Sands, M., Neighbors, J., Marek, & C., Green (Eds.), *PHIPPS Enfermagem Médico-Cirúrgica Perspectivas de Saúde e Doença* (8ªed., pp. 1323-1341). Lusodidacta.

Goodman, T., & Spry, C. (2017). *ESSENTIALS OF Perioperative Nursing* (6<sup>th</sup> ed.). Jones & Bartlett Learning.

Gwinnutt, C., & Gwinnutt, M. (2012). *Clinical Anaesthesia – Lecture Notes* (4<sup>th</sup> ed.). Wiley-Blackwell.

Hinkle, J., & Cheever, K. (2020). *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica BRUNNER & SUDDARTH* (14ª ed.). Guanabara Koogan.

Índice. (2021). *Efedrina - Informação Geral*. <https://www.indice.eu/pt/medicamentos/DCI/efedrina/informacao-geral>

Índice. (2024a). *Mepivacaína - Informação Geral*. <https://www.indice.eu/pt/medicamentos/DCI/mepivacaina/informacao-geral>

Índice. (2024b). *Midazolam - Informação Geral*.

<https://www.indice.eu/pt/medicamentos/DCI/midazolam/informacao-geral>

Índice. (2024c). *Sevoflurano* - *Informação Geral*.  
<https://www.indice.eu/pt/medicamentos/DCI/sevoflurano/informacao-geral>

Infarmed. (2022a). *Folheto informativo: Informação para o utilizador. LOVENOX 2 000 UI (20 mg)/0,2 ml solução injetável em seringa pré-cheia, LOVENOX 4 000 UI (40 mg)/0,4 ml solução injetável em seringa pré-cheia, LOVENOX 6 000 UI (60 mg)/0,6 ml solução injetável em seringa pré-cheia, LOVENOX 8 000 UI (80 mg)/0,8 ml solução injetável em seringa pré-cheia, LOVENOX 10 000 UI (100 mg)/1 ml solução injetável em seringa pré-cheia*.  
<https://medikamio.com/downloads/pt-pt/drugs/lovenox.pdf>

Infarmed. (2022b). *Folheto informativo: Informação para o utilizador Propofol 2 % (20 mg/1 ml) Fresenius, emulsão injetável ou para perfusão Propofol*.  
<https://medikamio.com/downloads/pt-pt/drugs/propofol-2-fresenius.pdf>

Infarmed. (2022c). *Folheto informativo: Informação para o utilizador Ropivacaína Kabi 2 mg/ml solução injetável Ropivacaína Kabi 7,5 mg/ml solução injetável Ropivacaína Kabi 10 mg/ml solução injetável*. <https://medikamio.com/downloads/pt-pt/drugs/ropivacaina-kabi.pdf>

Infarmed. (2022d). *FOLHETO INFORMATIVO: INFORMAÇÃO PARA O UTILIZADOR Solução polielectrolítica Basi Solução para perfusão*.  
<https://medikamio.com/downloads/pt-pt/drugs/solucao-polielectrolitica-basi.pdf>

Instituto Nacional Emergência Médica. (2021). *IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE Comissão de Segurança do Doente*.  
[https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/09/Identificacao-do-Doente\\_webinar.pdf](https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/09/Identificacao-do-Doente_webinar.pdf)

International Council of Nurses. (2019). *ICNP browser*.  
<https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Joshi, G. P., & Vetter, T. R. (2024). Ambulatory Anesthesia: Current State and Future Considerations. *Anesthesia and Analgesia*, 139(3), 453–457.  
<https://doi.org/10.1213/ANE.00000000000007127>

Kendrick, J. B., Kaye, A. D., Tong, Y., Belani, K., Urman, R. D., Hoffman, C., & Liu, H. (2019). Goal-directed fluid therapy in the perioperative setting. *Journal of anaesthesiology, clinical pharmacology*, 35(Suppl 1), S29–S34. [https://doi.org/10.4103/joacp.JOACP\\_26\\_18](https://doi.org/10.4103/joacp.JOACP_26_18)

Khan, Z., & Ma, K. (2020). Complications of laparoscopic surgery. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*, 30(11), 342–346. <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2020.09.003>

Kim, S. S., & Donahue, T. R. (2018). Laparoscopic Cholecystectomy. *JAMA*, 319(17), 1834.  
<https://doi.org/10.1001/jama.2018.3438>

Kunkle, B. F., Kothandaraman, V., Goodloe, J. B., Curry, E. J., Friedman, R. J., Li, X., & Eichinger, J. K. (2021). Orthopaedic Application of Cryotherapy: A Comprehensive Review of the History, Basic Science, Methods, and Clinical Effectiveness. *JBJS reviews*, 9(1), e20.00016. <https://doi.org/10.2106/JBJS.RVW.20.00016>

Lee, C. M., Rodgers, C., Oh, A. K., & Muckler, V. C. (2017). Reducing Surgery Cancellations at a Pediatric Ambulatory Surgery Center. *AORN journal*, 105(4), 384–391. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.01.011>

Lemos, C. S., & Poveda, V. B. (2022). Effect of implementing an anesthesia nurse checklist in a safety and teamwork climate: quasi-experimental study. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 56, e20210471. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0471en>

Lima, N., & Pinto, S. (2014). Cirurgia Ambulatória. In O. Martins & A. Duarte (Eds.), *Enfermagem em Bloco Operatório* (pp. 123–133). Lidel.

Liyew, T. M., Mersha, A. T., Admassie, B. M., & Arefayne, N. R. (2023). Risk stratification, prevention and management of perioperative corneal abrasion for non-ocular surgery: Systematic Review. *Annals of medicine and surgery* (2012), 86(1), 373–381. <https://doi.org/10.1097/MS9.0000000000001566>

Lledó, J. B., Castro, P. G., Gavara, I. G., Cirió, J. L., Andújar, R. L., & Granero, E. G. (2016). Twenty-five years of ambulatory laparoscopic cholecystectomy. Veinticinco años de colecistectomía laparoscópica en régimen ambulatorio. *Cirugia espanola*, 94(8), 429–441. <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2015.03.012>

Lobão, C., Sousa, J., & Gonçalves, R. (2024). Dos dados à tomada de decisão do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. In R. Marques, M. Néné, & C. Sequeira, (Eds.), *ENFERMAGEM AVANÇADA* (pp. 418-427). Lidel.

Lopes, E. C.; Cerqueira, M. M.; Rocha, M. C. (2022). As vantagens da consulta de enfermagem presencial à pessoa submetida a cirurgia ambulatória. *Revista de Enfermagem Referência*, VI(1), 1-8. DOI: 10.12707/RV21149. <https://scielo.pt/pdf/ref/vserVI/n1/2182-2883-ref-serVI-01-e21149.pdf>

Loureiro, A. R. (2022). Processos de suporte aos cuidados de saúde. In M. Frederico, & F. Sousa, (Eds.), *Gerir com Qualidade em Saúde* (pp. 55-62). Lidel.

Machado, H. (2013). *MANUAL de ANESTESIOLOGIA*. Lidel.

Machado, H. (2019). *PROTOCOLOS em ANESTESIOLOGIA*. Lidel.

Magdaleno, H. S., Tarragó, A. C, Casas, C. O., Padillo, A. D., Chacón, M. F., Bargalló, J. V., Serra, J. S., & Martín, R. J. (2018). Evaluation of the impact of preoperative education in ambulatory

laparoscopic cholecystectomy. A prospective, double-blind randomized trial. Valoración del impacto de la educación preoperatoria en la colecistectomía laparoscópica ambulatoria. Ensayo prospectivo aleatorizado doble ciego. *Cirugia espanola*, 96(2), 88-95. <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.10.002>

Malafa, M. M., Coleman, J. E., Bowman, R. W., & Rohrich, R. J. (2016). Perioperative Corneal Abrasion: Updated Guidelines for Prevention and Management. *Plastic and reconstructive surgery*, 137(5), 790e-798e. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000002108>

Mantas, A. M. B. (2022). *Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na prehabilitation da pessoa proposta a artroscopia do joelho*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/2b52418f-5863-4537-91e2-7967974b9d75>

Marek, J. (2010a). Avaliação do Sistema Músculo-esquelético. In F., Monahan, J., Sands, M., Neighbors, J., Marek, & C., Green (Eds.), *PHIPPS Enfermagem Médico-Cirúrgica Perspectivas de Saúde e Doença* (8ªed., pp. 1537-1568). Lusodidacta.

Marek, J. (2010b). Traumatismo do Sistema Músculo-esquelético. In F., Monahan, J., Sands, M., Neighbors, J., Marek, & C., Green (Eds.), *PHIPPS Enfermagem Médico-Cirúrgica Perspectivas de Saúde e Doença* (8ªed., pp. 1569-1606). Lusodidacta.

Marques, R., Pontífice-Sousa, P., & Néné, M. (2024). A Cultura do processo reflexivo na construção de competências. In R. Marques, M. Néné, & C. Sequeira, (Eds.), *ENFERMAGEM AVANÇADA* (pp. 94-98). Lidel.

Martins, T., Amante, L., Vicente, C., Sousa, G., Caurio, E., Guanilo, M., & Girondi, J. (2020). Nursing interventions to reduce surgical site infection in potentially contaminated surgeries: an integrative review. *Estima - Brazilian Journal of Enterostomal Therapy*, 18. [https://doi.org/10.30886/estima.v18.848\\_IN](https://doi.org/10.30886/estima.v18.848_IN)

Martins, K., Bueno, A., Mazoni, S., Machado, V., Evangelista, R., & Bolina, A. (2021). Management process in surgicenters from the perspective of nurses. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34 (3), 1-11. DOI: 10.37689/acta-ape/2021AO00753

Martins, M., Lima, A., & Vilela, C. (2024). Projetos de melhoria continua da qualidade. In R. Marques, M. Néné, & C. Sequeira, (Eds.), *ENFERMAGEM AVANÇADA* (pp. 94-98). Lidel.

Medscape. (2024a). *Mepivaine* (RX). [https://reference.medscape.com/drug/carbocaine-polocaine-mepivacaine-343365?\\_gl=1\\*1594dsf\\*\\_gcl\\_au\\*MTE2NjA0ODg4OS4xNzM0NDU4MjA2](https://reference.medscape.com/drug/carbocaine-polocaine-mepivacaine-343365?_gl=1*1594dsf*_gcl_au*MTE2NjA0ODg4OS4xNzM0NDU4MjA2)

Medscape. (2024b). *Metoclopramida* (Rx). <https://reference.medscape.com/drug/reglan-metozolv-odt-metoclopramide-342051#91>

Medscape. (2024c). *Pantoprazole* (Rx).  
<https://reference.medscape.com/drug/protonix-pantoprazole-342001#91>

Meleis, A. I. (2019). Facilitar y administrar las transiciones: un imperativo para el cuidado de calidad. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 21(1).  
<https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie21-1.famt>

Mendes, A. (2024). A enfermagem enquanto profissão: intervenções autónomas e interdependentes. In R. Marques, M. Néné, & C. Sequeira, (Eds.), *ENFERMAGEM AVANÇADA* (pp. 80-86). Lidel.

Milheiro, A., Marques, J., Arantes, R., Oliveira, R. (2023). Atualização das Recomendações Portuguesas para a Profilaxia e Terapêutica das Náuseas e Vômitos em Cirurgia de Ambulatório. *Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória*.  
[https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacoes\\_profilaxia\\_2024.pdf](https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacoes_profilaxia_2024.pdf)

Mohamed, A., & Maghraby, H. (2016). Influence of Thigh Tourniquet Release on Cardiovascular Parameters While Operated Limb in Elevated Position. *Journal of Anesthesia and Clinical Research*, 7, 1-7.  
<https://www.longdom.org/open-access-pdfs/influence-of-thigh-tourniquet-release-on-cardiovascular-parameters-while-operated-limb-in-elevated-position-2155-6148-1000689.pdf>

Mota, A. S. C. (2021). *Segurança do Doente no Bloco Operatório: Contributos do Ambiente de Prática e da Liderança em Enfermagem*. [Tese de Doutoramento em Ciências da Saúde - Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto.  
<https://hdl.handle.net/10216/140139>

Mota A., Castilho A., & Martins M. (2021). Ambiente de prática e a segurança do doente no bloco operatório: dimensões preditoras. *Cogitare Enfermagem*, 26.  
<https://www.scielo.br/j/cenf/a/ktKQzYrL5dRvCcNLwpTGSky/>

Mourão, J., Pereira, L., Alves, C., Andrade, N., Cadilha, S., & Perdigão, L. (2018). Quality and Safety Indicators in Anesthesia. *Journal of the Portuguese Society of Anesthesiology*, 27(2), 23-27. <https://doi.org/10.25751/rspa.13568>

Munoz-Price, L. S., Bowdle, A., Johnston, B. L., Bearman, G., Camins, B. C., Dellinger, E. P., Geisz-Everson, M. A., Holzmänn-Pazgal, G., Murthy, R., Pegues, D., Prielipp, R. C., Rubin, Z. A., Schaffzin, J., Yokoe, D., & Birnback, D. J. (2019). Infection prevention in the operating room anesthesia work area. *Infection control and hospital epidemiology*, 40(1), 1-17.  
<https://doi.org/10.1017/ice.2018.303>

Nedelcu, C. M., Niculiă, O. O., Nedelcu, V., Zazu, M., Mazilu, D. C., Klugarová, J., & Klugar, M. (2022). Effective communication and patient safety among nurses in perioperative settings: a best practice implementation project. *JBI Evidence Implementation*, 20, S3-S14.

<https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000316>

Oden, T. N., Doruker, N. C., & Korkmaz, F. D. (2022). Compliance of Health Professionals for Prevention of Inadvertent Perioperative Hypothermia in Adult Patients: A Review. *AANA journal*, 90(4), 281–287. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35943754/>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - enquadramento conceptual enunciados descritivos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro\\_e-dicao2005.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_e-dicao2005.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Sistemas de Informação em enfermagem (SIE): Princípios Básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/SIEPrincipiosBasicosArq\\_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/SIEPrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor Guia Orientador de Boas Práticas. Cadernos OE, Série 1, n.º1*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2017a). *PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: - NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA - NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA - NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA - NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2017b). *PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2\\_padroesqualidcuidesip.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2022). *Estágio e Relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/25232/sai-oe-2022-806.pdf>

Özsaban, A., & Acaroğlu, R. (2020). The Effect of Active Warming on Postoperative Hypothermia on Body Temperature and Thermal Comfort: A Randomized Controlled Trial. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 35(4), 423-429. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2019.12.006>

Paiva, I., Sousa, F., & Lucas, M. (2022). Contributo da gestão para a visibilidade dos cuidados enfermagem. In M. Frederico, & F. Sousa, (Eds.), *Gerir com qualidade em saúde* (pp. 63-73). Lidel.

Panella J. J. (2016). Preoperative Care of Children: Strategies From a Child Life Perspective. *AORN journal*, 104(1), 11-22. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2016.05.004>

Parikh, S., Shah, S., Hance, F., Akhnoukh, S., Patterson, D., & Nada, E. (2025). The Perioperative Management of Ambulatory Knee Surgery. *Current Anesthesiology Reports*, 15(1). <https://doi.org/10.1007/s40140-025-00688-7>

Patel, V., Hodges, E. J., Mariyaselvam, M. Z., Peutherer, C., & Young, P. J. (2019). Unintentional endotracheal tube cuff deflation during routine checks: a simulation study. *Nursing in critical care*, 24(2), 83-88. <https://doi.org/10.1111/nicc.12397>

Pinho, C, Campos, M., Ramos, M., Lourenço, M., & Teixeira, S. (2013). *Recomendações de Tromboprofilaxia em Cirurgia Ambulatória. Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória*. <https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/tromboprofilaxia2013.pdf>

Portaria nº 234/2015 de 7 de agosto. (2015). Em *Diário da República*, 1ª Série, nº 153, 5516-5654. <https://files.dre.pt/1s/2015/08/15300/0551605654.pdf>

Potter, P, Perry, A., Stocker, P, & Hall, A. (2017). *Fundamentos de Enfermagem* (9ª<sup>ed.</sup>). Elsevier.

Procedure Specific Postoperative Pain Management. (2019). *Colecistectomia Laparoscópica*. [https://esraeurope.org/wp-content/uploads/2019/08/Summary-recommendations\\_Laparoscopic-c-holecystectomy-2017\\_PT.pdf](https://esraeurope.org/wp-content/uploads/2019/08/Summary-recommendations_Laparoscopic-c-holecystectomy-2017_PT.pdf)

Ramos, S., Barroso F., Diniz, A., & Mendes, C. (2023). A Literacia em Saúde para a Segurança dos Cuidados. In C., Almeida & I, Fragoeiro (Eds.), *MANUAL DE LITERACIA EM SAÚDE Princípios e Práticas* (pp. 177-188). Pactor.

Regulamento nº 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. Em *Diário da República*: 2ª Série, n. 135, 19359-19370.

Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Em *Diário da República*: 2ª Série, n. 26, 4744- 4750.

Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro. (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Em *Diário da República*: 2ª Série, n. 184, 128-155. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Ribeiro, C., Viana, C., Viseu, I., Moreira, M., Castanheira, J., & Borges, E. (2021a). Fumo cirúrgico: um risco ocupacional dos enfermeiros em contexto de pandemia COVID-19. *Rev ROL Enferm*, 44 11-12. <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/da928c8b-4e47-4d54-9749-36d16206299c>

Ribeiro, J. C., Bellusse, G. C., Martins de Freitas, I. C., & Galvão, C. M. (2021b). Effect of perioperative hypothermia on surgical site infection in abdominal surgery: A prospective cohort study. *International journal of nursing practice*, 27(4), e12934. <https://doi.org/10.1111/ijn.12934>

Saengpetch, N., Watcharopas, R., Kujkunasathian, C., Limitloahaphan, C., Lertbutsayanukul, C., Vijitrakarnrung, C., Sa-Ngasoongsong, P., Arnuntasupakul, V., & Sangkum, L. (2022). Predicting surgical factors for unplanned overnight admission in ambulatory arthroscopic surgery of the knee: a prospective cohort in one hundred and eighty four patients. *International Orthopaedics*, 46(9), 1991-1998. <https://doi.org/10.1007/s00264-022-05436-8>

Saldanha Nunes, O. J., Munhoz, O. L., Rosa Cauduro, G. M., Freitas, E. de O., Andolhe, R., & Bosi de Souza Magnago, T. S. (2023). Construction and Validation of Checklist for Transfer of Care at Discharge of the Post-Anesthetic Recovery Room. *Ciencia, Cuidado e Saude*, 22, 1-10. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v22i0.66042>

Salzler, M. J., Lin, A., Miller, C. D., Herold, S., Irrgang, J. J., & Harner, C. D. (2013). Complications After Arthroscopic Knee Surgery. *The American Journal of Sports Medicine*, 42(2), 292-296. doi:10.1177/0363546513510677

Sampaio, F. (2024). Diagnósticos de Enfermagem. In R. Marques, M. Néné, & C. Sequeira, (Eds.), *ENFERMAGEM AVANÇADA* (pp. 301-303). Lidel.

Santo, Z. E. (2022). Planeamento em Saúde. In M. Frederico, & F. Sousa, (Eds.), *Gerir com qualidade em saúde* (pp. 39-53). Lidel.

Santos, J., Sankarankutty, A., Júnior, W., kemp, R., Modena, J., Júnior, J., & Júnior, O. (2008). COLECISTECTOMIA: ASPECTOS TÉCNICOS E INDICAÇÕES PARA O TRATAMENTO DA LITÍASE BILIAR E DAS NEOPLASIAS. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 41 (4), 449-464. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v41i4p449-464>

Santos, G. (2018). *COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA NA ABORDAGEM DA LITÍASE VESICULAR*. [Dissertação/Artigo de Revisão Bibliográfica, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/113813>

Santos, J. R. R. (2019). *Rotura do Ligamento Cruzado Anterior e as diferentes opções de enxerto*

*na sua reconstrução cirúrgica.* [Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior]. Repositório Digital da UBI. <https://hdl.handle.net/10400.6/8842>

Santos, R. (2024). *HUMANIZAÇÃO NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: CUIDADO COMPASSIVO E INTEGRADO.* <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/34951/8-56.pdf>

Sarmiento, P.; Fonseca, C.; Lemos, P. (2024). *RECOMENDAÇÕES PARA O TRATAMENTO DA DOR AGUDA PÓS OPERATÓRIA EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO.* Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória. [https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacao\\_DorAguda2024.pdf](https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacao_DorAguda2024.pdf)

Saver, C. (2024). The Power of Effective Communication: Tools for Success. *AORN Journal*, 120(3), 123-125. [HTTPS://DOI.ORG/10.1002/AORN.14211](https://doi.org/10.1002/AORN.14211)

Serra, D.; Costa, I.; Godinho, S.; Henriques, M. & Gouveia, M. (2022). As auditorias em enfermagem nas organizações de saúde: revisão narrativa da literatura. *Gestão E Desenvolvimento*, (30), 317-337. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11388>

Shao, C. Y., Li, H., Liu, X. L., Li, C., Yang, L. Q., Zhang, Y. J., Luo, J., & Zhao, J. (2023). Appropriateness and Comprehensiveness of Using ChatGPT for Perioperative Patient Education in Thoracic Surgery in Different Language Contexts: Survey Study. *Interactive journal of medical research*, 12, e46900. <https://doi.org/10.2196/46900>

Shiappa, J. M. (2011). COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA 20 Anos Depois: Perspectivas e Opções Actuais - visão pessoal. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, II Série, (19), 19-25. <https://revista.spcir.com/index.php/spcir/article/view/76/73>

Silva, F., Mota, S., Donato, H., Gil-Pereira, M., Donato, P., & Caseiro-Alves, F. (2014). ECOGRAFIA DE NERVOS PERIFÉRICOS - UM TUTORIAL GUIADO POR IMAGEM PARA INICIANTE\*. *ACTA RADIOLÓGICA PORTUGUESA* 26(103), 21-28. <https://doi.org/10.25748/arp.13664>

Simões, O. B., Oliveira, J. P., Lemos, R., & Noronha, J. C. (2025). Donor site morbidity is higher when comparing bone-tendon-bone vs 4-strand semitendinosus/gracilis & all-inside 4-strand semitendinosus for anterior cruciate ligament reconstruction. *Journal of ISAKOS : joint disorders & orthopaedic sports medicine*, 11, 100394. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.jisako.2025.100394>

Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (2016). Consensos na gestão clínica da via área em anestesiologia. *Revista SPA*, 25(1). <https://www.spanestesiologia.pt/ficheiros/Consenso%20Via%20Aerea%20Dificil.pdf>

Sociedade Portuguesa de Anestesiologia. (2024). *Recomendações Portuguesas para o tratamento da Dor Aguda 2024.* [https://www.spanestesiologia.pt/webstspa/wp-content/uploads/2024/09/spa\\_recomendacoes\\_dor](https://www.spanestesiologia.pt/webstspa/wp-content/uploads/2024/09/spa_recomendacoes_dor)

\_aguda\_2024.pdf

Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia. *Joelho*.  
<https://spot.pt/informacao/literacia-em-saude/joelho/>

Søndergaard, S., et al. (2017). The documentation practice of perioperative nurses: a literature review. *Journal of clinical nursing*, 26(13-14), 1757-1769. <https://doi.org/10.1111/jocn.13445>

Sousa, H., & Marques, O. (2014). Anestesia. In A. Duarte, & O. Martins, (Eds.), *Enfermagem em Bloco Operatório* (pp. 69-92). Lidel.

Sousa, P. (2022). Sistemas de informação em saúde: potencial associado à transformação digital. In M. Frederico, & F. Sousa, (Eds.), *Gerir com qualidade em saúde* (pp. 99- 105). Lidel.

Stone, A. V., Marx, S., & Conley, C. W. (2021). Management of Partial Tears of the Anterior Cruciate Ligament: A Review of the Anatomy, Diagnosis, and Treatment. *The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 29(2), 60-70. <https://doi.org/10.5435/JAAOS-D-20-00242>

STUCKY, C. H., DE JONG, M. J., KABO, F. W., & KASPER, C. E. (2020). A NETWORK ANALYSIS OF PERIOPERATIVE COMMUNICATION PATTERNS. *AORN JOURNAL*, 111(6), 627-641. [HTTPS://DOI.ORG/10.1002/AORN.13044](https://doi.org/10.1002/AORN.13044)

Tripon, M., Praz, C., Ferreira, A., Drigny, J., Reboursière, E., & Hulet, C. (2024). Clinical outcome of iterative meniscal suture after ACL reconstruction at a minimum of 2 years' follow-up. *Orthopaedics & traumatology, surgery & research : OTSR*, 110(1), 103754. <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2023.103754>

Tyler, J., Davies, C., Toner, C., Gupta, A., & Shrivastava, R. (2014). 140 Adult Knee Arthroscopies Under Intra-Articular Local Anaesthetic. *Ambulatory Surgery*, 20(3), 34-37. [https://www.researchgate.net/publication/274138858\\_140\\_Adult\\_Knee\\_Arthroscopies\\_Under\\_Intra-Articular\\_Local\\_Anaesthetic](https://www.researchgate.net/publication/274138858_140_Adult_Knee_Arthroscopies_Under_Intra-Articular_Local_Anaesthetic)

Valente, R., Carmona, C., Serralheiro, I., Monteiro, M., Gomes, P., Santos, R., & Fonseca, S. (2019). Recomendações da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia para o Tratamento da Dor Aguda 2018. *Revista Da Sociedade Portuguesa De Anestesiologia*, 28(2), 102-109. <https://doi.org/10.25751/rspa.15020>

Vallerand, A., Sanoski, C., & Deglin, J. (2016). *Guia Farmacológico para Enfermeiros* (14ª ed.). Lusodidacta.

Vargas, A. F., Santos, D. S., Tolfo, D. S., Trevisan, I., Dutra, M. C., & Rocha, E. G. (2019). Estrutura Informatizada para processo no Centro de Material E Esterilização. *SOBECC Revista*, 24(2), 107-114. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201900020009>

Viegas, C., & Névoa, I. (2014). Recursos Humanos. In A. Duarte, & O. Martins, (Eds.), *Enfermagem em Bloco Operatório* (pp. 29-37). Lidel.

Vilaça, J., Lencastre, L., Miranda, F., Cabral, J., & Boa, A. F. (2020). LAPAROSCOPIA POR CUSTO MÍNIMO – ESTUDO PROSPETIVO OBSERVACIONAL DE 100 COLECISTECTOMIAS CONSECUTIVAS. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, (49), 23-32. <https://revista.spcir.com/index.php/spcir/article/view/607/580>

Wang, J., Xu, W., & Lv, J. (2020). Is It Better to Routinely Use Tourniquet for Knee Arthroscopic Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis. *The journal of knee surgery*, 33(9), 866-874. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1688555>

White, B. A. A., Fleshman, J. W., Picchioni, A., Hammonds, K. P., Gentry, L., Bird, E. T., Arroliga, A. C., & Papaconstantinou, H. T. (2023). Using an Educational Intervention to Map our Surgical Teams' Function, Emotional Intelligence, Communication and Conflict Styles. *Journal of surgical education*, 80(9), 1277-1286. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2023.06.001>

Wicklin, S. (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>

World Health Organization. (2009). *Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009: Cirurgia Segura Salva Vidas*. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552\\_por.pdf;sequence=8](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_por.pdf;sequence=8)

World Health Organization. (2018). *Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30689333/>

World Health Organization. (2020). *Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>

Xie, W., Dumas, O., Varraso, R., Boggs, K. M., Camargo, C. A., Jr, & Stokes, A. C. (2021). Association of Occupational Exposure to Inhaled Agents in Operating Rooms With Incidence of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Among US Female Nurses. *JAMA network open*, 4(9), e2125749. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.25749>

Yuan, F., Jiang, J., Liang, M., Chen, X., & Cen, W. (2024). Effects of arthroscopic outside-in sutures versus all-inside sutures in the treatment of lateral disc meniscus injury of the knee joint under arthroscopy. *American journal of translational research*, 16(9), 5086-5096. <https://doi.org/10.62347/XCXD7782>

Zabaleta, J., Blasco, A., Esnal, T., Aguinagalde, B., López, I. J., Fernandez-Monge, A., Lizarbe, J. A., Báez, J., & Aldazabal, J. (2024). Clinical trial on nurse training through virtual reality

simulation of an operating room: assessing satisfaction and outcomes. *Cirurgia espanola*, 102(9), 469-476. <https://doi.org/10.1016/j.cireng.2024.04.012>

## **8. ANEXOS**

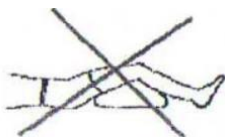


## **Anexo I**



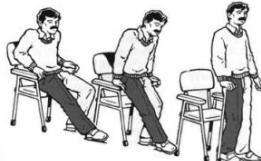
### Não deve fazer:

- Descansar ou dormir com o joelho dobrado
- Não agachar demasiado



### Deve fazer:

- **Sentar:** utilizar cadeiras com braços. Estique sempre a perna operada para a frente antes de se sentar e antes de levantar



- **Banheira e Carro:** Entrar-sente-se primeiro e depois coloque uma perna de cada vez. Sair: Tire uma perna de cada vez e depois levante-se.



- **Escadas:** degraú a degraú. Subir: 1º com a perna boa. Descer: 1º com a perna operada



- **Elevar a perna**



Data da Cirurgia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

### Sinais de alerta:

- Hemorragia;
- Sinais de infeção (dor, edema, rubor e calor);
- Rigidez joelho;
- Alterações da sensibilidade e coloração da pele abaixo do joelho.

**Unidade de Cirurgia de Ambulatório**

**Contactos:**

**Extensão:**

**Email:**

## Unidade de Cirurgia de Ambulatório

Prótese Unicompartimental do Joelho (PUC)  
Cuidados Pós-Operatórios



## Prótese Unicompartimental do Joelho

O desgaste da articulação do joelho leva ao desaparecimento gradual da cartilagem articular e consequente surgem sintomas como dor e limitação da mobilidade.

A artroplastia unicompartimental do joelho está indicada para pessoas que apresentam desgaste grave em apenas um dos compartimentos do joelho.

### Vantagens:

- Menos invasiva; incisão mais pequena e uma menor agressão das estruturas;
- Menor perda sanguínea;
- Maior preservação óssea;
- Maior grau de mobilidade;
- Melhor preservação dos movimentos do joelho com manutenção do padrão de marcha;
- Menor tempo de hospitalização;
- Reabilitação mais precoce, com retorno mais rápido às atividades de vida diária.

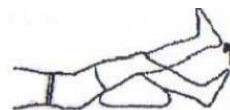
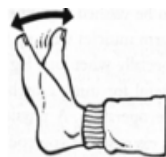
### Recomendações para o domicílio:

- Mobilização ativa do joelho (Flexão/Extensão)
- Marcha com canadianas (carga parcial)
- Crioterapia (aplicação de gelo) (3-5x/dia 10min)
- Não molhar o penso
- Cuidados de penso no Centro de Saúde
- Não conduzir
- Analgesia recomendada
- Drenagem postural (3-4x/30min)

### Exercícios:

#### **Deitado:**

- Mexa os pés para cima e para baixo
- Com uma almofada por baixo dos joelhos, estique o joelho, levantando o pé
- Dobre e estique a perna operada



(mantenha sempre o joelho apontado para o teto)

- Levante a perna operada com o joelho esticado



- Com as Duas pernas dobradas, levante o rabo



#### **Numa cadeira ou na beira da cama:**

- Estique o joelho, levantando o pé



## **Anexo II**



## 1. Objetivos

- a) Reduzir os riscos associados ao uso de unidades de eletrocirurgia para a Pessoa em Situação Perioperatória (PSPO);
- b) Reduzir os riscos associados ao uso de unidades de eletrocirurgia para os profissionais de saúde;
- c) Garantir a qualidade e satisfação com os cuidados prestados.

## 2. Âmbito

Transversal ☐Hospitalar ☒Cuidados de Saúde Primários ☐

- a) Profissionais de enfermagem que desempenham as suas funções em bloco operatório.

## 3. Descrição

- a) Os sistemas de eletrocirurgia requerem a existência de protocolos e normas de utilização e manutenção de forma a garantir a segurança da PSPO e dos profissionais de saúde.
- b) Os sistemas de eletrocirurgia convertem energia da corrente elétrica de alta frequência em calor que permite o corte e coagulação dos tecidos. Estes podem causar lesões eletrotérmicas, interferir com dispositivos implantáveis, causar incêndios, explosão e danos no equipamento. O seu uso produz fumo cirúrgico.
- c) Os elétrodos monopolares devem ser selecionados de acordo com o equipamento utilizado e meios de reprocessamento disponíveis na unidade hospitalar.
- d) Elétrodos de uso único não devem ser reprocessados.
- e) O reprocessamento de elétrodos de uso múltiplo deve ser realizado de acordo com as instruções do fabricante.
- f) Durante a colocação das mesas cirúrgicas, o elétron deve ser cuidadosamente inspecionado para despiste de deteriorações. No caso de existirem o mesmo deve ser substituído, uma vez que pode favorecer a ocorrência de choque ou queimaduras, tanto para a PSPO como para os profissionais.
- g) Após a ligação do cabo do elétron ativo à consola de eletrocirurgia devem ser verificados os comandos manuais ou o pedal, o mais precocemente possível, de forma a garantir o bom funcionamento do mesmo.
- h) Em caso de necessidade de uso, o pedal deve ser colocado atempadamente próximo ao cirurgião, com o cabo corretamente esticado e sem tensão, de forma a prevenir acidentes. Sempre que esteja previsto derramamento de fluidos ou líquidos, o pedal deve ser protegido com cobertura transparente e impermeável.
- i) Os cabos dos elétrodos ativos devem ser fixados ao campo operatório de modo a facilitar a sua utilização sem tensão e impedir a transferência da área não estéril do cabo para o campo cirúrgico estéril, evitando assim a contaminação do campo operatório.
- j) Durante os procedimentos cirúrgicos e sempre que não estejam a ser utilizadas, recomenda-se que, as peças de mão devem estar contidas em bolsas apropriadas para o efeito de forma a evitar quedas acidentais, conspurcações ou ativações inadvertidas do mesmo.
- k) Durante a intervenção, em simultâneo com a utilização de corte e/ou coagulação devem ser usados aspiradores de fumo de campo operatório. A exaustão do fumo cirúrgico é crucial para manter a qualidade do ar da sala operatória e diminuir o risco de exposição dos profissionais de saúde ao mesmo.
- l) Durante o procedimento cirúrgico e após cada utilização, a ponta do elétron ativo deve ser inspecionada e, se necessário, deve ser limpa com uma esponja abrasiva indicada para o efeito. Deste modo, a utilização do elétron será mais eficaz e previne a destruição desnecessária dos tecidos adjacentes.

- m) O uso do elétrodo ativo requer o cumprimento das recomendações no que respeita à desinfeção do campo cirúrgico, nomeadamente:
- a. Deve evitar-se que o antisséptico escorra para os lados do campo operatório. O excesso de antisséptico tem obrigatoriamente que ser limpo para evitar que a pele da PSPO esteja em contacto com superfícies húmidas (lençóis, eléctrodos), o que pode potenciar o risco de queimaduras.
  - b. Deve se deixar secar completamente o antisséptico antes de ligar e ativar equipamentos de eletrocirurgia, de forma a prevenir acidentes e queimaduras. Os antissépticos de iodo são bons condutores de corrente elétrica e os antissépticos de base alcoólica potenciam o risco de incêndio.

4. Responsabilidades

| Versão     | A | Data       | Alterações |
|------------|---|------------|------------|
| Elaboração |   | 06/01/2024 |            |
| Validação  |   |            |            |
| Aprovação  |   |            |            |

## **Anexo III**



**Instrução de Trabalho**  
**Utilização da Placa de Dispersão em Eletrocirurgia**

CÓDIGO IT

## 1. Objetivos

- a) Reduzir os riscos associados ao uso de unidades de eletrocirurgia para a Pessoa em Situação Perioperatória (PSPO);
- b) Reduzir os riscos associados ao uso de unidades de eletrocirurgia para os profissionais;
- c) Garantir a qualidade e satisfação com os cuidados prestados.

## 2. Âmbito

Transversal ☐

Hospitalar ☒

Cuidados de Saúde Primários ☐

- a) Profissionais de enfermagem que desempenham as suas funções em bloco operatório.

## 3. Descrição

- a) Os sistemas de eletrocirurgia requerem a existência de protocolos e normas de utilização e manutenção de forma a garantir a segurança da PSPO e dos profissionais.
- b) Os sistemas de eletrocirurgia convertem energia da corrente elétrica de alta frequência em calor que permite o corte e coagulação dos tecidos. Estes podem causar lesões eletrotérmicas, interferir com dispositivos implantáveis, causar incêndios, explosão e danos no equipamento. O seu uso produz fumo cirúrgico.
- c) A placa de dispersão ou elétrodo neutro é responsável por fazer retornar a energia ao equipamento de eletrocirurgia.
- d) A colocação do elétrodo neutro deve ser realizada antes da colocação dos campos cirúrgicos.
- e) Antes da cirurgia, a PSPO deve remover todos os dispositivos metálicos tais como, brincos, piercings ou outros.
- f) Devem ser tidos em consideração cuidados específicos na colocação do elétrodo neutro por forma a evitar o risco de queimaduras na PSPO, tais como:
  - a. Verificar se o cabo de retorno se encontra em boas condições de utilização;
  - b. Verificar a data de validade do elétrodo neutro. Caso esteja fora da validade, pode levar a ocorrência de má condução de energia por défice de gel, aumentando o risco de queimadura na PSPO;
  - c. Utilizar elérodos neutros autoadesivos e de uso único. Estes apresentam-se impregnados de gel condutor, o que lhes proporciona uma melhor capacidade condutora de energia, aderência e flexibilidade a todas as zonas;
  - d. Não reposicionar o elétrodo neutro. Se necessário, deve ser substituído uma vez que a sua capacidade de aderência diminui substancialmente;
  - e. Utilizar um elétrodo neutro com dimensões adequadas à PSPO;
  - f. Colocar o elétrodo neutro numa zona musculada e bem vascularizada. É recomendado trapézios, glúteos e gêmeos uma vez que apresentam maior aporte de fluidos permitindo uma melhor condução da corrente elétrica.
  - g. Nunca colocar o elétrodo neutro sobre proeminências ósseas, próteses metálicas, áreas suscetíveis de acumulação de líquidos, ou áreas que possam ficar sobre tensão ou pressão, uma vez que impede o contacto uniforme com toda a superfície da placa, aumentando o risco de queimadura;
  - h. Verificar o estado da pele antes da colocação do elétrodo e documenta-la. A pele deve estar íntegra, limpa, seca e sem pelos.
  - i. Colocar preferencialmente do lado direito, de forma a minimizar a passagem de energia pelo músculo cardíaco e o mais próximo possível da zona a ser intervencionada, limitando a área de passagem de corrente elétrica pelo organismo da PSPO;

**Instrução de Trabalho**  
**Utilização da Placa de Dispersão em Eletrocirurgia**

CÓDIGO IT

- j. Deixar secar completamente o antisséptico antes de ligar os equipamentos de eletrocirurgia. Os antissépticos alcoólicos são bons condutores de corrente elétrica, potenciando o risco de incendio;
- k. Sempre que necessário reposicionar a PSPO na marquesa deve ser verificado o posicionamento do elétrodo neutro, substituindo-o se necessário, e do cabo de retorno.
- l. No final da cirurgia, o elétrodo neutro deve ser removido com precaução de forma a evitar lesões na pele. É importante fazer uma observação do local e caso haja alterações devem ser registradas.

#### 4. Responsabilidades

| Versão     | A | Data       | Alterações |
|------------|---|------------|------------|
| Elaboração |   | 09/12/2024 |            |
| Validação  |   |            |            |
| Aprovação  |   |            |            |

## **Anexo IV**





UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

FORMAÇÃO

Certifica-se que **Ana Isabel Tavares Soares**, foi Formador(a) do Curso **“Apresentação das intrusões de trabalho - Placa dispersão em eletrocirurgia/ utiliz. bisturi elétr”**, que decorreu no(s) dia(s) **“31 de Janeiro de 2025”**, com a duração de 00:30 horas.

31 janeiro de 2025

Responsável do Serviço de Formação

((Tiago André Gomes de Oliveira, ,  
Diretor do Serviço de Formação))



## CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

**Apresentação das intrusões de trabalho - Placa dispersão em eletrocirurgia/ utiliz. bisturi elétr**

### Conteúdo Programático

**MODALIDADE DE FORMAÇÃO:** Outras acções de formação contínua não inseridas no Catálogo Nacional de Qualificações

**ÁREA DE FORMAÇÃO:** 729 – Saúde - Programas não classificados noutra área de formação

### COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS:

Instrução de trabalho - Utilização de eléctrodo ativo monopolar (bisturi eléctrico)

Instrução de trabalho - Utilização de placa de dispersão em eletrocirurgia

## **Anexo V**





**ESS+<sup>parte</sup>**

4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Área de Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória  
Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II

**Instruções de trabalho**

---

ANA ISABEL SOARES (2023101223)  
ORIENTADORA: PROFESSORA ISABEL MIRANDA  
TUTORA: EEMC À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA DA UCA

31 DE JANEIRO DE 2025



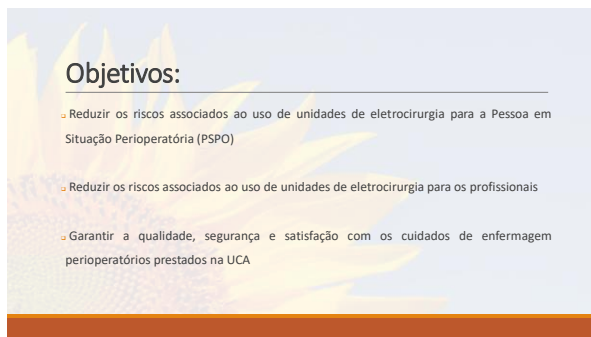
**Instrução de Trabalho**

Utilização de Eléctrodo Ativo Monopolar (Bisturi Elétrico)



**Instrução de Trabalho**

Utilização da Placa de Dispersão em Eletrocirurgia



**Objetivos:**

- Reduzir os riscos associados ao uso de unidades de eletrocirurgia para a Pessoa em Situação Perioperatória (PSPO)
- Reduzir os riscos associados ao uso de unidades de eletrocirurgia para os profissionais
- Garantir a qualidade, segurança e satisfação com os cuidados de enfermagem perioperatórios prestados na UCA

## Âmbito:

- ☐ Hospitalar
- ☐ Profissionais de enfermagem que desempenham as suas funções em bloco operatório

## Instrução de Trabalho

Utilização de Eléctrodo Ativo Monopolar (Bisturi Eléctrico)

## Recomendações:

- ☐ Uso de bolsas de instrumentista - evitar quedas acidentais, conspurcações ou ativações inadvertidas
- ☐ Uso de aspiradores de fumo de campo operatório – manutenção da qualidade do ar da sala operatória e diminuição do risco de exposição dos profissionais de saúde ao fumo cirúrgico
- ☐ Tempo adequado para atuação dos antissépticos

## Instrução de Trabalho

Utilização da Placa de Dispersão em Eletrocirurgia

## Recomendações:

---

- ❑ Colocação eletrodo neutro (placa de dispersão):
  - ❑ Antes da colocação dos campos
  - ❑ Numa zona muscular e bem vascularizada
  - ❑ Colocar preferencialmente do lado direito de forma a minimizar a passagem de energia pelo músculo cardíaco e o mais próximo possível da zona a ser intervencionada
  - ❑ Verificar o estado da pele antes e após a colocação do eletrodo e documentá-la. A pele deve estar íntegra, limpa, seca e sem pelos
  - ❑ Não reposicionar

Obrigada



## **Anexo VI**



## Enfermeiro Circulante

O enfermeiro circulante assume-se como um perfeito gestor e líder da sala operatória. Garante a segurança da pessoa em situação perioperatória (PSPO) e de toda a equipa multidisciplinar, promovendo a melhoria contínua dos cuidados prestados.

A palavra circulante deriva de circular, e, é traduzida por andar em volta do campo estéril, da equipa estéril, da enfermeira instrumentista e da PSPO. Deste modo o enfermeiro circulante assume a coordenação de um conjunto de atividades dentro e fora da sala operatória para que o procedimento cirúrgico seja executado com segurança e qualidade.

O enfermeiro circulante é também responsável pelo acolhimento da PSPO, respondendo assim às suas necessidades de comunicação, conforto e segurança.

São necessárias competências atualizadas, dada a constante evolução de procedimentos e técnicas cirúrgicas, assim com de equipamentos.

Deste modo o enfermeiro circulante é responsável por um conjunto de funções.

| Funções do enfermeiro Circulante |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Antes da cirurgia                | <ul style="list-style-type: none"><li>- <u>Consulta o plano operatório</u><ul style="list-style-type: none"><li>• Nome do doente</li><li>• Tipo de cirurgia e necessidades especiais</li><li>• Nome do cirurgião</li></ul></li><li>- <u>Prepara o material necessário à cirurgia</u><ul style="list-style-type: none"><li>• Consulta as fichas técnicas</li><li>• Providencia mesas de instrumental</li><li>• Providencia dispositivos necessários para a colocação de mesas operatórias</li><li>• Providencia solutos a utilizar</li><li>• Confirma com o instrumentista o tipo de penso/drenagens/materiais específicos a utilizar</li></ul></li><li>- <u>Verifica as condições ambientais da sala operatória</u><ul style="list-style-type: none"><li>• Verifica e assegura temperatura, humidade e ventilação</li><li>• Verifica higienização da sala operatória</li></ul></li><li>- <u>Verifica a funcionalidade dos equipamentos</u><ul style="list-style-type: none"><li>• Confirma a disponibilidade dos equipamentos necessários</li><li>• Confirma a funcionalidade dos equipamentos a utilizar (focos, consola de bisturi elétrico, torre de endoscopia, aspirador, outros)</li></ul></li><li>- <u>Acolhe a pessoa no BO</u><ul style="list-style-type: none"><li>• Apresenta-se (nome/função), se possível sem máscara</li><li>• Acolhe a pessoa e avalia o seu nível de consciência</li><li>• Procede à identificação positiva da pessoa (plano cirúrgico/processo clínico/pulseira de identificação)</li><li>• Confirma a cirurgia e lateralidade, se aplicável com a pessoa</li><li>• Proporciona ambiente calmo, seguro e garante a privacidade</li><li>• Mostra disponibilidade</li></ul></li></ul> |

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minimiza medos e esclarece dúvidas</li> <li>• Explica o processo cirúrgico (etapas, necessidade de dispositivos invasivos)</li> <li>• Preenche a lista de verificação pré-operatória</li> <li>• Comunica ao cirurgião e anestesista informação relevante</li> </ul> <p>- <u>Transfere a pessoa para a marquesa</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Providencia o número de pessoas necessárias à transferência</li> <li>• Trava a cama e marquesa operatória</li> <li>• Nivelas os níveis da cama e marquesa antes da transferência</li> <li>• Solicita a colaboração da pessoa, se aplicável</li> <li>• Mantém privacidade e conforto</li> <li>• Providência lençol quente</li> </ul> <p>- <u>Apoia o enfermeiro de anestesia</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colabora na monitorização e posicionamento da pessoa</li> <li>• Assegura o conforto da pessoa</li> <li>• Disponibiliza apoio à pessoa</li> </ul> <p>- <u>Algalia a pessoa, se aplicável</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realiza o procedimento conforme protocolo</li> <li>• Conhece e aplica a norma nº 019/2015 atualizada a 29/08/2022 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical da DGS</li> </ul> <p>- <u>Colabora no posicionamento cirúrgico</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Providência recursos humanos e materiais necessários</li> <li>• Protege zonas de pressão com materiais apropriados</li> <li>• Garante a segurança do doente e o correto posicionamento</li> <li>• Providência acesso a cateteres e monitorizações</li> </ul> <p>- <u>Coloca o eletrodo neutro do equipamento de eletrocirurgia, se aplicável</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coloca o eletrodo adequado à pessoa</li> <li>• Respeita normas de segurança e instruções de trabalho na colocação</li> <li>• Conecta o eletrodo ao aparelho e define e ajusta valores de acordo com necessidade</li> <li>• Remove o eletrodo no final do procedimento e verifica o estado da pele</li> </ul> |
| <b>Durante a cirurgia</b> | <p>- <u>Apoia o enfermeiro instrumentista e restante equipa na colocação de equipamento estéril</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifica integridade e validade da esterilização das embalagens</li> <li>• Abre batas e luvas segundo técnica asséptica</li> <li>• Aperta as batas respeitando a assepsia cirúrgica</li> </ul> <p>- <u>Colabora na colocação das mesas cirúrgicas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta o plano operatório para verificar necessidade de equipamentos e consumíveis, confirmando-o com o cirurgião</li> <li>• Providencia mesas para o instrumental cirúrgico e dispositivos médicos necessários</li> <li>• Verifica a integridade das embalagens e prazos de validade</li> <li>• Abre material esterilizado verificando indicadores de esterilização</li> <li>• Mantém distância (30cm) da mesa, evitando a sua contaminação</li> <li>• Abre os dispositivos médicos respeitando técnica asséptica e entrega diretamente à enfermeira instrumentista</li> <li>• Zela e está atento à manutenção do espaço de segurança para colocação de mesas</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Conecta os diferentes materiais estéreis a unidades não estéreis</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recebe a extremidade dos equipamentos e conecta-as (bisturi elétrico, tubo de aspiração, outros)</li> <li>• Comprova a funcionalidade dos mesmos</li> </ul> </li> <li>- <u>Liga e direciona os focos cirúrgicos</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajusta parâmetros e posicionamento sempre que necessário</li> </ul> </li> <li>- <u>Colabora na desinfeção da pele e colocação de campos cirúrgicos</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Providenciar solutos de desinfeção</li> <li>• Colaborar com o enfermeiro instrumentista e cirurgiões</li> </ul> </li> <li>- <u>Providencia dispositivos médicos no decorrer da cirurgia</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Está atento aos tempos operatórios, antecipando necessidades da equipa cirúrgica</li> <li>• Responde com efetividade às necessidades do enfermeiro instrumentista</li> </ul> </li> <li>- <u>Colabora com o enfermeiro instrumentista na contagem de itens quantificáveis</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realiza os procedimentos de contagens</li> <li>• Realiza os registos necessários para as contagens</li> <li>• Alerta para anomalias na contagem de itens</li> </ul> </li> <li>- <u>Acondiciona e regista as peças para anatomia patológica, citologia e microbiologia</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recolhe e acondiciona peças operatórias e outros produtos biológicos nos recipientes adequados e com solutos próprios</li> <li>• Identifica as peças</li> <li>• Realiza o registo das mesmas</li> </ul> </li> <li>- <u>Mantem a disciplina da sala</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Providencia portas fechadas</li> <li>• Limita o número de pessoas na sala</li> <li>• Controla a movimentação em volta do campo operatório</li> <li>• Supervisiona o comportamento da equipa</li> <li>• Promove um ambiente calmo</li> <li>• Deteta e corrige falhas de vestuário</li> <li>• Cumpre e faz cumprir regras de assepsia cirúrgica</li> </ul> </li> <li>- <u>Adequa os gastos às necessidades do procedimento cirúrgico</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não abre materiais sem confirmação do instrumentista/cirurgião</li> <li>• Verifica o conteúdo das embalagens, evitando erros de desperdício</li> </ul> </li> <li>- <u>Mantém a sala limpa e organizada</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifica e providência recipientes para lixos</li> <li>• Coloca-os em locais estratégicos, evitando que os sujios caiam ao chão</li> <li>• Utiliza pinças ou luvas para apanhar qualquer material contaminado que caia</li> <li>• Pede colaboração dos técnicos auxiliares de saúde em caso de derramamento de líquidos orgânicos</li> <li>• Evita acidentes provocados por existência de líquidos no pavimento</li> <li>• Recolhe os instrumentos cirúrgicos que possam cair ao chão, evitando a contaminação ambiental e que os mesmos se percam</li> <li>• Providencia a substituição de sacos de resíduos, sempre que necessário</li> </ul> </li> <li>- <u>Previne riscos para o doente</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigia a área estéril e alerta sempre que ocorrem irregularidades</li> </ul> </li> </ul> |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Protege a PSPO contra derramamento de fluídos que possam causar queimaduras</li> <li>• Coloca e certifica-se de que a placa de eletrocirurgia está corretamente colocada</li> <li>• Chama a atenção para qualquer ocorrência que ponha em risco a vida do doente (alergias; pacemaker)</li> <li>• Utiliza precauções standard</li> <li>• Protege, sempre que possível, o doente de radiações</li> </ul> <p>- <u>Previne riscos para a equipa cirúrgica</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garante a utilização de material de proteção radiológica</li> <li>• Promove a utilização de dispositivos médicos que minimizem riscos (equipamento de proteção individual, aspirador de fumos, outros)</li> <li>• Garante a utilização de precauções standard</li> <li>• Deteta e previne riscos ergonómicos da equipa durante o posicionamento dos doentes e transporte de objetos pesados</li> <li>• Providência bancos, se possível e necessário, em cirurgias longas</li> <li>• Está atento e alerta para as condições ambientais da sala cirúrgica</li> <li>• Providencia música (se aplicável)</li> <li>• Mantém ambiente calmo, silencioso ou sem possíveis focos de desconcentração</li> </ul> <p>- <u>Desliga equipamentos utilizados</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desliga os equipamentos, quando estes já não são necessários, segundo instruções do fabricante</li> <li>• Procede à desconexão junto da ficha elétrica, quando aplicável</li> </ul> <p>- <u>Cumprir e faz cumprir regras de assepsia</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respeita as normas de vestuário e atuação no BO</li> <li>• Manipula os dispositivos médicos respeitando a assepsia</li> <li>• Respeita e faz respeitar a distância preconizada dos campos operatórios</li> <li>• Observa todos os elementos intervenientes, assegurando o cumprimento da assepsia, evitando o risco de infeção e maximizando os recursos existentes</li> <li>• Verifica os parâmetros de temperatura, humidade e ventilação das diferentes áreas de circulação</li> <li>• Reduz ao mínimo indispensável o número de elementos na sala de operação, evitando entradas e saídas desnecessárias;</li> <li>• Mantém as portas encerradas</li> </ul> <p>- <u>Atua em situações de urgência</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Despista, monitoriza e avalia qualquer situação imprevista que possa por em perigo a vida da PSPO</li> <li>• Responde com efetividade às necessidades da equipa cirúrgica</li> <li>• Promove a calma e o ambiente seguro para o doente e equipa</li> </ul> <p>- <u>Realiza triagem de resíduos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seleciona resíduos</li> <li>• Confirma a existência dos diferentes sacos/contentores para essa seleção</li> <li>• Chama a atenção da restante equipa para a importância da triagem de resíduos</li> <li>• Supervisiona o encaminhamento de resíduos no final da cirurgia</li> </ul> |
| <b>Depois da</b> | - <u>Efetua todos os registos clínicos em instrumentos próprios de modo a</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>cirurgia</b></p> | <p><u>permitir a documentação do ato anestésico-cirúrgico</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reúne folhas de registos</li> <li>• Realiza registos de ocorrências de acordo com os protocolos</li> <li>• Realiza a cirurgia segura no SClínico®</li> <li>• Documenta todos os cuidados de enfermagem prestados nos aplicativos informáticos disponíveis</li> <li>• Regista os dispositivos médicos estéreis utilizados (instrumental, implantes, outros) de modo a permitir a sua rastreabilidade</li> </ul> <p>- <u>Colabora na elaboração do penso cirúrgico</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibiliza material necessário</li> <li>• Colabora na execução do penso</li> </ul> <p>- <u>Proporciona um despertar confortável</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colabora com o instrumentista na limpeza do campo cirúrgico</li> <li>• Ajuda a substituir lençóis humedecidos/sujos por secos e aquecidos</li> <li>• Coloca a bata do doente, de preferência aquecida</li> <li>• Colabora na transferência da PSPO da mesa operatória para a maca e providencia a manutenção do aquecimento</li> <li>• Mantém a privacidade da PSPO</li> </ul> <p>- <u>Colabora no transporte da PSPO para o Recobro I</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colabora com a equipa no transporte da PSPO</li> <li>• Reúne processo clínico</li> <li>• Entrega o processo ao colega do Recobro I</li> <li>• Regista e comunica qualquer ocorrência pertinente</li> </ul> <p>- <u>Supervisiona o cumprimento do protocolo de higienização da sala operatória e equipamentos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observa o cumprimento dos protocolos de higienização</li> <li>• Da orientação específicas dos protocolos de higienização (cirurgias de alto risco de contaminação)</li> <li>• Supervisiona a higienização da sala e dos registos efetuados pelos técnicos auxiliares de saúde</li> <li>• Garante as condições da sala para o doente seguinte</li> </ul> <p>- <u>Providencia e colabora na reposição e organização da SO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta o plano operatório para adequar o material às necessidades</li> <li>• Consulta as fichas técnicas para selecionar material de acordo com requisitos do cirurgião e da técnica cirúrgica</li> <li>• Consulta o processo clínico para adequar o material ao tipo e idade da PSPO</li> <li>• Verifica a validade e integridade das embalagens repostas</li> <li>• Regista <i>checklist</i> de verificação de operacionalidade da sala</li> </ul> <p>- <u>Efetua pedidos de reposição de dispositivos médicos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunica verbalmente e/ou por escrito anomalias dos dispositivos médicos ao enfermeiro coordenador/gestor</li> <li>• Articula com o enfermeiro coordenador/gestor o pedido de dispositivos médicos</li> </ul> |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



## **Anexo VII**



## Enfermeiro Instrumentista

O enfermeiro instrumentista, como em qualquer outra função de enfermagem no perioperatório, segue a metodologia do processo de enfermagem e é exigido competências específicas na área da enfermagem perioperatória.

Este deve valorizar a área da instrumentação enquanto isolada e distinta e deve também valorizar a área de circulação e anestesia como complementares à sua prestação de cuidados.

É sua função prever, organizar, utilizar, gerir e controlar a instrumentação para que a cirurgia decorra nas melhores condições de segurança para a pessoa em situação perioperatória (PSPO) e equipa.

O enfermeiro instrumentista tem funções próprias, independentes e dependentes, baseadas em evidência científica da enfermagem perioperatória e relacionadas com a sua área específica de intervenção.

| Funções do enfermeiro Instrumentista       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Na véspera da intervenção cirúrgica</b> | <u>Consulta o plano operatório</u> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nome do doente</li><li>• Programa cirúrgico eletivo</li><li>• Equipa cirúrgica</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>No dia da intervenção cirúrgica</b>     | <ul style="list-style-type: none"><li>- <u>Prepara o material necessário à cirurgia</u><ul style="list-style-type: none"><li>• Verifica o carro de circulação com o enfermeiro circulante</li><li>• Conhece todo o instrumental disponível, função e manutenção</li><li>• Colabora com o enfermeiro circulante na seleção dos dispositivos médicos necessários</li><li>• Seleciona e/ou supervisiona os fios de sutura</li></ul></li><li>- <u>Acolhe a pessoa no BO</u><ul style="list-style-type: none"><li>• Confirma a cirurgia eletiva para a respetiva sala</li><li>• Apresenta-se (nome/função), se possível sem máscara</li><li>• Colabora com o enfermeiro anestesista e circulante no acolhimento da PSPO</li><li>• Procede à identificação positiva da pessoa (plano cirúrgico/processo clínico/pulseira de identificação)</li><li>• Confirma a cirurgia e lateralidade, se aplicável com a pessoa</li><li>• Proporciona ambiente calmo, seguro e garante a privacidade</li><li>• Mostra disponibilidade</li></ul></li><li>- <u>Prepara-se para a colocação das mesas operatórias</u><ul style="list-style-type: none"><li>• Utiliza corretamente o vestuário do BO</li><li>• Realiza corretamente a desinfeção cirúrgica das mãos, veste a bata e luvas cirúrgicas, de acordo com técnica assética</li></ul></li><li>- <u>Realiza a colocação das mesas cirúrgicas com a colaboração do enfermeiro circulante</u><ul style="list-style-type: none"><li>• Coloca as mesas para a intervenção cirúrgica, o mais próximo possível do início da cirurgia, respeitando e fazendo respeitar as</li></ul></li></ul> |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>normas de segurança e assepsia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coloca mesa para a desinfecção do campo operatório</li> <li>• Valida a esterilização dos diferentes dispositivos médicos, verificando as fitas integradoras e adicionando-os aos registos da PSPO, em documento próprio</li> <li>• Realiza a contagem de itens quantificáveis, nomeadamente: compressas, instrumentos cirúrgicos, cortantes e perfurantes.</li> </ul> <p>- <u>Colabora no vestir da equipa cirúrgica e na preparação do campo operatório</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajuda a equipa cirúrgica a vestir-se</li> <li>• Colabora na preparação, desinfecção e colocação dos campos operatórios</li> <li>• Procede, com o auxílio do enfermeiro circulante, à conexão do equipamento da zona estéril à zona não estéril</li> <li>• Verifica com o enfermeiro circulante a funcionalidade do equipamento</li> </ul> <p>- <u>Mantém a técnica assética cirúrgica durante a intervenção cirúrgica</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• É responsável pela manutenção da técnica assética cirúrgica</li> <li>• É responsável pela movimentação da equipa</li> <li>• Mantém áreas estéreis sobre observação direta</li> <li>• Faz respeitar margem de segurança entre equipa estéril e circulação</li> <li>• Separa os dispositivos médicos de abertura e encerramento da ferida operatória</li> <li>• Separa corretamente os dispositivos médicos limpos, sujos e contaminados</li> <li>• Procede à substituição de luvas de toda a equipa cirúrgica nas situações protocoladas e sempre que necessário a fim de garantir o controlo de infeção</li> </ul> <p>- <u>Realiza corretamente e em tempo útil a passagem dos instrumentos cirúrgicos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fornece corretamente os instrumentos cirúrgicos, conhecendo os tempos operatórios e antecipando-se sempre que possível às necessidades do cirurgião, mantendo o sentido de oportunidade</li> <li>• Utiliza as duas mãos para a passagem de instrumentos</li> <li>• Realiza a passagem de instrumentos com movimentos suaves e seguros e espera até ao final do movimento de entrega</li> <li>• Utiliza corretamente a técnica do “no-touch” e do “circuito não cruzado”</li> </ul> <p>- <u>Responsabiliza-se pela segurança da PSPO durante o ato cirúrgico</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esta atento a pressões exercidas sobre a pessoa (equipa cirúrgica e/ou dispositivos)</li> <li>• Denuncia quebras da técnica assética cirúrgica</li> <li>• Prepara com antecedência as soluções de irrigação, à temperatura adequada, identificando e quantificando-as</li> <li>• Vigia e comunica ao enfermeiro circulante as perdas hemáticas e a quantidade de líquidos utilizados na irrigação e lavagem da ferida operatória, os quais são aspirados, de forma a facilitar o rigor em termos de balanço hídrico</li> <li>• Solicita com a respetiva antecedência, ao enfermeiro circulante, qualquer dispositivo médico necessário ao ato cirúrgico.</li> </ul> <p>- <u>Mantém a organização da mesa de instrumentação</u></p> |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantém a mesa estéril ordenada e os instrumentos limpos de matéria orgânica visível, respeitando a técnica assética cirúrgica</li> <li>• Utiliza água destilada e compressa própria para a limpeza dos instrumentos cirúrgicos</li> <li>• Coloca os instrumentos no mesmo local de onde foram retirados, evitando tempos mortos e permitindo a continuidade de cuidados em caso de substituição</li> <li>• Segue os cuidados recomendados no manuseamento do material corto perfurante, colocando-o em local neutro e protocolado na mesa operatória, durante a intervenção cirúrgica e em contentor próprio no final da cirurgia.</li> </ul> <p>- <u>Recolhe os produtos orgânicos para análise e fornece-os ao enfermeiro circulante</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recolhe os tecidos/produtos orgânicos para análise, fornece-os ao enfermeiro circulante confirmado a sua correta identificação</li> </ul> <p>- <u>Realiza a contagem dos itens quantificáveis</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Executa as contagens com auxílio do enfermeiro circulante</li> <li>• Comunica o resultado das contagens ao cirurgião</li> <li>• Valida o registo no final da cirurgia</li> </ul> <p>- <u>Colabora no encerramento da ferida operatória e penso</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicita ao enfermeiro circulante e prepara os fios de sutura para encerramento, drenagens e penso.</li> <li>• Procede à substituição das luvas cirúrgicas, antes da realização do penso operatório</li> </ul> <p>- <u>Procede à evacuação do instrumental cirúrgico</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realiza a contagem do instrumental cirúrgico com a colaboração do enfermeiro circulante</li> <li>• Retira os dispositivos médicos das mesas operatórias e coloca-o em contentores próprios</li> <li>• Supervisiona o transporte do material em contentores hermeticamente fechados antes de sair da sala operatória para a unidade de reprocessamento de dispositivos médicos de uso múltiplo</li> </ul> <p>- <u>Colabora na transferência do doente</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Retira bata e luvas</li> <li>• Colabora na transferência do doente, se necessário</li> <li>• Valida os registos efetuados</li> </ul> |
| <b>No final da intervenção cirúrgica</b> | <p>- <u>Colabora na preparação e reorganização da SO para a intervenção cirúrgica seguinte</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta o plano operatório para adequar os dispositivos médicos às necessidades da próxima intervenção cirúrgica, de acordo com a PSPO e cirurgião</li> <li>• Providencia a preparação da sala e a reposição dos dispositivos médicos consumidos, em colaboração com o enfermeiro circulante</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |



## **Anexo VIII**



## Checklist Recobro I - UCA

|             |                    |
|-------------|--------------------|
| Data:       | Hora:              |
| Enfermeiro: | N.º Mecanográfico: |

|                                                                                                           |     |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| <b><u>Verificar:</u></b>                                                                                  | Sim | Não |
| <b>Espaço físico</b>                                                                                      |     |     |
| Condições de segurança                                                                                    |     |     |
| Condições de higienização                                                                                 |     |     |
| Condições de luminosidade                                                                                 |     |     |
| Funcionamento da campainha                                                                                |     |     |
| <b>Unidade do doente</b>                                                                                  |     |     |
| Monitor de sinais vitais e respetivos cabos                                                               |     |     |
| Sistema de aspiração (montado)                                                                            |     |     |
| Sistema de fornecimento de O2                                                                             |     |     |
| Sistema de fornecimento de Ar                                                                             |     |     |
| Maca (funcionalidade)                                                                                     |     |     |
| <b>Material de apoio</b>                                                                                  |     |     |
| Medicamentos em stock                                                                                     |     |     |
| Dispositivos médicos de apoio à preparação de medicamentos (seringas, agulhas, sistemas de soros, outros) |     |     |
| Dispositivos médicos de apoio à via aérea (cânulas/máscaras O2; tubo guedel, outros)                      |     |     |
| Sistema de aquecimento de ar forçado                                                                      |     |     |
| <b>Carro de emergência</b>                                                                                |     |     |
| <b>Carro anestesia regional</b>                                                                           |     |     |
| <b>Aplicativos informáticos</b>                                                                           |     |     |
| <b>Telefone móvel com bateria</b>                                                                         |     |     |

Observações:



## **Anexo IX**



# Projeto de Melhoria Segurança do Medicamento na UCA

Ana Isabel Soares

EEEMC à Pessoa em Situação Perioperatória da UCA

Janeiro, 2025

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas

BO - Bloco Operatório

CA - Carro de Anestesia

CAR - Carro de Anestesia Regional

CER - Conselho de Enfermagem Regional

DCI - Denominação Comum Internacional

DR - Diário da República

DGS - Direção-Geral da Saúde

LASA - *Look-Alike, Sound-Alike*

MAM - Medicamentos Alerta Máximo

MAV - Medicamentos de Alta Vigilância

MS - Ministério da Saúde

Pág. - Página

PNSD - Plano Nacional de Segurança do Doente

PQCE - Padrões de Qualidades dos Cuidados de Enfermagem

PMCQCE - Projeto de Melhoria Continua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

OE - Ordem dos Enfermeiros

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SD - Segurança do Doente

SM - Segurança do Medicamento

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPA - Sociedade Portuguesa de Anestesiologia

UCA - Unidade de Cirurgia de Ambulatório

WHO - *World Health Organization*

## ÍNDICE:

|                                                                                                                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| INTRODUÇÃO.....                                                                                                          | 4  |
| REVISÃO SISTEMÁTICA.....                                                                                                 | 5  |
| IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA .....                                                                                          | 9  |
| DESENHO DO PROJETO.....                                                                                                  | 11 |
| OBJETIVOS .....                                                                                                          | 11 |
| RECURSOS.....                                                                                                            | 11 |
| ENUNCIADO DESCRITIVO .....                                                                                               | 12 |
| DIMENSÃO ESTUDADA (item 1 da <i>Checklist</i> de Heather Palmer) .....                                                   | 13 |
| UNIDADE DE ESTUDO (item 2 da <i>Checklist</i> de Heather Palmer) .....                                                   | 13 |
| TIPO DE DADOS (item 3 da <i>Checklist</i> de Heather Palmer): .....                                                      | 13 |
| FONTE DE DADOS (item 4 da <i>Checklist</i> de Heather Palmer) .....                                                      | 13 |
| TIPO DE AVALIAÇÃO (item 5 da <i>Checklist</i> de Heather Palmer).....                                                    | 13 |
| CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO (item 6 da <i>Checklist</i> de Heather Palmer) .....                                              | 13 |
| COLHEITA DE DADOS (item 7 da <i>Checklist</i> de Heather Palmer) .....                                                   | 14 |
| RELAÇÃO TEMPORAL (item 8 da <i>Checklist</i> de Heather Palmer).....                                                     | 14 |
| SELEÇÃO DA AMOSTRA (item 9 da <i>Checklist</i> de Heather Palmer).....                                                   | 15 |
| METAS E INDICADORES .....                                                                                                | 15 |
| PLANO DE ATIVIDADES .....                                                                                                | 16 |
| INTERVENÇÃO PREVISTA (item 10 da <i>Checklist</i> de Heather Palmer).....                                                | 18 |
| DIVULGAÇÃO DO PMQCCE .....                                                                                               | 18 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS.....                                                                                                | 19 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: .....                                                                                        | 20 |
| ANEXOS.....                                                                                                              | 22 |
| ANEXO I – INSTRUMENTO DE AUDITORIA – BOAS PRÁTICAS DE ACONDICIONAMENTO E ROTULAGEM DE .....                              | 23 |
| MEDICAMENTOS .....                                                                                                       | 23 |
| ANEXO II – INSTRUMENTO DE AUDITORIA – MEDICAMENTOS COM NOME ORTOGRÁFICO E/OU FONÉTICO E/OU ASPETO SEMELHANTE (LASA)..... | 25 |
| ANEXO III – INSTRUMENTO DE AUDITORIA- MEDICAMENTOS DE ALERTA MÁXIMO (MAM) .....                                          | 27 |
| ANEXO IV – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES .....                                                                                | 29 |

## INTRODUÇÃO

A Segurança do doente (SD) em geral, e em particular a segurança do medicamento (SM), representa um problema global de saúde pública relacionado com a prestação de cuidados de saúde. Todos os anos ocorre um significativo número de danos ou mortes relacionadas com falhas na prestação de cuidados, sendo que muitos deles poderiam ser evitados (Barroso et al., 2021). Dados da *World Health Organization* (WHO) estimam que pelo menos 50% das complicações relacionadas com o contexto perioperatório são evitáveis. Os erros de medicação podem ocorrer nas várias etapas do perioperatório e pelas suas características podem levar a danos significativos para o doente (Diniz et al., 2021).

A Direção-geral da Saúde (DGS) destaca através das normas 020/2014 e 014/2015 que as instituições de saúde e os profissionais que nelas prestam cuidados são responsáveis por implementar práticas seguras no que respeita aos medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes, conhecidos na literatura internacional por medicamentos *Look-Alike*, *Sound-Alike* (LASA) e medicamentos alerta máximo (MAM), assim como promover formação e atualização sobre segurança do medicamento. Mais recentemente reforçou a importância desta temática com a emanação da norma 008/2023, Medicamentos de Alta Vigilância (MAV), que volta a salientar a importância das instituições de saúde adotarem práticas seguras no que respeita à SM. São incluídos na classe de MAV, os MAM também designados na literatura por medicamentos potencialmente perigosos ou medicamentos de alto risco, os medicamentos LASA e os medicamentos com a mesma denominação comum internacional (DCI) da substância ativa, mas com diferentes dosagens (DGS, 2023).

Este Projeto de Melhoria Continua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PMCQCE), designado de Segurança do Medicamento na Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA), surge da necessidade de reorganização dos medicamentos na UCA, uma vez que a segurança do medicamento é uma área que sendo um fator fulcral da cultura de segurança e das práticas seguras pode e deve ser melhorada com vista a atuar segundo as normas existentes, promovendo assim a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados.

De acordo com a DGS, a segurança do medicamento relaciona-se com atividades para evitar, prevenir ou corrigir eventos adversos que podem resultar do uso de medicamentos (DGS, 2023)

O objetivo deste PMCQCE é implementar estratégias promotoras de acondicionamento, rotulagem e utilização segura de medicamentos, com o intuito responder a uma necessidade organizacional, com foco na melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, na promoção de ambientes seguros e na SD.

Este PMCQCE divide-se em: revisão sistemática; identificação do problema; desenho do projeto; considerações finais; referências bibliográficas; e anexos.

## REVISÃO SISTEMÁTICA

Ao longo dos anos, a temática da SD e nomeadamente da SM tem sido alvo de atenção quer a nível nacional, quer a nível internacional. Neste âmbito, a ordem dos enfermeiros (OE) e os documentos que regulam a profissão, também têm evidenciado a importância desta matéria.

Desde 1996, o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) refere que o enfermeiro deve adotar uma conduta ética e responsável na perspetiva da adoção de medidas de segurança e na procura permanente da excelência do exercício profissional. Deve prevenir complicações para a saúde do doente, contribuindo para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem. Relativamente à SM, o REPE refere que os enfermeiros de acordo com as suas qualificações profissionais: “procedem à administração da terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade, ...”, e “participam na elaboração e concretização de protocolos referentes a normas e critérios para a administração de ... medicamentos.” (Diário da República (DR), 1996, pág.2961).

O Ministério da Saúde (MS) em 2015, no âmbito das políticas de saúde para a SD, publicou o Plano Nacional de Segurança do Doente (PNSD) 2015-2020 o qual visava atingir 9 objetivos estratégicos. O objetivo nº 4 referia-se ao aumento da segurança na utilização da medicação. Deste modo, foram definidas como principais ações a implementação de normas e práticas seguras no âmbito dos medicamentos LASA, MAM e reconciliação terapêutica. Sendo também uma prioridade a informatização e notificação nesta área, assim como a auditoria da implementação de práticas seguras. Neste âmbito foram desenvolvidas as seguintes normas: norma 020/2014 - Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhante; norma 014/2015 - Medicamentos de alerta máximo; e a orientação 015/2015 - Processo de gestão da medicação.

Em 2021, foi atualizado e publicado o PNSD 2021-2026, reunindo o conhecimento mais atualizado no âmbito da SD, tendo assim como principal objetivo a prestação de cuidados de saúde com segurança e qualidade no Serviço Nacional de Saúde (SNS), o qual assenta em 5 pilares e 14 objetivos estratégicos. É de realçar o pilar nº 5 - práticas seguras em ambientes seguros, que remete para a importância do contexto e das condições em que se prestam cuidados de saúde, uma vez que estas condicionam a segurança e a efetividade dos mesmos. Dentro deste pilar e no que respeita à segurança da medicação e reconciliação terapêutica, o PNSD define como objetivos estratégicos: “Implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde” e “Monitorizar a implementação de práticas seguras” (DR, 2021, pág. 102).

## Projeto de Melhoria Segurança do Medicamento na UCA

Em 2017, a WHO definiu o terceiro desafio mundial para a SD no programa “Medicação sem Dano” com o objetivo de reduzir danos graves e evitáveis, tendo por base a melhoria dos sistemas e das práticas que envolvem a utilização de medicação. No âmbito da melhoria da segurança dos cuidados foram ainda definidas 3 ações prioritárias das quais se destaca para este projeto de melhoria as situações de alto risco. No perioperatório, as situações de alto risco relacionam-se com situações clínicas agudas ou graves, num ambiente de grande complexidade de cuidados e de uso de medicação. Este projeto vai ainda de encontro ao terceiro objetivo deste programa no sentido de desenvolver orientações e ferramentas para tornar o uso de medicamentos mais seguro, reduzindo assim erros associados ao uso dos mesmos (WHO, 2017).

Em 2023, a DGS através da norma 008/2023, Medicamentos de Alta Vigilância volta a reforçar a importância da SM, referindo que as instituições prestadoras de cuidados de saúde são responsáveis por implementar práticas seguras no que respeita aos MAV (DGS, 2023).

No que se refere à área específica do perioperatório, também aqui têm surgido evidência da importância da SD e concretamente da SM.

De acordo com o Modelo Conceptual Focado no Paciente Perioperatório, revisto em 2016, pela Association of periOperative Registered Nurses, a SD é um dos domínios de atenção. Este visa que os enfermeiros do perioperatório prestem cuidados de forma a proteger a pessoa de lesões físicas ou danos não relacionadas com o procedimento cirúrgico (Wicklin, 2020).

No que respeita ao Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória (2018), o enfermeiro “maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica” (DR, 2018, pág. 19367).

Os cuidados perioperatórios estão associados à ocorrência de eventos adversos relacionados com a vulnerabilidade da pessoa, dos procedimentos realizados e da complexidade do ambiente e recursos. O enfermeiro deve assim mobilizar conhecimentos e habilidades por forma a garantir a segurança da pessoa e da equipa, agindo de acordo com a ética profissional (DR, 2018).

Relativamente às práticas de SM, o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória refere que o enfermeiro “utiliza estratégias e medidas de segurança para evitar danos decorrentes da administração terapêutica e procedimentos anestésicos” assim como que “garante que estão asseguradas as condições de boa prática...” (DR, 2018, pág. 19367).

## Projeto de Melhoria Segurança do Medicamento na UCA

Nos serviços de saúde, o erro, embora não desejado, faz parte do dia-a-dia das Instituições. Segundo Reason, (2000) os erros são esperados nas melhores organizações. Este autor refere que não se pode mudar a natureza humana, mas, pode se alterar as condições de trabalho de forma a minimizar a ocorrência de erros. Deste modo, é imperioso que quando ocorre um evento adverso este seja notificado de forma a identificar a causa dessa ocorrência para assim prevenir futuras situações.

No seu estudo de doutoramento, Mota (2021), estudou a SD nos blocos operatórios portugueses. Os enfermeiros, na sua prática de cuidados diários, devem ter em conta a manutenção da cultura de segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem que prestam. Uma cultura de segurança inadequada relaciona-se com a diminuição da SD, proporcionando a ocorrência de eventos adversos. A área SM foi identificada pelos enfermeiros perioperatórios como uma temática em que as práticas podem e devem melhoradas de forma a evitar erros e melhorar os ambientes de práticas de cuidados (Mota, 2021).

A OE, através dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE), em 2001, enfatiza a necessidade da melhoria dos cuidados de enfermagem a prestar aos cidadãos. A melhoria da qualidade é desta forma assumida como imperiosa quer por organizações internacionais como a WHO e o *International Council of Nurses*, quer por nacionais como o Conselho Nacional de Qualidade. Neste âmbito compete às instituições adequar os recursos e criar estruturas que promovam o exercício profissional de qualidade. É necessário assim uma reflexão sobre a prática com vista a definir objetivos e estratégias para os alcançar, surgindo assim os projetos de melhoria da qualidade como consta no enunciado descritivo 3.6 “...excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem” que salienta a “existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros” e “...metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade” (OE, 2001, pág. 18).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica deve, na procura permanente pela excelência do exercício profissional, contribuir para a eficácia e organização dos cuidados de enfermagem especializados. É essencial que recorra a metodologias de organização dos cuidados de enfermagem especializados, promotores da qualidade. Também na área da Enfermagem à Pessoa em situação Perioperatória foram definidos Padrões de Qualidade dos Cuidados especializados essenciais para a promoção da melhoria contínua dos cuidados. Estes, visão estabelecer o padrão de excelência do exercício profissional, orientam a reflexão profissional e a tomada de decisão em Enfermagem Perioperatória e servem como referencial na definição de indicadores que permitam identificar o contributo para ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem Perioperatórios (OE, 2017).

|  |                                                                      |  |
|--|----------------------------------------------------------------------|--|
|  | <b>Projeto de Melhoria</b><br><b>Segurança do Medicamento na UCA</b> |  |
|--|----------------------------------------------------------------------|--|

Entre outros são elementos fundamentais à organização dos cuidados a elaboração e atualização de procedimentos e recomendações baseados em evidência científica e alinhados com a evolução tecnológica que por sua vez promovam a satisfação dos enfermeiros especialistas relativamente à qualidade do exercício profissional (OE, 2017). Em 2013 o Conselho de Enfermagem Regional (CER) emitiu o Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem com uma proposta de organização de projetos com base no ciclo PDCA (Plan/Do/Check/Act/Adjust).

Posteriormente em 2014, o CER elaborou um guião para PMCQCE, incluindo a *Checklist de Heather Palmer*. Assim este projeto é desenhado no sentido de ir de encontro às recomendações e orientações da OE no que concerne aos PMCQCE.

## IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

No bloco operatório (BO) da UCA podemos encontrar medicação em diversos locais, nomeadamente: nas salas operatórias (no carro de anestesia (CA) e na área de apoio à enfermeira circulante); na área de farmácia (área de armazenamento da medicação, com frigorífico para medicação específica de acondicionamento em frio); no recobro; no carro de anestesia regional (CAR); e no carro de emergência.

Os CA, nomeadamente na gaveta destinada à medicação, não se encontram organizados segundo os padrões de normalização recomendados pela Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (AESOP) e da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (SPA), nem em conformidade com os princípios de segurança dos medicamentos, LASA e MAM. Na organização atual da gaveta da medicação dos CA deparamo-nos com algumas inconformidades, nomeadamente a falta de uniformização entre os 3 CA existentes para cada uma das salas operatórias, a não existência de uma zona geral, personalizável e de emergência, a falta de parametrização das quantidades definidas para cada medicamento, medicamentos com apresentação de apenas 1 unidade, e identificação incompleta e manuscrita dos medicamentos.

Na área de armazenamento dos medicamentos, farmácia do serviço, a medicação está identificada com as etiquetas referentes à gestão de *stock*, através da qual se realizam os pedidos de medicação. No frigorífico, na mesma prateleira encontramos diferentes medicamentos, com identificação e separação inadequada.

No recobro verificam-se inconformidades na identificação dos medicamentos, nomeadamente dosagens, quantidades e alertas LASA, MAM e DCI.

No CAR, verificou-se a existência de medicamentos de dosagem diferente no mesmo compartimento e ausência de identificação dos medicamentos encontrados.

No carro de emergência, a medicação existente e respetivas quantidades são padronizadas pela instituição, contudo existe uma vez mais a possibilidade de melhoria ao nível da identificação dos medicamentos, visto que os mesmos se encontram com identificação manuscrita e incompleta.

Refletindo sobre as possíveis causas dos problemas identificados consideramos que podem estar na base do mesmo a falta de realização de formação sobre segurança da medicação no contexto da UCA e a falta de sensibilização para a adoção das normas de boas práticas emanadas pela DGS, WHO, AESOP, SPA, OE entre outras. O facto de os profissionais não terem tempo dedicado para funções de organização/gestão e programas de melhoria contínua do serviço pode ser também uma das possíveis causas associadas.

## Projeto de Melhoria Segurança do Medicamento na UCA

Uma vez que se considera que estes fatores podem ser promotores de erros associados à administração de medicamentos, pondo assim em causa a segurança e qualidade dos cuidados prestados, assim como da PSPO que é alvo dos mesmos, consideramos este problema pertinente para a realização de um projeto de melhoria.

O BO é um ambiente de alto risco para a ocorrência de erros de medicação dadas as suas características, prescrição verbais, acesso fácil a medicação, número de intervenientes no processo, *stress*, problemas de comunicação entre outros. Acresce que a maioria dos medicamentos utilizados, nomeadamente MAM e LASA, podem provocar danos significativos no caso de falhas na sua administração (Diniz et al., 2021).

As boas práticas emanadas pela AESOP e SPA no sentido da melhoria contínua da qualidade associada a atos anestésicos têm em vista reduzir efeitos adversos inerentes à preparação/administração de medicamentos considerados MAM e LASA, promovendo assim a segurança no intraoperatório e favorecendo também a organização do trabalho.

No que respeita aos princípios de organização e normalização da gaveta da medicação nos CA, a AESOP e SPA preconizam que: deve existir uma gaveta de medicamentos com 3 áreas distintas (geral, personalizável e emergência com fundo verde, amarelo e vermelho respetivamente); os medicamentos devem estar organizados por sequência de utilização, da esquerda para a direita; a medicação do CA não deve estar organizada de forma alfabética; os MAM e LASA devem estar separados; os espaços de acondicionamento devem ser adequados ao tamanho das embalagens; sempre que possível devem existir espaços livres identificados com X no fundo; os CA devem dispor das quantidades necessárias para um dia de trabalho; os medicamentos devem ser identificados com cores normalizadas (ISO 26825/2008) e com identificação nominal de acordo com a norma 020/2014 da DGS (*Tall man lettering* – rotulagem com letras de tamanho distinto: minúsculas/ maiúsculas); a identificação deve estar na lateral posterior com nome da substância ativa e quantidade definida; sejam utilizados alertas normalizados (LASA e MAM); não devem ser disponibilizados medicamentos concentrados para diluição; devem existir separadores personalizáveis; e que o CA seja facilmente higienizável. No que respeita ao CAR a AESOP e a SPA recomendam o uso de um carro exclusivo para este fim (AESOP, SPA, 2018).

Em 2023, a DGS vem ainda reforçar que as instituições de saúde “ao nível da seleção, aquisição e armazenamento, devem: ... desenvolver estratégias ao nível do armazenamento dos MAV, na farmácia e nos restantes serviços/unidades da instituição, inclusive nos equipamentos semi automatizados, que garantam a sua separação física e a sua correta identificação, incluindo a rotulagem, designadamente através de: armazenamento separado, no caso dos medicamentos LASA e no caso de medicamentos com a mesma denominação comum internacional (DCI), mas com diferentes dosagens; sinalização com grafismo diferente, aplicando o método de inserção de letras

maiúsculas e a negrito, particularmente no caso dos medicamentos LASA; e sinalização com utilização de cores ou pictogramas, particularmente no caso dos MAM e de medicamentos com a mesma DCI, mas com diferentes dosagens.” (DGS, 2023, p.3).

## **DESENHO DO PROJETO**

### **OBJETIVOS**

A segurança da medicação reveste-se de elevada importância no contexto de cuidados de saúde. No âmbito do BO, dado as suas características específicas, este tema ganha ênfase por se tratar de um ambiente altamente complexo que potencia a ocorrência de erros de medicação e em que os medicamentos utilizados têm características específicas que podem potenciar dano à pessoa em situação perioperatória. Neste sentido, este projeto tem como objetivo geral: promover práticas seguras de uso de medicamentos no BO da UCA.

De forma a responder a este objetivo geral, identificaram-se objetivos específicos que o operacionalizam, sendo estes:

- implementar boas práticas de identificação dos medicamentos nos diversos locais do BO da UCA (CA/CAR/ recobro/ carro de emergência e farmácia do serviço);
- uniformizar o acondicionamento dos medicamentos nos 3 CA existentes no BO da UCA;
- elaborar as listas de medicamentos LASA e MAM adaptadas ao BO da UCA;
- formar os profissionais da UCA no que respeita à segurança do medicamento.

Importa salientar que, numa segunda fase, seria pertinente e fundamental alargar este projeto a toda a UCA, nomeadamente às áreas de admissão, recobro II e área de pernoita.

### **RECURSOS**

Para a realização deste projeto de melhoria prevê-se a necessidade dos seguintes recursos:

- Materiais:
  - Papel
  - Canetas
  - Computador
  - Impressora
  - 3 novos carros de anestesia ou 1 terceiro igual aos dois já existentes

## Projeto de Melhoria Segurança do Medicamento na UCA

- Divisórias para gavetas de medicação dos carros de anestesia
- Equipamentos para acondicionamento de medicação
- Etiquetas de identificação – estabelecer parceria com os serviços farmacêuticos
- Alertas normalizados (pictogramas)
- Rolos de papel autocolante na cor verde, amarela e vermelha
- Humanos:
  - Aluna de mestrado
  - Enfermeira Tutora
  - Enfermeira Gestora
  - Enfermeiros da UCA
  - Técnicos dos serviços farmacêuticos
- Financeiros:
  - Verba para aquisição de materiais específicos, nomeadamente:
    - impressões
    - papel autocolante colorido
    - etiquetas de identificação de fármacos
    - divisórias para carros de anestesia
    - novos carros de anestesia de igual modelo

### ENUNCIADO DESCRITIVO

Este projeto, de melhoria contínua da qualidade, enquadra-se no enunciado descritivo organização dos cuidados de saúde. Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem. Concretamente com este projeto pretende-se:

- A existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros;
- A satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional;
- A existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade na área específica da segurança do medicamento;

## Projeto de Melhoria Segurança do Medicamento na UCA

- A utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade.

### **DIMENSÃO ESTUDADA (item 1 da *Checklist* de Heather Palmer)**

- Adequação técnico científica
- Pretende-se recorrer a evidência científica, legislação de forma a favorecer as condições de prestação de cuidados no âmbito da segurança do medicamento e consequentemente otimizar os cuidados prestados.

### **UNIDADE DE ESTUDO (item 2 da *Checklist* de Heather Palmer)**

- Profissionais prestadores de cuidados de saúde que fazem uso de medicamentos (enfermeiros e médicos anestesiológicos).
- Período de tempo: de 1 de Outubro de 2024 a 28 de Fevereiro de 2025.

### **TIPO DE DADOS (item 3 da *Checklist* de Heather Palmer):**

- Estrutura
- Instrumentos disponíveis sobre a temática da segurança da medicação
- Características do ambiente físico relativamente à disponibilidade e apresentação dos medicamentos.

### **FONTE DE DADOS (item 4 da *Checklist* de Heather Palmer)**

- Dados colhidos através da observação direta

### **TIPO DE AVALIAÇÃO (item 5 da *Checklist* de Heather Palmer)**

- Auditoria interna:
- Executada pelos mentores do projeto ou profissionais designados para o efeito como o objetivo de auditar o alcance as suas metas definidas.

### **CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO (item 6 da *Checklist* de Heather Palmer)**

**Projeto de Melhoria  
Segurança do Medicamento na UCA**

| <b>Critérios</b>                                                                                                                                                                                                            | <b>Exceções</b>                                                                                                 | <b>Esclarecimentos</b>                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Todos os medicamentos corretamente identificados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nome do princípio ativo</li> <li>○ Dosagem</li> <li>○ Quantidade a apresentar</li> <li>○ Existência de alertas</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Poderá variar de acordo com o local</li> <li>○ Se aplicável</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>TAII MAN LETTRING</i>, MAM e mesma DCI com diferente dosagem</li> </ul> |
| Uniformização das gavetas de medicamentos dos carros de anestesia                                                                                                                                                           | Área personalizável                                                                                             |                                                                                                                     |
| Existência de Lista de medicamentos LASA e MAM adaptadas à UCA                                                                                                                                                              |                                                                                                                 |                                                                                                                     |
| Realizar formação dos profissionais envolvidos                                                                                                                                                                              |                                                                                                                 |                                                                                                                     |

**COLHEITA DE DADOS (item 7 da *Checklist* de Heather Palmer)**

- Os dados são colhidos pelos enfermeiros em momentos designados para o efeito

**RELAÇÃO TEMPORAL (item 8 da *Checklist* de Heather Palmer)**

- Prospetiva

O estudo realiza-se no presente e é continuado para o futuro.

## Projeto de Melhoria Segurança do Medicamento na UCA

### SELEÇÃO DA AMOSTRA (*item 9 da Checklist de Heather Palmer*)

- Estruturas que apresentem armazenamento de medicamentos

### METAS E INDICADORES

Estrutura - Englobam características (relativamente estáveis) da prestação de cuidados, de recursos materiais/humanos e das instalações/organização.

Com a elaboração deste projeto de melhoria pretende-se atingir as seguintes metas.

- 80% dos medicamentos estejam acondicionados em espaço próprio e de tamanho adaptado às embalagens em uso.
- 75 % dos medicamentos corretamente identificados, nos diversos locais da UCA (CA/CAR/ recobro/ carro de emergência e farmácia do serviço);
- 100% de uniformização na gaveta dos medicamentos dos CA na área geral e de emergência
- 70 % dos profissionais conheçam as listas de MAM e LASA
- 70 % dos profissionais tenha formação no âmbito da segurança do medicamento
- 50 % de boas práticas medicamentos LASA
- 50 % de boas práticas MAM

Com vista à avaliação das metas definidas, propõem-se os seguintes indicadores, exequíveis através da aplicação das escalas de auditoria (Anexo I, II e III):

- Taxa de medicamentos acondicionados em espaço próprio =  $\frac{n^{\circ} \text{ de medicamentos acondicionados em espaço próprio}}{n^{\circ} \text{ total de medicamentos}} \times 100$
- Taxa de medicamentos com espaço de acondicionamento adaptado à embalagem =  $\frac{n^{\circ} \text{ de medicamentos acondicionados em espaço adaptado}}{n^{\circ} \text{ total de medicamentos}} \times 100$
- Taxa de medicamentos corretamente identificados\* =  $\frac{n^{\circ} \text{ de medicamentos corretamente identificados}}{n^{\circ} \text{ total de medicamentos}} \times 100$

(\*identificação na lateral posterior; nome da substância ativa; dose; quantidade a apresentar (se aplicável); alerta normalizado (se aplicável))

- Taxa de uniformização das gavetas de medicação dos CA =  $\frac{n^{\circ} \text{ de CA uniformizados}}{n^{\circ} \text{ total de CA}} \times 100$
- Taxa de profissionais com formação em segurança do medicamento =  $\frac{n^{\circ} \text{ de profissionais com formação}}{n^{\circ} \text{ total de profissionais}} \times 100$
- Taxa de implementação de boas práticas medicamentos LASA =  $\frac{\text{total de respostas sim}}{\text{total de respostas aplicáveis}} \times 100$

**Projeto de Melhoria  
Segurança do Medicamento na UCA**

- Taxa de implementação de boas práticas MAM =  $\frac{\text{total de respostas sim}}{\text{total de respostas aplicáveis}} \times 100$

Após a implementação das atividades a desenvolver deste projeto de melhoria e uma vez que este exige contínuas adaptações ao contexto onde se insere, planeamos a primeira avaliação 3 meses após a implementação total do mesmo. Posteriormente procederíamos à atualização e melhoria das fragilidades encontradas ao longo do processo de avaliação e auditoria com consequente formação e atualização dos profissionais sobre a segurança do medicamento.

#### PLANO DE ATIVIDADES

A tabela seguinte contempla as atividades a desenvolver, responsáveis e prazo de implementação de acordo com o objetivo do projeto.

**Objetivo** - Promover práticas seguras de uso de medicamentos na UCA

| Atividades                                                                                                             | Responsável implementação | Prazo de implementação |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------|
| Avaliar o acondicionamento e rotulagem dos medicamentos                                                                | Autores do projeto        | 2 meses                |
| Identificar os documentos existentes na instituição/serviço sobre acondicionamento e rotulagem de medicamentos         |                           |                        |
| Realizar revisão bibliográfica sobre o tema/problema                                                                   |                           |                        |
| Reunir com o Enfermeiro Gestor para validar o problema                                                                 | ENF gestor                | 1 mês                  |
| Elaborar a lista de medicamentos LASA adaptada ao serviço                                                              | Autores do projeto        | 2 meses                |
| Elaborar a lista de MAM adaptada ao serviço                                                                            |                           |                        |
| Elaborar as grelhas de auditoria                                                                                       |                           |                        |
| Elaborar o protótipo de organização e rotulagem/documento de organização dos medicamentos nos CA/CAR e recbro          |                           |                        |
| Articular com a farmácia para a impressão de etiquetas de identificação de acordo com as normas e em material adequado |                           |                        |

**Projeto de Melhoria  
Segurança do Medicamento na UCA**

|                                                                                                                                                                                                                                    |                                 |          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|
| Elaborar formação sobre segurança da medicação                                                                                                                                                                                     |                                 |          |
| Identificar os recursos necessários                                                                                                                                                                                                |                                 |          |
| Reunir com o Enfermeiro Gestor para validar a aprovação e implementação do projeto de melhoria                                                                                                                                     | ENF gestor                      | 1 mês    |
| Realizar a apresentação do projeto de melhoria no serviço                                                                                                                                                                          | Autores do projeto              | 1 mês    |
| Apresentar formação sobre segurança da medicação                                                                                                                                                                                   | Autores do projeto              | 1 mês    |
| Incentivar a notificação de não conformidades                                                                                                                                                                                      | Autores do projeto e ENF Gestor | Contínuo |
| Organizar e rotular a gaveta de medicação dos CA                                                                                                                                                                                   |                                 | 2 meses  |
| Organizar e rotular uma gaveta para medicação nos CAR                                                                                                                                                                              |                                 |          |
| Organizar e rotular as gavetas de medicação do recobro                                                                                                                                                                             |                                 |          |
| Organizar e rotular a medicação refrigerada                                                                                                                                                                                        |                                 |          |
| Rotular os compartimentos de medicação do carro de emergência                                                                                                                                                                      |                                 |          |
| Rotular as gavetas de <i>stock</i> da farmácia                                                                                                                                                                                     |                                 |          |
| Elaborar um <i>dossier</i> de segurança do medicamento, disponível em todas as salas, recobro e formato digital que contemple: <ul style="list-style-type: none"> <li>• lista de medicamentos LASA</li> <li>• lista MAM</li> </ul> |                                 |          |
| Realizar a auditoria do projeto de melhoria                                                                                                                                                                                        | Autores do projeto              | 1 mês    |
| Avaliar os resultados das auditorias                                                                                                                                                                                               |                                 | 1 mês    |
| Partilhar os resultados das auditorias do projeto de melhoria                                                                                                                                                                      |                                 |          |
| Avaliar o projeto de melhoria e propor medidas corretivas                                                                                                                                                                          | Autores do projeto e ENF Gestor | 1 mês    |

As atividades planeadas estão organizadas no cronograma que se apresenta em anexo IV.

|  |                                                                |  |
|--|----------------------------------------------------------------|--|
|  | <b>Projeto de Melhoria<br/>Segurança do Medicamento na UCA</b> |  |
|--|----------------------------------------------------------------|--|

**INTERVENÇÃO PREVISTA (item 10 da Checklist de Heather Palmer)**

- Medida Educacionais
  - o Capacitação do profissional de conhecimentos/competências.
- Medidas Estruturais
  - o Adquisição/otimização de recursos.

**DIVULGAÇÃO DO PMCQCE**

Intra - institucional

Divulgação no âmbito da formação em serviço e/ou eventos formativos na instituição.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A SD assume nos dias de hoje uma grande importância quer ao nível nacional quer ao nível internacional constituindo um enorme desafio quer para as instituições quer para os profissionais que nelas prestam cuidados.

No que respeita ao uso seguro de medicação, nomeadamente no contexto de bloco operatório é fundamental adotar estratégias e práticas seguras que minimizem a ocorrência de erros de medicação uma vez que pelas suas características é um ambiente altamente propício à ocorrência dos mesmos e em que os danos resultantes podem ser potencialmente graves.

Os projetos de melhoria não são estanques, o que exige uma monitorização e avaliação contínua e consequente adaptação das práticas adotadas. Estes devem considerar também estratégias que promovam a adesão das equipas aos mesmos. É imperativo criar uma simbiose entre as equipas multidisciplinares com vista a alcançar o sucesso. Este projeto de melhoria, no âmbito da segurança do medicamento vai de encontro ao 3º desafio global da segurança do doente da OMS, medicação sem dano. A inclusão das várias estratégias adaptadas ao contexto contribui para a prevenção de erros de medicação, beneficiando assim a PSPO, os seus significativos, os profissionais e sociedade, traduzindo-se em ganhos efetivos em saúde e económicos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AESOP, SPA. (2018). NORMALIZAÇÃO DE UM CARRO DE ANESTESIA – Proposta de organização, perspetivando eficiência, fatores humanos e segurança.

[https://www.aesopenfermeiros.org/wpcontent/uploads/2020/01/carro\\_anestesia\\_012\\_High-res.pdf](https://www.aesopenfermeiros.org/wpcontent/uploads/2020/01/carro_anestesia_012_High-res.pdf).

Barroso, F.; Sales, L.; Ramos, S. (2021). Guia prático para a segurança do doente. (1ª edição) Lidel.

Conselho de Enfermagem Regional – Secção Regional Sul da Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. [Guião para elaboração projetos qualidade SRS.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#).

Decreto-lei nº 161/96 de 4 de setembro (1996). REPE Regulamento Exercício Profissional do Enfermeiro. Diário Da República I Série-A, nº 205 (2959-2962).

Despacho n. 9390/2021 de 24 de setembro (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). Diário da República 2ª série, nº187 (96-103).

Despacho n. 1400-A/2015 de 10 de fevereiro (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República 2ª série, nº28 (3882-(2)-3882(10)).

Diniz, A., Diniz, M., Reis, S., Hingá, C. (2021). Segurança do medicamento nos carros de anestesia – um projeto de melhoria contínua em cirurgia de ambulatório. Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento, 7 (2) 178-193. DOI: [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2021.7\(2\).505.178-193](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2021.7(2).505.178-193).

Direção-Geral da Saúde. (2014). Norma nº 020/2014. Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/medicamentos-com-nomeortografico-fonetico-ou-aspeto-semelhantes.pdf>.

**Projeto de Melhoria  
Segurança do Medicamento na UCA**

Direção-Geral da Saúde. (2015). Norma nº 014/2015. Medicamentos de Alerta Máximo. <https://normas.dgs.minsaude.pt/2015/08/06/medicamentos-de-alerta-maximo/>.

Direção-Geral da Saúde. (2023). Norma nº 008/2033. Medicamentos de Alta Vigilância. [https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/16860/1/Norma%20008\\_2023\\_Medicamentos%20de%20alta%20vigil%C3%A2ncia.pdf](https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/16860/1/Norma%20008_2023_Medicamentos%20de%20alta%20vigil%C3%A2ncia.pdf).

Mota, S. (2021). Tese de Doutoramento – Ciências da Enfermagem - Segurança do doente no bloco operatório: contributos do ambiente de prática e da liderança em enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - enquadramento conceptual enunciados descritivos. Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros. [divulgar-padroes-de-qualidade-doscuidados.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#).

Orientação nº 014/2015 de 17 de dezembro (2015). Processo de gestão da medicação. DGS.

Reason, J. (2000). Human error: models and management *BMJ* 2000; 320 :768 doi:10.1136/bmj.320.7237.768.

Regulamento n.º 429/2018 (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, 2.ª série-n.º 135, 16 de julho de 2018. (1935919370).

Wicklin, S. (2020). The Perioperative Patient Focused Model: A literature review. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 18 (100083), ISSN 2405-6030, <https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2019.100083>

World Health Organization. (2017). Medication Without Harm - WHO Global Patient Safety Challenge. Geneva: World Health Organization, 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

**ANEXOS**

**ANEXO I – INSTRUMENTO DE AUDITORIA – BOAS PRÁTICAS DE ACONDICIONAMENTO E ROTULAGEM  
DE MEDICAMENTOS**

**Projeto de Melhoria  
Segurança do Medicamento na UCA**

| Instrumento de Auditoria                                                                                                               |     |     |     |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|------------------|
| Boas práticas de acondicionamento e rotulagem dos medicamentos                                                                         |     |     |     |                  |
| <b>Serviço: UCA</b>                                                                                                                    |     |     |     |                  |
| <b>Data:</b> ____/____/____ <b>Equipa auditoria:</b>                                                                                   |     |     |     |                  |
|                                                                                                                                        |     |     |     |                  |
| Critérios                                                                                                                              | Sim | Não | N/A | Evidência /Fonte |
| Elaboração do procedimento de boas práticas de acondicionamento e rotulagem dos medicamentos                                           |     |     |     |                  |
| Informação/Comunicação a todos os profissionais sobre o procedimento de boas práticas de acondicionamento e rotulagem dos medicamentos |     |     |     |                  |
| Cada medicamento está acondicionado em espaço próprio                                                                                  |     |     |     |                  |
| Cada espaço está adaptado ao tamanho e número de medicamentos que acondiciona                                                          |     |     |     |                  |
| Os espaços destinados à medicação encontram-se identificados na lateral posterior                                                      |     |     |     |                  |
| Os espaços destinados à medicação estão identificados com nome da substância ativa, dosagem e quantidade definida                      |     |     |     |                  |
| Os espaços destinados a medicamentos estão identificados com alertas normalizados (LASA, MAM, DCI), se aplicável                       |     |     |     |                  |
| Os profissionais conhecem a sinalética utilizada nos alertas normalizados                                                              |     |     |     |                  |
| As gavetas de medicação dos carros de anestesia encontram-se normalizadas na área geral e de emergência                                |     |     |     |                  |
| Os medicamentos LASA encontra-se separados                                                                                             |     |     |     |                  |
| Os profissionais realizaram formação sobre boas práticas de acondicionamento e rotulagem dos medicamentos                              |     |     |     |                  |
| <b>Subtotal</b>                                                                                                                        |     |     |     |                  |
| <b>ÍNDICE CONFORMIDADE</b>                                                                                                             | %   |     |     |                  |

**ANEXO II – INSTRUMENTO DE AUDITORIA – MEDICAMENTOS COM NOME ORTOGRÁFICO E/OU FONÉTICO E/OU ASPETO SEMELHANTE (LASA)**

**Projeto de Melhoria  
Segurança do Medicamento na UCA**

| Instrumento de Auditoria                                                                                                |     |     |     |                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|---------------------|
| Medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante (LASA)                                           |     |     |     |                     |
| <b>Serviço: UCA</b>                                                                                                     |     |     |     |                     |
| <b>Data:</b> ____/____/____ <b>Equipa auditoria:</b>                                                                    |     |     |     |                     |
|                                                                                                                         |     |     |     |                     |
| Critérios                                                                                                               | Sim | Não | N/A | Evidência<br>/Fonte |
| A instituição elaborou a lista interna de medicamentos LASA.                                                            |     |     |     |                     |
| O serviço adaptou a lista interna de medicamentos LASA a sua realidade.                                                 |     |     |     |                     |
| A lista foi divulgada no serviço.                                                                                       |     |     |     |                     |
| A lista foi revista, pelo menos anualmente.                                                                             |     |     |     |                     |
| Os profissionais tiveram conhecimento da lista em vigor no serviço.                                                     |     |     |     |                     |
| As aplicações informáticas dispõem de alertas para os medicamentos LASA.                                                |     |     |     |                     |
| Os medicamentos LASA estão armazenados separadamente.                                                                   |     |     |     |                     |
| Os medicamentos LASA estão identificados para que se diferenciem entre eles e dos restantes.                            |     |     |     |                     |
| O Serviço utiliza o método de inserção de letras maiúsculas para a diferenciação das denominações de medicamentos LASA. |     |     |     |                     |
| O serviço privilegia o método de prescrição eletrónica quando se trata de um medicamento LASA.                          |     |     |     |                     |
| O serviço tem estratégia implementada quando existe pedido oral de medicamento LASA                                     |     |     |     |                     |
| Os profissionais realizam formação incluindo os medicamentos LASA                                                       |     |     |     |                     |
| Subtotal                                                                                                                |     |     |     |                     |
| ÍNDICE CONFORMIDADE                                                                                                     | %   |     |     |                     |

**ANEXO III – INSTRUMENTO DE AUDITORIA- MEDICAMENTOS DE ALERTA MÁXIMO (MAM)**

**Projeto de Melhoria  
Segurança do Medicamento na UCA**

| Instrumento de Auditoria                                                                          |     |     |     |                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----------------|
| Medicamentos de alerta máximo (MAM)                                                               |     |     |     |                 |
| <b>Serviço: UCA</b>                                                                               |     |     |     |                 |
| <b>Data:</b> ____/____/____ <b>Equipa auditoria:</b>                                              |     |     |     |                 |
|                                                                                                   |     |     |     |                 |
| Critérios                                                                                         | Sim | Não | N/A | Evidência/Fonte |
| Elaboração e divulgação interna da lista MAM.                                                     |     |     |     |                 |
| Informação/Comunicação a todos os profissionais da lista MAM.                                     |     |     |     |                 |
| Parametrização de alertas nas aplicações informáticas para MAM.                                   |     |     |     |                 |
| Estabelecimento de procedimentos específicos para classes de medicamentos ou medicamentos         |     |     |     |                 |
| Limitação do número de apresentações e de concentrações de MAM disponíveis.                       |     |     |     |                 |
| Sinalização dos MAM.                                                                              |     |     |     |                 |
| Limitação da existência de <i>stocks</i> nos serviços clínicos de MAM ao estritamente necessário. |     |     |     |                 |
| Dupla verificação nas indicações/pedidos orais                                                    |     |     |     |                 |
| Centralização do processo de preparação                                                           |     |     |     |                 |
| Reforço da dupla verificação no ato de administração                                              |     |     |     |                 |
| Garantia da concordância entre doses, registos e programação das bombas de perfusão               |     |     |     |                 |
| Promoção de formação e atualização dos profissionais                                              |     |     |     |                 |
| Subtotal                                                                                          |     |     |     |                 |
| <b>ÍNDICE CONFORMIDADE</b>                                                                        | %   |     |     |                 |

**ANEXO IV – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES**

**Projeto de Melhoria  
Segurança do Medicamento na UCA**

| <b>Cronograma Projeto de Melhoria – Segurança do Medicamento na UCA</b>                                                                        |             |           |           |             |          |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------|-----------|-------------|----------|------------|
| <b>Ano</b>                                                                                                                                     | <b>2024</b> |           |           | <b>2025</b> |          |            |
| <b>Atividade/Mês</b>                                                                                                                           | <b>10</b>   | <b>11</b> | <b>12</b> | <b>1</b>    | <b>2</b> | <b>...</b> |
| Avaliar o acondicionamento e rotulagem dos medicamentos                                                                                        |             |           |           |             |          |            |
| Identificar os documentos existentes na instituição/serviço sobre acondicionamento e rotulagem de medicamentos                                 |             |           |           |             |          |            |
| Realizar revisão bibliográfica sobre o tema/problema                                                                                           |             |           |           |             |          |            |
| Reunir com o Enfermeiro Gestor para validar o problema                                                                                         |             |           |           |             |          |            |
| Elaborar a lista de medicamentos LASA/ lista de MAM                                                                                            |             |           |           |             |          |            |
| Elaborar as grelhas de auditoria                                                                                                               |             |           |           |             |          |            |
| Elaborar o protótipo de organização e rotulagem/documento de organização dos medicamentos nos carros de anestesia/anestesia regional e recobro |             |           |           |             |          |            |
| Articular com a farmácia para a impressão de etiquetas de identificação                                                                        |             |           |           |             |          |            |
| Elaborar formação sobre segurança da medicação                                                                                                 |             |           |           |             |          |            |
| Identificar os recursos necessários para a implementação do projeto de melhoria                                                                |             |           |           |             |          |            |
| Reunir com o Enfermeiro Gestor para validar a aprovação e implementação do PMQCCE                                                              |             |           |           |             |          |            |
| Realizar a apresentação do projeto de melhoria no serviço                                                                                      |             |           |           |             |          |            |
| Apresentar formação sobre segurança da medicação                                                                                               |             |           |           |             |          |            |
| Incentivar a notificação de não conformidades                                                                                                  |             |           |           |             |          |            |
| Organizar e rotular a gaveta de medicação dos CA                                                                                               |             |           |           |             |          |            |
| Organizar e rotular uma gaveta para medicação nos CAR                                                                                          |             |           |           |             |          |            |
| Organizar e rotular as gavetas de medicação do recobro                                                                                         |             |           |           |             |          |            |
| Organizar e rotular a medicação refrigerada                                                                                                    |             |           |           |             |          |            |
| Rotular os compartimentos de medicação do carro de emergência                                                                                  |             |           |           |             |          |            |
| Rotular as gavetas de <i>stock</i> da farmácia                                                                                                 |             |           |           |             |          |            |
| Elaborar um <i>dossier</i> de segurança do medicamento                                                                                         |             |           |           |             |          |            |
| Realizar a auditoria do projeto de melhoria                                                                                                    |             |           |           |             |          |            |
| Avaliar os resultados das auditorias                                                                                                           |             |           |           |             |          |            |
| Partilhar os resultados das auditorias do projeto de melhoria                                                                                  |             |           |           |             |          |            |
| Avaliar o projeto de melhoria e propor medidas corretivas                                                                                      |             |           |           |             |          |            |

## **Anexo X**





---

4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Área de Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória

Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II

## PROJETO DE MELHORIA SEGURANÇA DO MEDICAMENTO NA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

---

ANA ISABEL SOARES (2023101223)

ORIENTADORA: PROFESSORA ISABEL MIRANDA

TUTORA: EEEMC À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA DA UCA

FEVEREIRO DE 2025

## Índice

---

- Introdução
- Segurança do Medicamento
  - Notificação de incidentes
  - Normas DGS
  - Organização dos medicamentos no carro de anestesia
- Projeto de Melhoria Segurança do Medicamento na UCA
  - Identificação do Problema
  - Enquadramento Teórico
  - Objetivos
  - Metas e Indicadores
  - Atividades
  - Conclusão
- Referências Bibliográficas
- Proposta de Alteração/Melhoria

## Introdução

➤ A segurança do doente em geral, e em particular a segurança do medicamento, representa um problema global de saúde pública relacionado com a prestação de cuidados de saúde.

➤ Todos os anos ocorre um significativo número de danos ou mortes relacionadas com falhas na prestação de cuidados, sendo que muitos deles poderiam ser evitados.

(Barroso et al., 2021).

➤ Dados da OMS estimam que pelo menos 50% das complicações relacionadas com o contexto perioperatório são evitáveis.

➤ Os erros de medicação podem ocorrer nas várias etapas do perioperatório e pelas suas características podem levar a danos significativos para o doente.

(Diniz et al., 2021)

➤ Não se pode mudar a natureza humana, mas, pode se alterar as condições de trabalho de forma a minimizar a ocorrência de erros.

(Reason, 2000)

## Notificação de Incidentes



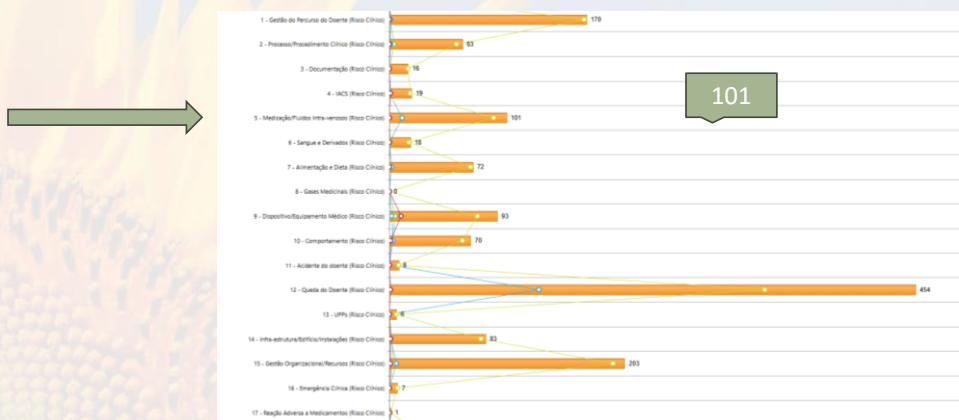
## Incidentes Registados na ULS - 2021



## Incidentes Registados na ULS - 2022



## Incidentes Registados na ULS - 2023



## Incidentes Registados na ULS - 2024



## Incidentes Registados na ULS - 2025



Dados de 20 Fevereiro 2025

DGS

Norma 020/2014 - Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes (LASA)

Normas 014/2015 - Medicamentos de alerta máximo (MAM)

Norma 008/2023 - Medicamentos de Alta Vigilância (MAV)

A segurança do medicamento relaciona-se com atividades para evitar, prevenir ou corrigir eventos adversos que podem resultar do uso de medicamentos (DGS, 2023).

## Norma 020/2014 – Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes (LASA)

**Medicamentos LASA:** medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante que podem ser confundidos uns com os outros, originando troca de medicamentos.

- Elaborar e divulgar a lista de medicamentos LASA.
- Rever a lista de medicamentos LASA pelo menos anualmente.
- Garantir que os profissionais conheçam a lista de medicamentos LASA.
- Considerar alternativas no momento de aquisição de medicamentos.
- Parametrizar alertas nas aplicações informáticas.
- Desenvolver estratégias e implementar medidas ao nível do armazenamento (armazenamento separado/sinalização com utilização de cores, negrito ou grafismo diferente).
- Desenvolver estratégias e implementar medidas ao nível da prescrição de medicamentos LASA (prescrições verbais).
- Reforçar para os medicamentos LASA a aplicação de práticas seguras de verificação (5 certos).
- Promover a formação sobre segurança da medicação.

(DGS, 2014)

## Norma 020/2014 – Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes (LASA)



a**DRENAL**ina/a**TROP**ina

cef**AZOL**INA/cef**OXIT**INA

Bupivacaína/**LEVO**Bupivacaína/**RO**pivacaína/**ME**pivacaína

(DGS, 2014)

## Norma 014/2015 – Medicamentos de alerta máximo (MAM)

**Medicamentos de alerta máximo ou alto risco:** medicamentos que possuem um risco aumentado de provocar dano significativo em consequência de falhas no seu processo de utilização.

- Elaborar e divulgar a lista de medicamentos MAM.
- Rever a lista de medicamentos MAM pelo menos anualmente.
- Garantir que os profissionais conheçam a lista de medicamentos MAM, o seu propósito e importância para a redução de incidentes.
- Parametrizar alertas nas aplicações informáticas.
- Estabelecer procedimentos para classes de medicamentos específicos.
- Limitar o número de apresentações e de concentrações de MAM (ex. cloreto de potássio).
- Definir procedimentos internos ao nível do armazenamento, prescrição, dispensa, preparação e administração de MAM.
- Promover formação e atualização dos profissionais.
- Promover formação dos doentes sobre MAM e formas de administração.

(DGS, 2015)

## Norma 014/2015 – Medicamentos de alerta máximo (MAM)

| Classes de medicamentos                      | Exemplos                                                        |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Bloqueadores neuromusculares                 | Rocurónio, ...                                                  |
| Anestésicos gerais                           | Propofol, ....                                                  |
| Agonistas adrenérgicos intravenosos          | Adrenalina, ...                                                 |
| Agentes antitrombóticos<br>(anticoagulantes) | Heparina, ...                                                   |
| Outras classes                               | Medicamentos de administração via<br>epidural ou intratecal,... |
| ...                                          | ...                                                             |

(DGS, 2015)

## Norma 008/2023 – Medicamentos de alta vigilância (MAV)

Os MAV são medicamentos que pelas suas características induzem mais facilmente ao erro. Apresentam um risco aumentado de provocar danos significativos aos doentes quando há falhas na sua utilização.

Incluem-se na categoria de **MAV**:

- ☐ Os medicamentos de alerta máximo (**MAM**) também denominados na literatura por medicamentos potencialmente perigosos ou medicamentos de alto risco
- ☐ Os medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante, designados por medicamentos **LASA**
- ☐ Os medicamentos com a mesma denominação comum internacional (**DCI**) da substância ativa, mas com diferentes dosagens.

(DGS, 2023)

## Norma 008/2023 – Medicamentos de alta vigilância (MAV)

As instituições prestadoras de cuidados de saúde, são responsáveis por **implementar práticas seguras** no que respeita aos MAV.

- ☐ Elaborar e divulgar, internamente, lista e medicamentos MAM e LASA adaptadas, e revistas pelo menos anualmente.
- ☐ Garantir que os profissionais conhecem as listas de medicamentos LASA e MAM.
- ☐ Incluir no plano de formação obrigatória anual, formação e treino específicos sobre MAV, que incidam, na prevenção de incidentes relacionados com estes medicamentos e como atuar em caso de ocorrência.
- ☐ Promover a aprendizagem contínua através da notificação espontânea de incidentes relacionados com a medicação.
- ☐ Proceder à parametrização de alertas, para os MAV, nas aplicações informáticas utilizadas na instituição, ao longo de todo o processo de gestão da medicação
- ☐ Definir procedimentos internos para classes de medicamentos ou para medicamentos específicos de alerta máximo

## Norma 008/2023 – Medicamentos de alta vigilância (MAV)

As instituições devem definir estratégias ao nível da **seleção, aquisição e armazenamento** dos medicamentos.

- ☐ Desenvolver estratégias ao nível do armazenamento dos MAV, na farmácia e nos restantes serviços/unidades da instituição, inclusive nos equipamentos semiautomatizados, que garantam a sua separação física e a sua correta identificação, incluindo a rotulagem, designadamente através de:
  - ☐ Armazenamento separado, no caso dos medicamentos LASA e no caso de medicamentos com a mesma DCI mas com diferentes dosagens;
  - ☐ Sinalização com grafismo diferente, aplicando o método de inserção de letras maiúsculas e a negrito, particularmente no caso dos medicamentos LASA;
  - ☐ Sinalização com utilização de cores ou pictogramas, particularmente no caso dos MAM e de medicamentos com a mesma DCI, mas com diferentes dosagens.

(DGS, 2023)

## Norma 008/2023 – Medicamentos de alta vigilância (MAV)



Sinalização de MAM.



Sinalização de medicamentos com a mesma DCI, mas com diferentes dosagens.

## Norma 008/2023 – Medicamentos de alta vigilância (MAV)

---

As instituições e os profissionais de saúde **ao nível da prescrição**, devem:

- ☐ Nas indicações/pedidos orais, em situações de emergência:
  - ☐ O **prescritor** deve verbalizar de forma clara e soletrada:
    - ☐ a DCI da substância ativa,
    - ☐ a forma farmacêutica,
    - ☐ a dosagem - os dígitos da dosagem do medicamento prescrito devem ser verbalizados individualmente.
    - ☐ a posologia.
  - ☐ O **profissional que vai administrar a medicação** deve imediatamente a seguir, repetir para o prescritor o que ouviu, utilizando o método da comunicação em alça fechada.

(DGS, 2023)

## Norma 008/2023 – Medicamentos de alta vigilância (MAV)

---

As instituições e os profissionais de saúde ao nível da preparação e administração, dos MAV devem:

- ☐ Reforçar a implementação de práticas seguras de verificação e dupla verificação:
  - ☐ identificação inequívoca do doente
  - ☐ nome do medicamento
  - ☐ dose do medicamento
  - ☐ via de administração
  - ☐ hora de administração

(DGS, 2023)

## Princípios de organização e normalização da gaveta da medicação nos CA

|                          |                                                                                                   |                          |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <b>3 áreas distintas</b> (geral, personalizável e emergência com fundo verde, amarelo e vermelho) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Medicamentos organizados por <b>sequência de utilização</b> , da esquerda para a direita          | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Medicamentos não deve estar organizada de forma alfabética                                        | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | MAM e LASA devem estar <b>separados</b>                                                           | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Espaços de acondicionamento adequados ao tamanho das embalagens                                   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Devem existir espaços livres identificados com X no fundo                                         | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Quantidades necessárias para <b>um turno</b> de trabalho ( <b>mínimo 2 unidades</b> )             | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Identificação nominal de acordo com a norma 020/2014 da DGS (Tall man lettering)                  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Identificação deve estar na lateral posterior com nome da substância ativa e quantidade           | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <b>Alertas normalizados</b> (LASA e MAM)                                                          | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Não devem ser disponibilizados medicamentos concentrados para diluição                            | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Separadores personalizáveis                                                                       | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Facilmente <b>higienizável</b>                                                                    | <input type="checkbox"/> |

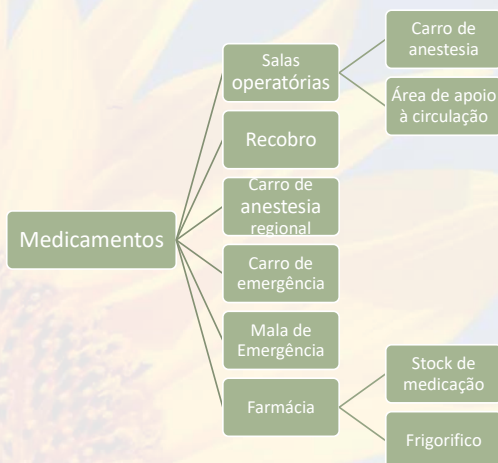
AESOP & SPA (2018)

## PROJETO DE MELHORIA SEGURANÇA DO MEDICAMENTO NA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

FOCO: MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS PRESTADOS,  
PROMOÇÃO DE AMBIENTES SEGUROS E SEGURANÇA DO DOENTE

# Identificação do Problema

## Locais com Medicamentos na UCA



## Oportunidades de melhoria

### CARROS DE ANESTESIA:

Falta de uniformização entre os 3 carros de anestesia

Medicamentos com apresentação de apenas 1 unidade

Inexistência de zona geral, personalizável e de emergência

Falta de parametrização das quantidades definidas para cada medicamento

Identificação incompleta e manuscrita dos medicamentos

Falta de alertas padronizados MAM, DCI

## Oportunidades de melhoria

Área de circulante

Recobro

Carro de anestesia regional

Carro de Emergência

Mala de Emergência

Stock de medicação

Frigorífico

### Identificação dos medicamentos:

- Dosagens;
- Quantidades;
- Alertas LASA, MAM e DCI

### Espaço próprio para cada medicamento

- Com separação adequada

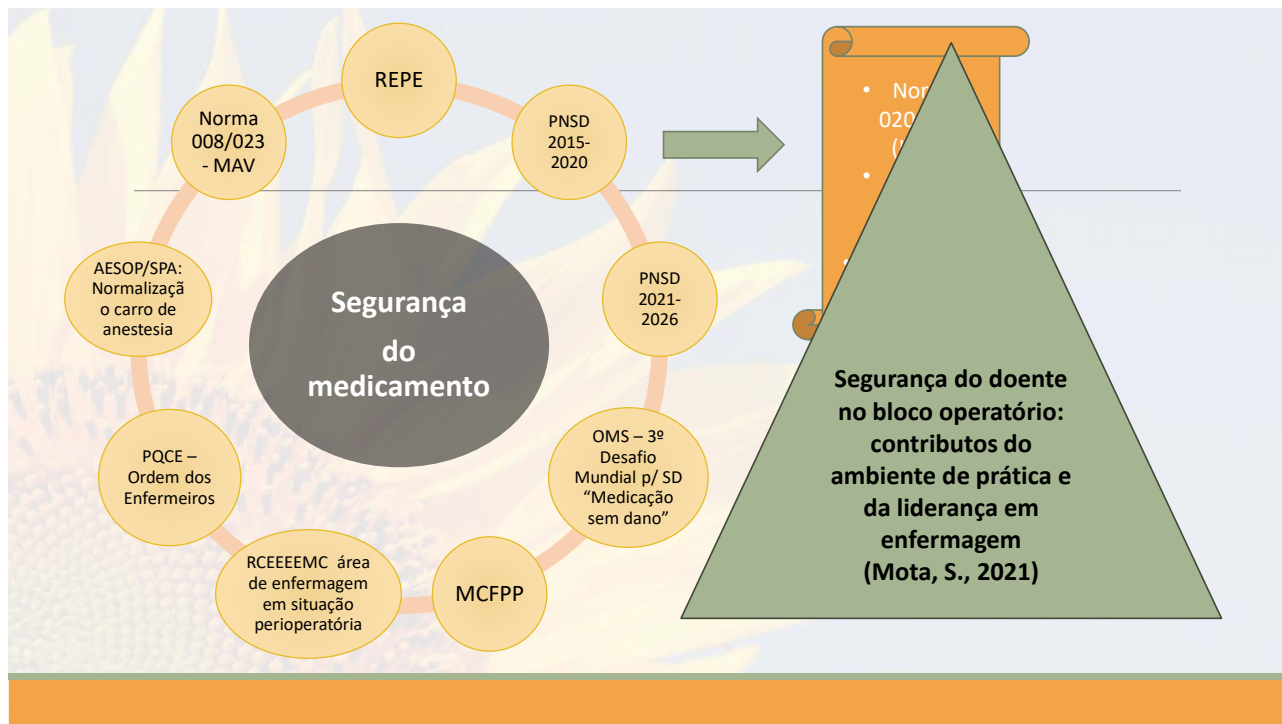
## Identificação do Problema

---



## Enquadramento Teórico

---



## Objetivos

## Objetivo Geral

---

- Promover práticas seguras de uso de medicamentos no bloco operatório da UCA

## Objetivo Específico

- Implementar boas práticas de identificação dos medicamentos nos diversos locais do bloco operatório da UCA (CA, CAR, recobro, carro de emergência e farmácia do serviço)
- Uniformizar o acondicionamento dos medicamentos nos 3 CA existentes no bloco operatório da UCA
- Elaborar as listas de medicamentos LASA e MAM adaptadas ao bloco operatório da UCA
- Formar os profissionais da UCA no que respeita à segurança do medicamento

## ENUNCIADO DESCRITIVO

---

### **Organização dos cuidados de saúde**

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem. Concretamente com este projeto pretende-se:

- A existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros;
- A satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional;
- A existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade na área específica da segurança do medicamento;
- A utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade.

### CheckList de Heather Palmer

|                          |                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Dimensão Estudada</b> | <u>Adequação técnico científica</u><br>Recorrer a evidência científica e legislação de forma a favorecer as condições de prestação de cuidados no âmbito da segurança do medicamento e consequentemente otimizar os cuidados prestados. |
| <b>Unidade de Estudo</b> | <u>Profissionais prestadores de cuidados de saúde que fazem uso de medicamentos</u> (enfermeiros e médicos anestesiologistas).<br><u>Período de tempo:</u> de 1 de Outubro de 2024 a 28 de Fevereiro de 2025.                           |
| <b>Tipos de Dados</b>    | <u>Estrutura</u><br>Instrumentos disponíveis sobre a temática da segurança da medicação<br>Características do ambiente físico relativamente à disponibilidade e apresentação dos medicamentos.                                          |
| <b>Fonte dos Dados</b>   | <u>Observação direta</u>                                                                                                                                                                                                                |

### CheckList de Heather Palmer

|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Tipo de Avaliação</b>      | <u>Auditoria interna:</u><br>Executada pelos mentores do projeto ou profissionais designados para o efeito como o objetivo de auditar o alcance as suas metas definidas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Critérios de Avaliação</b> | <u>Todos os medicamentos corretamente identificados</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Nome do princípio ativo</li> <li>❖ Dosagem</li> <li>❖ Quantidade a apresentar (variável consoante local)</li> <li>❖ Existência de alertas (se aplicável)</li> </ul> <u>Uniformização das gavetas de medicamentos dos carros de anestesia</u> (exceção: área personalizável)<br><br><u>Existência de Lista de medicamentos LASA e MAM adaptadas à UCA</u><br><br><u>Realizar formação dos profissionais envolvidos</u> |

**CheckList de Heather Palmer**

|                           |                                                                                        |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Colheita de Dados</b>  | Os dados são colhidos pelos enfermeiros em momentos designados para o efeito           |
| <b>Relação Temporal</b>   | Prospetiva<br>O estudo realiza-se no presente e é continuado para o futuro.            |
| <b>Seleção da Amostra</b> | Estruturas que apresentem armazenamento de medicamentos<br>Profissionais de Enfermagem |

---

## Metas e Indicadores

## Metas e Indicadores

80% dos medicamentos estejam acondicionados em espaço próprio e de tamanho adaptado às embalagens em uso

- Taxa de medicamentos acondicionados em espaço próprio = 
$$\frac{n^{\circ} \text{ de medicamentos acondicionados em espaço próprio}}{n^{\circ} \text{ total de medicamentos}} \times 100$$
- Taxa de medicamentos com espaço de acondicionamento adaptado à embalagem = 
$$\frac{n^{\circ} \text{ de medicamentos acondicionados em espaço adaptado}}{n^{\circ} \text{ total de medicamentos}} \times 100$$

## Metas e Indicadores



75 % dos medicamentos corretamente identificados, nos diversos locais da UCA (CA/CAR/ recobro/ carro de emergência e farmácia do serviço)

- Taxa de medicamentos corretamente identificados\* = 
$$\frac{n^{\circ} \text{ de medicamentos corretamente identificados}}{n^{\circ} \text{ total de medicamentos}} \times 100$$

(\*identificação na lateral posterior; nome da substância ativa; dose; quantidade a apresentar (se aplicável); alerta normalizado (se aplicável))

## Metas e Indicadores

100% de uniformização na gaveta dos medicamentos dos CA na área geral e de emergência

- Taxa de uniformização das gavetas de medicação dos carros de anestesia = 
$$\frac{n^{\circ} \text{ de carros uniformizados normalizados}}{n^{\circ} \text{ total de carros}} \times 100$$

## Metas e Indicadores

70 % dos profissionais tenha formação no âmbito da segurança do medicamento

- Taxa de profissionais com formação em segurança do medicamento = 
$$\frac{n^{\circ} \text{ de profissionais com formação}}{n^{\circ} \text{ total de profissionais}} \times 100$$

| Instrumento de Auditoria                                                                                                               |     |     |     |                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----------------|
| Boas práticas de acondicionamento e rotulagem dos medicamentos                                                                         |     |     |     |                 |
| Serviço: UCA                                                                                                                           |     |     |     |                 |
| Data: ____/____/____ Equipa auditoria: _____                                                                                           |     |     |     |                 |
| Critérios                                                                                                                              | Sim | Não | N/A | Evidência/Fonte |
| Elaboração do procedimento de boas práticas de acondicionamento e rotulagem dos medicamentos                                           |     |     |     |                 |
| Informação/Comunicação a todos os profissionais sobre o procedimento de boas práticas de acondicionamento e rotulagem dos medicamentos |     |     |     |                 |
| Cada medicamento está acondicionado em espaço próprio                                                                                  |     |     |     |                 |
| Cada espaço está adaptado ao tamanho e número de medicamentos que acondiciona                                                          |     |     |     |                 |
| Os espaços destinados à medicação encontram-se identificados na lateral posterior                                                      |     |     |     |                 |
| Os espaços destinados à medicação estão identificados com nome da substância ativa, dosagem e quantidade definida                      |     |     |     |                 |
| Os espaços destinados a medicamentos estão identificados com alertas normalizados (LASA, MAM, DCI), se aplicável                       |     |     |     |                 |
| Os profissionais conhecem a sinalética utilizada nos alertas normalizados                                                              |     |     |     |                 |
| As gavetas de medicação dos carros de anestesia encontram-se normalizadas na área geral e de emergência                                |     |     |     |                 |
| Os medicamentos LASA encontra-se separados                                                                                             |     |     |     |                 |
| Os profissionais realizaram formação sobre boas práticas de acondicionamento e rotulagem dos medicamentos                              |     |     |     |                 |
| Subtotal                                                                                                                               |     |     |     |                 |
| ÍNDICE CONFORMIDADE                                                                                                                    | %   |     |     |                 |

## Grelha de Auditoria

## Metas e Indicadores

50 % de boas práticas medicamentos LASA

- Taxa de implementação de boas práticas medicamentos LASA = 
$$\frac{\text{total de respostas sim}}{\text{total de respostas aplicáveis}} \times 100$$

| Instrumento de Auditoria                                                                                                |     |     |     |                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----------------|
| Medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante (LASA)                                           |     |     |     |                 |
| Serviço: UCA                                                                                                            |     |     |     |                 |
| Data: ____/____/____ Equipa auditoria:                                                                                  |     |     |     |                 |
| Critérios                                                                                                               | Sim | Não | N/A | Evidência/Fonte |
| A instituição elaborou a lista interna de medicamentos LASA.                                                            |     |     |     |                 |
| O serviço adaptou a lista interna de medicamentos LASA a sua realidade.                                                 |     |     |     |                 |
| A lista foi divulgada no serviço.                                                                                       |     |     |     |                 |
| A lista foi revista, pelo menos anualmente.                                                                             |     |     |     |                 |
| Os profissionais tiveram conhecimento da lista em vigor no serviço.                                                     |     |     |     |                 |
| As aplicações informáticas dispõem de alertas para os medicamentos LASA.                                                |     |     |     |                 |
| Os medicamentos LASA estão armazenados separadamente.                                                                   |     |     |     |                 |
| Os medicamentos LASA estão identificados para que se diferenciem entre eles e dos restantes.                            |     |     |     |                 |
| O Serviço utiliza o método de inserção de letras maiúsculas para a diferenciação das denominações de medicamentos LASA. |     |     |     |                 |
| O serviço privilegia o método de prescrição eletrónica quando se trata de um medicamento LASA.                          |     |     |     |                 |
| O serviço tem estratégia implementada quando existe pedido oral de medicamento LASA                                     |     |     |     |                 |
| Os profissionais realizam formação incluindo os medicamentos LASA                                                       |     |     |     |                 |
| Subtotal                                                                                                                |     |     |     |                 |
| ÍNDICE CONFORMIDADE                                                                                                     | %   |     |     |                 |

## Grelha de Auditoria

(Adaptado da norma 020/2014, DGS)

## Metas e Indicadores

50 % de boas práticas MAM

$$\bullet \text{ Taxa de implementação de boas práticas MAM} = \frac{\text{total de respostas sim}}{\text{total de respostas aplicáveis}} \times 100$$

| Instrumento de Auditoria                                                                  |     |     |     |                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----------------|
| Medicamentos de alerta máximo (MAM)                                                       |     |     |     |                 |
| Serviço: UCA                                                                              |     |     |     |                 |
| Data: ____/____/____ Equipa auditoria:                                                    |     |     |     |                 |
| Critérios                                                                                 | Sim | Não | N/A | Evidência/Fonte |
| Elaboração e divulgação interna da lista MAM                                              |     |     |     |                 |
| Informação/Comunicação a todos os profissionais da lista MAM                              |     |     |     |                 |
| Parametrização de alertas nas aplicações informáticas para MAM                            |     |     |     |                 |
| Estabelecimento de procedimentos específicos para classes de medicamentos ou medicamentos |     |     |     |                 |
| Limitação do número de apresentações e de concentrações de MAM disponíveis                |     |     |     |                 |
| Sinalização dos MAM                                                                       |     |     |     |                 |
| Limitação da existência de stocks nos serviços clínicos de MAM ao estritamente necessário |     |     |     |                 |
| Dupla verificação nas indicações/pedidos orais                                            |     |     |     |                 |
| Centralização do processo de preparação                                                   |     |     |     |                 |
| Reforço da dupla verificação no ato de administração                                      |     |     |     |                 |
| Garantia da concordância entre doses, registos e programação das bombas de perfusão       |     |     |     |                 |
| Promoção de formação e atualização dos profissionais                                      |     |     |     |                 |
| Subtotal                                                                                  |     |     |     |                 |
| ÍNDICE CONFORMIDADE                                                                       | %   |     |     |                 |

## Grelha de Auditoria

(Adaptado da norma 014/2015, DGS)

## Atividades

| Cronograma Projeto de Melhoria – Segurança do Medicamento na UCA                                                                               |      |    |    |      |   |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----|----|------|---|-----|
| Ano                                                                                                                                            | 2024 |    |    | 2025 |   |     |
| Atividade/Mês                                                                                                                                  | 10   | 11 | 12 | 1    | 2 | ... |
| Avaliar o acondicionamento e rotulagem dos medicamentos                                                                                        |      |    |    |      |   |     |
| Identificar os documentos existentes na instituição/serviço sobre acondicionamento e rotulagem de medicamentos                                 |      |    |    |      |   |     |
| Realizar revisão bibliográfica sobre o tema/problema                                                                                           |      |    |    |      |   |     |
| Reunir com o Enfermeiro Gestor para validar o problema                                                                                         |      |    |    |      |   |     |
| Elaborar a lista de medicamentos LASA/ lista de MAM                                                                                            |      |    |    |      |   |     |
| Elaborar as grelhas de auditoria                                                                                                               |      |    |    |      |   |     |
| Elaborar o protótipo de organização e rotulagem/documento de organização dos medicamentos nos carros de anestesia/anestesia regional e recobro |      |    |    |      |   |     |
| Articular com a farmácia para a impressão de etiquetas de identificação                                                                        |      |    |    |      |   |     |
| Elaborar formação sobre segurança da medicação                                                                                                 |      |    |    |      |   |     |
| Identificar os recursos necessários para a implementação do projeto de melhoria                                                                |      |    |    |      |   |     |
| Reunir com o Enfermeiro Gestor para validar a aprovação e implementação do PMCQCE                                                              |      |    |    |      |   |     |
| Realizar a apresentação do projeto de melhoria no serviço                                                                                      |      |    |    |      |   |     |
| Apresentar formação sobre segurança da medicação                                                                                               |      |    |    |      |   |     |
| Incentivar a notificação de não conformidades                                                                                                  |      |    |    |      |   |     |
| Organizar e rotular a gaveta de medicação dos CA                                                                                               |      |    |    |      |   |     |
| Organizar e rotular uma gaveta para medicação nos CAR                                                                                          |      |    |    |      |   |     |
| Organizar e rotular as gavetas de medicação do recobro                                                                                         |      |    |    |      |   |     |
| Organizar e rotular a medicação refrigerada                                                                                                    |      |    |    |      |   |     |
| Rotular os compartimentos de medicação do carro de emergência                                                                                  |      |    |    |      |   |     |
| Rotular as gavetas de stock da farmácia                                                                                                        |      |    |    |      |   |     |
| Elaborar um dossier de segurança do medicamento                                                                                                |      |    |    |      |   |     |
| Realizar a auditoria do projeto de melhoria                                                                                                    |      |    |    |      |   |     |
| Avaliar os resultados das auditorias                                                                                                           |      |    |    |      |   |     |
| Partilhar os resultados das auditorias do projeto de melhoria                                                                                  |      |    |    |      |   |     |
| Avaliar o projeto de melhoria e propor medidas corretivas                                                                                      |      |    |    |      |   |     |



### CheckList de Heather Palmer

#### Intervenção Prevista

##### Medida Educacionais

- Capacitação do profissional de conhecimentos/competências.

##### Medidas Estruturais

- Aquisição/otimização de recursos.

#### DIVULGAÇÃO DO PMCQCE

##### Intra - institucional

Divulgação no âmbito da formação em serviço e/ou eventos formativos na instituição

## Conclusão:

Melhoria contínua  
qualidade  
cuidados

Segurança da  
PSPO

Aplicabilidade  
prática

Segurança e  
Satisfação dos  
Profissionais

**Projeto de  
Melhoria**

Operacionalizável

Promotor de  
ambientes  
seguros

Prática baseada  
em Evidência

Expansão a outros  
BO da Instituição

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AESOP, SPA. (2018). NORMALIZAÇÃO DE UM CARRO DE ANESTESIA – Proposta de organização, perspetivando eficiência, fatores humanos e segurança. [https://www.aesopenfermeiros.org/wpcontent/uploads/2020/01/carro\\_anestesia\\_012\\_High-res.pdf](https://www.aesopenfermeiros.org/wpcontent/uploads/2020/01/carro_anestesia_012_High-res.pdf).
- Barroso, F.; Sales, L.; Ramos, S. (2021). Guia prático para a segurança do doente. (1ª edição) Lidel.
- Conselho de Enfermagem Regional – Secção Regional Sul da Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. [Guião para elaboração projetos qualidade SRS.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#).
- Decreto-lei nº 161/96 de 4 de setembro (1996). REPE Regulamento Exercício Profissional do Enfermeiro. Diário Da República I Série-A, nº 205 (2959-2962).
- Despacho n. 9390/2021 de 24 de setembro (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). Diário da República 2ª série, nº187 (96-103).
- Despacho n. 1400-A/2015 de 10 de fevereiro (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República 2ª série, nº28 (3882-(2)-3882(10)).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diniz, A., Diniz, M., Reis, S., Hingá, C. (2021). Segurança do medicamento nos carros de anestesia – um projeto de melhoria continua em cirurgia de ambulatório. Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento, 7 (2) 178-193. DOI: [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2021.7\(2\).505.178-193](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2021.7(2).505.178-193).
- Direção Geral da Saúde. (2023). NORMA CLÍNICA: 008/2023 de 19/12/2023. Medicamentos de Alta Vigilância. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082023-de-19122023-medicamentos-de-alta-vigilancia-pdf.aspx>.
- Mota, S. (2021). Tese de Doutoramento – Ciências da Enfermagem - Segurança do doente no bloco operatório: contributos do ambiente de prática e da liderança em enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto.
- Norma 014/2015 de 6 de agosto (2015). Medicamentos de Alerta Máximo. DGS.
- Norma 020/2014 de 30 de dezembro (2014). Atualizado em 14 de dezembro de 2015. Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes. DGS.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - enquadramento conceptual enunciados descritivos. Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros. [divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Orientação nº 014/2015 de 17 de dezembro (2015). Processo de gestão da medicação. DGS.
- Reason, J. (2000). Human error: models and management *BMJ* 2000; 320 :768 doi:10.1136/bmj.320.7237.768.
- Regulamento n.º 429/2018 (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, 2.ª série-n.º 135, 16 de julho de 2018. (19359-19370).
- Wicklin, S. (2020). The Perioperative Patient Focused Model: A literature review. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 18 (100083), ISSN 2405-6030, <https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2019.100083>
- World Health Organization. (2017). Medication Without Harm - WHO Global Patient Safety Challenge. Geneva: World Health Organization, 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

# Propostas de Alteração/Melhoria

## Lista de Medicamentos LASA UCA

|                        |                                                                      |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <b>aDRENALina</b>      | <b>aTROPina</b>                                                      |
| <b>ALfentanilo</b>     | fentanilo/ <b>SU</b> fentanilo                                       |
| ami <b>NOFIL</b> ina   | ami <b>ODAR</b> ona                                                  |
| <b>BOBUT</b> amina     | <b>DOP</b> amina                                                     |
| <b>BU</b> pivacaína    | <b>LEVOBU</b> pivacaína/ <b>RO</b> pivacaína/<br><b>ME</b> pivacaína |
| cef <b>AZOLINA</b>     | cef <b>OXITINA</b>                                                   |
| <b>CIPRO</b> floxacina | <b>LEVO</b> floxacina                                                |
| <b>CLON</b> azepam     | <b>Diazepam</b>                                                      |
| <b>DEXA</b> metasona   |                                                                      |
| <b>DOBUT</b> amina     | <b>DOP</b> amina                                                     |
| <b>ESMO</b> lol        | <b>LABETA</b> lol/ <b>METOPRO</b> lol                                |
| <b>GENTAM</b> icina    | <b>CIPROFLOXA</b> cina                                               |

## Lista de Medicamentos Alerta Máximo UCA

| Classes de medicamentos                | Exemplos                                                                                      | Inotrópicos intravenosos                                  | Adrenalina, Dopamina, Dobutamina, Isoprenalina, Noradrenalina  |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Antagonistas adrenérgicos intravenosos | Labetalol, Esmolol                                                                            | Insulina                                                  | Actrapid                                                       |
| Anestésicos gerais                     | Propofol, Etomidato, Tiopental, Sevoflurano, Desflurano                                       | Medicamentos administrados por via epidural ou intratecal | Bupivacaína, Levobupivacaína, Morfina, Ropivacaína, Sufentanil |
| Agonistas adrenérgicos intravenosos    | Adrenalina, Dopamina, Dobutamina, Fenilefrina, Noradrenalina                                  | Medicamentos líquidos pediátricos que necessitam medição  | Tramadol gotas                                                 |
| Agentes antitrombóticos                | Heparina, Enoxaparina                                                                         | Opióides                                                  | Alfentanil, Fentanil, Morfina, Tramadol; Petidina              |
| Antiarrítmicos intravenosos            | Atropina, Adenosina, Amiodarona, Digoxina                                                     | Sedativos moderados                                       | Diazepam, Cetamina, Midazolam, Propofol, Cetamina              |
| Bloqueadores neuromusculares           | Brometo de Rocurônio, Besilato de Atracúrio, Besilato de Cisatracúrio, Cloreto de Suxametônio |                                                           |                                                                |

### Procedimento de Boas Práticas de Acondicionamento e Identificação de Medicamentos na UCA

## 1. Objetivos

- Normalizar o procedimento de acondicionamento e identificação de medicamentos na UCA.
- Promover boas práticas no âmbito do acondicionamento e identificação de medicamentos.
- Promover a segurança do medicamento.
- Promover a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem na UCA.

## 2. Ambito

a) Destinado a enfermeiros que desempenham funções na UCA.

### 3. Referências

- a) AESOP & SFA. (2018). NORMALIZAÇÃO DE UM CARRO DE ANESTESIA – Proposta de organização, perspectivas, eficiência, fatores humanos e segurança. Disponível em: [https://www.aesopemr.com.br/wp-content/uploads/2020/01/carro\\_anestesia\\_012\\_High-res.pdf](https://www.aesopemr.com.br/wp-content/uploads/2020/01/carro_anestesia_012_High-res.pdf).
- b) DGS. (2015). Norma 014/2015 de 6 de agosto. Medicamentos de Alerta Máximo.
- c) DGS. (2014). Norma 020/2014 de 30 de dezembro. Atualizada em 14 de dezembro de 2015. Medicamentos com nome onirográfico, fonético ou aspeto semelhantes.
- d) DGS. (2023). Norma 008/2023 de 19 de dezembro. Medicamentos de Alta Vigilância.

#### 4. Definições

- a) Medicamentos alertados – medicamentos que possuem um risco aumentado de provocar dano significativo ao doente em consequência de falhas no seu processo de utilização.
- b) Medicamentos DCI – medicamentos com a mesma denominação comercial, mas com diferentes dosagens.
- c) Medicamentos LASA – medicamentos com nome gráfico ou fonético e/ou aspeto semelhantes que podem ser confundidos uns com os outros, originando risco de medicamentos.
- d) Medicamentos sociáveis – medicamentos com nomes semelhantes.
- e) Medicamentos ~~comuns~~ – medicamentos com nome foneticamente semelhante.
- f) Método de inserção de lentes de contacto (TAB e TAB LÁTEX) – método em que se recorre à inserção seletiva de lentes de contacto no meio das denominações medicamentosas ortograficamente semelhantes para a sua diferenciação. É um método de alteração gráfica.
- g) Segurança de medicamentos – atividades para evitar, prevenir ou corrigir eventos adversos que podem resultar do uso de medicamentos.

## 5. Abreviaturas

- a) DCI - Denominação Comum Internacional  
b) LASA - Look-Alike, Sound-Alike  
c) MAM - Medicamento Alerta Máximo  
d) UCA - Unidade de Cirurgia de Ambulatório

## 6 Descrição

### Procedimento de Boas Práticas de Acondicionamento e Identificação de Medicamentos na UCA

- a) Cada medicamento deve ser armazenado em espaço físico e adequadamente organizado de acordo com o tamanho das embalagens em uso;
- b) Os separadores utilizados devem ser personalizadas e de material facilmente higienizável (pontos redondos, sem reentrâncias, materiais inertes, etc.);
- c) Os medicamentos de Alerta máximo e Alerta baixo devem estar separados;
- d) Não se espera a identificação dos medicamentos sobre seu estado;
- e) Não há identificação nem de acordo com o item QG00014 da DGS (Tal man handling – rotulagem com identificação de tamanho, direção, minicolumns / máximas);
- f) Não há identificação de:
- a. Nome da substância ativa;
  - b. Dosagem;
  - c. Quantidade (definida (ou aplicada));
  - d. Alertas normalizados (ex: ASA, MAM, DGS);
- g) No caso de anestésicos, os medicamentos:
- a. Devem estar organizados por sequência de utilização, da esquerda para a direita (equivalente à leitura);
  - b. Não devem estar organizados de forma alfabética;
  - c. Sempre que possível devem ter entre si espaços livres (adequados ao longo do tempo e segurança na separação de famílias), identificados com um "X" no fundo;
  - d. Devem estar em quantidade necessária para um dia de trabalho (mínimo duas unidades);
  - e. Devem estar identificados na ordem de utilização;
  - f. Preferencialmente, não devem ser agrupados na forma concentrada para diluição.

## 7. Responsabilidades

| Descrição  | Data                      | Alterações                        |
|------------|---------------------------|-----------------------------------|
| Elaboração |                           |                                   |
| Validação  |                           | Não aplicável na primeira versão. |
| Aprovação  | CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO |                                   |

# Procedimento de Boas Práticas de Acondicionamento e Identificação de Medicamentos UCA

## Proposta de Organização/Quantidade medicamentos Recobro I UCA

|                                      |                             |                            |                            |                                                |                         |
|--------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------------------------|-------------------------|
| Cetorolac<br>30mg/1ml                | Metamizol<br>2000mg/5ml     | Parecoxib<br>40mg          | Tramadol<br>100mg/2ml      | Cloreto de sódio<br>9mg/ml (10ml)              | Morfina<br>10mg/1ml     |
|                                      |                             |                            |                            |                                                | Petidine<br>50 mg/2ml   |
| Droperidol<br>2,5mg/1ml              | Metoclopramida<br>10mg/2ml  | Ondansetrom<br>4mg/2ml     | Pantoprazol<br>40mg        | Água para preparação<br>de injetáveis<br>(5ml) | X                       |
| Brometo de ipratrópio<br>20 mcg/dose | Budesonida<br>200 mcg/dose  | Salbutamol<br>100 mcg/dose | Glucose<br>300mg/ml (20ml) | Tramadol<br>100 mg/ml<br>Sol Oral (10ml)       | Captopril<br>25 mg Comp |
| Atropina<br>0,5mg/1ml                | Hidrocortisona<br>100mg/2ml | Efedrina<br>50mg/1ml       | Furosemda<br>20mg/2ml      | Clemastina<br>2mg/2ml                          | Adrenalina<br>1mg/ml    |

## Proposta de Organização/Quantidade medicamentos Recobro I UCA

| Medicamento      | Quantidade | Medicamento                      | Quantidade |
|------------------|------------|----------------------------------|------------|
| Atropina         | 20         | Pantoprazol                      | 6          |
| Adrenalina       | 6          | Tramadol                         | 20         |
| Clemastina       | 4          | Petidine                         | 2          |
| Cetorolac 30 mg  | 20         | Morfina                          | 2          |
| Droperidol       | 6          | Agua destilada (5ml)             | 20         |
| Metamizol        | 10         | Cloreto de sódio<br>0,9% (10 ml) | 10         |
| Efedrina         | 6          | Glucose 30%                      | 2          |
| Fenilefrina      | 2          | Atrovent (puffs)                 | 2          |
| Furosemda        | 4          | Budesonida (puffs)               | 2          |
| Hidrocortisona   | 6          | Salbutamol (puffs)               | 2          |
| Metoclopramida   | 6          | Captopril 25 mg                  | 2          |
| Parecoxib        | 10         | Tramadol Gotas                   | 2          |
| Ondansetrom 4 mg | 20         |                                  |            |

## Proposta de Organização/Quantidade medicamentos Carro Anestesia Regional

| Medicamento                 | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Cloreto de sódio 0,9% 10 ml | 12         |
| Bupivacaína hiperbárica     | 10         |
| Prilocaina                  | 8          |
| Mepivacaína                 | 16         |
| Levobupivacaína 2,5mg/ml    | 4          |
| Levobupivacaína 5 mg/ml     | 6          |
| Ropivacaína 2 mg/ml         | 16         |
| Ropivacaína 7,5mg/ml        | 16         |
| Ropivacaína 10mg/ml         | 16         |
| Lidocaina 2% 20 ml          | 10         |
| Lidocaina 1% 10 ml          | 6          |

### Checklist medicação Carro Anestesia Regional – UCA

| Medicamento                                       | Quantidade | Data |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------|------------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                                                   |            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cloreto de sódio 0,9% 10 ml                       | 12         |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Bupivacaína hiperbárica                           | 10         |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Prilocaina                                        | 8          |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mepivacaína                                       | 16         |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Levobupivacaína 2,5mg/ml                          | 4          |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Levobupivacaína 5 mg/ml                           | 6          |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ropivacaína 2 mg/ml                               | 16         |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ropivacaína 7,5mg/ml                              | 16         |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ropivacaína 10mg/ml                               | 16         |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lidocaina 2% 20 ml                                | 10         |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lidocaina 1% 10 ml                                | 6          |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Responsável auditoria<br>(nome/n.º mecanográfico) |            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Checklist  
Medicação  
Carro  
Anestesia  
Regional - UCA*

## Proposta Quantidades dos Medicamentos dos Carros de Anestesia - UCA

| Fármaco                            | Dosagem      | Quantidade   | N.º de Etiquetas |
|------------------------------------|--------------|--------------|------------------|
| Fentanilo                          | 0,25mg/2ml   | 6            |                  |
| Fentanilo                          | 0,1mg/2ml    | 4            |                  |
| Morfina                            | 10mg/1ml     | 2            |                  |
| Ramifentanilo                      | 2mg          | 2            |                  |
| Sufidazolam                        | 15mg/2ml     | 2            |                  |
| Petidin                            | 50mg/2ml     | 2            |                  |
| Alfentanilo                        | 1mg/2ml      | 2            |                  |
| Sufentanilo                        | 0,01mg/2ml   | 2            |                  |
| Propofol                           | 200 mg/20 ml | 10           |                  |
| Propofol 1%                        | 500mg/50ml   | 2 ou remove  |                  |
| Propofol 2%                        | 1000 mg/50ml | 2            |                  |
| Epractamol                         | 1000mg/100ml | 8            |                  |
| Cetamina                           | 300mg/10 ml  | 2            |                  |
| Lidocaina 2%                       | 100mg/5ml    | 6            |                  |
| Parcoxib                           | 40mg         | 6            |                  |
| Cetorolac                          | 30mg/1ml     | 10           |                  |
| Tramadol                           | 100mg/2ml    | 16           |                  |
| Metamizol magnésico                | 2g/5ml       | 8            |                  |
| Pantoprazol                        | 40mg         | 8            |                  |
| Metoclopramida                     | 10mg/2ml     | 10           |                  |
| Ondansetrom                        | 4mg/2ml      | 10           |                  |
| Droperidol                         | 2,5mg/1ml    | 6            |                  |
| Rocuronio                          | 50mg/5ml     | 6            |                  |
| Sugamadex                          | 200mg/2ml    | 10           |                  |
| Cefazolina                         | 1000mg       | 10           |                  |
| Cefazolin                          | 600 mg/4ml   | 4            |                  |
| Cefoxitina                         | 1000mg       | 6            |                  |
| Sulfato de magnésio                | 2000 mg/10ml | 6            |                  |
| Refluxolam                         | 800mg/10ml   | 10 ou remove |                  |
| Cloreto de sódio 0,9%              | 90mg/10ml    | 10           |                  |
| Água para preparação de injetáveis | 5ml          | 10           |                  |
| Atropina                           | 0,5mg/1ml    | 10           |                  |
| Verapamil                          | 500mcg/10ml  | 2            |                  |
| Vecuronio                          | 50mg/2ml     | 6            |                  |
| Adrenalina                         | 1mg/1ml      | 6            |                  |
| Cloreto de halotano                | 0,4mg/1ml    | 2            |                  |
| Enxofenidina                       | 20mg/2ml     | 2            |                  |
| Tramadol                           | 0,5mg/1ml    | 2            |                  |
| Propofol                           | 150mg/3ml    | 3            |                  |
| Propofol                           | 200mg/5ml    | 2            |                  |
| Propofol                           | 250mg/20ml   | 2            |                  |
| Cloreto de succinilato             | 10mg/10ml    | 2            |                  |
| Atropina                           | 25mg/2ml     | 2            |                  |
| Vecuronio                          | 5mg/2ml      | 2            |                  |
| Vecuronio                          | 100mg/10ml   | 2            |                  |
| Vecuronio                          | 100mg/20ml   | 2            |                  |

|                           |              |             |  |
|---------------------------|--------------|-------------|--|
| Metoprolol                | 5mg/5ml      | 2           |  |
| Hidrocortisona            | 100mg/2ml    | 8           |  |
| Aminofilina               | 240mg/10ml   | 2           |  |
| Clemastina                | 2mg/2ml      | 2           |  |
| Adenosina                 | 6mg/2ml      | 3           |  |
| Bicarbonato de sódio 8,4% | 1680mg/20ml  | 2           |  |
| Bicarbonato de sódio 8,4% | 8400mg/100ml | 2           |  |
| Cloreto de potássio 7,5%  | 750mg/10ml   | 4           |  |
| Cloreto de sódio 20%      | 2000mg/10ml  | 2           |  |
| Glucosato de cálcio 10%   | 1g/10ml      | 2           |  |
| Diazepam                  |              | 2           |  |
| Etomidato                 | 20 mg/10ml   | 2           |  |
| Tiopental                 | 500mg        | 2           |  |
| Heparina                  | 25000U/5ml   | 2           |  |
| Protamina                 | 50mg/5ml     | 2           |  |
| Ácido tranexâmico         | 500mg/5ml    | 4           |  |
| Levetiracetam             | 500mg/5ml    | 2           |  |
| Cetorolac                 | 10mg/1ml     | 2           |  |
| Vancomicina               | 1000 mg      | 2           |  |
| Remifentanilo             | 5 mg         | 2           |  |
| Gentamicina               | 80mg         | 6           |  |
| Diazepam                  | 10mg/1ml     | 2           |  |
| Captopril                 | 25 mg/5      | 2 ou remove |  |

Proposta  
Quantidades dos  
Medicamentos dos  
Carros de  
Anestesia - UCA

## Proposta organização dos medicamentos Carros de Anestesia – UCA

Gaveta 1

| X                           | X                              | X                            | Ácido tranexâmico 500mg/5ml<br>( ) | X                           | Propofol 1% 500mg/50ml<br>( )       | Propofol 2% 1000mg/50ml<br>( ) |                          |
|-----------------------------|--------------------------------|------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Ondansetrom 4mg/2ml<br>( )  | Pantoprazol 40mg<br>( )        | Paracetamol 1g/100 ml<br>( ) | Lidocaina 2% 100mg/5ml<br>( )      | Metamizol 2000mg/5ml<br>( ) | Sulfato magnésio 2000mg/10ml<br>( ) | Parecoxib 40mg<br>( )          |                          |
| Droperidol 2,5mg/1ml<br>( ) | Metoclopramida 10mg/2ml<br>( ) |                              |                                    |                             |                                     | Cetorolac 30mg/1ml<br>( )      |                          |
| Propofol 200 mg/20ml<br>( ) |                                |                              |                                    | Cetamina 500mg/10 ml<br>( ) | Rocurônio 50mg/5ml<br>( )           | Sugamadex 200mg/2ml<br>( )     | Cefoxitina 1000mg<br>( ) |

## Proposta organização dos medicamentos Carros de Anestesia – UCA

Gaveta 2

| Fenilefrina seringa pré cheia<br>500mcg/10 ml<br>( ) |                                  |                                                    |                                                     | Cloreto de Sódio<br>20%<br>2000mg/10ml<br>( )   | Bicarbonato de sódio 8,4%<br>8400mg/100ml<br>( ) | Adenosina<br>6mg/2ml<br>( )                 |
|------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Hidrocortisona<br>100mg/2ml<br>( )                   | Aminofilina<br>240mg/10ml<br>( ) | Bicarbonato de<br>sódio 8,4%<br>1680mg/20ml<br>( ) | Cloreto de<br>potássio 7,5 MEQ<br>750mg/10ml<br>( ) | Dinitrato de<br>Isossorbida<br>10mg/10ml<br>( ) | Esmolol<br>100mg/10ml<br>( )                     | Gluconato de<br>cálcio<br>940mg/10ml<br>( ) |
|                                                      | Clemastina<br>2mg/2ml<br>( )     |                                                    |                                                     |                                                 | Metoprolol<br>5mg/5ml<br>( )                     |                                             |
| Atropina<br>0,5mg/1ml<br>( )                         | Flumazenilo<br>0,5mg/1ml<br>(2)  | Efedrina<br>50mg/1ml<br>( )                        | Furosemida<br>20mg/2ml<br>( )                       | Amiodarona<br>150mg/3ml<br>( )                  | Dobutamina<br>250mg/20ml<br>( )                  | Adrenalina<br>1mg/ml<br>( )                 |
|                                                      | Nolaxona<br>0,4mg/1ml<br>( )     |                                                    |                                                     | Dopamina<br>200mg/5ml<br>( )                    | Noradrenalina<br>5mg/5ml<br>( )                  |                                             |
| X                                                    | X                                | X                                                  | Ácido<br>tranexâmico<br>500mg/5ml<br>( )            | X                                               | Propofol 1%<br>500mg/50ml<br>( )                 | Propofol 2%<br>1000mg/50ml<br>( )           |

## Alterações Efetuadas

### ☐ Recobro

- ☐ Organização
- ☐ Identificação

### ☐ Carro de Anestesia Regional

- ☐ Organização
- ☐ Identificação

### ☐ Carro de Emergência

- ☐ Organização
- ☐ Identificação

### ☐ Mala de Emergência

- ☐ Organização
- ☐ Identificação



Obrigada pela atenção

---

Ana Isabel Soares



## **Anexo XI**





UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

FORMAÇÃO

Certifica-se que **Ana Isabel Tavares Soares**, foi Formador(a) do Curso **“Segurança do medicamento na UCA”**, que decorreu no(s) dia(s) **7 de Fevereiro de 2025**, com a duração de 01:00 horas .

Responsável do Serviço de Formação

((Tiago André Gomes de Oliveira, ,  
Diretor do Serviço de Formação))



## CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

### Segurança do medicamento na UCA

#### Conteúdo Programático

**MODALIDADE DE FORMAÇÃO:** Outras acções de formação contínua não inseridas no Catálogo

Nacional de Qualificações

**ÁREA DE FORMAÇÃO:** 729 – Saúde - Programas não classificados noutra área de formação

#### COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS:

Introdução

Segurança do medicamento:

-Notificação incidentes

-Normas DGS;

-Organização dos medicamentos na cama de anestesia;

Projeto de melhoria: segurança do medicamento na UCA;

Referências bibliográficas;

Propostas de alteração/melhoria;

## **Anexo XII**



|                        |                                                                                          |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>aDRENAL</b> ina     | <b>aTROP</b> ina                                                                         |
| <b>AL</b> fentanilo    | fentanilo/ <b>SU</b> fentanilo                                                           |
| ami <b>NOFIL</b> ina   | ami <b>ODAR</b> ona                                                                      |
| <b>BOBUT</b> amina     | <b>DOP</b> amina                                                                         |
| <b>BU</b> pivacaína    | <b>LEVOBU</b> pivacaína/ <b>RO</b> pivacaína/<br><b>ME</b> pivacaína/ <b>PRILO</b> caína |
| cef <b>AZOLINA</b>     | cef <b>OXITINA</b>                                                                       |
| <b>CIPRO</b> floxacina | <b>LEVO</b> floxacina                                                                    |
| <b>CLON</b> azepam     | <b>DI</b> azepam                                                                         |
| <b>DEXA</b> metasona   |                                                                                          |
| <b>DOBUT</b> amina     | <b>DOP</b> amina                                                                         |
| <b>ESMO</b> lol        | <b>LABETA</b> lol/ <b>METOPRO</b> lol                                                    |
| <b>GENTAMI</b> cina    | <b>CIPROFLOXA</b> cina                                                                   |



## **Anexo XIII**



| <b>Classes de medicamentos</b>                            | <b>Exemplos</b>                                                                               |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Antagonistas adrenérgicos intravenosos                    | Labetalol, Esmolol                                                                            |
| Anestésicos gerais                                        | Propofol, Etomidato, Tiopental, Sevoflurano, Desflurano                                       |
| Agonistas adrenérgicos intravenosos                       | Adrenalina, Dopamina, Dobutamina, Fenilefrina, Noradrenalina                                  |
| Agentes antitrombóticos (anticoagulantes)                 | Heparina, Enoxaparina                                                                         |
| Antiarrítmicos intravenosos                               | Atropina, Adenosina, Amiodarona, Digoxina                                                     |
| Bloqueadores neuromusculares                              | Brometo de Rocurônio, Besilato de Atracúrio, Besilato de Cisatracúrio, Cloreto de Suxametônio |
| Contrastes radiológicos intravenosos                      | Iopromida                                                                                     |
| Inotrópicos intravenosos                                  | Adrenalina, Dopamina, Dobutamina, Isoprenalina, Noradrenalina                                 |
| Insulina subcutânea e endovenosa                          | Actrapid                                                                                      |
| Medicamentos administrados por via epidural ou intratecal | Bupivacaina, Levobupivacaina, Morfina, Ropivacaina, Sufentanil                                |
| Medicamentos líquidos pediátricos que necessitam medição  | Tramadol gotas                                                                                |
| Opióides                                                  | Alfentanil, Fentanil, Morfina, Tramadol; Petidina                                             |
| Sedativos moderados                                       | Diazepam, Cetamina, Midazolam, Propofol, Cetamina                                             |



## **Anexo XIV**



## Gaveta dos medicamentos dos Carros de Anestesia - UCA

### Gaveta 1

|                                |                                   |                                 |                                       |                                  |                                  |                                           |                              |
|--------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------|
| X                              | X                                 | X                               | Ácido tranexâmico<br>500mg/5ml<br>( ) | X                                | Propofol 1%<br>500mg/50ml<br>( ) | Propofol 2%<br>1000mg/50ml<br>( )         |                              |
| Ondansetrom<br>4mg/2ml<br>( )  | Pantoprazol<br>40mg<br>( )        | Paracetamol<br>1g/100 ml<br>( ) |                                       | Lidocaina 2%<br>100mg/5ml<br>( ) | Metamizol<br>2000mg/5ml<br>( )   | Sulfato<br>magnésio<br>2000mg/10ml<br>( ) | Parecoxib<br>40mg<br>( )     |
| Droperidol<br>2,5mg/1ml<br>( ) | Metoclopramida<br>10mg/2ml<br>( ) |                                 |                                       |                                  | Tramadol<br>100mg/2ml<br>( )     |                                           | Cetorolac<br>30mg/1ml<br>( ) |
| Propofol<br>200 mg/20ml<br>( ) |                                   |                                 | Cetamina<br>500mg/10 ml<br>( )        | Rocurônio<br>50mg/5ml<br>( )     | Sugamadex<br>200mg/2ml<br>( )    | Cefoxitina<br>1000mg<br>( )               | Cefazolina<br>1000mg<br>( )  |

## Gaveta dos medicamentos dos Carros de Anestesia - UCA

### Gaveta 2

|                                                      |                                  |                                                    |                                                     |                                                 |                                                  |                                   |                                             |
|------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------|
| Fenilefrina seringa pré cheia<br>500mcg/10 ml<br>( ) |                                  |                                                    |                                                     | Cloreto de Sódio<br>20%<br>2000mg/10ml<br>( )   | Bicarbonato de sódio 8,4%<br>8400mg/100ml<br>( ) |                                   | Adenosina<br>6mg/2ml<br>( )                 |
| Hidrocortisona<br>100mg/2ml<br>( )                   | Aminofilina<br>240mg/10ml<br>( ) | Bicarbonato de<br>sódio 8,4%<br>1680mg/20ml<br>( ) | Cloreto de<br>potássio 7,5 MEQ<br>750mg/10ml<br>( ) | Dinitrato de<br>Isossorbida<br>10mg/10ml<br>( ) | Esmolol<br>100mg/10ml<br>( )                     | Labetalol<br>100mg/20ml<br>( )    | Gluconato de<br>cálcio<br>940mg/10ml<br>( ) |
|                                                      | Clemastina<br>2mg/2ml<br>( )     |                                                    |                                                     |                                                 | Metoprolol<br>5mg/5ml<br>( )                     | Nitroglicerina<br>25mg/5ml<br>( ) |                                             |
| Atropina<br>0,5mg/1ml<br>( )                         | Flumazenilo<br>0,5mg/1ml<br>( )  | Efedrina<br>50mg/1ml<br>( )                        | Furosemida<br>20mg/2ml<br>( )                       | Amiodarona<br>150mg/3ml<br>( )                  | Dobutamina<br>250mg/20ml<br>( )                  | Noradrenalina<br>5mg/5ml<br>( )   | Adrenalina<br>1mg/ml<br>( )                 |
|                                                      | Nolaxona<br>0,4mg/1ml<br>( )     |                                                    |                                                     | Dopamina<br>200mg/5ml<br>( )                    |                                                  |                                   |                                             |
| X                                                    | X                                | X                                                  | Ácido<br>tranexâmico<br>500mg/5ml<br>( )            | X                                               | Propofol 1%<br>500mg/50ml<br>( )                 | Propofol 2%<br>1000mg/50ml<br>( ) |                                             |

## **Anexo XV**



**Checklist gaveta medicação carro anestesia – UCA**

|                | Fármaco                            | Dosagem      | Quantidade | Data |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------|------------------------------------|--------------|------------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                |                                    |              |            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Geral          | Propofol                           | 200 mg/20 ml |            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Paracetamol                        | 1000mg/100ml |            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Cetamina                           | 500mg/10 ml  |            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Lidocaina 2%                       | 100mg/5ml    |            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Parecoxib                          | 40mg         |            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Cetorolac                          | 30mg/1ml     |            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Tramadol                           | 100mg/2ml    |            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Metamizol magnésico                | 2g/5ml       |            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Pantoprazol                        | 40mg         |            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Metoclopramida                     | 10mg/2ml     |            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Ondansetrom                        | 4mg/2ml      |            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Droperidol                         | 2,5mg/1ml    |            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Rocurónio                          | 50mg/5ml     |            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Sugamadex                          | 200mg/2ml    |            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Cefazolina                         | 1000mg       |            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Cefoxitina                         | 1000mg       |            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Sulfato de magnésio                | 2000 mg/10ml |            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Cloreto de sódio 0.9%              | 90mg/10ml    |            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Água para preparação de injetáveis | 5ml          |            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Personalizável | Ácido tranexâmico                  | 500mg/5ml    |            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Propofol 2%                        | 1000 mg/50ml |            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                |                                    |              |            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                |                                    |              |            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                |                                    |              |            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                |                                    |              |            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Emergência     | Atropina                           | 0,5mg/1ml    | 6          |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Fenilefrina                        | 500mcg/10ml  | 2          |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Efedrina                           | 50mg/1ml     | 4          |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Adrenalina                         | 1mg/1ml      | 6          |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Cloridrato de Naloxona             | 0,4mg/1ml    | 2          |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Furosemida                         | 20mg/2ml     | 2          |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Flumazenilo                        | 0,5mg/1ml    | 2          |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Amiodarona                         | 150mg/3ml    | 3          |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Dopamina                           | 200mg/5ml    | 2          |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Dobutamina                         | 250mg/20ml   | 2          |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Dinitrato de isossorbida           | 10mg/10ml    | 2          |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Nitroglicerina                     | 25mg/5ml     | 2          |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Noradrenalina                      | 5mg/5ml      | 2          |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Esmolol                            | 100mg/10ml   | 2          |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | Labetalol                          | 100mg/20ml   | 2          |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



|                                                   |              |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------|--------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Metoprolol                                        | 5mg/5ml      | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hidrocortisona                                    | 100mg/2ml    | 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Aminofilina                                       | 240mg/10ml   | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Clemastina                                        | 2mg/2ml      | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Adenosina                                         | 6mg/2ml      | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Bicarbonato de sódio<br>8,4%                      | 1680mg/20ml  | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Bicarbonato de sódio<br>8,4%                      | 8400mg/100ml | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cloreto de potássio<br>7,5%                       | 750mg/10ml   | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cloreto de sódio 20%                              | 2000mg/10ml  | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Gluconato de cálcio 10%                           | 1gr/10ml     | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Responsável auditoria<br>(nome/n.º mecanográfico) |              |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## **Anexo XVI**



## Proposta Quantidades dos Medicamentos dos Carros de Anestesia - UCA

| <b>Fármaco</b>                     | <b>Dosagem</b> | <b>Quantidade</b> |
|------------------------------------|----------------|-------------------|
| Fentanilo                          | 0,25mg/5ml     | 6                 |
| Fentanilo                          | 0,1mg/2ml      | 4                 |
| Morfina                            | 10mg/1ml       | 2                 |
| Remifentanilo                      | 2mg            | 2                 |
| Midazolam                          | 15mg/3ml       | 2                 |
| Petidina                           | 50mg/2ml       | 2                 |
| Alfentanilo                        | 1mg/2ml        | 2                 |
| Sufentanilo                        | 0.01mg/2ml     | 2                 |
| Propofol                           | 200 mg/20 ml   | 10                |
| Propofol 1%                        | 500 mg/50ml    | 2 ou remover      |
| Propofol 2%                        | 1000 mg/50ml   | 2                 |
| Paracetamol                        | 1000mg/100ml   | 8                 |
| Cetamina                           | 500mg/10 ml    | 2                 |
| Lidocaina 2%                       | 100mg/5ml      | 6                 |
| Parecoxib                          | 40mg           | 8                 |
| Cetorolac                          | 30mg/1ml       | 10                |
| Tramadol                           | 100mg/2ml      | 16                |
| Metamizol magnésico                | 2g/5ml         | 8                 |
| Pantoprazol                        | 40mg           | 8                 |
| Metoclopramida                     | 10mg/2ml       | 10                |
| Ondansetrom                        | 4mg/2ml        | 10                |
| Droperidol                         | 2,5mg/1ml      | 6                 |
| Rocurónio                          | 50mg/5ml       | 6                 |
| Sugamadex                          | 200mg/2ml      | 10                |
| Cefazolina                         | 1000mg         | 16                |
| Clindamicina                       | 600 mg/4ml     | 4                 |
| Cefoxitina                         | 1000mg         | 6                 |
| Sulfato de magnésio                | 2000 mg/10ml   | 6                 |
| Neostigmina                        | 0,5mg/ml       | 10 ou remover     |
| Cloreto de sódio 0.9%              | 90mg/10ml      | 10                |
| Água para preparação de injetáveis | 5ml            | 10                |
| Atropina                           | 0,5mg/1ml      | 10                |
| Fenilefrina                        | 500mcg/10ml    | 2                 |
| Efedrina                           | 50mg/1ml       | 6                 |
| Adrenalina                         | 1mg/1ml        | 6                 |
| Cloridrato de Naloxona             | 0,4mg/1ml      | 2                 |
| Furosemida                         | 20mg/2ml       | 2                 |
| Flumazenilo                        | 0,5mg/1ml      | 2                 |
| Amiodarona                         | 150mg/3ml      | 3                 |
| Dopamina                           | 200mg/5ml      | 2                 |
| Dobutamina                         | 250mg/20ml     | 2                 |
| Dinitrato de isossorbida           | 10mg/10ml      | 2                 |
| Nitroglicerina                     | 25mg/5ml       | 2                 |
| Noradrenalina                      | 5mg/5ml        | 2                 |
| Esmolol                            | 100mg/10ml     | 2                 |
| Labetalol                          | 100mg/20ml     | 2                 |

|                           |              |              |
|---------------------------|--------------|--------------|
| Metoprolol                | 5mg/5ml      | 2            |
| Hidrocortisona            | 100mg/2ml    | 8            |
| Aminofilina               | 240mg/10ml   | 2            |
| Clemastina                | 2mg/2ml      | 2            |
| Adenosina                 | 6mg/2ml      | 3            |
| Bicarbonato de sódio 8,4% | 1680mg/20ml  | 2            |
| Bicarbonato de sódio 8,4% | 8400mg/100ml | 2            |
| Cloreto de potássio 7,5%  | 750mg/10ml   | 4            |
| Cloreto de sódio 20%      | 2000mg/10ml  | 2            |
| Gluconato de cálcio 10%   | 1gr/10ml     | 2            |
| Digoxina                  | 0,25 mg/ml   | 2            |
| Etomidato                 | 20 mg/10ml   | 2            |
| Tiopental                 | 500mg        | 2            |
| Heparina                  | 25000UI/5ml  | 2            |
| Protamina                 | 50mg/5ml     | 2            |
| Ácido tranexâmico         | 500mg/5ml    | 4            |
| Levetiracetam             | 500mg/5ml    | 2            |
| Cetorolac                 | 10mg/1ml     | 2            |
| Vancomicina               | 1000 mg      | 2            |
| Remifentanilo             | 5 mg         | 2            |
| Gentamicina               | 80 mg        | 6            |
| Diazepam                  | 10mg/1ml     | 2            |
| Captopril                 | 25 mg SL     | 2 ou remover |

## **Anexo XVII**



**Proposta Medicamentos e Quantidades - Recobro – UCA**

| <b>Medicamento</b>            | <b>Quantidade</b> |
|-------------------------------|-------------------|
| Atropina                      | 20                |
| Adrenalina                    | 6                 |
| Clemastina                    | 4                 |
| Cetorolac 30 mg               | 20                |
| Droperidol                    | 6                 |
| Metamizol                     | 10                |
| Efedrina                      | 6                 |
| Fenilefrina                   | 2                 |
| Furosemida                    | 4                 |
| Hidrocortisona                | 6                 |
| Metoclopramida                | 6                 |
| Parecoxib                     | 10                |
| Ondansetrom 4 mg              | 20                |
| Pantoprazol                   | 6                 |
| Tramadol                      | 20                |
| Petidine                      | 2                 |
| Morfina                       | 2                 |
| Água destilada (5ml)          | 20                |
| Cloreto de sódio 0,9% (10 ml) | 10                |
| Glucose 30%                   | 2                 |
| Atrovent (puffs)              | 2                 |
| Budesonida (puffs)            | 2                 |
| Salbutamol (puffs)            | 2                 |
| Captopril 25 mg               | 2                 |
| Tramadol Gotas                | 2                 |



## **Anexo XVIII**



**Proposta de organização medicamentos – Recobro –  
UCA**

|                                      |                             |                            |                            |                                                |                         |
|--------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------------------------|-------------------------|
| Cetorolac<br>30mg/1ml                | Metamizol<br>2000mg/5ml     | Parecoxib<br>40mg          | Tramadol<br>100mg/2ml      | Cloreto de sódio<br>9mg/ml (10ml)              | Morfina<br>10mg/1ml     |
|                                      |                             |                            |                            |                                                | Petidine<br>50 mg/2ml   |
| Droperidol<br>2,5mg/1ml              | Metoclopramida<br>10mg/2ml  | Ondansetrom<br>4mg/2ml     | Pantoprazol<br>40mg        | Água para preparação<br>de injetáveis<br>(5ml) | X                       |
| Brometo de ipratrópio<br>20 mcg/dose | Budesonida<br>200 mcg/dose  | Salbutamol<br>100 mcg/dose | Glucose<br>300mg/ml (20ml) | Tramadol<br>100 mg/ml<br>Sol Oral (10ml)       | Captopril<br>25 mg Comp |
| Atropina<br>0,5mg/1ml                | Hidrocortisona<br>100mg/2ml | Efedrina<br>50mg/1ml       | Furosemida<br>20mg/2ml     | Clemastina<br>2mg/2ml                          | Adrenalina<br>1mg/ml    |



## **Anexo XIX**



**Proposta Medicamentos e Quantidades - Carro**

**Anestesia Regional – UCA**

| <b>Medicamento</b>          | <b>Quantidade</b> |
|-----------------------------|-------------------|
| Cloreto de sódio 0,9% 10 ml | 12                |
| Bupivacaína hiperbárica     | 10                |
| Prilocaina                  | 8                 |
| Mepivacaina                 | 16                |
| Levobupivacaína 2,5mg/ml    | 4                 |
| Levobupivacaína 5 mg/ml     | 6                 |
| Ropivacaína 2 mg/ml         | 16                |
| Ropivacaína 7,5mg/ml        | 16                |
| Ropivacaína 10mg/ml         | 16                |
| Lidocaina 2% 20 ml          | 10                |
| Lidocaina 1% 10 ml          | 6                 |



## **Anexo XX**



**Checklist medicação Carro Anestesia Regional – UCA**

| Medicamento                                       | Quantidade | Data |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------|------------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                                                   |            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cloreto de sódio 0,9% 10 ml                       | 12         |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Bupivacaína hiperbárica                           | 10         |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Prilocaína                                        | 8          |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mepivacaína                                       | 16         |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Levobupivacaína 2,5mg/ml                          | 4          |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Levobupivacaína 5 mg/ml                           | 6          |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ropivacaína 2 mg/ml                               | 16         |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ropivacaína 7,5mg/ml                              | 16         |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ropivacaína 10mg/ml                               | 16         |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lidocaina 2% 20 ml                                | 10         |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lidocaina 1% 10 ml                                | 6          |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Responsável auditoria<br>(nome/n.º mecanográfico) |            |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



## **Anexo XXI**



# Procedimento de Boas Práticas de Acondicionamento e Identificação de Medicamentos na UCA

## 1. Objetivos

- a) Normalizar o procedimento de acondicionamento e identificação de medicamentos na UCA.
- b) Promover boas práticas no âmbito do acondicionamento e identificação de medicamentos.
- c) Promover a segurança do medicamento.
- d) Promover a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem na UCA.

## 2. Âmbito

Transversal ☐

Hospitalar ☒

Cuidados de Saúde Primários ☐

- a) Destinado a enfermeiros que desempenham funções na UCA.

## 3. Referências

- a) AESOP & SPA. (2018). NORMALIZAÇÃO DE UM CARRO DE ANESTESIA – Proposta de organização, perspetivando eficiência, fatores humanos e segurança. [https://www.aesopenfermeiros.org/wpcontent/uploads/2020/01/carro\\_anestesia\\_012\\_Highth-res.pdf](https://www.aesopenfermeiros.org/wpcontent/uploads/2020/01/carro_anestesia_012_Highth-res.pdf).
- b) DGS. (2015). Norma 014/2015 de 6 de agosto. Medicamentos de Alerta Máximo.
- c) DGS. (2014). Norma 020/2014 de 30 de dezembro. Atualizado em 14 de dezembro de 2015. Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes.
- d) DGS. (2023). Norma 008/2023 de 19 de dezembro. Medicamentos de Alta Vigilância.

## 4. Definições

- a) Medicamentos alerta máximo – medicamentos que possuem um risco aumentado de provocar dano significativo ao doente em consequência de falhas no seu processo de utilização.
- b) Medicamentos DCI - medicamentos com a mesma denominação comum internacional, mas com diferentes dosagens
- c) Medicamentos LASA - medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante que podem ser confundidos uns com os outros, originando troca de medicamentos.
- d) Medicamentos *look-alike* - medicamentos com aspeto ou ortografia semelhante.
- e) Medicamentos *sound-alike* - medicamentos com nome foneticamente semelhante.
- f) Método de inserção de letras maiúsculas (*Tall Man Lettering*) - método em que se recorre à inserção seletiva de letras maiúsculas no meio das denominações de medicamentos ortograficamente semelhantes para a sua diferenciação. É um método de alteração gráfica.
- g) Segurança do medicamento - atividades para evitar, prevenir ou corrigir eventos adversos que podem resultar do uso de medicamentos.

## 5. Abreviaturas

- a) DCI - Denominação Comum Internacional
- b) LASA - *Look-Alike, Sound-Alike*
- c) MAM – Medicamento Alerta Máximo
- d) UCA – Unidade de Cirurgia de Ambulatório

## 6. Descrição

| Publicação | Revisão | Classificação | Página |
|------------|---------|---------------|--------|
|            |         |               | 1 de 2 |

## Procedimento de Boas Práticas de Acondicionamento e Identificação de Medicamentos na UCA

- a) Cada medicamento deve estar armazenado em espaço próprio e adequado ao tamanho das embalagens em uso.
- b) Os separadores utilizados devem ser personalizáveis e de material facilmente higienizável (bordos redondos, sem reentrâncias, materiais inertes, etc.).
- c) Os medicamentos de alerta máximo e LASA devem estar separados.
- d) No que respeita à identificação dos medicamentos deve ser usada:
  - a. Identificação nominal de acordo com a norma 020/2014 da DGS (Tall man lettering – rotulagem com letras de tamanho distinto: minúsculas / maiúsculas);
  - b. Nome da substância ativa;
  - c. Dosagem;
  - d. Quantidade definida (se aplicável);
  - e. Alertas normalizados (ex: LASA, MAM, DCI);
- e) No carro de anestesia, os medicamentos:
  - a. Devem estar organizados por sequência de utilização, da esquerda para a direita (equivalente à leitura), se aplicável;
  - b. Não devem estar organizados de forma alfabética;
  - c. Sempre que possível devem ter entre si espaços livres (adaptabilidade ao longo do tempo e segurança na separação de fármacos), identificados com um “X” no fundo;
  - d. Devem estar nas quantidades necessárias para um dia de trabalho (mínimo duas unidades);
  - e. Devem estar identificados na lateral posterior;
  - f. Preferencialmente, não devem ser disponibilizados na forma concentrada para diluição.

### 7. Responsabilidades

| Versão     |                           | Data | Alterações                        |
|------------|---------------------------|------|-----------------------------------|
| Elaboração |                           |      |                                   |
| Validação  |                           |      | Não aplicável na primeira versão. |
| Aprovação  | CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO |      |                                   |

## **Anexo XXII**





## Instrumento de Auditoria

Norma “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”

Serviço:

### Momentos de transição de cuidados:

- ☐ Checklist – Preparação
- ☐ Preparação – Sala Operatória
- ☐ Sala Operatória – Recobro I
- ☐ Recobro I – Recobro II
- ☐ Recobro II – Recobro II

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Equipa auditora:

### Critérios:

Conforme      Não  
Conforme      Conforme      N/A

Na transição de cuidados é utilizada a técnica de comunicação ISBAR?

A transmissão de informação nas transições ocorre de forma escrita?

A instituição assegura formação dos profissionais envolvidos no processo de transferência de informação sobre a técnica ISBAR?

Identificação do doente.

Nome completo / Nome preferido.

Os responsáveis pelo processo de transmissão de informação, na transição de cuidados, estão identificados de forma inequívoca.

Cartão da instituição / Identificação oral.

Identificado cuidador informal/pessoa significativa.

Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde.

Serviço Cirúrgico, Cirurgia Programada, Cirurgia Realizada, Tipo de Anestesia.

Indicadas as necessidades específicas do doente.

Lateralidade.

Consentimento informado.

Confirmação de CIEL: Anestésico e Cirúrgico.

Na informação transmitida são referidos os MCDT'S realizados ou a realizar.

RX, Análises clínicas, TAC, Baixa Médica, Documentação de Alta, Medicação de cedência, Consultas de follow-up cirúrgica.

Antecedentes clínicos.

Médicos e Cirúrgicos.

Níveis de dependência.

Hábitos Tabágicos/ Alcoólicos/ Drogas.

Alergias.

Terapêutica de ambulatório.

Presença ou risco de colonização/infeção.

Tosse/Febre/Ferida infetada.

Identificada a situação social.

Condições sanitárias, auxílio á mobilidade.



| <b>Critérios:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Conforme</b> | <b>Não<br/>Conforme</b> | <b>N/A</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------|------------|
| <b>Informações sobre o estado do doente:</b><br><i><b>Pré-operatórios</b></i><br>Jejum/ Presença de próteses/ Tricotomia/Banho /Cateter venoso periférico /Nível de ansiedade/confirmação da pulseira de identificação.<br><i><b>Intraoperatório</b></i><br>Intercorrências Anestésicas/ Cirúrgicas.<br><i><b>Pós-operatório</b></i><br>Vômitos/Dor/Hemorragia/Bloqueio sensitivo-motor. |                 |                         |            |
| <b>Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída.</b><br>Pré-medicação/ Terapêutica do intraoperatório /Medicação SOS.                                                                                                                                                                                                                                                        |                 |                         |            |
| <b>Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.</b><br>Drenos/Sonda vesical/ Pensos/ Tamponamentos/ Compressas.                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |                         |            |
| <b>Indicação do plano de continuidade de cuidados</b><br>Sedação / Bloqueio sensitivo-motor/ Dor / Vômitos/Hemorragia/Medicação/Levante/ Alimentação/Ferida cirúrgica/Cateter periférico.                                                                                                                                                                                                |                 |                         |            |
| <b>Nos momentos vulneráveis/críticos, a transferência de informação entre profissionais é prioritária?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                               |                 |                         |            |
| <b>Foi utilizada uma comunicação eficaz nos momentos de transição de informação?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                 |                         |            |
| <b>Subtotal</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                 |                         |            |
| <b>ÍNDICE CONFORMIDADE (IC)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                 |                         |            |

Avaliação final: IC=  $\frac{\text{Total de respostas SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = \_\_\_\%$



## Instrumento de Auditoria

Norma “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”

Serviço:

### Momentos de transição de cuidados:

- ☐ Checklist – Preparação
- ☐ Preparação – Sala Operatória
- ☐ Sala Operatória – Recobro I
- ☐ Recobro I – Recobro II
- ☐ Recobro II – Recobro II

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Equipa auditora:

### Critérios:

Conforme      Não  
Conforme      Conforme      N/A

Na transição de cuidados é utilizada a técnica de comunicação ISBAR?

A transmissão de informação nas transições ocorre de forma escrita?

A instituição assegura formação dos profissionais envolvidos no processo de transferência de informação sobre a técnica ISBAR?

Identificação do doente.

Nome completo / Nome preferido.

Os responsáveis pelo processo de transmissão de informação, na transição de cuidados, estão identificados de forma inequívoca.

Cartão da instituição / Identificação oral.

Identificado cuidador informal/pessoa significativa.

Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde.

Serviço Cirúrgico, Cirurgia Programada, Cirurgia Realizada, Tipo de Anestesia.

Indicadas as necessidades específicas do doente.

Lateralidade.

Consentimento informado.

Confirmação de CIEL: Anestésico e Cirúrgico.

Na informação transmitida são referidos os MCDT'S realizados ou a realizar.

RX, Análises clínicas, TAC, Baixa Médica, Documentação de Alta, Medicação de cedência, Consultas de follow-up cirúrgica.

Antecedentes clínicos.

Médicos e Cirúrgicos.

Níveis de dependência.

Hábitos Tabágicos/ Alcoólicos/ Drogas.

Alergias.

Terapêutica de ambulatório.

Presença ou risco de colonização/infeção.

Tosse/Febre/Ferida infetada.

Identificada a situação social.

Condições sanitárias, auxílio á mobilidade.



| <b>Critérios:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Conforme</b> | <b>Não<br/>Conforme</b> | <b>N/A</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------|------------|
| <b>Informações sobre o estado do doente:</b><br><i><b>Pré-operatórios</b></i><br>Jejum/ Presença de próteses/ Tricotomia/Banho /Cateter venoso periférico /Nível de ansiedade/confirmação da pulseira de identificação.<br><i><b>Intraoperatório</b></i><br>Intercorrências Anestésicas/ Cirúrgicas.<br><i><b>Pós-operatório</b></i><br>Vômitos/Dor/Hemorragia/Bloqueio sensitivo-motor. |                 |                         |            |
| <b>Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída.</b><br>Pré-medicação/ Terapêutica do intraoperatório /Medicação SOS.                                                                                                                                                                                                                                                        |                 |                         |            |
| <b>Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.</b><br>Drenos/Sonda vesical/ Pensos/ Tamponamentos/ Compressas.                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |                         |            |
| <b>Indicação do plano de continuidade de cuidados</b><br>Sedação / Bloqueio sensitivo-motor/ Dor / Vômitos/Hemorragia/Medicação/Levante/<br>Alimentação/Ferida cirúrgica/Cateter periférico.                                                                                                                                                                                             |                 |                         |            |
| <b>Nos momentos vulneráveis/críticos, a transferência de informação entre profissionais é prioritária?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                               |                 |                         |            |
| <b>Foi utilizada uma comunicação eficaz nos momentos de transição de informação?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                 |                         |            |
| <b>Subtotal</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                 |                         |            |
| <b>ÍNDICE CONFORMIDADE (IC)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                 |                         |            |

Avaliação final: IC=  $\frac{\text{Total de respostas SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = \text{___}\%$



## Instrumento de Auditoria

Norma “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”

Serviço:

### Momentos de transição de cuidados:

- ☐ Checklist – Preparação  
☐ Preparação – Sala Operatória  
☐ Sala Operatória – Recobro I  
☐ Recobro I – Recobro II  
☐ Recobro II – Recobro II

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Equipa auditora:

### Critérios:

Conforme Não Conforme N/A

Na transição de cuidados é utilizada a técnica de comunicação ISBAR?

A transmissão de informação nas transições ocorre de forma escrita?

A instituição assegura formação dos profissionais envolvidos no processo de transferência de informação sobre a técnica ISBAR?

Identificação do doente.

Nome completo / Nome preferido.

Os responsáveis pelo processo de transmissão de informação, na transição de cuidados, estão identificados de forma inequívoca.

Cartão da instituição / Identificação oral.

Identificado cuidador informal/pessoa significativa.

Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde.

Serviço Cirúrgico, Cirurgia Programada, Cirurgia Realizada, Tipo de Anestesia.

Indicadas as necessidades específicas do doente.

Lateralidade.

Consentimento informado.

Confirmação de CIEL: Anestésico e Cirúrgico.

Na informação transmitida são referidos os MCDT'S realizados ou a realizar.

RX, Análises clínicas, TAC, Baixa Médica, Documentação de Alta, Medicação de cedência, Consultas de follow-up cirúrgica.

Antecedentes clínicos.

Médicos e Cirúrgicos.

Níveis de dependência.

Hábitos Tabágicos/ Alcoólicos/ Drogas.

Alergias.

Terapêutica de ambulatório.

Presença ou risco de colonização/infeção.

Tosse/Febre/Ferida infetada.

Identificada a situação social.

Condições sanitárias, auxílio á mobilidade.



| <b>Critérios:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Conforme</b> | <b>Não<br/>Conforme</b> | <b>N/A</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------|------------|
| <b>Informações sobre o estado do doente:</b><br><i><b>Pré-operatórios</b></i><br>Jejum/ Presença de próteses/ Tricotomia/Banho /Cateter venoso periférico /Nível de ansiedade/confirmação da pulseira de identificação.<br><i><b>Intraoperatório</b></i><br>Intercorrências Anestésicas/ Cirúrgicas.<br><i><b>Pós-operatório</b></i><br>Vômitos/Dor/Hemorragia/Bloqueio sensitivo-motor. |                 |                         |            |
| <b>Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída.</b><br>Pré-medicação/ Terapêutica do intraoperatório /Medicação SOS.                                                                                                                                                                                                                                                        |                 |                         |            |
| <b>Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.</b><br>Drenos/Sonda vesical/ Pensos/ Tamponamentos/ Compressas.                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |                         |            |
| <b>Indicação do plano de continuidade de cuidados</b><br>Sedação / Bloqueio sensitivo-motor/ Dor / Vômitos/Hemorragia/Medicação/Levante/ Alimentação/Ferida cirúrgica/Cateter periférico.                                                                                                                                                                                                |                 |                         |            |
| <b>Nos momentos vulneráveis/críticos, a transferência de informação entre profissionais é prioritária?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                               |                 |                         |            |
| <b>Foi utilizada uma comunicação eficaz nos momentos de transição de informação?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                 |                         |            |
| <b>Subtotal</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                 |                         |            |
| <b>ÍNDICE CONFORMIDADE (IC)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                 |                         |            |

Avaliação final: IC=  $\frac{\text{Total de respostas SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = \_\_\_\%$



## Instrumento de Auditoria

Norma “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”

Serviço:

### Momentos de transição de cuidados:

- ☐ Checklist – Preparação
- ☐ Preparação – Sala Operatória
- ☐ Sala Operatória – Recobro I
- ☐ Recobro I – Recobro II
- ☐ Recobro II – Recobro II

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Equipa auditora:

### Critérios:

Conforme      Não  
Conforme      Conforme      N/A

Na transição de cuidados é utilizada a técnica de comunicação ISBAR?

A transmissão de informação nas transições ocorre de forma escrita?

A instituição assegura formação dos profissionais envolvidos no processo de transferência de informação sobre a técnica ISBAR?

Identificação do doente.

Nome completo / Nome preferido.

Os responsáveis pelo processo de transmissão de informação, na transição de cuidados, estão identificados de forma inequívoca.

Cartão da instituição / Identificação oral.

Identificado cuidador informal/pessoa significativa.

Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde.

Serviço Cirúrgico, Cirurgia Programada, Cirurgia Realizada, Tipo de Anestesia.

Indicadas as necessidades específicas do doente.

Lateralidade.

Consentimento informado.

Confirmação de CIEL: Anestésico e Cirúrgico.

Na informação transmitida são referidos os MCDT'S realizados ou a realizar.

RX, Análises clínicas, TAC, Baixa Médica, Documentação de Alta, Medicação de cedência, Consultas de follow-up cirúrgica.

Antecedentes clínicos.

Médicos e Cirúrgicos.

Níveis de dependência.

Hábitos Tabágicos/ Alcoólicos/ Drogas.

Alergias.

Terapêutica de ambulatório.

Presença ou risco de colonização/infeção.

Tosse/Febre/Ferida infetada.

Identificada a situação social.

Condições sanitárias, auxílio á mobilidade.



| <b>Critérios:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Conforme</b> | <b>Não<br/>Conforme</b> | <b>N/A</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------|------------|
| <b>Informações sobre o estado do doente:</b><br><i><b>Pré-operatórios</b></i><br>Jejum/ Presença de próteses/ Tricotomia/Banho /Cateter venoso periférico /Nível de ansiedade/confirmação da pulseira de identificação.<br><i><b>Intraoperatório</b></i><br>Intercorrências Anestésicas/ Cirúrgicas.<br><i><b>Pós-operatório</b></i><br>Vômitos/Dor/Hemorragia/Bloqueio sensitivo-motor. |                 |                         |            |
| <b>Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída.</b><br>Pré-medicação/ Terapêutica do intraoperatório /Medicação SOS.                                                                                                                                                                                                                                                        |                 |                         |            |
| <b>Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.</b><br>Drenos/Sonda vesical/ Pensos/ Tamponamentos/ Compressas.                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |                         |            |
| <b>Indicação do plano de continuidade de cuidados</b><br>Sedação / Bloqueio sensitivo-motor/ Dor / Vômitos/Hemorragia/Medicação/Levante/ Alimentação/Ferida cirúrgica/Cateter periférico.                                                                                                                                                                                                |                 |                         |            |
| <b>Nos momentos vulneráveis/críticos, a transferência de informação entre profissionais é prioritária?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                               |                 |                         |            |
| <b>Foi utilizada uma comunicação eficaz nos momentos de transição de informação?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                 |                         |            |
| <b>Subtotal</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                 |                         |            |
| <b>ÍNDICE CONFORMIDADE (IC)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                 |                         |            |

Avaliação final: IC=  $\frac{\text{Total de respostas SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = \underline{\hspace{2cm}}\%$



## Instrumento de Auditoria

Norma “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”

Serviço:

### Momentos de transição de cuidados:

- ☐ Checklist – Preparação  
☐ Preparação – Sala Operatória  
☐ Sala Operatória – Recobro I  
☐ Recobro I – Recobro II  
☐ Recobro II – Recobro II

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Equipa auditora:

Critérios:

Conforme      Não  
Conforme      N/A

Na transição de cuidados é utilizada a técnica de comunicação ISBAR?

A transmissão de informação nas transições ocorre de forma escrita?

A instituição assegura formação dos profissionais envolvidos no processo de transferência de informação sobre a técnica ISBAR?

Identificação do doente.

Nome completo / Nome preferido.

Os responsáveis pelo processo de transmissão de informação, na transição de cuidados, estão identificados de forma inequívoca.

Cartão da instituição / Identificação oral.

Identificado cuidador informal/pessoa significativa.

Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde.

Serviço Cirúrgico, Cirurgia Programada, Cirurgia Realizada, Tipo de Anestesia.

Indicadas as necessidades específicas do doente.

Lateralidade.

Consentimento informado.

Confirmação de CIEL: Anestésico e Cirúrgico.

Na informação transmitida são referidos os MCDT'S realizados ou a realizar.

RX, Análises clínicas, TAC, Baixa Medica, Documentação de Alta, Medicação de cedência, Consultas de follow-up cirúrgica.

Antecedentes clínicos.

Médicos e Cirúrgicos.

Níveis de dependência.

Hábitos Tabágicos/ Alcoólicos/ Drogas.

Alergias.

Terapêutica de ambulatório.

Presença ou risco de colonização/infeção.

Tosse/Febre/Ferida infetada.

Identificada a situação social.

Condições sanitárias, auxílio á mobilidade.



| Critérios:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Conforme | Não<br>Conforme | N/A |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------|-----|
| <b>Informações sobre o estado do doente:</b><br><i><b>Pré-operatórios</b></i><br>Jejum/ Presença de próteses/ Tricotomia/Banho /Cateter venoso periférico /Nível de ansiedade/confirmação da pulseira de identificação.<br><i><b>Intraoperatório</b></i><br>Intercorrências Anestésicas/ Cirúrgicas.<br><i><b>Pós-operatório</b></i><br>Vômitos/Dor/Hemorragia/Bloqueio sensitivo-motor. |          |                 |     |
| <b>Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída.</b><br>Pré-medicação/ Terapêutica do intraoperatório /Medicação SOS.                                                                                                                                                                                                                                                        |          |                 |     |
| <b>Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.</b><br>Drenos/Sonda vesical/ Pensos/ Tamponamentos/ Compressas.                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |                 |     |
| <b>Indicação do plano de continuidade de cuidados</b><br>Sedação / Bloqueio sensitivo-motor/ Dor / Vômitos/Hemorragia/Medicação/Levante/<br>Alimentação/Ferida cirúrgica/Cateter periférico.                                                                                                                                                                                             |          |                 |     |
| <b>Nos momentos vulneráveis/críticos, a transferência de informação entre profissionais é prioritária?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                               |          |                 |     |
| <b>Foi utilizada uma comunicação eficaz nos momentos de transição de informação?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |                 |     |
| <b>Subtotal</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |          |                 |     |
| <b>ÍNDICE CONFORMIDADE (IC)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |          |                 |     |

Avaliação final: IC=  $\frac{\text{Total de respostas SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = \underline{\hspace{2cm}}\%$

## **Anexo XXIII**





4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Área de Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória

Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II

## Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde ISBAR

ANA ISABEL SOARES (2023101223)

ORIENTADORA: PROFESSORA ISABEL MIRANDA

TUTORA: EEMC À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA DA UCA

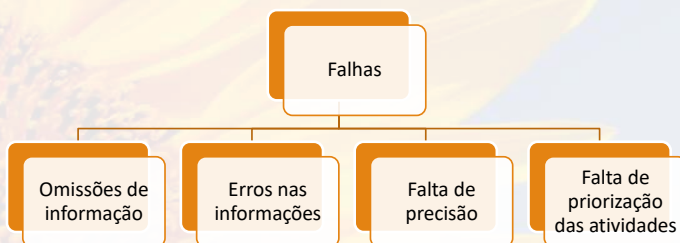
19 DE FEVEREIRO DE 2025

## Objetivos

- Reforçar o conhecimentos dos profissionais sobre comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde
- Sensibilizar os profissionais para o uso da técnica ISBAR na UCA da ULSGE
- Dar a conhecer os resultados das auditorias realizadas sobre uso da técnica ISBAR na UCA da ULSGE
- Promover a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem perioperatórios

## Evidência

- As falhas na comunicação são das principais causas de eventos adversos na saúde, a nível internacional.
- 70% destes eventos, ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados do doente.



(DGS, 2017)

## Enquadramento



(WHO, 2021)

# Enquadramento



**Plano Nacional  
para a Segurança  
dos Doentes**  
2021 | 2026

**Meta (2026):** 90 % das instituições de prestação de cuidados de saúde com monitorização e realização de auditorias internas ao processo de comunicação na transição da prestação de cuidados de saúde.

**Objetivo:** Melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados



(DGS, 2021)

# Enquadramento



**SNS** SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE



**DGS** desde  
1899  
Direção-Geral da Saúde



## NORMA

Francisco  
Henrique  
Moura George

Digitally signed by Francisco  
Henrique Moura George  
DN: cn=PT, ou=Direção-Geral da  
Saúde, ou=Direção-Geral da  
Saúde, ou=Francisco Henrique  
Moura George  
Date: 2017.02.08 11:05:47 Z

NÚMERO: 001/2017

DATA: 08/02/2017

ASSUNTO: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do doente; Transição de cuidados; Comunicação eficaz, ISBAR

PARA: Profissionais de Saúde do Sistema de Saúde

CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde ([dqs@dgs.min-saude.pt](mailto:dqs@dgs.min-saude.pt))

(DGS, 2017)

# Transição de Cuidados

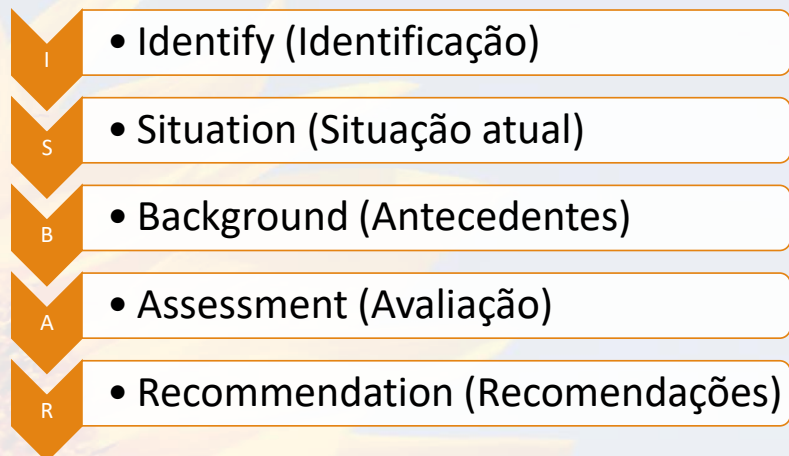
- ❑ Qualquer momento de prestação de cuidados em que se verifique a **transferência de responsabilidade de cuidados** e de **informação**
- ❑ Deve obedecer a uma **comunicação eficaz** na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados para promover a **segurança do doente**
- ❑ Tem como objetivo garantir a **continuidade e segurança** dos cuidados prestados
- ❑ Normalizada, utilizando a técnica **ISBAR**



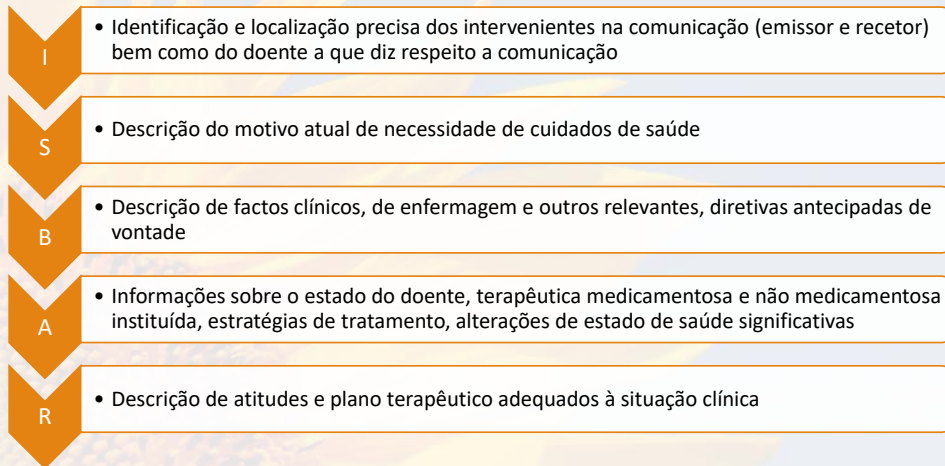
(DGS, 2017)

## ISBAR

- Ferramenta de padronização de comunicação em saúde
- Promove a segurança do doente em situações de transição de cuidados



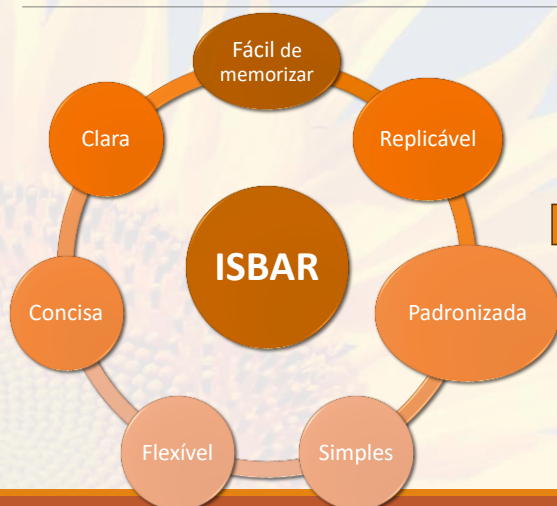
# ISBAR



## Mnemónica ISBAR: Ferramenta de comunicação estruturada

|                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>I - Identify</b><br><b>Identificação</b><br>Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) e do doente a que diz respeito a comunicação. | a) Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente;<br>b) Nome e função do Profissional de Saúde emissor;<br>c) Nome e função do Profissional de Saúde recetor;<br>d) Serviço de origem/destinatário;<br>e) Identificação da pessoa significativa/cuidador informal.                                                                                                                                                       |
| <b>S - Situation</b><br><b>Situação Atual/Causa</b><br>Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde.                                                                  | a) Data e hora de admissão;<br>b) Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde;<br>c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar.                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>B - Background</b><br><b>Antecedentes/ Anamnese</b><br>Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes.                                                             | a) Antecedentes clínicos;<br>b) Níveis de dependência;<br>c) Diretivas antecipadas de vontade;<br>d) Alergias conhecidas ou da sua ausência;<br>e) Hábitos relevantes;<br>f) Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma;<br>g) Técnicas invasivas realizadas;<br>h) Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar;<br>i) Identificação da situação social e da capacitação do cuidador. |
| <b>A - Assessment</b><br><b>Avaliação</b><br>Informações sobre o estado do doente e estratégias de tratamento.                                                                         | a) Problemas ativos;<br>b) Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída;<br>c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas;<br>d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.                                                                                                                                                                                      |
| <b>R -Recommendation</b><br><b>Recomendações</b><br>Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica                                                             | a) Indicação do plano de continuidade de cuidados;<br>b) Informação sobre consultas e MCDT agendados;<br>c) Identificação de necessidades do cuidador informal.                                                                                                                                                                                                                                                                             |

# ISBAR



- ✓ Rápida tomada de decisão
- ✓ Promove o pensamento crítico
- ✓ Diminui o tempo de transferência de informação
- ✓ Rápida integração dos profissionais

(DGS, 2017)

# ISBAR

- As instituições devem assegurar que:
  - O respetivo plano anual de formação contemple **formação específica** para todos os profissionais envolvidos no processo de transferência de informação, que inclua a técnica ISBAR;
  - O processo de transferência de informação é monitorizado através da execução de **auditorias internas**, nos termos do Despacho nº 2784/2013.

(DGS, 2017)

## Transição de cuidados na UCA

Admissão/Checklist

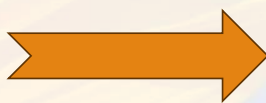
Sala de Preparação

Bloco

Recobro I

Recobro II

Recobro II/Pernoita



Segurança do doente



## Transição de cuidados na UCA

Diferentes profissionais, em diferentes momentos

Várias transições de cuidados, envolvendo transferências no pré, intra e pós-operatório

Tempo de permanência na instituição **reduzido**

**Rotatividade** elevada

**Volume** de doentes elevado

- ✓ Maior probabilidade de ocorrerem erros
- ✓ Risco elevado para a segurança do doente
- ✓ Maior risco de eventos adversos.

## Transição de cuidados na UCA – ISBAR (I)

| I - Identificação |                                                                                                    |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| a)                | Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente                                   |
| b)                | Nome e função do Profissional de Saúde emissor                                                     |
| c)                | Nome e função do Profissional de Saúde recetor                                                     |
| d)                | Serviço de origem/destinatário                                                                     |
| e)                | Identificação da pessoa significativa/cuidador informal                                            |
| a)                | <b>Nome completo, idade, Nome preferido</b>                                                        |
| b e c)            | <b>Nome do Profissional de Saúde emissor/ recetor</b>                                              |
| d)                | <b>Serviço de origem : Especialidade cirúrgica e Unidade do doente ( nº sala operatória/ cama)</b> |
| e)                | <b>Identificação da pessoa significativa/cuidador informal</b>                                     |

## Transição de cuidados na UCA – ISBAR (S)

| S- Situação Atual/Causa |                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| a)                      | Data e hora de admissão;                                                                                                                                                                                                            |
| b)                      | Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde;                                                                                                                                                                      |
| c)                      | Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar                                                                                                                                                   |
| a)                      | <b>Data e hora de admissão;</b>                                                                                                                                                                                                     |
| b)                      | <b>Descrição do motivo atual:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cirurgia programada: Lateralidade, Confirmação do CIEL (anestésico/cirúrgico)</b></li> <li>• <b>Cirurgia realizada; Técnica anestésica</b></li> </ul> |
| c)                      | <b>Exames complementares de diagnóstico e terapêutica realizada ou a realizar (MCDT'S)</b>                                                                                                                                          |

## Transição de cuidados na UCA – ISBAR (B)

### B- Antecedentes/ Anamnese

|    |                                                                                                   |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| a) | Antecedentes clínicos;                                                                            |
| b) | Níveis de dependência;                                                                            |
| c) | Diretivas antecipadas de vontade;                                                                 |
| d) | Alergias conhecidas ou da sua ausência;                                                           |
| e) | Hábitos relevantes;                                                                               |
| f) | Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma;                                                      |
| g) | Técnicas invasivas realizadas;                                                                    |
| h) | Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar; |
| i) | Identificação da situação social e da capacitação do cuidador.                                    |
| a) | Antecedentes Médicos e Antecedentes Cirúrgicos                                                    |
| d) | Alergias                                                                                          |
| e) | Hábitos relevantes; Tabágicos, Alcoólicos e Drogas                                                |
| f) | Medicação domiciliar                                                                              |
| h) | Presença ou risco de infeção; Colonização/Ferida infetada/ Tosse                                  |
| i) | Identificação da situação social e da capacitação do cuidador                                     |

## Transição de cuidados na UCA – ISBAR (A)

### A- Avaliação

|    |                                                                                                                                                                                                                              |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| a) | Problemas ativos;                                                                                                                                                                                                            |
| b) | Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída;                                                                                                                                                                    |
| c) | Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas;                                                                                                                              |
| d) | Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.                                                                                                                                                                        |
| a) | <b>Problemas ativos:</b> Jejum/ Presença de próteses/ Estado Hemodinâmico /Tricotomia/Banho /Ansiedade/ Pulseira de identificação;                                                                                           |
| b) | <b>Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pré-medicação</li> <li>• Terapêutica do intraoperatório</li> <li>• Medicação SOS;</li> </ul>                                  |
| c) | <b>Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas:</b> Intercorrências: Anestésicas e/ou Cirúrgicas                                                                          |
| d) | <b>Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas:</b> Cateter venoso periférico/ Drenos/ Sonda vesical/Ferida Cirúrgica/ Tamponamento/Compressas/Náuseas e/ou Vômitos/ Dor/ Perda Sanguínea/ Bloqueio sensitivo-motor |

## Transição de cuidados na UCA – ISBAR (R)

| R- Recomendações |                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| a)               | Indicação do plano de continuidade de cuidados                                                                                                                                                                     |
| b)               | Informação sobre consultas e MCDT agendados                                                                                                                                                                        |
| c)               | Identificação de necessidades do cuidador informal                                                                                                                                                                 |
| a)               | <b>Indicação do plano de continuidade de cuidados: Sedação/ Bloqueio sensitivo-motor/ Dor/ Náuseas e/ou Vômitos /Perda Sanguínea/ Medicação/ Levante/ Alimentação/ Ferida cirúrgica/ Cateter venoso periférico</b> |
| b)               | <b>Informação sobre consultas e MCDT agendados: Baixa Medica/ Documentação de Alta/ Medicação de cedência/ Panfletos informativos</b>                                                                              |
| c)               | <b>Identificação de necessidades do cuidador informal</b>                                                                                                                                                          |

## Auditorias – Aplicação da técnica ISBAR na UCA

- ❑ Realizada através de **instrumento de auditoria**, adaptado em conformidade com as diretrizes estabelecidas pela DGS
- ❑ **Objetivo:** garantir a qualidade da comunicação entre a equipa de enfermagem, assegurando que todas as informações relevantes sejam transmitidas de forma clara e completa em cada etapa de transição de cuidados
- ❑ **5 momentos auditados** na UCA, correspondentes às transições de cuidados:
  1. Checklist para a Sala de Preparação (19 respostas aplicáveis)
  2. Sala de Preparação para a Sala Operatória (19 respostas aplicáveis)
  3. Sala Operatória para o Recobro I (20 respostas aplicáveis)
  4. Recobro I para o Recobro II (20 respostas aplicáveis)
  5. Recobro II para o Recobro II e/ou Pernoita (20 respostas aplicáveis)
- ❑ **Amostra:**
  - ❑ Total de 25 momentos de transição de cuidados
  - ❑ 5 avaliações em cada um dos 5 momentos de transição de cuidados

## Auditorias – Aplicação da técnica ISBAR na UCA

|   | Momento a auditar                    | Número de auditorias | Respostas aplicáveis | Conformidade (%) | Não conformidade (%) |
|---|--------------------------------------|----------------------|----------------------|------------------|----------------------|
| 1 | Checklist - Sala de Preparação       | 5                    | 19                   | 96,82            | 3,18                 |
| 2 | Sala de Preparação - Sala Operatória | 5                    | 19                   | 93,6             | 6,4                  |
| 3 | Sala Operatória - Recobro I          | 5                    | 20                   | 94               | 6                    |
| 4 | Recobro I - Recobro II               | 5                    | 20                   | 89               | 11                   |
| 5 | Recobro II – Recobro II/ Pernoita    | 5                    | 20                   | 97               | 3                    |

## Auditorias – Aplicação da técnica ISBAR na UCA

### ▣ Pontos fortes:

- ▣ Preocupação da equipa de enfermagem em garantir uma comunicação adequada durante a transição de cuidados
- ▣ Adesão às várias etapas do ISBAR, especialmente nos itens:
  - ▣ Identificação
  - ▣ Situação atual
  - ▣ Avaliação
- ▣ Esforço contínuo para seguir diretrizes que promovem a segurança e a continuidade dos cuidados.
- ▣ A implementação de memorandos facilitou a transferência de informação entre a equipa, promovendo uma padronização e garantindo que os aspetos mais relevantes sejam mencionados durante a transição de cuidados.
- ▣ Compromisso da equipa de enfermagem com a melhoria contínua da qualidade

# Auditorias – Aplicação da técnica ISBAR na UCA

## □ Oportunidades de melhoria:

### □ Checklist - Sala de Preparação

- A troca de informações entre o enfermeiro responsável pela *checklist* e o enfermeiro da sala de preparação nem sempre é realizada verbalmente apenas pela Avaliação Inicial que se encontra no processo clínico.

### □ Sala de Preparação - Sala Operatória

- Observou-se, com frequência, que a PSPO perioperatória é conduzida para a sala operatória pelo anestesista, principalmente a população pediátrica, o que resulta na ausência de uma passagem de informação estruturada entre os enfermeiros. Esse desvio no processo compromete a aplicação adequada do ISBAR.
- A sala de preparação não oferece condições adequadas de privacidade para a transmissão de informações confidenciais entre os enfermeiros.

### □ Sala Operatória - Recobro I

- Aspectos relacionados com antecedentes clínicos e medicação domiciliária relevante são transmitidos de forma pouco detalhada.

# Auditorias – Aplicação da técnica ISBAR na UCA

## □ Oportunidades de melhoria:

### □ Recobro I – Recobro II

- Antecedentes clínicos e medicação domiciliária relevante da pessoa em situação perioperatória continuam a ser os itens transmitidos de forma menos detalhada

### □ Recobro II – Recobro II/Pernoita

- A transmissão de informação entre a equipa de enfermagem abrange os itens essenciais da técnica ISBAR

- A falta de formação/sensibilização sobre o ISBAR entre os elementos da equipa dificulta a correta aplicação do mesmo, resultando em inconsistências na comunicação e aumentando da probabilidade de erro/omissões durante as transições de cuidados.

# Auditorias – Aplicação da técnica ISBAR na UCA

## Recomendações:

- Formação em serviço sobre o ISBAR:
  - Realizar sessões de formação contínuas para toda a equipa de enfermagem, com ênfase na correta aplicação da técnica ISBAR, garantindo que os novos elementos da equipa estejam adequadamente capacitados e cientes da importância de uma comunicação eficaz.
- Estabelecer regras para a transmissão de informação:
  - Implementar regras que garantam a troca de informações entre enfermeiros durante as transições de cuidados, assegurando assim, que a comunicação ocorra de maneira consistente e sem falhas.
- Utilizar um espaço adequado entre a sala de preparação e a sala operatória:
  - Promover a privacidade da PSPO e melhores condições para a troca de informações confidenciais entre os enfermeiros, minimizando a possibilidade de interrupções ou omissões.
- Revisão dos memorandos ISBAR:
  - Atualizar os memorandos existentes. Adicionar ou retirar itens para adequar a cada momento de transição de cuidados. A revisão deve garantir que os memorandos reflitam as necessidades específicas de cada etapa do processo.
  - Assegurar que os memorandos sejam de fácil leitura, com letra legível e de tamanho adequado, facilitando o uso e promovendo a comunicação eficiente entre as equipas.

# Auditorias – Aplicação da técnica ISBAR na UCA

## Conclusões:

- É essencial implementar ações preventivas para que as falhas na comunicação sejam minimizadas, garantindo uma maior segurança e qualidade nos cuidados à PSPO
- As auditorias e avaliação/reflexão sobre as mesmas visam não só identificar as oportunidades de melhoria, mas também reconhecer os aspetos positivos na ótica da promoção de uma cultura de segurança, melhoria contínua e comunicação eficaz entre a equipa de enfermagem



## Referências bibliográficas

- ❑ Andrade, G., Pereira, S., Mota, L., & Príncipe, F. (2025). Nursing communication in the context of outpatient surgery: scoping review . *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(16e), e37389. <https://doi.org/10.29352/mill0216e.37389>.
- ❑ Diário da República. Despacho nº 9390/2021 de 24 de Setembro (2021). *Plano nacional para a segurança dos doentes* (PNSD 2021-2026), 2ª Série, 96-103. Lisboa, Portugal. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>.
- ❑ Direção-Geral da Saúde. (2017). Norma nº 001/2017 de 08 de fevereiro de 2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>.
- ❑ World Health Organization (2021). GLOBAL PATIENT SAFETY ACTION PLAN 2021–2030 - Towards eliminating avoidable harm in health care <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343477/9789240032705-eng.pdf?sequence=1>

**“As estratégias de comunicação utilizadas pelos enfermeiros em contexto de cirurgia de ambatório desempenham um papel essencial na promoção da segurança, confiança e na qualidade dos cuidados prestados, contribuindo para a redução da ansiedade e de complicações pós-operatórias.”**

(Andrade et al., 2025)

Obrigada

## **Anexo XXIV**





UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

FORMAÇÃO

Certifica-se que **Ana Isabel Tavares Soares**, foi Formador(a) do Curso **“Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde - ISBAR”**, que decorreu no(s) dia(s) **“19 de Fevereiro de 2025”**, com a duração de 01:00 horas.

19 fevereiro de 2025

Responsável do Serviço de Formação

((Tiago André Gomes de Oliveira, ,  
Diretor do Serviço de Formação))



## CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

### Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde - ISBAR

#### Conteúdo Programático

**MODALIDADE DE FORMAÇÃO:** Outras ações de formação contínua não inseridas no Catálogo

Nacional de Qualificações

**ÁREA DE FORMAÇÃO:** 729 – Saúde - Programas não classificados noutra área de formação

#### COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS:

Evidencia

Enquadramento

Transição de Cuidados

ISBAR

Transição de cuidados no UCA

Auditórias

Referências Bibliográficas

## **Anexo XXV**



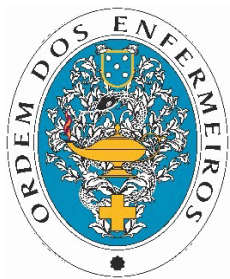
Data: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - 20\_\_\_\_ Enfermeiro: \_\_\_\_\_ N.º. Mecanográfico: \_\_\_\_\_ Turno: Manhã ☐ Tarde ☐

| Sala/Especialidade<br>Cirúrgica | A _____ | B _____ | C _____ |
|---------------------------------|---------|---------|---------|
| Hora entrada                    |         |         |         |
| (I) Nome/Cama                   |         |         |         |
| (S) Cirurgia/Anestesia          |         |         |         |
| (B) Antecedentes/Alergias       |         |         |         |
| (A) Analgesia/antieméticos      |         |         |         |
| (R) Recomendações               |         |         |         |
| Hora entrada                    |         |         |         |
| (I) Nome/Cama                   |         |         |         |
| (S) Cirurgia/Anestesia          |         |         |         |
| (B) Antecedentes/Alergias       |         |         |         |
| (A) Analgesia/antieméticos      |         |         |         |
| (R) Recomendações               |         |         |         |
| Hora entrada                    |         |         |         |
| (I) Nome/cama                   |         |         |         |
| (S) Cirurgia/Anestesia          |         |         |         |
| (B) Antecedentes/Alergias       |         |         |         |
| (A) Analgesia/antieméticos      |         |         |         |
| (R) Recomendações               |         |         |         |



## **Anexo XXVI**





## CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

**ANA ISABEL TAVARES SOARES**

membro nº **72701** desta Ordem, participou no(a) "**Webinar Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Da teoria à prática**", realizado no dia **15 de Outubro de 2024**, com duração total de **02h00**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Lisboa, 15 de Outubro de 2024

O Bastonário

Luís Filipe Barreira



## **Anexo XXVII**





4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Área de Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória

Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II

## **Promoção de Práticas Seguras e Controlo de Infecção nos Cuidados de Anestesia no Bloco Operatório**

Ana Isabel Soares (2023101223)

Orientadora: Professora Isabel Miranda

Tutora: EEEMC à Pessoa em Situação Perioperatória da UCA

18 de Dezembro de 2024

### **Índice:**

- Objetivos
- Enquadramento
- O que nos diz a evidência científica?
- Controlo de infeção na anestesia
- Conclusões
- Referências Bibliográficas

## Objetivos:

- Contextualizar a intervenção do enfermeiro perioperatório **na promoção de práticas seguras** que fomentem a **segurança** da pessoa em situação perioperatória (PSPO) e a **qualidade dos cuidados prestados**;
- Sensibilizar os enfermeiros do perioperatório para a **adoção de boas práticas** que promovam o controlo de infeção no âmbito dos cuidados de anestesia.
- Reunir **evidência científica** sobre medidas de controlo de infeção a adotar no âmbito dos cuidados de anestesia.
- Servir de apoio à elaboração de futuras instruções de trabalho no âmbito dos cuidados de anestesia.
- Servir de apoio à elaboração do manual de integração de novos elementos à Unidade de Cirurgia de Ambulatório.

## Enquadramento:



### Pilar 5. Práticas Seguras em Ambientes Seguros

#### Objetivo Estratégico 5.1

Implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde.

#### Objetivo Estratégico 5.3

Reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos (RAM).

(Diário da Republica, 2021)

## Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

### 2. Maximiza a segurança da PSPO e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica.

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

2.2.1. Assegura os **cumprimentos dos princípios de assepsia e de controlo da contaminação**, de acordo com as **evidências científicas**;

2.2.4. Assegura cumprimento dos princípios da **manutenção da qualidade e higienização ambiental**;

2.2.5. Assegura o cumprimento dos princípios de **preparação pré-cirúrgica das mãos** e da **utilização de barreiras protetoras**;

2.2.7. Garante o cumprimento dos processos e a **confirmação da esterilização dos dispositivos médicos**;

2.2.10. Elabora **recomendações e normas internas** de aplicação dos princípios de assepsia progressiva, estruturas físicas e equipamentos, garantindo a sua implementação.

Norma DGS  
029/2012  
atualizada  
em  
31/10/2013 –  
**Precauções  
Básicas do  
Controlo da  
Infeção  
(PBCI)**



Fonte: <http://controloinfeccao.blogspot.com/search/label/PBCI>

## O que nos diz a evidência científica?

- A literatura tem demonstrado a **existência de contaminação na área de anestesia**. Nomeadamente ao nível da área de trabalho, carro de anestesia, torneiras, máscaras laríngeas e lâminas de laringoscópio, monitores e teclados, bem como nas mãos dos profissionais o que resulta em **transmissão de microrganismos, infeções associadas aos cuidados de saúde** e aumento do risco de mortalidade do doente.

(Munoz-Price et al., 2019).

> Infect Control Hosp Epidemiol. 2019 Jan;40(1):1-17. doi: 10.1017/ice.2018.303. Epub 2018 Dec 11.

### Infection prevention in the operating room anesthesia work area

L Silvia Munoz-Price<sup>1</sup>, Andrew Bowdle<sup>2</sup>, B Lynn Johnston<sup>3</sup>, Gonzalo Bearman<sup>4</sup>, Bernard C Camins<sup>5</sup>, E Patchen Dellinger<sup>2</sup>, Marjorie A Geisz-Everson<sup>6</sup>, Galit Holzman-Pazgal<sup>7</sup>, Rekha Murthy<sup>8</sup>, David Pegues<sup>9</sup>, Richard C Prielipp<sup>10</sup>, Zachary A Rubin<sup>11</sup>, Joshua Schaffzin<sup>12</sup>, Deborah Yokoe<sup>13</sup>, David J Birnbach<sup>14</sup>

## O que nos diz a evidência científica?

- Medidas básicas de controle de infeção perioperatória** baseadas em evidências para a área de trabalho de anestesia são de eficácia comprovada para vírus e bactérias, originando **reduções significativas** na transmissão de patógenos e subsequente infeção e aumento do risco de mortalidade do doente.



- É hora dos profissionais de anestesia, que sempre foram líderes em segurança da PSPO, aproveitarem as evidências publicadas para **melhorar a segurança do doente na prevenção de infeções**.

(Charnin, J., 2022)



**BOLETIM**  
O PERIÓDICO OFICIAL DA ANESTHESIA PATIENT SAFETY FOUNDATION

Charnin JE, Hollidge M, Barz R, et al. Prática recomendada para medidas de controle de infeção na área de trabalho de anestesia: o que você está esperando? Boletim da APSF. 2022;37:103-106.

### Prática recomendada para medidas de controle de infeção na área de trabalho de anestesia: o que você está esperando?

de Jonathan E. Charnin, MD, FASA; Melanie Hollidge, MD, PhD; Raquel Barz, MD, MMCI; Desiree Chappell, CRNA; Jonathan M. Tan, MD, MPH, MBI, FASA; Morgan Heilman, RN, BSN; Sara McMinnus, RN, BSN, MBA; Richard A. Beers MD, Michelle Beam, DO, MBA, FASA; e Randy Loftus, MD

## O que nos diz a evidência científica?

- A prestação de cuidados de anestesia, incluindo a **indução, a manutenção e situações de emergência**, exige que os profissionais estejam muito **próximos da presença de fluídos, secreções e sangue**. Tudo isto, contribui para **um maior risco de contaminação no intraoperatório**.

(Branch R. et Amiri, A, 2020)

### CONTINUING EDUCATION

#### Environmental Surface Hygiene in the OR: Strategies for Reducing the Transmission of Health Care-Associated Infections

1.8 CE [www.aornjournal.org/content/cme](http://www.aornjournal.org/content/cme)

## Controlo de Infecção na Anestesia

Higiene das mãos

Uso de EPI

Preparação e administração de medicamentos EV

Manipulação de CVP

Intubação orotraqueal

Bloqueio Subaracnoideu (BSA)

Bloqueio de Nervos Periféricos (BNP)

Manutenção do equipamento anestésico

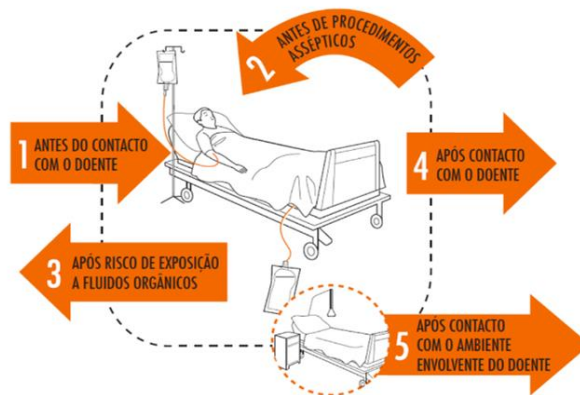
## Higiene das Mãos (HM)

- **Norma nº 007/2019 - Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde**
- As mãos são uma das **principais vias de transmissão** de microrganismos.
- Na maioria dos casos de transmissão cruzada de infeção/colonização, **as mãos dos profissionais de saúde constituem a principal fonte e/ou veículo para a transmissão de microrganismos** da pele do doente para as mucosas (trato respiratório), ou para locais do corpo habitualmente estéreis (sangue, líquido cefalorraquidiano, líquido pleural) e de outros doentes ou do ambiente contaminado.
- A HM é uma das medidas mais simples e mais efetiva na redução da infeção associada aos cuidados de saúde (IACS), mas tem de ser associada às restantes medidas que compõem as Precauções Básicas de Controlo de Infeção.
- Medida mais relevante na **prevenção e no controlo da infeção**. É, também, uma medida que pode ter impacto no **controlo das resistências aos antimicrobianos**.
- Em Portugal, entre 2009-2018, a **taxa de cumprimento da HM pelos profissionais de saúde aumentou em 38,75 %** (em 2018 foi de 75,1%).

(DGS, 2019)

## Higiene das Mãos (HM)

### Os seus 5 momentos para a HIGIENE DAS MÃOS



## Higiene das Mãos (HM)

- ▶ Quando as **mãos estão visivelmente sujas ou contaminadas** com sangue ou outros fluidos orgânicos.
- ▶ **Antes da preparação e administração de fármacos e manipulação de dispositivos médicos.**
- ▶ **Antes da colocação de luvas:** o uso de luvas não dispensa a Higiene das Mãos.
- ▶ Após **remoção de luvas** (estéreis ou não estéreis).
- ▶ **Preparação pré-cirúrgica** das mãos.

(DGS, 2019)

## Higiene das Mãos (HM)



**Remoção** de relógios e joias



**Água e sabão** (40 a 60 segundos )



**Fricção com SABA**  
(20 a 30 segundos)

## Higiene das Mãos (HM)

- A higiene das mãos no perioperatório é um aspeto importante na prevenção de infeções e deve ser realizada por todos os membros da equipe cirúrgica.

(EORNA, 2023)

## Uso de EPI

- **Dispositivos a utilizar por profissionais, doentes e visitas** contra possíveis riscos que ameaçam a sua saúde e segurança, durante as suas atividades e/ou prestação de cuidados de saúde.
- Seleccionados **de acordo com o contacto previsto**.

(Barroso et al., 2021)

- **Precauções padrão:**

- O nível básico de precauções de controle de infeção que devem ser usadas, no mínimo, no atendimento de todos os pacientes, independentemente de seu diagnóstico ou estado infeccioso presumido.
  - Luvas;
  - Máscaras resistentes a fluidos com protetor facial transparente;
  - Protetores oculares;
  - Aventais.

(Aagbi, 2008)

(EORNA, 2023)

## Uso de EPI

- Todos os equipamentos de proteção individual devem:
  - Ser adequados aos riscos envolvidos, sem que isso implique qualquer aumento do risco;
  - Corresponder às condições existentes no local de trabalho;
  - Ter em conta os requisitos ergonômicos e o estado de saúde do trabalhador;
  - Ajustar-se corretamente ao utilizador.
- O empregador deve fornecer o equipamento adequado gratuitamente e garantir que esteja em boas condições de funcionamento e higiene.

(EORNA, 2023)

## Uso de EPI (Luvas)

- **Barreira protetora.**
- Norma Europeia EN 455.
- Amplamente usadas nos cuidados de saúde.
- A par da higiene das mãos são uma **importante ferramenta na prevenção e combate das IACS**, porém, atualmente e de forma transversal, **representam um dos eventos adversos mais frequentes dos cuidados de saúde.**
- O uso de luvas é uma medida fundamental de **proteção**, quer do doente quer do profissional de saúde.
- **Realizar a higiene das mãos antes e depois do uso de luvas é fundamental na prevenção de infeção, com forte evidência científica.**

(AEOP, 2024)

## Uso de EPI (Luvas)

- **Barreira protetora.**
- Norma Europeia EN 455.
- Amplamente usadas nos cuidados de saúde.
- A par da higiene das mãos são uma **importante ferramenta na prevenção e combate das IACS**, porém, atualmente e de forma transversal, **representam um dos eventos adversos mais frequentes dos cuidados de saúde.**
- O uso de luvas é uma medida fundamental de **proteção**, quer do doente quer do profissional de saúde.
- **Realizar a higiene das mãos antes e depois do uso de luvas é fundamental na prevenção de infeção, com forte evidência científica.**

(AEOP, 2024)

## Uso de EPI (Luvas)

- As luvas devem de ser:
  - **Adequadas ao utilizador e ao procedimento** a que se destinam;
  - **Estéreis se técnica assética;**
  - Utilizadas quando se antecipa a **exposição** a sangue ou outros fluidos orgânicos;
  - **Substituídas**, se há perfuração ou rotura.
  - **Removidas imediatamente** após a sua utilização em cada doente e/ou após o procedimento.

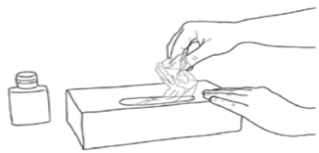
(AEOP, 2024)

## Uso de EPI (Luvas)

- A **técnica para calçar luvas de exame** não estéreis permite **minimizar a disseminação de microrganismos** responsáveis por infecções, pelo que devem ser calçadas retirando a luva da embalagem, tocando apenas no punho e colocando-a de seguida sem manipular mais a luva.

(AEOP, 2024)

### I. COMO CALÇAR AS LUVAS:



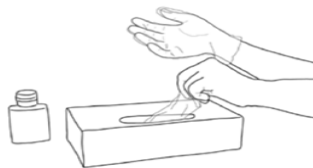
1. Retire uma luva da sua embalagem original.



2. Toque apenas numa área restrita da luva correspondente ao punho (no bordo superior do punho).



3. Coloque a primeira luva.



4. Retire a segunda luva com a mão descalça e toque apenas uma superfície restrita da luva correspondente ao punho.



5. Para evitar tocar na pele do antebraço com a mão enluvada, vire a superfície externa da luva a ser calçada sob os dedos dobrados da mão já enluvada, permitindo assim enluvar a segunda mão.



6. Uma vez enluvadas, as mãos não devem tocar em mais nada que não esteja definido pelas indicações e condições para o uso das luvas.

(AEOP, 2024)

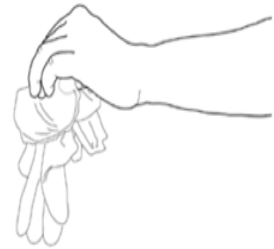
## II. COMO RETIRAR AS LUVAS:



1. Agarre uma luva na zona do punho para removê-la, sem tocar na pele do antebraço, e puxe para longe da mão, permitindo que a luva vire do avesso.



2. Segure a luva removida com a mão enluvada e deslize os dedos da mão não enluvada entre a luva e o punho. Remova a segunda luva rolando-a pela mão e dobrando-a sobre a primeira luva.



3. Descarte as luvas removidas.

(AEOP, 2024)

## Uso de EPI (Máscara)

- **Protege mucosas** oculares, nasal e oral de salpicos de fluidos, secreções ou líquidos potencialmente contaminados.
- **Seleção correta** de acordo com a finalidade.
- **Colocação correta e bem ajustada à face.**

(Barroso et al., 2021)

- Proteção da ferida operatória.
- Utilizada durante a realização de um **procedimento estéril**.
- Com **proteção facial** → sempre que exista risco de salpicos para face ou olhos.

(Aagbi, 2008)

## Uso de EPI (Avental e Bata)



### ■ Avental plástico descartável:

- Protege a pele e a farda em procedimentos que gerem salpicos, humidade e ou contaminação excessiva.

(Barroso et al., 2021)

- Usados para proteção das roupas dos profissionais a fim de evitar a transmissão de infeções entre pacientes.

(Aagbi, 2008)

### ■ Bata:

- Risco acrescido de salpicos de sangue ou fluidos orgânicos.

### ■ Avental e bata:

- Impermeável.
- Substituir no final do procedimento e entre doentes.
- **Remover as luvas antes do avental e higienizar as mãos apos retirar o avental.**

(Barroso et al., 2021)



## Preparação e administração de medicamentos EV

### ■ Princípios básicos para a preparação de medicamentos EV:

- Utilizar ambiente físico adequado;
- Manter higiene/desinfecção das mãos;
- Assegurar a desinfecção prévia da superfície de preparação de medicamentos;
- Assegurar **princípios de assepsia na abertura e manuseamento de seringas, agulhas e frascos;**
- **Desinfetar as tampas** antes da aspiração do medicamento;
- **Utilizar o solvente do frasco unidose** para reconstituir/diluir o medicamento;
- Evitar diluições desnecessárias dos medicamentos.

(Bastos, C. & Barbieri MC., 2020)

- Em caso de embalagens de doses múltiplas, a seringa e agulha a utilizar para aceder à embalagem devem estar estéreis.

(Barroso et al., 2021)



## Prevenção de infeções na corrente sanguínea

## Preparação e administração de medicamentos EV

### Cadeia de frio:

- Medicamentos que exigem condições específicas de temperatura controlada para manter sua eficácia e segurança.
- Para o transporte de medicamentos de frio devem ser utilizadas embalagens térmicas ou veículos de temperatura controlada.
- Manter o controle da temperatura é crucial para produtos farmacêuticos da cadeia de frio pelos seguintes motivos:
  - **Integridade do produto;**
  - **Segurança do paciente;**
  - **Conformidade regulatória.**
- Na anestesia, deve-se ter especial atenção na manipulação de Rocurônio, Dexametasona e Cloreto de Suxametônio:
  - Conservados no frigorífico (2-8°C) e ao abrigo da luz.
  - Uma vez retirados, não devem ser novamente colocados no frigorífico.
  - Rocurônio: os frascos intactos podem ser armazenados à temperatura ambiente ( $\leq 25^{\circ}\text{C}$ ) durante um período máximo de 16 semanas, após o qual devem ser rejeitados. Deve ser utilizado imediatamente após abertura do frasco.

(APIFARMA, 2017)

(Aspen, 2023)

(Medscape, 2024)

(Hikma, 2021)

## Manipulação de CVP

- **Princípios para a inserção de CVP:**
  - Desinfecção das mãos;
  - Realizar desinfecção cutânea;
  - Cumprir os princípios de assepsia na inserção do CVP;
  - Aplicar penso estéril;
  - Fixar adequadamente o CVP.

(Bastos, C. & Barbieri MC., 2020)

## Manipulação de CVP

- **Princípios a serem seguidos na administração de medicação EV:**
  - Desinfetar as mãos antes da administração;
  - **Desinfetar a via de acesso ao cateter;**
  - Avaliar a permeabilidade do cateter;
  - Após administração de medicamentos lavar (flush) o cateter;
  - Monitorizar o local de inserção do cateter para detetar sinais inflamatórios precoces.
- As **portas de injeção** devem ser mantidas livres de sangue e cobertas com tampa quando não estiverem a ser utilizadas.
- As **conexões e portas de injeção** devem ser **reduzidas ao mínimo** indispensável.

(Bastos, C. & Barbieri MC., 2020)

## Intubação orotraqueal

- **NORMA: 021/2015 de 16/12/2015 Atualizada a 17/11/2022 "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação**
- Uniformizar a implementação de "**feixe de intervenções**" para a Prevenção de pneumonia associada à intubação (PAI), de acordo com a evidência disponível.
- A PAI é a infeção mais frequente adquirida em Serviços de Medicina Intensiva (SMI), sendo **responsável pelo aumento da duração da ventilação mecânica invasiva, do consumo de antibióticos, da duração do internamento** no SMI e no hospital e, consequentemente, pela **maior morbimortalidade e custos associados**.
- A PAI é uma pneumonia que surge no **doente com tubo endotraqueal há mais de 48 horas** ou no **doente que foi extubado/descanulado há menos de 48 horas**.
- Objetivo: **redução da taxa de pneumonia associada à intubação**, em cerca de 30%, até 2026, em linha com os objetivos do PNSD 2021-2026.

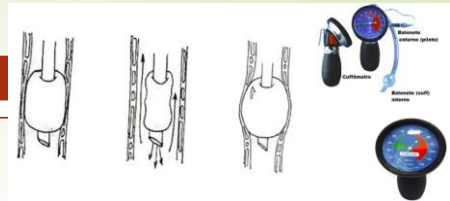
(DGS, 2022b)

## Intubação orotraqueal

- Bundle ou “Feixe de Intervenção” integrados no plano de cuidados multidisciplinar, visando a redução da incidência de PAI:
  - Sedação;
  - Desmame ventilatório;
  - Elevação da cabeceira;
  - Higiene oral;
  - Pressão do balão (cuff) do tubo/cânula endotraqueal.

(DGS, 2022b)

## Intubação orotraqueal



- Manter a pressão do cuff entre **20 e 30 cm H<sub>2</sub>O**, sempre que a pressão das vias aéreas o permita, monitorizando-a sempre que clinicamente indicado, no mínimo em 3 ocasiões num período de 24h, preferencialmente de forma contínua, e **documentar no processo clínico**.
- Pressão de cuff:
  - Mantidas entre 15 a 22 mmHg (20 e 30 cm H<sub>2</sub>O) para **evitar a aspiração de secreções** do trato respiratório inferior;
  - A monitorização regular da pressão do cuff está associada a **uma menor incidência de PAI**;
  - É importante que os enfermeiros e anestesistas sejam **treinados para usar o manómetro de pressão de cuff** com segurança para evitar a desinsuflação inadvertida do cuff do tubo orotraqueal.

(Patel et al., 2019; Buurs et al., 2019)

## Bloqueio subaracnoideu (BSA)

### Princípios orientadores:

- **Pele desinfetada** com uma solução alcoólica, de preferência cloro-hexidina (no caso de utilizar betadine, deve ser bem retirado na zona a puncionar para não entrar no espaço medular, tem efeito neurotóxico).
- Obrigatório uso de luvas, máscara e touca segundo **técnica asséptica**.  
(Machado, H., 2013)
- Utilização de **técnica assética** durante preparação do equipamento e a colocação de agulhas e cateteres neuroaxiais, incluindo:
  - Remoção de joias;
  - Lavagem das mãos;
  - Uso de touca;
  - Uso de máscara (cobrindo boca e nariz e trocada entre doentes);
  - Uso de luvas estéreis;
  - **Cobertura estéril do paciente.**

(ASA, 2017)

## Bloqueio subaracnoideu (BSA)

- Usar **embalagens individuais de antisséptico** para a preparação da pele;
- Utilizar solução antisséptica (**Clorexidina com álcool**) para preparação da pele, permitindo tempo de secagem adequados;  
(ASA, 2017)
- A **AAGBI** recomenda o uso de **clorexidina a 0,5% em álcool** proporciona o compromisso mais seguro entre o risco de infeção e o risco de toxicidade.  
(AAGBI, 2014)
- A **SBA** recomenda técnica meticulosa aquando da antisepsia da pele com **clorexidina 0,5% em álcool a 70%**. Aguardar a sua **evaporação**, a fim de que seja garantida a real efetividade da solução.

(Azi et al., 2020)

## Bloqueio de Nervos Periféricos (BNP)

### Princípios orientadores:

- Desinfecção das mãos;
- Desinfecção da pele;
- Uso de EPI: máscara, touca, bata e luvas estéreis;
- **Uso de campos cirúrgicos** - com oculo e autoadesivos, amplos e estéreis. Colocados sobre a área do procedimento, para evitar a contaminação.
- **Fármacos devem ser preparados antes da sua utilização.** Não é recomendada a utilização de ampolas multidose.
- A ponta da agulha, ou seja, a zona que atravessa a pele, não deve ser tocadas ou contaminadas.

(APCA, 2014)

- **Equipamento: usar uma coberta de proteção estéril para ecógrafo.**
- **Usar gel estéril unidose.**

(APCA, 2014)

(Azi et al., 2020)

## Manutenção do equipamento anestésico

### ■ Dispositivos de uso único:

- As embalagem do equipamento de uso único **não deve ser removida até ao momento de uso** de forma a promover o controlo de infeção.
- Dispositivos de via aérea - preferência por materiais de uso único.

### ■ Dispositivos de uso múltiplo:

- **Descontaminação:** combinação de processos que incluem Limpeza, desinfecção e esterilização e **garantem a segurança do equipamento para ser utilizado.**
  - **Limpeza** – lavagem com detergente para remover a contaminação, seguida de enxaguamento e secagem;
  - **Desinfecção de baixo nível** – eficaz para a maioria das bactérias vegetativas, alguns fungos e vírus;
  - **Desinfecção alto nível** – eficaz para bactérias vegetativas, fungos e vírus;
  - **Esterilização** – processo que torna o objeto livre de microrganismos viáveis, incluindo todas as bactérias, esporos, fungos e vírus.

(AAGBI, 2008)

## Manutenção do equipamento anestésico

### ■ Ventilador, máquinas e monitores de anestesia e seus acessórios:

- Devem ser limpos com desinfetante apropriado e de acordo com indicação do fabricante.

### ■ Circuitos respiratórios:

- **Trocados diariamente.**
- Se visivelmente contaminados ou utilizados em casos altamente infecciosos trocados entre pacientes e descartados com segurança.
- Utilizar **filtro** entre o paciente e o circuito respiratório (um novo filtro entre cada paciente).  
(AAGBI, 2008);

### ■ Máscaras faciais:

- **Esterilização**  
(AAGBI, 2008);
- **Lavagem manual e esterilização.** Número máximo de ciclos de limpeza: 50.  
(Intersurgical)
- No mínimo, **desinfecção de alto nível.**  
(CDC, 2023)

## Manutenção do equipamento anestésico

### ■ Laringoscópios:

- O contacto com laringoscópios representa um **risco de exposição a microrganismos potencialmente patogénicos**, tanto para o doente como para os profissionais de saúde.  
(Cowperthwaite & Holm, 2015)
- Podem ficar **contaminados** durante a sua utilização através de **contacto direto** com o doente ou **indiretamente** através de salpicos de sangue ou outros fluidos corporais, contacto com superfícies ou outros equipamentos contaminados.
- Os profissionais de saúde devem **usar luvas** durante a intubação traqueal.  
(Bailey et al., 2020)
- A manipulação da lâmina para teste de luz deve ser realizada **sem remover a mesma do invólucro e sem tocar na lâmina.**  
(AANA, 2015)
- Após a intubação traqueal deve-se **evitar contaminação de outros dispositivos, superfícies, almofadas e/ou campos** através da **colocação do laringoscópio num recipiente apropriado.**  
(AAGBI, 2008)  
(Bailey et al., 2020)

## Manutenção do equipamento anestésico

### ■ Laminas de laringoscópio:

- O CDC recomenda uma **desinfecção de alto nível**.

(Rutala & Weber, 2008)

(CDC, 2023)

- A limpeza adequada das laminas do laringoscópio é de grande importância antes da descontaminação/esterilização, particularmente de resíduo em redor de fontes de luz ou seções articuladas.

### ■ **Esterilização.**

(AAGBI, 2008)

- Podem ser **esterilizadas ou descontaminadas com desinfetante de alto nível**. Após esse processo devem ser **embalados individualmente**, em invólucro estéril ou saco plástico, respetivamente.

(AANA, 2015)

- Deve ser **esterilizado** e o processo de descontaminação do mesmo deve ser centralizado em local próprio. No entanto, quando estes equipamentos entram várias vezes no autoclave acabam por ver a sua funcionalidade afetada.

(Negri De Sousa et al., 2016)

- Nos EUA as lâminas são submetidas a **desinfecção de alto nível**, com bons resultados no controlo de infeção.

(Sherman & Hopf, 2018)

## Manutenção do equipamento anestésico

### ■ Cabos de laringoscópio:

- **Lavados e desinfetados.**

- **Esterilizados** se adequado.

(AAGBI, 2008)

- No mínimo, deve ser limpo com um **desinfetante de nível intermédio**, após a sua utilização.

(AANA, 2015)

- Se suspeita de *Clostridium difficile*, Norovírus ou Ébola, deve ser enviado para **autoclave**.

(Howell et al., 2013)

- Deve ser **esterilizado** e o processo de descontaminação do mesmo deve ser centralizado em local próprio.

(Negri De Sousa et al., 2016)

## Manutenção do equipamento anestésico

### ■ Superfícies:

- Limpas o mais rapidamente possível entre pacientes.

(AAGBI, 2008);

### ■ Ecógrafo e respetiva sonda:

- Deve ser submetido à desinfecção de baixo nível (dispositivo não crítico) de acordo com indicações do fabricante.

(Azi et al., 2020)

(APCA, 2014)

## Manutenção do equipamento anestésico

- Existe **evidências crescentes** de que as **superfícies ambientais** no ambiente cirúrgico, incluindo **áreas de trabalho de anestesia**, podem **abrigar microrganismos patógenos** que podem levar a IACS.
- **Equipamentos** tais como: fios de eletrocardiógrafo, manguitos de pressão arterial, sondas de oximetria de pulso e cabos de monitor, podem ficar **contaminados com microrganismos** durante procedimentos cirúrgicos.
- As diretrizes atuais apoiam a limpeza e **desinfecção de itens não críticos** após o uso, utilizando um **desinfetante químico** de baixo nível, de nível hospitalar, registrado pela Agência de Proteção Ambiental.
- **Sem limpeza e desinfecção adequadas entre os procedimentos, esses itens representam um risco de transmissão de patógenos e subsequentes infeções.**

(Branch R. & Amiri, A, 2020)

## Manutenção do equipamento anestésico

- A **monitorização das práticas de limpeza e a adesão aos protocolos de limpeza** podem ajudar a **diminuir a contaminação da superfície ambiental do BO e reduzir a transmissão de patógenos.**

(Branch R. & Amiri., A, 2020)

- A introdução de um método objetivo de **avaliação da eficácia da limpeza das superfícies das salas cirúrgicas**, de baixo custo, fácil execução e que forneça dados imediatos, aplicado de forma rotineira, permite **assegurar um ambiente limpo e seguro para a PSPO e equipa multiprofissional**, possibilitando introduzir medidas corretivas necessárias, podendo também ser utilizado como ferramenta educacional.

(Brois, P., 2022)

## Conclusão

- A implementação de práticas seguras reduz significativamente a ocorrência de IACS.
- Os profissionais de saúde nomeadamente, os enfermeiros, devem adotar e incentivar o cumprimento das PBCI.
- É da responsabilidade de todos os Enfermeiros Perioperatórios garantir a prestação de cuidados de modo seguro e com qualidade em todos os procedimentos cirúrgicos e invasivos.

Prática baseada  
na evidência

Qualidade  
de cuidados

Segurança  
do doente

- AANA - Anesthesiology, A. A. of N. (2015). Infection Prevention and Control Guidelines for Anesthesia Care. American Association of Nurse Anesthesiology
- American Society of Anesthesiologists (ASA). (2017). Practice Advisory for the Prevention, Diagnosis, and Management of Infectious Complications Associated with Neuraxial Techniques: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Infectious Complications Associated with Neuraxial Techniques and the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine. *Anesthesiology*, 126:585–601 doi: <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000001521>
- Apifarma (2017). CADEIA DE FRIO Os custos das novas Boas Práticas de Distribuição Alexandra Gonçalves APIFARMA. [https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/editor2/Eventos/IRACI/IRACI\\_2017\\_Apifarma-Cadeia\\_de\\_Frio\\_Custos\\_BPD\\_28nov\\_Alexandra\\_Goncalves.pdf](https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/editor2/Eventos/IRACI/IRACI_2017_Apifarma-Cadeia_de_Frio_Custos_BPD_28nov_Alexandra_Goncalves.pdf)
- Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (APCA). (2014). RECOMENDAÇÕES PARA ANESTESIA REGIONAL EM CIRURGIA AMBULATORIA. <https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacoesAnestesiaRegional2.pdf>
- Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP). (2024). BOAS PRÁTICAS na seleção e utilização de luvas de exame nos cuidados de saúde. <https://www.aeop.pt/ficheiros/Boas-Praticas-Luvas.pdf>
- Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland (AAGBI) (2008). Infection control in anaesthesia. *Anaesthesia*, 63(9), 1027–1036. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.2008.05657.x>
- Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland (AAGBI) et al. (2014). Safety guideline: skin antisepsis for central neuraxial blockade. *Anaesthesia*, 69(11), 1279–1286. <https://doi.org/10.1111/anae.12844>
- Azi, L. et al. (2020). SBA 2020: Atualização das recomendações para segurança em anestesia regional [SBA 2020: Regional anesthesia safety recommendations update]. *Brazilian journal of anesthesiology (Elsevier)*, 70(4), 398–418. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2020.02.005>
- Bailey, C. R., Grestorex, B., Hyde, Y., Koerner, R., McGuire, N., Meek, T., & Radhakrishnan, S. (2020). Infection prevention and control 2020. Association of Anaesthetists England. [www.anaesthetists.org](http://www.anaesthetists.org)
- Barroso, F. et al. (2021). GUIA PRÁTICO PARA A SEGURANÇA DO DOENTE (1ª ed.). Lidel.

- Bastos, C., & Barbieri, M. C. (2020). Administration of intravenous medication in hospitals: Contributions to safe evidence-based practice. *Millennium*, 2(11), 49-55. DOI: 10.29352/mill0211.05.00260.
- Branch, R., & Amiri, A. (2020). Environmental Surface Hygiene in the OR: Strategies for Reducing the Transmission of Health Care-Associated Infections. *AORN Journal*, 112(4), 327-342. <https://doi.org/10.1002/aorn.13175>
- Brois, P. (2022). Contributo do Enfermeiro Especialista na Avaliação da Limpeza das Superfícies de Salas Cirúrgicas. [Relatório Final de Estágio – ESSNORTECVPV]. Repositório Comum, Repositório Comum: Contributo do Enfermeiro Especialista na Avaliação da Limpeza das Superfícies de Salas Cirúrgicas [rcaap.pt]
- Buurs, R., Vlaar, A., & Paulus, F. (2019). Continuous cuff pressure control: More high-quality evidence is needed. *Nursing in critical care*, 26(1), 13. <https://doi.org/10.1111/nicc.12476>.
- CDC (2023). Disinfection and Sterilization Guideline. <https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/disinfection-and-sterilization/index.html>
- Charmin, J. et al. (2022). Prática recomendada para medidas de controle de infecção na área de trabalho de anestesia: o que você está esperando?. *Boletim da APSF*. Vol.5. N.3.
- Cowperthwaite, L., & Holm, R. L. (2015). Guideline Implementation: Surgical Instrument Cleaning. *AORN Journal*, 101(5), 542-552. <https://doi.org/10.1016/j.AORN.2015.03.005>
- Direção Geral de Saúde. (2013). Norma nº 029/2012 atualizada em 31/10/2013. Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). <https://normas.dgs.min-saude.pt/2012/12/28/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infeccao-pbci>
- Direção Geral da Saúde. (2019). Norma 007/2019 de 16 de outubro. Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2019/10/16/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude/>
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2022a). Norma nº 022/2015 atualizada a 29/08/2022 "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. <https://normas.dgs.minsauade.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infeccao-relacionada-com-cateter-venoso-central/>
- Direção Geral da Saúde (DGS). (2022b). Norma nº 021/2015 atualizada a 17/11/2022 "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao/>
- Diário da República. Despacho nº 9390/2021 de 24 de Setembro (2021). *Plano nacional para a segurança dos doentes* (PNSD 2021-2026), 2.º Série, 96-103. Lisboa, Portugal. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

## Referências Bibliográficas

- European Operating Room Nurses Association (EORNA)[2023]. EORNA Best Practice for perioperative care . Third edition June 2023. WWW.EORNA.EU
- Hikma (2021). Folheto informativo: Informação para o utilizador. Brometo de Rocurónio Hikma 10mg/ml Solução injetável ou para perfusão.
- Howell, V., Thoppil, A., Young, H., Sharma, S., Blunt, M., & Young, P. (2013). Chlorhexidine to maintain cleanliness of laryngoscope handles: an audit and laboratory study. *European journal of anaesthesiology*, 30(5), 216-221. <https://doi.org/10.1097/EJA.0B013E3283607827>
- Intersurgical. Gama de produtos reutilizáveis Alterna da Intersurgical. Instruções de armazenagem, limpeza, esterilização e utilização
- Machado, H. (2013). Manual de Anestesiologia. Lidel.
- Medscape (2024). Zemuron (rocuronium) dosing, indications, interactions, adverse effects, and more. <https://reference.medscape.com/drug/zemuron-rocuronium-343109#0>
- Munoz-Price, L., Bowdle, A., Johnston, B., Beaman, G., Camins, B., Dellinger, P., Geisz-Everson, M., Holzman-Pazgal, G., Murthy, R., Pegues, D., Prielp, R., Rubin, Z., Shaffzin, J., Yokoe, D., & Birnbach, D. (2019). Infection Prevention in the Operating Room Anesthesia Work Area. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 40(1), 1-17 [hptf://doi:10.1017/ice.2018.303](https://doi.org/10.1017/ice.2018.303)
- Negri De Sousa, A. C., Vilas Boas, V. A., Levy, C. E., & Pedreira De Freitas, M. I. (2016). Laryngoscopes: Evaluation of microbial load of blades. *American Journal of Infection Control*. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2015.10.014>
- Patel, V., Hodges, E. J., Mariyaselvam, M. Z., Peutherer, C., & Young, P. J. (2019). Unintentional endotracheal tube cuff deflation during routine checks: a simulation study. *Nursing in critical care*, 24(2), 83-88. <https://doi.org/10.1111/nicc.12397>.
- Regulamento n.º 429/2018 (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*, 2.ª série-n.º 135, 16 de julho de 2018. (19359-19370).
- Rutala, W. A., & Weber, D. J. (2008). Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities, 2008. (CDC) Centers for Disease Control and Prevention.
- Sherman, J. D., & Hopf, H. W. (2018). Balancing infection control and environmental protection as a matter of patient safety: The case of laryngoscope handles. *Anesthesia and Analgesia*. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002759>



## Promoção de Práticas Seguras e Controlo de Infecção nos Cuidados de Anestesia no Bloco Operatório

**Obrigada pela atenção!**

18 de Dezembro de 2024

## **Anexo XXVIII**





UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

FORMAÇÃO

Certifica-se que **Ana Isabel Tavares Soares**, foi Formador(a) do Curso **“Promoção de práticas seguras e controlo de Infecção nos cuidados de anestesia no bloco operatório”**, que decorreu no(s) dia(s) **“18 de Dezembro de 2024”**, com a duração de 01:00 horas.

18 dezembro de 2024

Responsável do Serviço de Formação

((Tiago André Gomes de Oliveira, ,  
Diretor do Serviço de Formação))



## CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

### **Promoção de práticas seguras e controlo de Infecção nos cuidados de anestesia no bloco operatório**

#### **Conteúdo Programático**

**MODALIDADE DE FORMAÇÃO:** Outras acções de formação contínua não inseridas no Catálogo Nacional de Qualificações

**ÁREA DE FORMAÇÃO:** 729 – Saúde - Programas não classificados noutra área de formação

#### **COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS:**

- Objetivos
- Enquadramento
- O que nos diz a evidência científica?
- Controlo da infeção na anestesia
- Conclusões
- Referências bibliográficas

## **Anexo XXIX**



# Certificado

Certifica-se a presença de

**Ana Isabel Tavares Soares**

no **3º Congresso Internacional de Enfermagem Especializada - Da transformação digital à prática de Enfermagem Especializada**, nos dias 23 e 24 de setembro de 2024, na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, num total de **12 (doze)** horas.

Oliveira de Azeméis, 24 de setembro de 2024

A Vice-Presidente da ESSNorteCVP



(Prof.ª Doutora Fernanda Príncipe)

A Comissão Organizadora



(Prof.ª Doutora Maribel Carvalhais)



## **Anexo XXX**





# Certificado

Certifica-se que:

**Ana Isabel Soares; Patrícia Ventura; Sara Meleiro; Isabel Miranda**

apresentaram a Comunicação Livre “O papel da inteligência artificial na redução da ansiedade em contexto Perioperatório”, no 3º Congresso Internacional de Enfermagem Especializada - Da transformação digital à prática de Enfermagem Especializada, no dia 23 de setembro de 2024, realizado na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

Oliveira de Azeméis, 24 de setembro de 2024

A Vice-Presidente da ESSNorteCVP

  
(Prof.ª Doutora Fernanda Príncipe)

A Comissão Organizadora

  
(Prof.ª Doutora Maribel Carvalhais)



## **Anexo XXXI**



# IV CONGRESSO DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

DESAFIOS E INOVAÇÃO:  
CONSTRUINDO O AMANHÃ...

## CERTIFICADO

Certifica-se que,

Ana Isabel Tavares Soares

esteve presente no evento “IV Congresso de Enfermagem Perioperatória”, que decorreu no dia 11 de outubro de 2024 das 09h00 às 18h00 e no dia 12 de outubro das 09h00 às 13h00, no Centro Cultural Vila Flor.

Pela Comissão Organizadora,

  
Américo Lopes



## **Anexo XXXII**



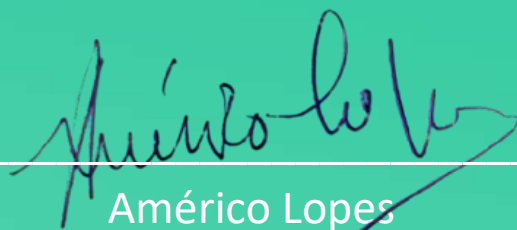
# IV CONGRESSO DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

DESAFIOS E INOVAÇÃO:  
CONSTRUINDO O AMANHÃ...

## CERTIFICADO DE AUTORIA

Certifica-se que,  
Susana Patricia Soares Ventura, Ana Isabel Soares e Isabel Miranda  
foram autoras da Comunicação Oral “A importância da Inteligência Emocional no contexto  
Perioperatório” apresentada no “IV Congresso de Enfermagem Perioperatória”, que decorreu no dia  
11 de outubro de 2024 das 09h00 às 18h00 e no dia 12 de outubro das 09h00 às 13h00, no Centro  
Cultural Vila Flor.

Pela Comissão Organizadora,

  
Américo Lopes

Organização:



SAÚDE



SNS  
SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE



Bloco Operatório Central  
Guimarães

Patrocínio Científico:





## **Anexo XXXIII**



# CERTIFICADO

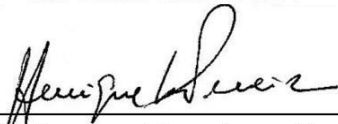
Certifica-se a presença de:

**Ana Isabel Tavares Soares**

no **6º Congresso Internacional IACS 2024: Desafios e Inovação em Controlo de Infecção**, realizado nos dias 24 e 25 de outubro de 2024, no auditório do Europarque, em Santa Maria da Feira, Portugal, num total de 14 horas de formação.

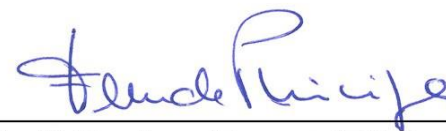
Santa Maria da Feira, 25 de outubro de 2024

Presidente Conselho Direção  
da ESSNorteCVP

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Henrique Pereira', is written over a horizontal line.

Prof. Doutor Henrique Pereira

A Comissão Científica

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Fernanda Príncipe', is written over a horizontal line.

Prof.ª Doutora Fernanda Príncipe

## 24 de outubro

- 09h30 **SA: Conferência Inaugural: "IACS - dilemas, oportunidades, imponderáveis"**  
**Acácio Rodrigues** (Faculdade de Medicina da Universidade do Porto - FMUP, Portugal)  
 Moderador: **Luis Pedro** (ULSEDV, Portugal)
- 10h00 **SA: Sessão de abertura**  
**Vitor Marques** (Vereador do Município de Santa Maria da Feira)  
**Sara Pereira** (ULSEDV)  
**Henrique Pereira** (Presidente do Conselho de Direção da ESSNorteCVP)
- 11h00 **Coffee Break**
- 11h30 **SA: Painei: Stop Infecção - Like a bridge over troubled waters**  
 "Estar no Stop vale a pena? (ontem, hoje e amanhã)" **Rosário Rodrigues** (ULSAR, Portugal)  
 "Mentoria e Melhoria (mentorar entre iguais)" **Margarida Dinis** (ULS Santa Maria, Portugal)  
 "Melhorar, melhorar sempre" **Rute Miranda** (ULSAR, Portugal)  
 Moderador: **Paulo André** (ULSAR, Portugal)
- S6: Painei: BRUSH Beyond Routine: Using a Sustained Hospital program for oral care**  
 "Pneumonia associada à intubação" **Catarina Conceição** (ULSLO, Portugal)  
 "Higiene oral na disfagia" **Daniela Ferreira** (ULSEDV, Portugal)  
 "Protocolo de cuidados à boca" **Maria João Batista** (ULSLO, Portugal)  
 Moderador: **Clara Carvalho** (ULSLO, Portugal)
- S7: Painei: Estudo da urina: navegar pelos desafios e explorar novas estratégias**  
 "Análise de Urina e Urocultura: Fundamentos e Avanços no Diagnóstico Clínico" **Ana Raquel** (ULSEDV, Portugal)  
 "A Microbiologia e o Diagnóstico: Desvendar o Invisível para Tratamentos Precisos" **Hugo Cruz** (CHUSA, Portugal)  
 "Bactérias Multirresistentes na Urina: Um Desafio Emergente" **Carla Mimoso** (CHULN, Portugal)  
 Moderador: **Mariana Silva** (ULSEDV, Portugal)
- S8: Painei: Preparar o futuro das EPC (Enterobacterales produtores de carbapenemases)**  
 "Combater a colonização/infecção" **Catarina Guerra** (ULS Braga, Portugal)  
 "Gestão de isolamentos" **Claudia Martins** (ULS Braga, Portugal)  
 "A importância do ambiente na transmissão" **Ana Silva** (ULS Braga, Portugal)  
 "Mudança comportamental na Saúde: um desafio" **Angela Dias** (ULS Braga, Portugal)  
 Moderador: **Isabel Velloso** (ULS Braga, Portugal)
- S9: Painei: Como organizar o Plano de Controlo de Infecção nos Cuidados de Saúde Primários**  
 "Que ferramentas utilizar?" **David Peres** (ULS Matosinhos, Portugal)  
 "Como aplicar? Exemplos:" **Ilda Devesa** e **Natalia Pinheiro** (ULS Matosinhos, Portugal)  
 "Como monitorizar?" **Isabel Neves** (ULS Matosinhos, Portugal)  
 Moderador: **Fernanda Vieira** (ULS Matosinhos, Portugal)
- 12h30 **Almoço**
- 14h00 **SA: Workshop FACTOR PLUS "Luvas de Exame: é o que não se consegue ver, o que importa"**  
**S6: Workshop RACLAC "Abordagem à ferida cirúrgica - princípios a ter em conta"**  
**S7: Workshop IMPORQUIMICA "Conceito DDP: Detectar, Dissolver e Prevenir, a melhor forma de quebrar a matriz do Biofilme. Ver para crer!"**  
**S8: Workshop MCMEDICAL "Redução da Flora Microbiana cutânea: Higiene Corporal sem água"**  
**S9: Workshop ARIXMED "Utilização de ferramentas digitais na gestão do tratamento de feridas"**
- 15h00 **SA: Painei: Investigação e inovação em controlo de infeção**  
 "Muitos dados, algum conhecimento, pouca inovação" **José Artur Paiva** (ULS São João, Portugal)  
 "Inovação Tecnológica e Estratégias no Controlo de Infecções: do Laboratório à Prática Clínica" **Paulo Alves** (Universidade Católica Portuguesa - Porto, Portugal)  
 "Prioridades da investigação em prevenção e controlo da infeção" **Liliana Mota** (ESSNorteCVP, CINTESIS@RISE, Portugal)  
 Moderador: **António Soares** (CINTESIS@RISE, Portugal)
- 16h00 **SA: Simpósio: Novas metodologias na descontaminação de dispositivos médicos**  
 "Impacto da tecnologia de desinfeção de alto nível na colonização microbiana nas sondas de ultrassom endocavitárias"  
**Ursula Morby** (Group Decontamination Lead at University Hospital Limerick, Ireland)  
 "Tecnologia UV-C como método de reprocessamento de desinfeção de alto nível, automação Vs processos manuais"  
**Sarah Blanchard-Wall** (Product Manager - Germitec, France)
- 16h30 **SA: Simpósio: Inovação na descontaminação de endoscópios**  
 "Um caso real de limpeza corretiva de endoscópios contaminados após reprocessamento" **Marisa Cardo** (ULSRL, Portugal)  
 "Microbiological testing of endoscopes and visual inspection" **Thomas Onsea Hospital** (Hospital Group in Antwerp; Association of Sterilization in the Hospitals in Belgium)  
 Moderador: **Mariana Silva** (ULSEDV, Portugal)
- 16h00 **Comunicações Livres**  
**THINKLab: boas práticas em controlo de infeção** **Elena Noriega** (ARS Algarve, Portugal)

## 25 de outubro

- 09h00 **SA: Workshop HARTMAN "Higiene das mãos: como aumentar a adesão em contexto Hospitalar"**  
**S6: Workshop DIVISIONCARE "Cortinas Antimicrobianas Descartáveis e Recicláveis " Silver Intelligence"- Eficácia, Custo e Evidência!"**  
**S7: Workshop MEDLINE "Prevenção das IACS - novas soluções"**  
**S8: Workshop BD "O seu parceiro na prevenção e controlo das infeções"**  
**S9: Workshop: "Prevenção de infeções relacionadas com o cateter"**
- 10h00 **SA: Painei: Contributos para "Uma Só Saúde (One Health)"**  
**"Saúde Humana" Carlos Palos** (Portugal)  
 "Disseminação de Klebsiella pneumoniae multiresistente numa perspectiva One Health" **Ângela Novais** (UCIBIO/i4HB, Faculdade de Farmácia UP, Portugal)  
 Moderador: **Isabel Neves** (ULS Matosinhos, Portugal)
- 10h45 **Coffee Break**
- 11h15 **SA: Conferência: "Sustainable healthcare and infection control" Mahmood Bhutta** (United Kingdom)  
 Moderador: **Carlos Carvalho** (ULSEDV, Portugal)
- 11h45 **SA: Painei: O papel da academia na prevenção da infeção**  
**HAInnovPrev: Projeto Internacional para a melhoria dos currículos de Enf. no âmbito da prevenção da infeção" Teresa Neves** (ESENfC, Portugal)  
**HandSafe: Higiene das mãos em estudantes de Enf de Portugal e Brasil" Cristina Carvalho** (ESEP, Portugal)  
 "Prevenção da ITU associada a cateter vesical: Conscientização para mudança" **Filipe Paiva-Santos** (ESENfC, Portugal)  
 Moderador: **Susana Filipe** (ULS Baixo Mondego, Portugal)
- S6: Painei: Foco na neurocirurgia**  
 "Recommendations for SSI prevention in neurosurgery" **Insa Janssen** (Hospitais universitários de Genebra, Suíça)  
 "Gestor/a de circuito do doente: experiência e mais-valias na prevenção de IACS" **Dulcinda Delannoy** (Hospitais universitários de Genebra, Suíça)  
 Moderador: **Américo Agostinho** (Hospitais universitários de Genebra, Suíça)
- S7: Painei: IACS em Unidade de Hospitalização Domiciliária (HD)**  
 "HD do Hospital de Santarém" **Yahia Abuowda** (ULSL, Portugal)  
 "Tratamento de Infecções Bacterianas por agentes multirresistentes em HD" **Ana Mafalda Bastos** (ULSEDV, Portugal)  
 "Precauções básicas de controlo de infeção - especificidade da HD" **Sónia Malaca** (ULSL, Portugal)  
 Moderador: **João Duarte** (ULSEDV, Portugal)
- S8: Painei: Boas Práticas de Prevenção e Controlo de Infecção em Fisioterapia**  
 "Garantia de um ambiente de trabalho seguro para os fisioterapeutas" **Tânia Churro\*** (ULS Cova da Beira, Portugal)  
 "Redução do risco e da valorização das boas práticas em Fisioterapia" **Tânia Soares\*** (ULS do Baixo Alentejo, Portugal)  
 "Impacto das boas práticas em higiene das mãos: perceção dos fisioterapeutas" **Ana Palma\*** (ULS de São José, Portugal)  
 Moderador: **Elsa Silva\*** (ULS de São José, Portugal)  
 \* Seguranga do Doente, Ordem dos Fisioterapeutas, Portugal
- S9: Painei: De resultados comprovados a novas estratégias do programa de apoio à prescrição de antimicrobianos**  
 "Melhoria das práticas de prescrição: o sucesso e as lições do programa PAPA na prescrição de antimicrobianos na ULSRA"  
**Liliana Maia** (ULSRA, Portugal)  
 "Projeto drive-AMS: uma nova abordagem de antimicrobial stewardship" **Raquel Duro** (ULS do Tâmega e Sousa, Portugal)  
 "Quais os benefícios e desafios da abordagem multidisciplinar na prescrição antimicrobiana nas infeções osteoarticulares?"  
**Manuela Vieira** e **André Santos** (ULSRA, Portugal)  
 Moderador: **Filomena Freitas** (ULSRA, Portugal)
- 12h45 **Almoço**
- 14h45 **SA: Conferência: Clean Hospitals Alexandra Peters** (University of Geneva, Switzerland)  
 Moderadora: **Mário Branco** (ESSNorteCVP, Portugal)
- 14h45 **SA: Painei: Boas Práticas na Investigação Clínica em Controlo de Infecção**  
 "Estratégias Educativas Dirigidas a Estudantes do Ensino Superior sobre Prevenção e Controlo de IACS" **Soraia Pereira** (ESSNorteCVP, CINTESIS@RISE, Portugal)  
 "Avaliação do risco de infeção da pessoa hospitalizada: programa de efetividade" **Luis Filipe Todo Bom** (CH Leiria, Portugal)  
 "Gloves donning and removal complice and HCWs preferences" **Heck Robert Roland** (TritonLife Private Hospitals - Hurgira)  
 Moderador: **Liliana Mota** (ESSNorteCVP, CINTESIS@RISE, Portugal)
- S6: Painei: "Controlo de infeção em Medicina intensiva: um desafio multidisciplinar"**  
 "Resistência aos antimicrobianos: panorama actual" **Ana Maria Oliveira** (H. de Vila Franca de Xira, Portugal)  
 "Rastreio e isolamento: desafios actuais" **Hugo Tavares** (Hospital Lusitana Porto, Portugal)  
 "Feixes de intervenção - impacto na prática clínica" **Nelson Faria** (Hospital CUF Porto, Portugal)  
 Moderador: **Paulo Mergulhão** (SPCI, Portugal)
- S7: Workshop TEPREL "Uma abordagem da implementação da sustentabilidade no bloco operatório"**
- S8: Painei: Importância da Saúde Ocupacional na transmissão das infeções noscomiais respiratórias**  
 "Utilização de máscara nos profissionais de saúde - qual o impacto no doente?" **Inês Ribeiro** (ULSEDV, Portugal)  
 "Vacinação dos Profissionais de Saúde (Gripe/ Covid/ Antipneumocócicas) - Qual a importância?" **Catarina Oliveira** (ULSEDV, Portugal)  
 "Plano de Vacinação dos Profissionais de Saúde da ULS EDV - A nossa experiência" **Jacinta Carvalhas** (ULSEDV, Portugal)  
 Moderador: **Andréa Rodrigues** (ULSEDV, Portugal)
- S9: Painei: Uso e Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde Consensus paper**  
 "Boas práticas na seleção e utilização de luvas de exame nos cuidados de saúde" **Isabel Velloso** (ANCI, Portugal)  
 "Desmistificar o uso de luvas no tratamento de feridas" **Viviana Gonçalves** (ULS São João, Portugal)  
 Moderador: **David Peres** (ANCI, Portugal)
- 15h45 **SA: Conferência: Microbioma oral e associação a bactérias patogénicas prioritárias**  
**Cátia Caneiras** (Inst. Saúde Ambiental, Faculdade Medicina da UL, Portugal)  
 Moderador: **Bernardo Macedo** (ULSEDV, Portugal)
- 16h15 **SA: Entrega de Prémios: Investigação, melhor comunicação oral, melhor e-poster e THINKLab; Encerramento do congresso**

## **Anexo XXXIV**

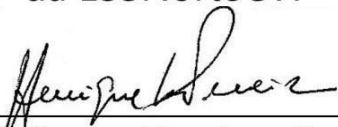


## CERTIFICADO

Certifica-se que a Comunicação Oral **“A importância da normotermia na prevenção da infeção do local cirúrgico: uma revisão integrativa ”**, da autoria Patrícia Ventura, Ana Isabel Soares, Sara Meleiro, Isabel Miranda foi apresentada por **Patrícia Ventura** 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 2019

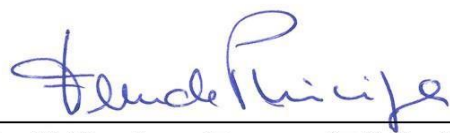
Presidente Conselho Direção  
da ESSNorteCVP



---

Prof. Doutor Henrique Pereira

A Comissão Científica



---

Prof.ª Doutora Fernanda Príncipe

## 24 de outubro

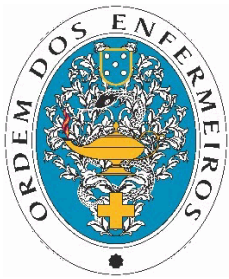
- 09h30 **SA: Conferência Inaugural: "IACS - dilemas, oportunidades, imponderáveis"**  
**Acácio Rodrigues** (Faculdade de Medicina da Universidade do Porto - FMUP, Portugal)  
Moderador: **Luis Pedro** (ULSEDV, Portugal)
- 10h00 **SA: Sessão de abertura**  
**Vitor Marques** (Vereador do Município de Santa Maria da Feira)  
**Sara Pereira** (ULSEDV)  
**Henrique Pereira** (Presidente do Conselho de Direção da ESSNorteCVP)
- 11h00 **Coffee Break**
- 11h30 **SA: Painei: Stop Infecção - Like a bridge over troubled waters**  
"Estar no Stop vale a pena? (ontem, hoje e amanhã)" **Rosário Rodrigues** (ULSAR, Portugal)  
"Mentoria e Melhoria (mentorar entre iguais)" **Margarida Dinis** (ULS Santa Maria, Portugal)  
"Melhorar, melhorar sempre" **Rute Miranda** (ULSAR, Portugal)  
Moderador: **Paulo André** (ULSAR, Portugal)
- S6: Painei: BRUSH Beyond Routine: Using a Sustained Hospital program for oral care**  
"Pneumonia associada à intubação" **Catarina Conceição** (ULSLO, Portugal)  
"Higiene oral na disfagia" **Daniela Ferreira** (ULSEDV, Portugal)  
"Protocolo de cuidados à boca" **Maria João Batista** (ULSLO, Portugal)  
Moderador: **Clara Carvalho** (ULSLO, Portugal)
- S7: Painei: Estudo da urina: navegar pelos desafios e explorar novas estratégias**  
"Análise de Urina e Urocultura: Fundamentos e Avanços no Diagnóstico Clínico" **Ana Raquel** (ULSEDV, Portugal)  
"A Microbiologia e o Diagnóstico: Desvendar o Invisível para Tratamentos Precisos" **Hugo Cruz** (CHUSA, Portugal)  
"Bactérias Multirresistentes na Urina: Um Desafio Emergente" **Carla Mimoso** (CHULN, Portugal)  
Moderador: **Mariana Silva** (ULSEDV, Portugal)
- S8: Painei: Preparar o futuro das EPC (Enterobacterales produtores de carbapenemases)**  
"Combater a colonização/infecção" **Catarina Guerra** (ULS Braga, Portugal)  
"Gestão de isolamentos" **Claudia Martins** (ULS Braga, Portugal)  
"A importância do ambiente na transmissão" **Ana Silva** (ULS Braga, Portugal)  
"Mudança comportamental na Saúde: um desafio" **Angela Dias** (ULS Braga, Portugal)  
Moderador: **Isabel Velloso** (ULS Braga, Portugal)
- S9: Painei: Como organizar o Plano de Controlo de Infecção nos Cuidados de Saúde Primários**  
"Que ferramentas utilizar?" **David Peres** (ULS Matosinhos, Portugal)  
"Como aplicar? Exemplos:" **Ilda Devesa & Natalia Pinheiro** (ULS Matosinhos, Portugal)  
"Como monitorizar?" **Isabel Neves** (ULS Matosinhos, Portugal)  
Moderador: **Fernanda Vieira** (ULS Matosinhos, Portugal)
- 12h30 **Almoço**
- 14h00 **SA: Workshop FACTOR PLUS "Luvas de Exame: é o que não se consegue ver, o que importa"**  
**S6: Workshop RACLAC "Abordagem à ferida cirúrgica - princípios a ter em conta"**  
**S7: Workshop IMPORQUIMICA "Conceito DDP: Detectar, Dissolver e Prevenir, a melhor forma de quebrar a matriz do Biofilme. Ver para crer!"**  
**S8: Workshop MCMEDICAL "Redução da Flora Microbiana cutânea: Higiene Corporal sem água"**  
**S9: Workshop ARIXMED "Utilização de ferramentas digitais na gestão do tratamento de feridas"**
- 15h00 **SA: Painei: Investigação e inovação em controlo de infeção**  
"Muitos dados, algum conhecimento, pouca inovação" **José Artur Paiva** (ULS São João, Portugal)  
"Inovação Tecnológica e Estratégias no Controlo de Infecções: do Laboratório à Prática Clínica" **Paulo Alves** (Universidade Católica Portuguesa - Porto, Portugal)  
"Prioridades da investigação em prevenção e controlo da infeção" **Liliana Mota** (ESSNorteCVP, CINTESIS@RISE, Portugal)  
Moderador: **António Soares** (CINTESIS@RISE, Portugal)
- 16h00 **SA: Simpósio: Novas metodologias na descontaminação de dispositivos médicos**  
"Impacto da tecnologia de desinfecção de alto nível na colonização microbiana nas sondas de ultrassom endocavitárias" **Ursula Morby** (Group Decontamination Lead at University Hospital Limerick, Ireland)  
"Tecnologia UV-C como método de reprocessamento de desinfecção de alto nível, automação Vs processos manuais" **Sarah Blanchard-Wall** (Product Manager - Germitec, France)
- 16h30 **SA: Simpósio: Inovação na descontaminação de endoscópios**  
"Um caso real de limpeza corretiva de endoscópios contaminados após reprocessamento" **Marisa Cardo** (ULSRL, Portugal)  
"Microbiological testing of endoscopes and visual inspection" **Thomas Onsea Hospital** (Hospital Group in Antwerp; Association of Sterilization in the Hospitals in Belgium)  
Moderador: **Mariana Silva** (ULSEDV, Portugal)
- 16h00 **Comunicações Livres**  
**THINKLab: boas práticas em controlo de infeção** **Elena Noriega** (ARS Algarve, Portugal)

## 25 de outubro

- 09h00 **SA: Workshop HARTMAN "Higiene das mãos: como aumentar a adesão em contexto Hospitalar"**  
**S6: Workshop DIVISIONCARE "Cortinas Antimicrobianas Descartáveis e Recicláveis " Silver Intelligence"- Eficácia, Custo e Evidência!"**  
**S7: Workshop MEDLINE "Prevenção das IACS - novas soluções"**  
**S8: Workshop BD "O seu parceiro na prevenção e controlo das infeções"**  
**S9: Workshop: "Prevenção de infeções relacionadas com o cateter"**
- 10h00 **SA: Painei: Contributos para "Uma Só Saúde (One Health)"**  
"Saúde Humana" **Carlos Palos** (Portugal)  
"Disseminação de Klebsiella pneumoniae multiresistente numa perspectiva One Health" **Ângela Novais** (UCIBIO/i4HB, Faculdade de Farmácia UP, Portugal)  
Moderador: **Isabel Neves** (ULS Matosinhos, Portugal)
- 10h45 **Coffee Break**
- 11h15 **SA: Conferência: "Sustainable healthcare and infection control" Mahmood Bhutta** (United Kingdom)  
Moderador: **Carlos Carvalho** (ULSEDV, Portugal)
- 11h45 **SA: Painei: O papel da academia na prevenção da infeção**  
"HAIInnovPrev: Projeto Internacional para a melhoria dos currículos de Enf. no âmbito da prevenção da infeção" **Teresa Neves** (ESENfC, Portugal)  
"HandSafe: Higiene das mãos em estudantes de Enf de Portugal e Brasil" **Cristina Carvalho** (ESEP, Portugal)  
"Prevenção da ITU associada a cateter vesical: Conscientização para mudança" **Filipe Paiva-Santos** (ESENfC, Portugal)  
Moderador: **Susana Filipe** (ULS Baixo Mondego, Portugal)
- S6: Painei: Foco na neurocirurgia**  
"Recommendations for SSI prevention in neurosurgery" **Insa Janssen** (Hospitais universitários de Genebra, Suíça)  
"Gestor/a de circuito do doente: experiência e mais-valias na prevenção de IACS" **Dulcinda Delannoy** (Hospitais universitários de Genebra, Suíça)  
Moderador: **Américo Agostinho** (Hospitais universitários de Genebra, Suíça)
- S7: Painei: IACS em Unidade de Hospitalização Domiciliária (HD)**  
"HD do Hospital de Santarém" **Yahia Abuowda** (ULSL, Portugal)  
"Tratamento de Infecções Bacterianas por agentes multirresistentes em HD" **Ana Mafalda Bastos** (ULSEDV, Portugal)  
"Precauções básicas de controlo de infeção - especificidade da HD" **Sónia Malaca** (ULSL, Portugal)  
Moderador: **João Duarte** (ULSEDV, Portugal)
- S8: Painei: Boas Práticas de Prevenção e Controlo de Infecção em Fisioterapia**  
"Garantia de um ambiente de trabalho seguro para os fisioterapeutas" **Tânia Churro\*** (ULS Cova da Beira, Portugal)  
"Redução do risco e da valorização das boas práticas em Fisioterapia" **Tânia Soares\*** (ULS do Baixo Alentejo, Portugal)  
"Impacto das boas práticas em higiene das mãos: perceção dos fisioterapeutas" **Ana Palma\*** (ULS de São José, Portugal)  
Moderador: **Elsa Silva\*** (ULS de São José, Portugal)  
\* Segurança do Doente, Ordem dos Fisioterapeutas, Portugal
- S9: Painei: De resultados comprovados a novas estratégias do programa de apoio à prescrição de antimicrobianos**  
"Melhoria das práticas de prescrição: o sucesso e as lições do programa PAPA na prescrição de antimicrobianos na ULSRA" **Liliana Maia** (ULSRA, Portugal)  
"Projeto drive-AMS: uma nova abordagem de antimicrobial stewardship" **Raquel Duro** (ULS do Tâmega e Sousa, Portugal)  
"Quais os benefícios e desafios da abordagem multidisciplinar na prescrição antimicrobiana nas infeções osteoarticulares?" **Manuela Vieira** e **André Santos** (ULSRA, Portugal)  
Moderador: **Filomena Freitas** (ULSRA, Portugal)
- 12h45 **Almoço**
- 14h45 **SA: Conferência: Clean Hospitals Alexandra Peters** (University of Geneva, Switzerland)  
Moderadora: **Mário Branco** (ESSNorteCVP, Portugal)
- 14h45 **SA: Painei: Boas Práticas na Investigação Clínica em Controlo de Infecção**  
"Estratégias Educativas Dirigidas a Estudantes do Ensino Superior sobre Prevenção e Controlo de IACS" **Soraia Pereira** (ESSNorteCVP, CINTESIS@RISE, Portugal)  
"Avaliação do risco de infeção da pessoa hospitalizada: programa de efetividade" **Luis Filipe Todo Bom** (CH Leiria, Portugal)  
"Gloves donning and removal complice and HCWs preferences" **Heck Robert Roland** (TritonLife Private Hospitals - Hurgira)  
Moderador: **Liliana Mota** (ESSNorteCVP, CINTESIS@RISE, Portugal)
- S6: Painei: "Controlo de infeção em Medicina Intensiva: um desafio multidisciplinar"**  
"Resistência aos antimicrobianos: panorama actual" **Ana Maria Oliveira** (H. de Vila Franca de Xira, Portugal)  
"Rastreio e isolamento: desafios actuais" **Hugo Tavares** (Hospital Lusitana Porto, Portugal)  
"Feixes de intervenção - impacto na prática clínica" **Nelson Faria** (Hospital CUF Porto, Portugal)  
Moderador: **Paulo Mergulhão** (SPCI, Portugal)
- S7: Workshop TEPREL "Uma abordagem da implementação da sustentabilidade no bloco operatório"**
- S8: Painei: Importância da Saúde Ocupacional na transmissão das infeções nosocomiais respiratórias**  
"Utilização de máscara nos profissionais de saúde - qual o impacto no doente?" **Inês Ribeiro** (ULSEDV, Portugal)  
"Vacinação dos Profissionais de Saúde (Gripe/ Covid/ Antipneumocócicas) - Qual a importância?" **Catarina Oliveira** (ULSEDV, Portugal)  
"Plano de Vacinação dos Profissionais de Saúde da ULS EDV - A nossa experiência" **Jacinta Carvalhas** (ULSEDV, Portugal)  
Moderador: **Andréa Rodrigues** (ULSEDV, Portugal)
- S9: Painei: Uso e Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde Consensus paper**  
"Boas práticas na seleção e utilização de luvas de exame nos cuidados de saúde" **Isabel Velloso** (ANCI, Portugal)  
"Desmistificar o uso de luvas no tratamento de feridas" **Viviana Gonçalves** (ULS São João, Portugal)  
Moderador: **David Peres** (ANCI, Portugal)
- 15h45 **SA: Conferência: Microbioma oral e associação a bactérias patogénicas prioritárias**  
**Cátia Caneiras** (Inst. Saúde Ambiental, Faculdade Medicina da UL, Portugal)  
Moderador: **Bernardo Macedo** (ULSEDV, Portugal)
- 16h15 **SA: Entrega de Prémios: Investigação, melhor comunicação oral, melhor e-poster e THINKLab; Encerramento do congresso**

## **Anexo XXXV**





## CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

**ANA ISABEL TAVARES SOARES**

membro nº **72701** desta Ordem, participou no(a) "**Webinar “Percursos e Tendências na Prática Perioperatória”**", realizado no(s) dia(s) **no dia 6 de Novembro de 2024**, com duração total de **2h**, no(a) **Plataforma digital “Cisco Webex Events”**.

Lisboa, 6 de Novembro de 2024

Presidente do Conselho Directivo Regional

*Dora Lisa Rocha Franco*

Dora Franco



## **Anexo XXXVI**





## **Certificado de Formação Profissional**

(Dec. Reg. N.º 35/2002 de 23 de abril)

Certifica-se que Ana Isabel Tavares Soares, natural de Vila Nova de Gaia, nascido(a) a 11-10-1989, portador(a) do documento de identificação n.º 13542523-9ZZ9, válido até 15-05-2030, concluiu, com aproveitamento, em , o Curso de Formação Profissional

### **Segurança do doente na prestação de cuidados**

que decorreu de 11-11-2024 a , com a duração total de 07h00, tendo obtido a classificação final de NA numa escala de NA.

Vila Nova de Gaia, 30 de dezembro de 2024

O Responsável pela Entidade Formadora

---

**Tiago André Gomes de Oliveira**  
Diretor do Serviço de Formação

Certificado n.º 3994/ (n.º sequência/ano)

Válido por 0 meses da data a realização do curso (se aplicável)



### Modalidade de Formação

Outras formações modulares inseridas no Catálogo Nacional de Qualificações, no quadro da formação continua

### Plano Curricular

| Módulo                                       | Conteúdo programático                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Carga horária |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Segurança do Doente na Prestação de Cuidados | Qualidade e Segurança Segurança do Doente – Conceitos Segurança do Doente – Abordagem pluridimensional Teorias do erro humano Recomendações para a melhoria da Segurança do Doente Gestão do Risco – Conceitos Gestão do Risco – Análise da Norma ISO 31000 – abordagem estruturada à metodologia de gestão do risco. | 07h00         |

### Observações

## **Anexo XXXVII**





# O NORTE DA ANESTESIA

## 2024

PORTO ANAESTHESIOLOGY  
INTERNATIONAL CONGRESS  
CONGRESSO INTERNACIONAL DE ANESTESIA, MEDICINA  
DA DOR, EMERGÊNCIA E CUIDADOS INTENSIVOS

## CERTIFICADO

Certifica-se que

**ANA ISABEL TAVARES SOARES**

Participou no Congresso **O Norte da Anestesia 2024**,  
que teve lugar no Porto,  
nos dias 22 e 23 de novembro de 2024.  
O Congresso teve a duração de 13 horas.

27-11-2024

Dra. Carla Bentes  
Presidente do Congresso  
Diretora do Serviço de Anestesiologia  
Centro Hospitalar de V.N.Gaia/Espinho, EPE

Dr. Fernando Abelha  
Presidente do Congresso  
Diretor do Serviço de Anestesiologia  
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Dr. Humberto Machado  
Presidente do Congresso  
Diretor do Serviço de Anestesiologia  
Centro Hospitalar do Porto, EPE



## **Anexo XXXVIII**





O N  
AN  
202

# CERTIFICADO

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Carla Bentes'.

Dra. Carla Bentes  
Presidente do Congresso  
Diretora do Serviço de Anestesiologia  
Centro Hospitalar de V.N.Gaia/Espinho, EPE

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Fernando Abelha'.

Dr. Fernando Abelha  
Presidente do Congresso  
Diretor do Serviço de Anestesiologia  
Centro Hospitalar de S. João, EPE

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Humberto M.'.

Dr. Humberto M.  
Presidente do Co  
Diretor do Serviço de A  
Centro Hospitalar d

# O NORTE DA ANESTESIA

2024 PORTO ANAESTHESIOLOGY  
INTERNATIONAL CONGRESS  
CONGRESSO INTERNACIONAL DE ANESTESIA, MEDICINA  
DA DOR, EMERGÊNCIA E CUIDADOS INTENSIVOS

Certifica-se que

## ANA ISABEL TAVARES SOARES

Participou no programa científico do **Congresso O Norte da Anestesia 2024**,  
que teve lugar no Porto, nos dias 21, 22 e 23 de novembro de 2024, como:

***Modelo - POCUS - Workshop "Point Of Care" - Ultrassonografia Em Anestesia***

17-03-2025

Machado.

Machado  
Congresso  
Anesthesiology  
do Porto, EPE

## **Anexo XXXIX**





## CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

**ANA ISABEL TAVARES SOARES**

membro nº **72701** desta Ordem, esteve presente na **III Convenção Internacional dos Enfermeiros “Tempo de respostas”**, nos **dias 21, 22 e 23 de novembro de 2024**, com **duração de 12 horas**, em Fátima.

Fátima, 23 de Novembro de 2024

O Bastonário

Luís Filipe Barreira





## **Anexo XL**





## CERTIFICADO DE INTERVENIENTE

Certifica-se que

**ANA ISABEL TAVARES SOARES**

membro nº **72701** participou na **III Convenção Internacional dos Enfermeiros** “Tempo de respostas”, realizada no dia 22 de novembro de 2024, em Fátima, enquanto **Autor(a)** da **Comunicação Oral**:

**SEGURANÇA DO MEDICAMENTO NO BLOCO OPERATÓRIO - DO PLANEAMENTO  
À IMPLEMENTAÇÃO**

**Coautores/as:**

SUSANA PATRICIA SOARES VENTURA | 19442

ANA SOFIA DE CARVALHO MOTA | 45389

**Fátima, 22 de novembro de 2024.**

O Bastonário



Luís Filipe Barreira

O Presidente da Comissão Científica



Sérgio Branco





## **Anexo XLI**





# CERTIFICADO

Certifica-se que:

**ANA ISABEL TAVARES SOARES**

Participou no I Congresso de Enfermagem Perioperatória da ULS Entre Douro e Vouga, que decorreu nos dias 29 e 30 de Novembro no Europarque em Santa Maria da Feira.

Santa Maria da Feira, 9 de Dezembro de 2024

André Marques  
Comissão Organizadora

Isabel Melo  
Enf. Gestora BO do Hospital São  
Sebastião



## **Anexo XLII**



# I CONGRESSO ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA ULS EDV

## Certificado de Apresentação

Certifica-se que o trabalho científico intitulado:

**O impacto da Comunicação no ambiente perioperatório – estratégia de *empowerment***

Foi apresentado em formato de: **Comunicação Oral** 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 Isabel Soares**

Coautores: Patrícia Ventura; Goreti Andrade; Mariana Rocha; Isabel Miranda

Santa Maria da Feira, 30 de novembro de 2024

Presidentes da Comissão Organizadora



Isabel Melo



André Marques



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE  
ENTRE DOURO E VOUGA

Presidentes da Comissão Científica



Carla Reis



Cármén Soares



## **Anexo XLIII**



# I CONGRESSO ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA ULS EDV

## Certificado de Apresentação

Certifica-se que o trabalho científico intitulado:

### **Prática simulada na promoção da cultura de segurança no perioperatório**

Foi apresentado em formato de: **COMUNICAÇÃO ORAL** 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: **Patrícia Ventura**

Coautores: Ana Isabel Soares; Isabel Miranda

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



## **Anexo XLIV**





## Certificado de Formação Profissional

(Dec. Reg. N.º 35/2002 de 23 de abril)

Certifica-se que Ana Isabel Tavares Soares, natural de Vila Nova de Gaia, nascido(a) a 11-10-1989, portador(a) do documento de identificação n.º 13542523-9ZZ9, válido até 15-05-2030, concluiu, com aproveitamento, em 09-12-2024, o Curso de Formação Profissional

### **Farmacovigilância e notificação de reações adversas a medicamentos**

que decorreu de 09-12-2024 a 09-12-2024, com a duração total de 01h00, tendo obtido a classificação final de NA numa escala de NA.

Vila Nova de Gaia, 30 de dezembro de 2024

O Responsável pela Entidade Formadora

---

**Tiago André Gomes de Oliveira**  
Diretor do Serviço de Formação

Certificado n.º 5197/2024 (n.º sequência/ano)  
Válido por 0 meses da data a realização do curso (se aplicável)



### Modalidade de Formação

Outras acções de formação contínua não inseridas no Catálogo Nacional de Qualificações

### Plano Curricular

| Módulo                                                             | Conteúdo programático                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Carga horária |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Farmacovigilância e notificação de reações adversas a medicamentos | <ul style="list-style-type: none"><li>• Farmacovigilância: definição e importância</li><li>• Sistema Nacional de Farmacovigilância (SNF): estrutura e missão</li><li>• Reações Adversas ao Medicamento (RAM): definição e classificação</li><li>• Notificação Espontânea de RAM: definição, impacto na Saúde Pública e casos reais</li></ul> | 01h00         |

### Observações

## **Anexo XLV**





## **Certificado de Formação Profissional**

(Dec. Reg. N.º 35/2002 de 23 de abril)

Certifica-se que Ana Isabel Tavares Soares, natural de Vila Nova de Gaia, nascido(a) a 11-10-1989, portador(a) do documento de identificação n.º 13542523-9ZZ9, válido até 15-05-2030, concluiu, com aproveitamento, em 21-02-2025, o Curso de Formação Profissional

### **Combate a incêndios: utilização de meios de primeira intervenção**

que decorreu de 21-02-2025 a 21-02-2025, com a duração total de 01h00, tendo obtido a classificação final de NA numa escala de NA.

Vila Nova de Gaia, 25 de fevereiro de 2025

O Responsável pela Entidade Formadora

---

**Tiago André Gomes de Oliveira**  
Diretor do Serviço de Formação

Certificado n.º 1491/2025 (n.º sequência/ano)  
Válido por 0 meses da data a realização do curso (se aplicável)



### Modalidade de Formação

Outras acções de formação contínua não inseridas no Catálogo Nacional de Qualificações

### Plano Curricular

| Módulo                                                           | Conteúdo programático | Carga horária |
|------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------|
| Combate a incêndios: utilização de meios de primeira intervenção |                       | 01h00         |

### Observações

## **Anexo XLVI**





UNIDADE LOCAL DE SAÚDE  
Formação

# Certificado de Frequência de Formação Profissional

(Dec. Reg. N.º 35/2002 de 23 de abril)

Certifica-se que Ana Isabel Tavares Soares, natural de Vila Nova de Gaia, nascido(a) a 11-10-1989, portador(a) do documento de identificação n.º 13542523-9ZZ9, válido até 15-05-2030, frequentou de 20-09-2024 a 20-09-2024, com a duração total de 01h00 horas, o Curso de Formação Profissional

## Gestão da Dor Aguda para prevenir e melhor gerir a Dor Crónica

30 de dezembro de 2024

O Responsável pela Entidade Formadora

Tiago André Gomes de Oliveira

Diretor do Serviço de Formação

Certificado n.º 0/2024 (n.º sequência/ano)

**Modalidade de Formação**

Outras acções de formação contínua não inseridas no Catálogo Nacional de Qualificações

**Plano Curricular**

| Módulo                                                         | Conteúdo programático                                                                                                                                                                  | Carga horária |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Gestão da Dor Aguda para prevenir e melhor gerir a Dor Crónica | - Sensibilização do tratamento da Dor Aguda pós-operatória e da Dor persistente/ crónica pós-cirúrgica;; - Conhecimento e consolidação dos protocolos analgésicos existentes na ULSGE. | 01h00         |

**Observações**

O curso não prevê nenhum processo de avaliação.

## **Anexo XLVII**





UNIDADE LOCAL DE SAÚDE  
Formação

# Certificado de Frequência de Formação Profissional

(Dec. Reg. N.º 35/2002 de 23 de abril)

Certifica-se que Ana Isabel Tavares Soares, natural de Vila Nova de Gaia, nascido(a) a 11-10-1989, portador(a) do documento de identificação n.º 13542523-9ZZ9, válido até 15-05-2030, frequentou de 29-11-2024 a 29-11-2024, com a duração total de 01h30 horas, o Curso de Formação Profissional

## Entubação por fibroscopia e manipulação de tubos duplo lúmen

30 de dezembro de 2024

O Responsável pela Entidade Formadora

---

Tiago André Gomes de Oliveira

Diretor do Serviço de Formação

Certificado n.º 0/2024 (n.º sequência/ano)

**Modalidade de Formação**

Outras acções de formação contínua não inseridas no Catálogo Nacional de Qualificações

**Plano Curricular**

| Módulo                                                       | Conteúdo programático                                                                                                                                                                                     | Carga horária |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Entubação por fibroscopia e manipulação de tubos duplo lúmen | - Apresentação e objetivos;; - definições de fibroscopia, sua história e evolução;; - equipamentos de fibroscopia, cuidados e manipulação;; - Indicações, técnicas e posicionamento do tubos duplo lúmen. | 01h30         |

**Observações**

O curso não prevê nenhum processo de avaliação.

## **Anexo XLVIII**





UNIDADE LOCAL DE SAÚDE  
Formação

# Certificado de Frequência de Formação Profissional

(Dec. Reg. N.º 35/2002 de 23 de abril)

Certifica-se que Ana Isabel Tavares Soares, natural de Vila Nova de Gaia, nascido(a) a 11-10-1989, portador(a) do documento de identificação n.º 13542523-9ZZ9, válido até 15-05-2030, frequentou de 13-12-2024 a 13-12-2024, com a duração total de 01h00 horas, o Curso de Formação Profissional

## **Termorregulação e manutenção da normoterapia na pessoa adulta**

10 de fevereiro de 2025

O Responsável pela Entidade Formadora

---

**Tiago André Gomes de Oliveira**  
Diretor do Serviço de Formação

Certificado n.º 0/2024 (n.º sequência/ano)

**Modalidade de Formação**

Outras acções de formação contínua não inseridas no Catálogo Nacional de Qualificações

**Plano Curricular**

| Módulo                                                        | Conteúdo programático                                                                                                                                                                                                               | Carga horária |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Termorregulação e manutenção da normoterapia na pessoa adulta | - Apresentação da temática e esclarecimento de conceitos;; - Fatores de risco para hipotermia, complicações, monitorização, dispositivos de aquecimento, recomendações de boa prática;; - Protocolo: proposta, síntese e discussão. | 01h00         |

**Observações**

O curso não prevê nenhum processo de avaliação.

## **Anexo XLIX**





UNIDADE LOCAL DE SAÚDE  
Formação

# Certificado de Frequência de Formação Profissional

(Dec. Reg. N.º 35/2002 de 23 de abril)

Certifica-se que Ana Isabel Tavares Soares, natural de Vila Nova de Gaia, nascido(a) a 11-10-1989, portador(a) do documento de identificação n.º 13542523-9ZZ9, válido até 15-05-2030, frequentou de 20-12-2024 a 20-12-2024, com a duração total de 01h00 horas, o Curso de Formação Profissional

## **Sistema Barreira estéril: Interpretação Sinalética Manipulação Segura dispositivos médicos**

10 de fevereiro de 2025

O Responsável pela Entidade Formadora

---

**Tiago André Gomes de Oliveira**  
Diretor do Serviço de Formação

Certificado n.º 0/2024 (n.º sequência/ano)

**Modalidade de Formação**

Outras acções de formação contínua não inseridas no Catálogo Nacional de Qualificações

**Plano Curricular**

| Módulo                                                                                           | Conteúdo programático                                                                                                                                                                                                             | Carga horária |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Sistema Barreira estéril:<br>Interpretação Sinalética<br>Manipulação Segura dispositivos médicos | Sensibilizar equipa enfermagem sobre sinalética e manipulação segura dos Dispositivos Médicos de uso Único;; Promover boas práticas no âmbito do controlo de infeção do local cirúrgico e na manipulação segura dos dispositivos. | 01h00         |

**Observações**

O curso não prevê nenhum processo de avaliação.

## **Anexo L**





UNIDADE LOCAL DE SAÚDE  
Formação

# Certificado de Frequência de Formação Profissional

(Dec. Reg. N.º 35/2002 de 23 de abril)

Certifica-se que Ana Isabel Tavares Soares, natural de Vila Nova de Gaia, nascido(a) a 11-10-1989, portador(a) do documento de identificação n.º 13542523-9ZZ9, válido até 15-05-2030, frequentou de 18-01-2025 a 18-01-2025, com a duração total de 01h00 horas, o Curso de Formação Profissional

## Ventiladores Drager

10 de fevereiro de 2025

O Responsável pela Entidade Formadora

---

Tiago André Gomes de Oliveira  
Diretor do Serviço de Formação

Certificado n.º 0/2025 (n.º sequência/ano)

**Modalidade de Formação**

Outras acções de formação contínua não inseridas no Catálogo Nacional de Qualificações

**Plano Curricular**

| Módulo              | Conteúdo programático                                                                                                                                                                                                    | Carga horária |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Ventiladores Drager | 1. Reprocessamento do ventilador de Anestesia Persena A500;; 2. Funções Básicas do Funcionamento do monitor sinais vitais C500+M540; 3. Funções Básicas do funcionamento do ventilador Persena A500 (realização testes). | 01h00         |

**Observações**

O curso não prevê nenhum processo de avaliação.

## **Anexo LI**





UNIDADE LOCAL DE SAÚDE  
Formação

# Certificado de Frequência de Formação Profissional

(Dec. Reg. N.º 35/2002 de 23 de abril)

Certifica-se que Ana Isabel Tavares Soares, natural de Vila Nova de Gaia, nascido(a) a 11-10-1989, portador(a) do documento de identificação n.º 13542523-9ZZ9, válido até 15-05-2030, frequentou de 10-01-2025 a 10-01-2025, com a duração total de 01h00 horas, o Curso de Formação Profissional

## Procedimentos anestésicos na colheita multiorgânica

17 de março de 2025

O Responsável pela Entidade Formadora

---

Tiago André Gomes de Oliveira  
Diretor do Serviço de Formação

Certificado n.º 0/2025 (n.º sequência/ano)

**Modalidade de Formação**

Outras acções de formação contínua não inseridas no Catálogo Nacional de Qualificações

**Plano Curricular**

| Módulo                                              | Conteúdo programático                                                                                                                                                                                              | Carga horária |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Procedimentos anestésicos na colheita multiorgânica | 1. Manutenção do dador em morte cerebral; 2. Abordagem do dador em morte cerebral para colheita multiorgânica; 3. Revisão de aspetos técnicos e logísticos relacionados com o procedimento; 4. Resposta a questões | 01h00         |

**Observações**

O curso não prevê nenhum processo de avaliação.

## **Anexo LII**





UNIDADE LOCAL DE SAÚDE  
Formação

# Certificado de Frequência de Formação Profissional

(Dec. Reg. N.º 35/2002 de 23 de abril)

Certifica-se que Ana Isabel Tavares Soares, natural de Vila Nova de Gaia, nascido(a) a 11-10-1989, portador(a) do documento de identificação n.º 13542523-9ZZ9, válido até 15-05-2030, frequentou de 31-01-2025 a 31-01-2025, com a duração total de 01h00 horas, o Curso de Formação Profissional

## Histerectomia VNOTES

17 de março de 2025

O Responsável pela Entidade Formadora

---

Tiago André Gomes de Oliveira

Diretor do Serviço de Formação

Certificado n.º 0/2025 (n.º sequência/ano)

**Modalidade de Formação**

Outras acções de formação contínua não inseridas no Catálogo Nacional de Qualificações

**Plano Curricular**

| Módulo               | Conteúdo programático                                                                                                                               | Carga horária |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Histerectomia VNOTES | - Apresentação da técnica cirúrgica à UCA ; - Cuidados pré-operatórios, material cirúrgico necessário, cuidados pós-operatórios; - Cuidados na alta | 01h00         |

**Observações**

O curso não prevê nenhum processo de avaliação.

## **Anexo LIII**





# Certificado de Frequência de Formação Profissional

(Dec. Reg. N.º 35/2002 de 23 de abril)

Certifica-se que Ana Isabel Tavares Soares, natural de Vila Nova de Gaia, nascido(a) a 11-10-1989, portador(a) do documento de identificação n.º 13542523-9ZZ9, válido até 15-05-2030, frequentou de 14-02-2025 a 14-02-2025, com a duração total de 01h00 horas, o Curso de Formação Profissional

## **Projeto Melhoria Contínua Qualidade Cuidados de Enfermagem: verificação da marcação local cirúrgico**

17 de março de 2025

O Responsável pela Entidade Formadora

---

Tiago André Gomes de Oliveira

Diretor do Serviço de Formação

Certificado n.º 0/2025 (n.º sequência/ano)

## Modalidade de Formação

Outras acções de formação contínua não inseridas no Catálogo Nacional de Qualificações

## Plano Curricular

| Módulo                                                                                                       | Conteúdo programático                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Carga horária |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Projeto Melhoria Contínua Qualidade<br>Cuidados de Enfermagem:<br>verificação da marcação local<br>cirúrgico | - Uniformizar o procedimento de verificação de marcação do local cirúrgico pré-operatório;; - Promover a segurança da pessoa submetida a processo cirúrgico no bloco operatório;; - Promover a diminuição do risco de erro cirúrgico;; - Fornecer aos profissionais de saúde normas e procedimentos;; - Estabelecer o processo de conformidade no item da marcação do local cirúrgico no checklist de cirurgia segura. | 01h00         |

## Observações

O curso não prevê nenhum processo de avaliação.

## **Anexo LIV**



# Certificado de Frequência de Formação Profissional

(Dec. Reg. N.º 35/2002 de 23 de abril)

Certifica-se que Ana Isabel Tavares Soares, natural de Vila Nova de Gaia, nascido(a) a 11-10-1989, portador(a) do documento de identificação n.º 13542523-9ZZ9, válido até 15-05-2030, frequentou de 21-02-2025 a 21-02-2025, com a duração total de 01h00 horas, o Curso de Formação Profissional

## Prevenção contra incendios em ambiente perioperatório

O Responsável pela Entidade Formadora



---

Tiago André Gomes de Oliveira

Diretor do Serviço de Formação

Certificado n.º 0/2025 (n.º sequência/ano)

**Modalidade de Formação**

Outras acções de formação contínua não inseridas no Catálogo Nacional de Qualificações

**Plano Curricular**

| Módulo                                                | Conteúdo programático                                                                                                                                                             | Carga horária |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Prevenção contra incendios em ambiente perioperatório | Medidas ativas e passivas contra incendio no bloco operatório;<br>Atuação da equipa em situação de incendio ; Informação sobre situações de risco de incendio no bloco operatório | 01h00         |

**Observações**

O curso não prevê nenhum processo de avaliação.

## **Anexo LV**



# Certificado de Frequência de Formação Profissional

(Dec. Reg. N.º 35/2002 de 23 de abril)

Certifica-se que Ana Isabel Tavares Soares, natural de Vila Nova de Gaia, nascido(a) a 11-10-1989, portador(a) do documento de identificação n.º 13542523-9ZZ9, válido até 15-05-2030, frequentou de 28-02-2025 a 28-02-2025, com a duração total de 01h00 horas, o Curso de Formação Profissional

## **Segurança no acondicionamento de dispositivos médicos nos carros de circulação**

O Responsável pela Entidade Formadora



---

**Tiago André Gomes de Oliveira**  
Diretor do Serviço de Formação

Certificado n.º 0/2025 (n.º sequência/ano)

**Modalidade de Formação**

Outras acções de formação contínua não inseridas no Catálogo Nacional de Qualificações

**Plano Curricular**

| Módulo                                                                         | Conteúdo programático                                                                                                                                                                                                                                                           | Carga horária |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Segurança no acondicionamento de dispositivos médicos nos carros de circulação | - Sensibilizar a equipa de enfermagem para o acondicionamento correta dos dispositivos nos carros de circulação;; - Promover práticas seguras no acondicionamento dos dispositivos médicos estéreis no carro de circulação;; - Uniformizar o conteúdo dos carros de circulação. | 01h00         |

**Observações**

O curso não prevê nenhum processo de avaliação.

## **Anexo LVI**





UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

FORMAÇÃO

Certifica-se que **Ana Isabel Tavares Soares**, foi Formador(a) do Curso “**O impacto da comunicação no ambiente perioperatório - estratégias de empowerment**”, que decorreu no(s) dia(s) “**3 de Janeiro de 2025**”, com a duração de 01:00 horas.

3 janeiro de 2025

Responsável do Serviço de Formação

((Tiago André Gomes de Oliveira, ,  
Diretor do Serviço de Formação))



## CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

### O impacto da comunicação no ambiente perioperatório - estratégias de empowerment

#### Conteúdo Programático

**MODALIDADE DE FORMAÇÃO:** Outras acções de formação contínua não inseridas no Catálogo Nacional de Qualificações

**ÁREA DE FORMAÇÃO:** 729 – Saúde - Programas não classificados noutra área de formação

#### COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS:

1. Evidência científica sobre impacto da comunicação no Peri operatório
2. Como melhorar a comunicação Peri operatória?
3. Comunicação eficaz e a Prestação de Cuidados eficientes e seguros no Peri Operatório

## **Anexo LVII**





UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

FORMAÇÃO

Certifica-se que **Ana Isabel Tavares Soares**, foi Formador(a) do Curso **“Prática Simulada na Promoção da Cultura de Segurança no Peri Operatório”**, que decorreu no(s) dia(s) **“3 de Janeiro de 2025”**, com a duração de 01:00 horas.

Responsável do Serviço de Formação

((Tiago André Gomes de Oliveira, ,  
Diretor do Serviço de Formação))



## CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

### Prática Simulada na Promoção da Cultura de Segurança no Peri Operatório

#### Conteúdo Programático

**MODALIDADE DE FORMAÇÃO:** Outras acções de formação contínua não inseridas no Catálogo Nacional de Qualificações

**ÁREA DE FORMAÇÃO:** 729 – Saúde - Programas não classificados noutra área de formação

#### COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS:

1. Enquadramento da importância da simulação na formação
2. Benefícios da simulação "in situ"/ simulação na prática
3. Apresentação de uma revisão integrativas da literatura sobre prática simulada na promoção da cultura de segurança no peri operatório.

## **Anexo LVIII**



# PLANO ANUAL DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

| Ano  | Serviço/Unidade                    |
|------|------------------------------------|
| 2025 | Unidade de Cirurgia de Ambulatório |

| RESPONSÁVEL(EIS) PELA ELABORAÇÃO |      |                         |
|----------------------------------|------|-------------------------|
| Data                             | Nome | Categoria/Função        |
|                                  |      | Enfermeira Especialista |
| Data                             | Nome | Categoria/Função        |
|                                  |      | Enfermeira Especialista |
| Data                             | Nome | Categoria/Função        |
|                                  |      |                         |
| Data                             | Nome | Categoria/Função        |
|                                  |      |                         |

# Plano Anual de Formação em Serviço

## 1. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO/UNIDADE

1.1. Designação Completa: Unidade de Cirurgia de Ambulatório

## 2. RECURSOS HUMANOS DO SERVIÇO/UNIDADE

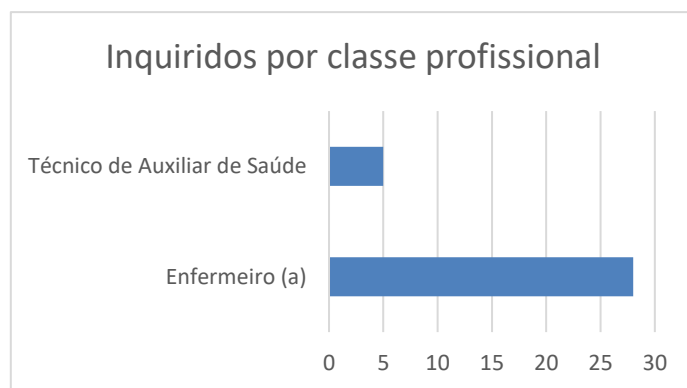
| GRUPOS PROFISSIONAIS                             | GÉNERO   |           | TOTAL |
|--------------------------------------------------|----------|-----------|-------|
|                                                  | FEMININO | MASCULINO |       |
| Dirigente Superior/Intermédio                    | 3        | -         | 3     |
| Médico                                           | -        | -         | -     |
| Enfermagem                                       | 32       | 4         | 36    |
| Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica    | -        | -         | -     |
| Assistente Operacional/Técnico Auxiliar de Saúde | 14       | -         | 14    |
| Assistente Técnico                               | 4        | 2         | 6     |
| Técnico Superior                                 | -        | -         | -     |
| Técnico Superior de Saúde                        | -        | -         | -     |
| Outro Pessoal                                    | -        | -         | -     |
| TOTAL                                            | 55       | 6         | 61    |

## 3. PROPOSTA DO PLANO

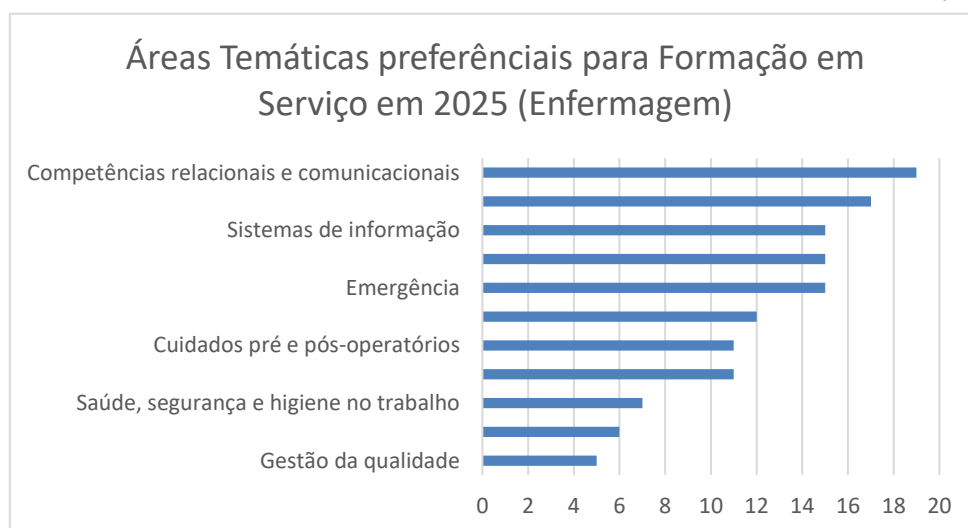
### 3.1. Fundamentação das necessidades de formação diagnosticadas

Este plano de formação emerge do levantamento de necessidades formativas realizado junto dos enfermeiros e técnicos auxiliares de saúde da UCA. Tendo tido resposta por parte de 38 participantes. As ações propostas neste plano têm como objetivo desenvolver as competências técnicas e comportamentais necessárias para o desempenho eficaz das funções de cada profissional, promovendo desta forma, um ambiente de aprendizagem contínua com vista a garantir a excelência e segurança dos cuidados prestados.

O inquérito de necessidades formativas foi enviado 18 de dezembro de 2024 e esteve disponível até 13 de janeiro de 2025. Foram obtidas 38 respostas entre enfermeiros e técnicos auxiliares de saúde, distribuídos consoante apresentado no gráfico abaixo.



Relativamente à equipa de Enfermagem, tivemos uma taxa de resposta ao inquérito de 86,8% (33 respostas). O grupo de participantes têm em média de 25,5 anos de experiência profissional e de 8 anos e 9 meses ao serviço na UCA.

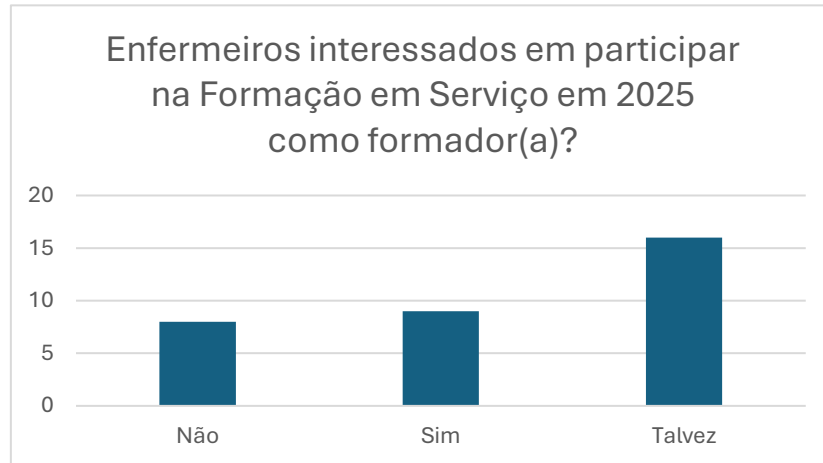


Para a equipa de Enfermagem as áreas temáticas mais frequentes para a Formação em Serviço em 2025 são as seguintes:

- **Competências relacionais e comunicacionais:** Esta área temática foi a mais mencionada, com uma frequência de 19 menções.
- **Gestão do risco e segurança do doente:** Recebeu 17 menções, indicando uma preocupação significativa com a segurança.
- **Sistemas de informação, Prevenção e Controlo de infeção hospitalar e Emergência:** Cada uma dessas áreas foi mencionada 15 vezes, destacando-se como temas de grande interesse.

As áreas de "Competências relacionais e comunicacionais" sugerem uma ênfase em habilidades interpessoais. O foco em temáticas ligadas à segurança, emergência e gestão indica uma preocupação contínua com a segurança e a gestão eficaz no ambiente dos cuidados e resposta a situações críticas.

O gráfico abaixo dá indicação sobre o nível disponibilidade dos enfermeiros para terem papel ativo no processo formativo.

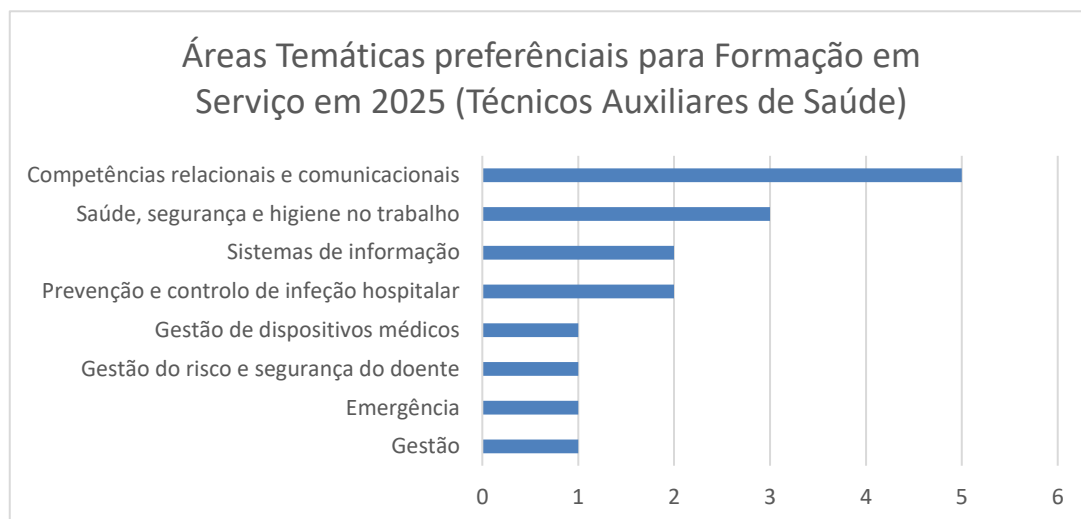


Os enfermeiros que responderam afirmativamente deram as seguintes sugestões de temas específicos para formação:

- Cuidados de enfermagem em cirurgia de coluna.
- Utilização de Hemostáticos e colas biológicas.
- Impacto do ruído intraoperatório.
- Controlo da ansiedade da criança/adolescente no perioperatório.
- Manutenção da normotermia.
- Emergências clínicas e não clínicas
- Conhecer o nosso serviço – recobro 2

### Técnicos Auxiliares de Saúde

Relativamente aos Técnicos Auxiliares de Saúde, tivemos uma taxa de resposta de 33,3%. O grupo de participantes têm em uma média de 20,4 anos de experiência profissional e de 11 anos ao serviço na UCA.

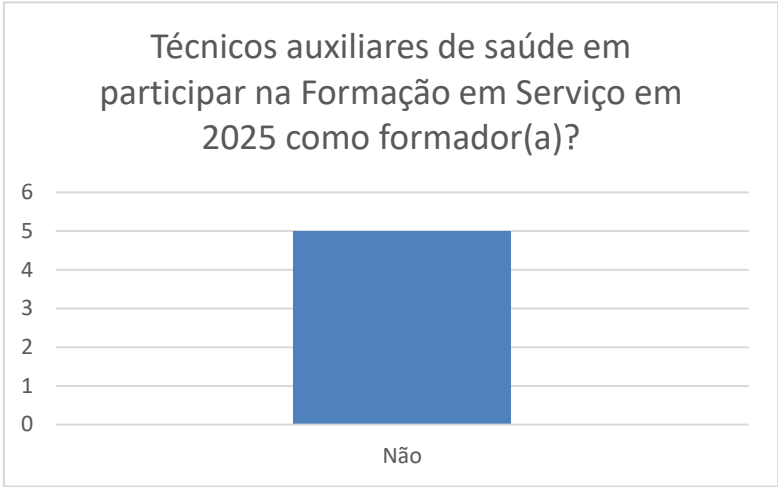


Para a equipa de Técnicos Auxiliares de Saúde as áreas temáticas mais frequentes para a Formação em Serviço em 2025 são as seguintes:

- **Competências relacionais e comunicacionais:** Esta área temática foi a mais mencionada, com uma frequência de 5 menções (100% dos que responderam).
- **Saúde, segurança e higiene no trabalho:** Recebeu 3 menções, indicando uma preocupação significativa com a segurança.
- **Sistemas de informação, Prevenção e Controlo de infeção hospitalar:** Cada uma dessas áreas foi mencionada 2 vezes como temas de interesse.

Tal como a equipa de Enfermagem, também os Técnicos Auxiliares de Saúde referem aa "Competências relacionais e comunicacionais" como uma área a desenvolver em 2025. A Saúde, segurança e higiene no trabalho também suscita interesse.

O gráfico abaixo dá indicação sobre o nível de disponibilidade dos Técnicos Auxiliares de Saúde para terem papel um ativo no processo formativo, o que constitui um desafio relativamente a promover estratégias que permitam o envolvimento de todos na sua formação.



### 3.2. Objetivos gerais

- Colmatar as necessidades formativas identificadas.
- Atualizar os conhecimentos sobre as melhores práticas e avanços tecnológicos com base em evidência científica, normas e orientações nacionais e internacionais.
- Capacitar a equipe para prestação de cuidados à Pessoa em Situação Perioperatória em contexto de Unidade de Cirurgia de Ambulatório.
- Promover a qualidade dos cuidados prestados e a segurança da Pessoa em Situação Perioperatória e da equipa multidisciplinar.
- Promover a satisfação profissional.

### 3.3. Objetivos específicos

- Uniformizar procedimentos e práticas.
- Facilitar a aquisição e atualização de conhecimento e competências profissionais.
- Capacitar a equipe na utilização e manutenção correta de equipamentos e dispositivos médicos.
- Promover cuidados de enfermagem adequados à pessoa submetida a procedimento cirúrgico na UCA.
- Simular atuação em situações críticas e de emergência.
- Conceber instruções de trabalho que fomentem a melhoria contínua dos cuidados prestados.

## Plano Anual de Formação em Serviço

### 3.4. Cursos/Cronograma/Responsáveis

| N.º do Curso | Designação do Curso de Formação                                                                                   | Cronograma*   |     |     |               |     |     |               |     |     |               |     |     | Responsável pela ministração da ação | Responsável pelo acompanhamento do processo |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----|-----|---------------|-----|-----|---------------|-----|-----|---------------|-----|-----|--------------------------------------|---------------------------------------------|
|              |                                                                                                                   | 1.º Trimestre |     |     | 2.º Trimestre |     |     | 3.º Trimestre |     |     | 4.º Trimestre |     |     |                                      |                                             |
|              |                                                                                                                   | Jan           | Fev | Mar | Abr           | Mai | Jun | Jul           | Ago | Set | Out           | Nov | Dez |                                      |                                             |
| 1            | Arthrex: joanetes / Bunionectomia                                                                                 | 23            | 20  |     |               |     |     |               |     |     |               |     |     | Delegado Arthrex Enf Patricia        | Enfª Carmo<br>Enfª Goreti                   |
| 2            | Segurança do medicamento                                                                                          | 22            |     |     |               |     |     |               |     |     |               |     |     | Goreti Andrade<br>Ana Isabel Soares  | Enfª Carmo<br>Enfª Goreti                   |
| 3            | Apresentação Instruções de Trabalho                                                                               | 31            |     |     |               |     |     |               |     |     |               |     |     |                                      |                                             |
| 4            | vNotes                                                                                                            | 31            |     |     |               |     |     |               |     |     |               |     |     | Evelin Pinto                         | Enfª Carmo<br>Enfª Leonor<br>Enfª Goreti    |
| 5            | Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde ISBAR                                                        |               | 19  |     |               |     |     |               |     |     |               |     |     | Goreti Andrade<br>Ana Isabel Soares  | Enfª Carmo<br>Enfª Leonor<br>Enfª Goreti    |
| 6            | Equipamento Bacelar Trolley                                                                                       |               | 5   |     |               |     |     |               |     |     |               |     |     | Delegado Bacelar                     | Enfª Carmo<br>Enfª Goreti                   |
| 7            | Manutenção da Normotermia                                                                                         |               | 28  |     |               |     |     |               |     |     |               |     |     | Isabel Moreira<br>Pedro Silva        | Enfª Carmo<br>Enfª Leonor<br>Enfª Goreti    |
| 8            | Emergências clínicas e não clínicas Conhecer o nosso serviço – recobro 2                                          |               |     | 26  |               |     |     |               |     |     |               |     |     | Adriana Prata<br>Susana Guedes       | Enfª Carmo<br>Enfª Leonor                   |
| 9            | Divertidamente: satisfação profissional vs gestão de conflitos                                                    |               |     | 28  |               |     |     |               |     |     |               |     |     | Miguel Teixeira                      | Enfª Carmo<br>Enfª Leonor<br>Enfª Goreti    |
| 10           | Proposta de instrução de trabalho: Tratamento, acondicionamento e transporte de espécimes para laboratórios       |               |     |     |               | 28  |     |               |     |     |               |     |     | Paula Machado                        | Enfª Carmo<br>Enfª Goreti                   |
| 11           | Classificação dos espaços de prestação de cuidados quanto ao grau de risco de infeção e sua correta higienização. |               |     |     |               | 28  |     |               |     |     |               |     |     | Flavia                               | Enfª Carmo<br>Enfª Leonor                   |
| 12           | Reprocessamento de dispositivos MUM                                                                               |               |     |     |               | 30  |     |               |     |     |               |     |     | Goreti Andrade<br>Rute Moreira       | Enfª Carmo<br>Enfª Goreti                   |

## Plano Anual de Formação em Serviço

|    |                                                                                   |  |  |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |                                        |                                          |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----------------------------------------|------------------------------------------|
| 13 | Cuidados de enfermagem perante o doente submetido a colecistectomia laparoscópica |  |  |  |  | 30 |    |    |    |    |    |    |    | Adriana Prata<br>Mariana Rocha         | Enfº Carmo<br>Enfº Leonor                |
| 14 | CrITÉrios para início de dieta oral no pós-op, tipos de anestésias                |  |  |  |  |    | 25 |    |    |    |    |    |    |                                        | Enfº Carmo<br>Enfº Leonor                |
| 15 | Prevenção de infeção                                                              |  |  |  |  |    | 27 |    |    |    |    |    |    | Sónia Teixeira                         | Enfº Carmo<br>Enfº Leonor<br>Enfº Goreti |
| 16 | Controlo da ansiedade da criança/adolescente no perioperatório.                   |  |  |  |  |    |    | 25 |    |    |    |    |    | Laura Luisa Lúcio<br>Ferreira da Silva | Enfº Carmo<br>Enfº Leonor<br>Enfº Goreti |
| 17 | Posicionamentos cirúrgicos                                                        |  |  |  |  |    |    |    | 29 |    |    |    |    |                                        | Enfº Carmo<br>Enfº Leonor<br>Enfº Goreti |
| 18 | Cuidados de enfermagem perante o doente submetido a hemitiroidectomia             |  |  |  |  |    |    |    |    | 24 |    |    |    | Filomena<br>Isabel Moreira             | Enfº Carmo<br>Enfº Leonor                |
| 19 | Cuidados de enfermagem em cirurgia de coluna                                      |  |  |  |  |    |    |    |    | 26 |    |    |    | Anita Silva                            | Enfº Carmo<br>Enfº Leonor<br>Enfº Goreti |
| 20 | Hemostáticos e colas biológicas                                                   |  |  |  |  |    |    |    |    |    | 22 |    |    |                                        |                                          |
| 21 | SIE Padrão Documental dos registos de Enfermagem                                  |  |  |  |  |    |    |    |    |    | 31 |    |    | Mariana Rocha<br>Mafalda               | Enfº Carmo<br>Enfº Leonor<br>Enfº Goreti |
| 22 | Impacto do ruído intraoperatório                                                  |  |  |  |  |    |    |    |    |    |    | 19 |    |                                        |                                          |
| 23 | Acidentes de serviço                                                              |  |  |  |  |    |    |    |    |    |    | 28 |    | Enf Marta                              | Enfº Carmo<br>Enfº Leonor<br>Enfº Goreti |
| 24 | Anestesia                                                                         |  |  |  |  |    |    |    |    |    |    | 3  |    |                                        |                                          |
| 25 | Comunicação Organizacional                                                        |  |  |  |  |    |    |    |    |    |    |    | 26 |                                        | Enfº Carmo<br>Enfº Leonor<br>Enfº Goreti |

\*Assinalar com "X" o/os mês/meses previstos para execução dos cursos.

|                 |                                |                              |
|-----------------|--------------------------------|------------------------------|
| Enfermeiros UCA | Enfermeiros admissão e recobro | Enfermeiros bloco operatório |
|-----------------|--------------------------------|------------------------------|

Plano Anual de Formação em Serviço

## **Anexo LIX**



## Avaliação da Formação em Serviço - UCA

Este documento visa recolher a sua avaliação e eventuais sugestões relativas à FORMAÇÃO e aos FORMADORES, numa perspetiva de melhoria contínua. Responda por favor às seguintes questões. Muito obrigada!

Ação de Formação: \_\_\_\_\_

Categoria Profissional: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Assinale a sua resposta com uma cruz, utilizando a seguinte escala:**

| 1   | 2            | 3          | 4   | 5         |
|-----|--------------|------------|-----|-----------|
| Mau | Insuficiente | Suficiente | Bom | Muito Bom |

### AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

|   | 1                                              | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|------------------------------------------------|---|---|---|---|
| 1 | Correspondência face às expectativas pessoais  |   |   |   |   |
| 2 | Aplicabilidade do tema no contexto do serviço  |   |   |   |   |
| 3 | Quantidade de informação transmitida           |   |   |   |   |
| 4 | Grau de concretização dos objetivos enunciados |   |   |   |   |
| 5 | Duração do tempo de apresentação               |   |   |   |   |
| 6 | Adequação dos métodos pedagógicos utilizados   |   |   |   |   |
| 7 | Ajuste dos meios audiovisuais à formação       |   |   |   |   |
| 8 | Clareza de linguagem do formador               |   |   |   |   |
| 9 | Domínio dos conteúdos pelo formador            |   |   |   |   |

Utilize este espaço para sugestões e/ou comentários

|                                          |
|------------------------------------------|
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> |
|------------------------------------------|



## **Anexo LX**



**Formação em Serviço  
Unidade Cirurgia de Ambulatório**

**Tema:**  
**Preletores:**  
**Data:**  
**Hora:**  
**Local:**  
**Destinatários:**

**Formação em Serviço  
Unidade Cirurgia de Ambulatório**

|                |         |  |
|----------------|---------|--|
| Mês            | Janeiro |  |
| Dia:           |         |  |
| Hora:          |         |  |
| Tema:          |         |  |
| Preletores:    |         |  |
| Local:         |         |  |
| Destinatários: |         |  |



## **Anexo LXI**



## Registo Peças Anatomia Patológica - UCA

| Data:                  | VINHETA DE IDENTIFICAÇÃO | Enf.              | A.O.     |
|------------------------|--------------------------|-------------------|----------|
|                        |                          | Nome:             | Nome:    |
|                        |                          | N.º Mec:          | N.º Mec: |
| Identificação produto: |                          | Tipo Conservante: | Nº Peças |

| Data:                  | VINHETA DE IDENTIFICAÇÃO | Enf.              | A.O.     |
|------------------------|--------------------------|-------------------|----------|
|                        |                          | Nome:             | Nome:    |
|                        |                          | N.º Mec:          | N.º Mec: |
| Identificação produto: |                          | Tipo Conservante: | Nº Peças |

| Data:                  | VINHETA DE IDENTIFICAÇÃO | Enf.              | A.O.     |
|------------------------|--------------------------|-------------------|----------|
|                        |                          | Nome:             | Nome:    |
|                        |                          | N.º Mec:          | N.º Mec: |
| Identificação produto: |                          | Tipo Conservante: | Nº Peças |

| Data:                  | VINHETA DE IDENTIFICAÇÃO | Enf.              | A.O.     |
|------------------------|--------------------------|-------------------|----------|
|                        |                          | Nome:             | Nome:    |
|                        |                          | N.º Mec:          | N.º Mec: |
| Identificação produto: |                          | Tipo Conservante: | Nº Peças |



## **Anexo LXII**



**Registo de utilização de Dispositivos Médicos de Uso  
Múltiplo - UCA**

|                    |  |                          |  |
|--------------------|--|--------------------------|--|
| Data:              |  | Especialidade Cirúrgica: |  |
| Nome:              |  | Sala:                    |  |
| N.º mecanográfico: |  |                          |  |

Vinheta de identificação

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Este documento deve ser colocado no Processo do doente e contem os testemunhos de equipamentos, dispositivos e consumíveis que foram utilizados na intervenção cirúrgica.